

Resumo

A presente dissertação tem como objectivo desenvolver uma primeira aproximação sociológica à questão das emergências e do seu planeamento em Portugal, nomeadamente no interior do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Pretende-se identificar as emergências tipo que são o objecto de trabalho desta instituição, bem como as formas de resposta perante cada uma delas e, nessas formas de resposta, descobrir os modelos de trabalho que estão associados, em termos dos seus protagonistas, dos recursos mobilizados e das instituições envolvidas. Tentar salvar vidas até ao limite dos recursos disponíveis, prestar auxílio com os meios e a diligência profissional adequados, transportar pessoas que se encontram entre a vida e a morte para a unidade de saúde mais próxima e de forma ajustada à resolução dos problemas, são os objectivos dos profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar com o INEM.

É através do recurso à técnica de observação directa que se pretende apreender os hábitos e rotinas desta instituição e dos profissionais que com ela colaboram, conhecer as suas técnicas de trabalho, as relações estabelecidas entre todos os seus intervenientes, que vão desde os técnicos, aos médicos, aos enfermeiros e à própria população. O que importa salientar é que o objecto de análise da investigação em causa diz respeito ao planeamento da intervenção sobre a emergência e/ou urgência, a partir do momento em que se acciona o 112.

A realidade da emergência médica pré-hospitalar reflecte a imagem de uma sociedade em todas as suas vertentes: a do corpo e a dos profissionais. Na rua, o pensamento tem que ser rápido e automático. Estão vidas em causa. O INEM, como organismo dotado de autonomia, deve adaptar-se às novas emergências, não só os acidentes de viação, mas também a novas situações de crise provocadas pela natureza e pelo homem.

Summary

The present dissertation has as proposal to develop a first sociological approach to the emergency question and its planning in Portugal mainly inside Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). It is necessary to identify the emergencies type that are the object work of this Institution as well as the promptly answer to each one of them, to discover the models that are associated in terms of their protagonists, mobilised resources and involved institutions. Trying to save lives till the limit of available resources to give assistance with means and professional diligence suitable, to transport people whom are between life and death to a closer health unit in such a way that problems should be resolved, these are the intentions of health professionals that pretend to work with INEM.

It is through direct technical observation that we have to understand the custom and the routines of this Institution and its professionals that operate with it, to know its work technical, established relations between all their intervenient, which came from technical, doctors, nurses and even the population. What it is necessary to report, it is the analysis investigation object, it referred to the intervention plans about emergency and/or urgency, since the moment you dial 112.

The reality of medical emergency pre-hospital reflects the image of a society in all its ways, one of human body and the other of professional people. At street, thoughts must be quicker and automatic. Human lives are in cause. The INEM, as an organization with autonomy, should adapt the new emergencies not only car accidents, but also new crisis situations caused by nature and man.

Agradecimentos

A concretização desta tese foi um colmar de uma experiência académica em torno da sociologia do planeamento e das questões ligadas à temática da saúde. Um sonho, onde se pôs em prática o conhecimento teórico, a curiosidade e a vontade de ir mais longe.

Contudo, não seria possível a concretização deste sonho sem o apoio e ajuda de todos vós, que passo a enumerar, sem grau de importância, no sentido em que todos foram importantes.

Desde logo a agradeço à minha orientadora, Professora Graça Carapinheiro, por me ter dado a oportunidade de trabalhar consigo e por ter embarcado nesta aventura com todas as certezas de que iríamos fazer uma investigação diferente. Agradeço também o facto de ter sido mais do que uma orientadora, uma amiga, companheira e mãe, por ter estado sempre do meu lado, incentivando-me e corrigindo-me, sempre disponível.

Agradeço igualmente à Dr.^a Isabel Santos (ex Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo), por me ter dado a oportunidade de concretizar uma parte de um sonho e de um projecto que ainda agora está a dar os primeiros passos, por me ter aberto todas as portas e janelas que lhe solicitei, por estar sempre disponível e por estar a participar. E também à Dr.^a Teresa Pinto, Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo, por tão prontamente ter aceite o meu pedido de entrevista, que no pouco tempo de que dispõe, conseguiu estar comigo durante uns minutos.

Agradeço igualmente à sua equipa, nomeadamente à Maria José Pereira, Rute Santos, Ana Silva e Renata Amaral, por estarem sempre disponíveis em tudo o que lhes solicitei e nos inúmeros telefonemas de apelo.

Não poderia deixar de expressar o meu sincero agradecimento a todos os que me acompanharam nos diversos estágios que aqui realizei e nas constantes dúvidas colocadas, Operadores de Central de Emergência Médica, Técnicos de Ambulância de Emergência de Socorro, Enfermeiros e Médicos, que passo respectivamente a mencionar: Sónia Monteiro, José Luís Fernandes, Mafalda Gonçalves, Rafael Bravo, Pedro Feio, Tiago Lopes, Cachão Norte, Rita Marques, Carla Azinheira, Sabino Henriques, Carla Veloso, Pedro Naia, Teresa Arnato, Neide Gomes, Almerindo Santos, Ricardo Pires; José Mata, Mónica Ramos, Carlos Lopes, José Dinis Patrão, Paulo Mendes, Silvério Pisa, Susana Simões, Vera Rato, João Reis; Pedro Lavinha, Paulo Francisco, Teresa Pinto, Nuno Germano, Isilda Rocha, António Peças, João Lopes, Luís Bagulho e Richard Gleid.

Aos restantes, que por lapso da minha parte, não fixei os nomes, o meu profundo agradecimento.

Sem o apoio de todos os que aqui citei, jamais seria possível a concretização deste projecto, numa área que está em constantes mudanças. Espero ser capaz, com a vossa ajuda, contribuir para uma melhor abordagem na direcção do planeamento da emergência médica.

Sublinho ainda o agradecimento a todos os meus amigos que estiveram ao meu lado, longe ou perto, ausentes ou presentes, durante a concretização de todo este trabalho, em especial, Margarida Mestre, Carla Carmo, Ana Patrícia Jorge, Teresa Branco, Henrique Mendes, José Ricardo, Miguel Cabrita (também professor desta instituição), Bárbara Pereira, Mariana Lemos, Maria Mendes e Raquel Lima. A todos os outros, que aqui não mencionei, sabem que também foram importantes.

Agradeço também a toda a minha família, por terem acreditado em mim. À minha irmã, pelas longas conversas ao final da noite, no Messenger e nas inúmeras mensagens trocadas. Por me ter abraçado quando as forças para continuar ameaçavam faltar, por me ter limpo as lágrimas que teimavam em descer pela cara. À minha mãe, por me ter apoiado desde o primeiro dia, por me responder as todas as mensagens escritas, enviadas já a noite ia avançada, por me ter dado a mão, mas especialmente por ter acreditado. Ao meu pai, pelas infinitas discussões ao serão em torno da emergência médica, do INEM e das altas velocidades. À minha madrinha, pela constante alegria, por participar em todas as minhas loucuras e por me abrir a porta de casa em qualquer horário.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu primeiro leitor, o meu melhor amigo e namorado, por me ter levantado para cima quando já não tinha forças para seguir em frente, pelo orgulho que sente por mim, por não me ter cobrado as minhas ausências, por me ter dado a mão em todas as situações que precisei e não precisei e por me fazer acreditar de que era capaz.

A todos os ausentes e presentes, que por algum motivo não mencionei, um sincero e profundo obrigado.

Obrigada a todos por estarem comigo ao longo de quase dois anos de árduo e intenso trabalho, que só agora está a dar os seus primeiros passos.

Obrigada

Introdução

A presente dissertação tem como objectivo desenvolver uma primeira aproximação sociológica sobre as questões em torno da emergência médica pré-hospitalar e do seu planeamento em Portugal, mais especificamente no interior do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Pretende-se identificar as emergências tipo que são o objecto de trabalho desta instituição, bem como as formas de resposta perante cada uma delas e, nessas formas de resposta, descobrir os modelos de trabalho que lhe estão associadas, em termos dos seus protagonistas, dos recursos mobilizados e das instituições envolvidas. Assim, a ideia central da pesquisa gira em torno do funcionamento do INEM, no sentido de tentar perceber quando existe uma emergência e como se actua numa emergência, quais os meios utilizados e as instituições que lhe estão associadas.

Quando se fala em emergência médica, é importante tentar perceber como se planeia a emergência, quem são os seus actores e o papel que desempenham em cada acção ou situação. Tentar salvar vidas até ao limite dos recursos disponíveis, prestar auxílio com os meios e a diligência profissional adequados, transportar pessoas que se encontram entre a vida e a morte para a unidade de saúde mais próxima e de forma ajustada à resolução dos problemas, são os objectivos dos profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar com o INEM.

Em termos metodológicos, a presente investigação ocupar-se-á da recolha e consulta bibliográficas nas áreas da Sociologia da Saúde, da Sociologia do Planeamento e também da Emergência Médica. Esta recolha e consulta serão continuadas ao longo da pesquisa, de acordo com as necessidades decorrentes das várias etapas da problematização sociológica. Também serão consultadas fontes documentais e fontes de dados estatísticos. Também nesta fase será realizada observação não-participante no interior do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o centro nevrálgico das acções de emergência médica do INEM. A ideia primordial é compreender como se concretiza a resolução da emergência depois de se marcar o 112. Pretende-se também realizar entrevistas exploratórias realizadas a pessoas que detém ou já detiveram uma posição privilegiada no INEM, como é o caso dos profissionais da área da saúde, dos dirigentes, dos operacionais e dos técnicos.

O que acontece depois de se marcar o 112? Quem está do outro lado da linha? Como se planeia a resposta a uma situação de emergência? Estas são algumas das questões a que o presente estudo vai tentar dar resposta.

“Todos os sociólogos sonharam num dia ou noutro que os seus trabalhos poderiam ter um efeito social. Todo o sociólogo teve o desejo de ver as suas pesquisas modificarem a sua sociedade. Por detrás de qualquer sociólogo dormita a ideia de mudança social”

Rémy Hess, 1983

“O planeamento é a organização da esperança”

Jay Forrester, 1969

“Plans are nothing, planning is everything”

Isabel Guerra, 2002

Primeiro Capítulo: Enquadramento Teórico

I. Sociologia da Saúde e da Doença

Os direitos humanos são inerentes às pessoas, e a saúde faz parte desses direitos indispensáveis à dignidade humana. Ela é condição indispensável para que os indivíduos possam usufruir dos seus outros direitos. “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social” (<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>).

Na Carta Magna de 1946, a OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>).

A “saúde” e a “doença” são conceitos definidos cultural e socialmente que têm como linha de acção o crescente peso dos factores sociais na determinação da saúde dos indivíduos, tal como supra citado.

Os fundadores da sociologia raramente mencionavam o conceito de saúde nos seus estudos e quando o faziam referiam-se sempre ao conceito de saúde deixando de lado o de doença. De facto, a Sociologia só em meados do século XX, pela linha de pensamento de sociólogos como Parsons, (Carapinheiro, 2005) é que passou a existir uma preocupação com as questões relacionadas com o conceito de saúde.

Outras autoras (Stacey & Homans, 1978) afirmam que, antes de Parsons, nenhum sociólogo se tinha preocupado em analisar a medicina como instituição social. Autores como Comte, Spencer e Hobhouse (*in* Stacey & Homans, 1978:282) analisaram várias instituições, mas nunca a medicina. Weber (*in* Stacey & Homans, 1978:282), tal como Durkheim (*in* Stacey & Homans, 1978:282), viu a importância da religião, mas não a da medicina. Marx e Engels (*in* Stacey & Homans, 1978:282) escreveram sobre a saúde e a doença ligadas às condições dos trabalhadores. Estes dois autores estavam mais preocupados com a saúde e com a doença relativamente às condições de vida e de trabalho. No entanto, os seus trabalhos não se

encaixavam nos desenvolvimentos da sociologia da saúde e da doença, pois a mesma ainda estava a dar os seus primeiros passos. Parsons (1951, *in* Stacey & Homans, 1978:282), tal como referido anteriormente, reconheceu a importância da medicina na sociedade como um todo. Todas as suas preocupações teóricas foram desenhadas para abordar a doença como comportamento desviante e a importância que o papel do doente assume no controlo social, o que constitui o tratamento da doença na sociedade e os seus mecanismos de controlo. Ao mesmo tempo, referiu as relações sociais que ocorrem aquando das relações terapêuticas.

Contudo, reconhece-se hoje que, paralelamente à saúde, caminha a doença, e que, embora seja representada como confinada a “*um mundo fechado e codificado da medicina*”, apenas entendida pelos profissionais de saúde, esta não é indiferente aos olhos da Sociologia, enquanto objecto de estudo, criando deste modo um novo espaço de análise sociológica, a Sociologia Médica, tal como foi formalmente designada pela Associação Americana de Sociologia, em 1960.

Assim, surge a Sociologia Médica que se começa a ocupar dos novos desafios colocados à saúde e à doença dos indivíduos e das populações, tendo sido o seu marco assinalado no final da II Guerra Mundial, já que até a esta altura as doenças que existiam estavam aparentemente controladas, reconhecidas e com cura. Daqui em diante o mundo da medicina depara-se com novas doenças, como o HIV e o Cancro, para as quais não existiam soluções médicas de cura, obrigando, desta forma, a recorrer a novos recursos humanos, medicamentosos e tecnológicos, provocando assim um desenvolvimento violento da investigação médica. Se até aqui, as ciências médicas se apresentavam como ciências seguras, dotadas de certeza científica, que as tornavam capazes de controlar todas as manifestações de doença, mais tarde constatou-se que em todas as sociedades desenvolvidas, as doenças para as quais não existia solução médica, cresciam de forma exponencial e apareciam de forma silenciosa, atingindo milhares de pessoas. Actualmente, reconhece-se que a Medicina é uma ciência que, tal como outras, tem indisponibilidades de conhecimento e limitações de abordagem que, de alguma forma relativizam o seu papel curativo. As ciências sociais debruçam-se sobre estas questões, através de um olhar *de fora*, definindo como um dos alvos principais do seu olhar as representações e percepções da saúde e da doença.

A alegada ambiguidade que existe na Sociologia da Medicina (Straus, 1957, *in* Turner, 1992:152) resume-se à dicotomia sociologia **da** medicina e sociologia **na** medicina. Assim, sociologia **na** medicina refere-se aos valores médicos e às necessidades dos profissionais da medicina. Por seu turno, a sociologia **da** medicina preocupa-se com questões que englobam as

profissões e as organizações da saúde, nomeadamente o recrutamento e treino dos profissionais de saúde, o estudo das relações terapêuticas, as implicações derivadas do funcionamento burocrático das organizações de saúde, entre outras questões. Segundo Turner (1987: 1), a sociologia **da** medicina deve preocupar-se em identificar a problemática teórica central da própria sociologia, ou seja, tal como a sociologia da religião ou do direito, a sociologia **da** medicina é, antes de mais, um estudo sociológico e não um estudo da medicina. O que se tem verificado, tal como Turner pretende dar conta, é que a Sociologia tem investigado, progressivamente, os problemas sentidos pela medicina contemporânea. De facto, a sociologia médica assumiu um papel de relevo a partir do momento em que as novas doenças passaram a ser predominantemente crónicas, embora sem terem sido completamente enraizadas as doenças epidémicas e agudas, e em que as sociedades contemporâneas sofreram algumas mudanças significativas, nomeadamente na estrutura das doenças, nos padrões demográficos (aumento da esperança média de vida, diminuição da taxa de mortalidade e aumento da taxa de natalidade), nas relações entre paciente e médico, nas limitações do hospital, nos problemas associados com a utilização das tecnologias nas especialidades médicas, nas mudanças associadas com o modelo de orientação da ciência médica, na focalização da acção para a prevenção da doença e, por fim, nos custos do sistema de saúde.

A complexidade inerente à abordagem da sociologia sobre estas matérias advém, desde logo, pela necessidade de distinguir três categorias no conceito de doença: *disease* (respeita a um conjunto de disfunções de carácter fisiológico e biológico – “reside” no corpo do paciente), *illness* (refere-se à consciência que o indivíduo tem da sua desordem e à experiência de a viver) por fim *sickness* (designa papéis sociais apropriados).

Na outra margem, das conceptualizações sociológicas, o *estado de saúde* foi estudado por autores como Michael Bury (1998: 1), afirmando que este conceito comporta valores positivos e negativos, tudo dependendo dos contextos e dos objectivos com que são usados. Este autor afirma que, embora os termos pós-modernidade e pós-modernismo não tenham sido usados em grande escala na sociologia médica, estas ideias aparecem, sobretudo, sob a influência dos trabalhos de Michel Foucault (Bury, 1998:1) e de outros autores que invocam explicitamente o pós-modernismo como quadro de referência para a interpretação de novos modos de ser e estar doente, que já não se compaginam com os modelos médicos convencionais, como por exemplo, Fox (1993 *in* Bury, 1998:1).

Bury (1998) refere também conceitos como “*consumismo*” e “*estilos de vida*” relacionados com o estado de saúde, pois, mais do que a doença, estes referem-se aos condicionalismos que

estão, cada vez mais, sob domínio do cálculo racional e da escolha. Se a opção por um estilo de vida saudável e a manutenção da boa forma física do corpo são preponderantes na cultura moderna, a percepção do que constitui um risco para a saúde torna-se uma preocupação aguda.

Os estados de saúde e a doença, como qualquer outra realidade, levantam problemas de análise que articulam e relacionam dimensões que envolvem a organização, o controlo, a ordem, a estratificação, o poder e prestígio, a dominação e subordinação, bem como a experiência quotidiana de os viver e os significados de os reconhecer que conduz a Sociologia a debruçar-se sobre estas temáticas.

II. Sociologia do Corpo

Quando se introduz os conceitos de estado de saúde e estado de doença, deve-se obrigatoriamente referir o conceito de corpo. É que, segundo Turner (1992), a Sociologia do Corpo faz a ponte entre a Sociologia Médica e as componentes fundamentais da sociologia contemporânea. O interesse sociológico do corpo força a revelar os afectos, as emoções e os sentimentos como componentes da actividade social humana. A noção de incorporação (*embodiment*) abre a possibilidade de novas áreas de investigação e funciona também como ponto de partida para abordar o corpo enquanto feixe de relações sociais. Para Turner, só se pode fazer uma crítica apropriada das divisões convencionais entre mente/corpo, indivíduo/sociedade e natureza/cultura, se se desenvolver a noção de *incorporação social*. Daí que, para se construir uma Sociologia Médica adequada, tenha sempre de se associar uma sociologia do corpo.

Essencialmente, o argumento por detrás da Sociologia do Corpo mostra que a sociologia é, antes de mais, uma sociologia da acção e que o actor social não é somente dividido em corpo e mente (postulado cartesiano), mas é um actor “incorporado” cuja prática e conhecimento são objectos desta mesma incorporação (i.e., estrutura-se um corpo que seja capaz de reproduzir um estado de sociedade, que é atribuído permanentemente aos indivíduos, mesmo que disso não tenham consciência).

No que diz respeito à relação com o corpo, Turner refere que existem códigos morais que a regem, ou seja, existe uma *moralidade* dos corpos que é fulcral quando se trata de analisar doenças específicas, historicamente determinadas. Citando Douglas (1966, *in* Turner, 1992:165), Turner afirma que, no decurso da História da Humanidade, o corpo constituiu um conjunto vasto de metáforas para a estabilidade e para a ordem social, servindo como

referência nas reflexões sobre o caos e a ordem. O que está “dentro” ou “fora” do corpo fornece uma linguagem capaz de discutir o que está dentro ou fora do social (Turner, 1992: 165).

A Sociologia do Corpo revela-se quando a sociedade sofre mudanças, nomeadamente de natureza sócio-demográfica (apresentando novas tecnologias e instituições de carácter diferenciado); estrutura das doenças (alterando-se de agudas para crónicas, de crónicas para degenerativas e na direcção da prevenção e não da cura) e por fim de natureza económica-políticas (nova gestão nas práticas de saúde e novas responsabilidades imputadas aos indivíduos).

A Sociologia do Corpo desenvolve-se num sentido ontológico de separar o natural do social, recriando um corpo que corresponde culturalmente a metáforas da sociedade, na expressão da decadência da própria sociedade, que se alastra de forma irreversível. É necessário delimitar o corpo como uma região sensível ao estudo sociológico: um corpo que tem um estatuto ambíguo nas culturas humanas, que apresenta uma relação paradoxal com a natureza e a cultura, desenhando novos papéis sociais nas culturas humanas, constituindo-se como mapas simbólicos da estrutura social e política de que é um mediador fulcral. Não é possível, por isso, saber de antemão o que um corpo vale numa dada cultura

As doenças variam de sociedade para sociedade, evidenciando o desenvolvimento das mesmas e por isso não retendo os mesmos significados e os mesmos valores em diferentes contextos. Em todas as sociedades existe uma hierarquização do valor das doenças. Fala-se de um corpo com uma identidade sócio-cultural atravessada por processos de metaforização das doenças.

Os processos que ocorrem nas sociedades enaltecem o corpo belo, realçando o prestígio individual segundo disposições corporais: o corpo belo e conservado e os estilos de vida que lhes estão associados. Isto leva à ideia de que o corpo assume um valor social muito grande. O corpo é entendido como uma metáfora das relações sociais.

III. Nova Saúde Pública

A Saúde é um bem indispensável à vida de qualquer indivíduo. É necessária para que se possam realizar, sem restrições, as actividades diárias de cada um. Isto significa que os indivíduos devem, então, ter um nível de saúde que lhes possibilitem ser produtivos e ter uma participação social activa.

Enquanto que a “antiga saúde pública” preocupava-se somente com questões de higiene e de controlo de doenças infecciosas que causavam uma elevada mortalidade, a evolução da saúde pública, com a ajuda nuclear da ciência, permitiu a produção de reformas sanitárias que focalizaram a sua atenção na prevenção das doenças não-infecciosas. (Peterson e Lupton, 1996: 2)

A nova saúde pública, além de ser considerada um novo projecto social, pode ser vista como a mais recente forma de conhecimento e poder orientada para a regulação e vigilância do corpo dos indivíduos e do corpo social como um todo, pois representa uma panóplia de conhecimentos que dominam as práticas sociais quotidianas, implicando uma perspectiva que passa a relacionar a mudança ambiental a medidas de prevenção pessoal com intervenções terapêuticas apropriadas, e dá também relevância aos aspectos sociais dos problemas de saúde referentes aos estilos de vida. O corpo é, neste contexto, alvo de várias e novas estratégias de saúde e de controlo do risco. Em ambientes sociais e naturais compostos pelo risco e a incerteza, a preocupação direcciona-se para o corpo. O risco dos tempos contemporâneos é global. Pode ocorrer em parte distante mas afecta-nos. A nossa saúde está dependente de processos sociais que ocorrem lá longe. Não é só o risco que é global, o corpo também passa a sê-lo. Toda a gente está em risco.

“A nova saúde pública é, não mais do que um quadro de discursos focalizados nos corpos e na regulação das formas como estes corpos interagem com definições particulares de tempo e espaço. Talvez com menos evidência, os discursos da nova saúde pública procuram, também, transformar a percepção dos indivíduos de maneira a tornarem-se reguladores de si mesmos e produtivos, servindo tanto os seus próprios interesses como os da sociedade em geral (Peterson e Lupton, 1996:12).

Tudo isto originou uma reconfiguração dos direitos e responsabilidades do cidadão, em que foi dada uma maior ênfase às suas obrigações e responsabilidades sociais, não restringidas só ao seu país, à sua região, nem à sua geração. A ênfase na autonomia regional e individual foi, assim, acompanhada pela noção responsabilidades políticas globais.

Ter uma boa saúde é sinónimo de ser um bom cidadão, já que a doença retira os indivíduos do seu trabalho e de outras responsabilidades inerentes ao seu estatuto de participação cívica. O sujeito tem o dever de preservar uma boa saúde para poder responder às solicitações acrescidas, por referência aos valores da cidadania.

A nova saúde pública argumenta que o cidadão faz a sua própria regulação, como parte do seu dever cívico, como um dever para eles próprios. No fundo, o objectivo é a escolha, consciente e deliberada do sujeito, de estratégias de promoção da saúde, mais do que forçar esse rumo.

IV. A Sociologia do Planeamento e a Saúde

A ideia primordial deste projecto é o conceito de planeamento em emergência médica. Nesse sentido, pode-se afirmar que o conceito de planeamento refere-se ao acto de planear como um fim a atingir. Segundo a perspectiva encontrada no MAPA (Schiefer, 2006), o processo de planeamento inicia-se a partir de um diagnóstico da situação em concreto, em direcção ao reconhecimento dos objectivos gerais do projecto, identificando, por último, as acções que se esperam que conduzam à concretização desses mesmos objectivos. Por outras palavras, o planeamento nasce de uma ideia preliminar de projecto, de forma a encontrar uma resposta adequada à situação em causa, quando surge um técnico capaz de colocar em prática essa ideia, adequando-a ao contexto institucional da situação.

Num panorama diferente, Imperatori e Giraldes (Imperatori e Giraldes, 1993) definem o planeamento como a aplicação da lógica na vontade de transformar a realidade, apresentando três premissas capazes de sustentar esta afirmação, como a racionalidade das decisões, a capacidade de moldar a realidade, tendo por base um modelo pré-definido e, por fim, ser possível referir-se ao futuro.

A ideia de planeamento não significa apenas a redução da angústia perante um futuro que se prevê incerto, mas antes a possibilidade de melhorar esse futuro, segundo os ideais proeminentes, em moldes de justiça e eficiência. No que respeita ao planeamento em saúde, não é possível analisá-lo sem se ter em conta factores externos, como o ambiente, os hábitos de vida ou o tipo de cuidados prestados. Deve-se ainda ter em conta as inter-relações estabelecidas com o meio externo.

Mudar o mundo sempre foi o objectivo dos profissionais ao serviço da ciência, mas esta premissa só é válida através do conhecimento dos sistemas sociais e das suas dinâmicas, reconhecendo, por isso, nos conceitos de mudança social, de sistema e de planeamento, a base da discussão das problemáticas, tanto económicas, como sociais.

O trabalho dos técnicos de planeamento segue no sentido de intervenção para a mudança, identificando as dinâmicas do sistema e os sentidos de acção, prevendo a actuação em direcção aos objectivos colectivamente assumidos e contratualizados, promovendo o caminho da história, construído diariamente através das decisões quotidianas, ocorridas em diversos espaços de acção, resolvendo problemas diversos. As decisões que se tomam podem ter um alcance maior ou menor, sob condições de maior ou menor segurança e de acordo com o grau de informação e confiança, segundo um *continuum* entre o previsível e o imprevisível. É por

esta razão que as decisões apresentam uma certa racionalidade limitada, pois está condicionada por informações e capacidades.

O planeamento foi durante muitos anos uma ferramenta exclusiva da área económica, (recorde-se a formulação dos famosos planos quinquenais utilizados pela Ex-União Soviética), mas a sua estreia no mundo ocidental europeu, centra-se no final da II Guerra Mundial. De facto, é a partir de 1960, que o pensamento em torno do planeamento reconhece as suas diversas etapas, reformando o planeamento integrado em planeamento económico e sucessivamente, em planeamento para a gestão estratégica, finalizando no que é hoje o planeamento estratégico, criativo e participativo.

Actualmente, fazer planeamento implica fazer um esforço de regulação de um sistema social a médio prazo, demonstrando-se como uma actividade segundo a qual uma determinada sociedade, sob a alçada de diversos intervenientes, procura controlar e modificar pensadamente, o seu futuro colectivo, mediante o uso de certas técnicas de acção social.

Utilizando as palavras de autores como Mintzberg (Imperatori e Geraldés, 1993), planear é pensar no futuro, é decidir, é um plano integrado de decisões. No fundo, é um procedimento formalizado, que tem como finalidade um resultado integrado, sob a forma de um sistema integrado de decisões.

Partindo destes pressupostos, no planeamento identificam-se três palavras-chave na concretização do seu processo de mudança: a racionalidade, a decomposição e a articulação. O planeamento é, neste sentido, um esforço de regulação dos sistemas, através de formas específicas de controlo dos processos e dos conteúdos. Porém, esta regulação só se prevê firme e credível através de variadas funções secundárias, como a informação, a negociação, a simulação, a reprodução de normas, bem como a concertação e garantia de legitimidade do poder constituído.

No caso da saúde, o desenho do planeamento, segundo Imperatori e Giraldes (1993), deve conter três fases importantes, nomeadamente a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos e a preparação da execução); a execução e a avaliação. Estas fases não devem nunca esquecer a máxima do planeamento, isto é, um processo que se pretende contínuo, em todas as suas vertentes, pois a mudança não pára, *não fica à espera do planeamento!*

Perante esta acepção de planeamento de saúde, este poderá ser definido como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação

de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (Imperatori e Giraldes, 1993: 23)

Mas porque razão se planeia a Saúde? Será possível pensar na ideia de planear em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, de forma a utilizá-los eficaz e eficientemente, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infra-estruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano *a priori* definido, permitirá o seu uso. Mais se acrescenta, nomeadamente o papel do administrador de saúde, cujos objectivos competem com outras prioridades nacionais e que só com a definição de um plano poderá gerir com êxito; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

Contudo, apesar de ter um “ar” relativamente positivo e eficaz, o planeamento da saúde em Portugal apresenta ainda muitas limitações, designadamente, a falta de envolvimento político, a dissociação entre planeamento e gestão e a dificuldade em concretizar, concomitantemente, com o que se faz noutros sectores da saúde.

Nos últimos anos tem-se dado especial ênfase à participação da população nos programas relacionados com a saúde, sendo que a população também faz parte deste complexo processo de planeamento.

A participação das populações no processo de planeamento em saúde tem-se revelado um bem necessário ao mundo da saúde, pois, em sentido lato, são eles quem faz ou não saúde. Embora seja fundamental a sua participação, a instrumentalização revela-se um pouco mais complexa, visto que se deve promover e otimizar uma crescente autonomia na estruturação do seu próprio futuro da saúde.

De facto, e fazendo uso das palavras da Organização Mundial de Saúde, *uma opinião pública esclarecida e uma cooperação activa da população são de importância capital para a promoção da saúde dos povos* (<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>).

No ano de 1979, já esta organização se referia à população como um elemento chave na promoção de saúde, mencionando que os cuidados de saúde devem ser estruturados em função dos hábitos da população, de forma a responder às necessidades reais, devendo ser igualmente articulados com outros sectores de desenvolvimento; os cuidados ditos primários devem ser hierarquizados de forma a complementar uns em relação aos outros e, por fim, “a

população local deve participar activamente na concepção e administração das actividades, a fim de que elas sejam realmente adaptadas às necessidades e prioridades do nível local, sendo as decisões fruto de um diálogo contínuo entre população e serviços”.

As diversas mudanças que ocorrem na sociedade obrigam a que o planeamento seja, também ele, modificado em diversas linhas de acção. Pretende-se que o actual técnico de planeamento encontre novas formas técnicas de actuar, designadamente ao nível da mediação, identificação de interesses a ter em conta na discussão e decisão, gestão de conflitos, análise de necessidades e desenvolvimento de estratégias de comunicação. Os técnicos encontram-se neste momento num patamar de confrontação com a diversidade e dispersão de objectos sociais, objectivos e relações em torno do poder, na direcção de interesses introduzidos numa perspectiva de planeamento como modelo de auto-regulação social.

Quando se pretende denominar a metodologia de planeamento na área da intervenção social, utiliza-se o conceito de “metodologia participativa de projecto” (Guerra, 2002: 113) recorrendo, para isso, a quatro grandes acções, que se devem iniciar num diagnóstico, seguido do plano ou planificação, execução e, por último a avaliação. É ainda primordial que se tenham em conta, as grandes áreas problemáticas do contexto a estudar, criando para esse efeito uma grelha SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Threats), capaz de traduzir as potencialidades, fragilidades, oportunidades e ameaças desses mesmos problemas.

Deste modo, a metodologia de projecto deve-se socorrer de um processo permanente e contínuo, voltado para o futuro, sistémico e interactivo, optando por uma técnica de coordenação de várias actividades, pessoas e recursos, face aos objectivos iniciais, espelhando uma atitude de inovação e mudança, reconhecendo por isso uma forte dinâmica no sentido de uma adaptação contínua do método de trabalho.

Mas o que é um projecto? Segundo Guerra, “um projecto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder (...), ou seja, é a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objectivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de acção garantindo o máximo de bem-estar ao máximo de pessoas” (Guerra, 2002: 126)

De uma maneira geral, um projecto é sustentado por quatro fases, iniciando-se com a emergência de uma vontade colectiva de mudança, seguindo-se a análise e realização do diagnóstico, logo depois o desenho do plano de acção e finalizando com a concretização, acompanhamento e avaliação do projecto em causa.

De uma forma mais específica e completa, o projecto pode ser descrito da seguinte forma:

- Identificação dos Problemas e Diagnóstico (onde se identifica os problemas sobre os quais se pretende agir e a compreensão das suas causalidades);
- Definição dos Objectivos (especificação das finalidades, objectivos gerais e específicos);
- Definição das Estratégias (desenho das linhas orientadoras do trabalho a efectuar);
- Programação das Actividades (delineação das actividades, distribuição de responsabilidades e calendarização das actividades);
- Preparação do Plano de Acompanhamento e de Avaliação do Trabalho (formulação de um plano de avaliação);
- Publicitação dos Resultados e Estudo dos Elementos para a Prossecução do Projecto.

Se este projecto institucional se revelar um projecto de intervenção, então o esquema acima representado altera-se um pouco, exigindo por isso, um nível de minuciosidade mais elevado.

Assim sendo:

- Enquadramento Problemático;
- Identificação dos Problemas e Necessidades;
- Definição de Prioridades;
- Definição de Objectivos e Estratégias;
- Definição do Plano de Acção

}	Plano de Actividades
	Calendário/Cronograma
	Orçamentação
	Organograma
- Definição do Plano de Avaliação;
- Publicitação;
- Execução e Avaliação;

No planeamento em saúde, como referido anteriormente, este deverá ser realizado com a elaboração do plano, definindo de antemão as prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos e a preparação da execução. Na execução e na avaliação tem de estar sempre bem presente que a sociedade está em constante mudança e, logo, o planeamento também o deverá estar.

A fase de diagnóstico deve abarcar os sectores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus factores condicionantes, de forma a explicar as suas causas, ao mesmo tempo que se deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos. Na definição de prioridades deve-se apenas seleccionar os problemas que se vão resolver, utilizando para esse fim critérios de diversa ordem. No que respeita à fixação de objectivos como prioritários, estes relacionam-se com a determinação da evolução natural dos problemas e da respectiva tendência. Relativamente à selecção de estratégias, escolhem-se apenas as técnicas que estão em consonância com o objectivo a alcançar. A elaboração de programas e projectos visa essencialmente o estudo detalhado das actividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objectivos. Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projecto. Por fim, a avaliação, que pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objectivos fixados segundo o impacte ou o resultado a cumprir). Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar, mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004), o planeamento em saúde (como em qualquer outra área) deverá ser um processo formativo continuado. Tipicamente, o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações dos recursos. Tendo sido esta a óptica principal seguida na preparação deste documento, o planeamento foi também abordado como uma oportunidade para consenso sobre valores orientadores do pensamento e acção sobre a saúde; um instrumento de coordenação entre múltiplos actores; um instrumento para negociar intervenções; um processo para intensificar a colaboração intersectorial para o desenvolvimento da saúde; um meio de contribuir para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades no sector da saúde; um meio de contribuir para o modo de mudar os processos de trabalho no Ministério da Saúde e nas instituições associadas.

Este Plano não é um produto finalizado, mas antes um instrumento em actualização contínua, para o tornar mais sensível às percepções que vamos tendo da sua adequação ou não ao momento actual, através de uma evolução natural, fácil e lógica.

Deste modo, foi necessário estudar e avaliar o estado de saúde dos portugueses, ou seja, a ausência de doença no sentido de bem-estar e aptidão funcional em todos os seus estados da vida, que tem origem desde o nascimento, à idade jovem, à idade adulto e ao período da velhice

Depois de reconhecidos os problemas que a sociedade portuguesa apresenta, é tempo de avaliar as necessidades e o papel que a emergência médica, em especial o INEM, deve ter perante essas situações, criando para esse fim, objectivos de carácter geral e específico.

Segundo Capítulo: A Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal

I. Políticas de Saúde

Falar no planeamento em saúde é falar, invariavelmente, em políticas de saúde, e o INEM, como instituição integrante do Sistema de Saúde, não é excepção no cumprimento dessas políticas.

Nesse sentido, o conceito de política pode ser entendido como a ciência do governo das nações, a arte de dirigir as relações entre os Estados, os princípios que orientam a atitude administrativa de um governo ou ainda o conjunto de objectivos que servem de base à planificação de uma ou mais actividades. Neste sentido, o planeamento é a acção ou o efeito de planear ou planificar, o trabalho de preparação para qualquer empreendimento, no qual se estabelecem os objectivos, as etapas, os prazos e os meios para a sua concretização e, por fim, pode ser o estabelecimento de um plano. Na acepção linguista do termo saúde, que deriva do latim *salute*, encontra-se a ideia do mais alto estado de vigor físico e mental e, segundo a Organização Mundial de Saúde, é um estado de completo bem-estar, físico, mental e social.

O conceito de política de saúde, em termos sociológicos, poderá ser interpretado sob diversas perspectivas e segundo diferentes autores.

Nesse sentido, Santos (1987) afirma que o direito à saúde e às políticas de saúde são parte integrante dos direitos sociais e das políticas sociais, pelo que as suas transformações ocorrem em paralelo com as que têm ocorrido nos países capitalistas mais avançados.

Mas, o que é de facto uma política de saúde? Para Gonçalves Ferreira, o conceito de política de saúde pode ser entendido como o conjunto de opções políticas fundamentais, em que se estabelece o carácter público, ou não, de responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade, de integralidade, de gratuitidade, de planificação e do trabalho a efectuar pelos serviços de saúde. Esta política faz parte da política geral do país., Por isso, deve procurar, na sua forma mais progressiva, garantir a todos o direito à saúde e obter sua a cooperação na segurança e promoção social, de forma a que a saúde seja incrementada a níveis suficientemente elevados para que possa vir a ser o factor de impulso

do desenvolvimento económico-social e uma via para o progresso do bem estar geral. A política de saúde tem de ter um carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos (Simões, 2004).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) existem quatro marcos importantes na história das políticas de saúde em Portugal, nomeadamente as reformas de saúde concebidas por Ricardo Jorge, Trigo de Negreiros, Gonçalves Ferreira e António Arnaut. Todavia, verificou-se que nem sempre essas políticas se concretizaram. De facto, algumas delas nem sequer chegaram a este patamar, uma vez que não saíram do papel. É por isso que as políticas têm que ser aliadas ao planeamento, à ideia de analisar as necessidades e criar um plano capaz de lhes dar resposta.

As políticas, sejam elas de que tipo forem, são sempre resultado de um processo desenvolvido em determinado contexto. Por isso, é necessário conhecer o processo de tomada de decisão e os seus fundamentos, de forma a analisar uma política, podendo esta ser individualizada de diversas maneiras, não havendo no entanto nenhuma “receita” universal. Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu para a Europa quatro questões-chave que se devem ter em linha de conta, como a igualdade dos cidadãos face aos recursos de saúde, a posição estratégica dos cuidados primários, a cooperação intersectorial e ainda a participação da população (da qual se falará mais adiante).

Reforçando esta ideia, que respeita às políticas de saúde, Simões (2004), reconhece três objectivos centrais: a equidade, no sentido em que os cidadãos devem ter acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde e a qualidade do tratamento não deve ser prestado em função do rendimento, mas antes das necessidades efectivas de saúde, ou seja, é necessário que exista protecção contra as consequências financeiras das doenças, sendo que o seu pagamento não deve ser baseado no risco individual; a eficiência técnica, pois deve maximizar-se o resultado dos cuidados de saúde e a satisfação dos consumidores ao custo mínimo, através da combinação de formas de organização que promovam a melhoria da produtividade dos meios disponíveis; por fim, a eficiência económica ou distributiva, dado que os sistemas de saúde só deverão consumir uma parte adequada ou necessária do PIB, pelo que é fundamental a utilização dos mecanismos apropriados para limitar a despesa, quer a decorrente de políticas públicas, quer a que é fruto de uma oferta excessiva do mercado privado ou da procura de cuidados de saúde. Esta última premissa tem levado a que as reformas do sistema de saúde nos países da União Europeia, nos últimos quinze anos, estejam centradas nos temas da contenção de custos e da melhoria da eficiência.

Tal como se referenciou anteriormente, as políticas em torno da saúde exigem permanente actualização, pois não operam numa arena solitária, sendo que as sociedades encontram-se em constante mudança. Verifica-se que hoje em dia as necessidades das populações são muito diferentes das de há um século atrás, quando se começaram a dar os primeiros passos em direcção à construção dos primeiros sistemas de saúde. Tem-se uma percepção mais clara dos determinantes da saúde e o seu sistema integra-se num contexto de intervenção política, económica e social muito vasto, onde se debatem as implicações no mundo que apresenta uma crescente liberdade de circulação de pessoas, mercadorias, capitais e serviços. Isto leva a crer que os sistemas de saúde estão hoje mais próximos dos outros problemas sociais que lhe estão associados, mas, ao mesmo tempo, é-lhes solicitado respostas mais vastas para aspectos como a alimentação, os comportamentos de risco associados à sexualidade e drogas, o problema da dor e ainda interrogações em torno da bioética.

As políticas de saúde em Portugal têm sofrido diversas mudanças, das quais se realçam as mais significativas:

Ano	Políticas de Saúde - Mudanças
1971	Reforma de Gonçalves Ferreira - criação dos centros de saúde pública que cobriam toda a população – centros de primeira geração;
1974	Criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e gratuito idêntico ao modelo inglês do NHS;
1975	Nacionalização dos hospitais das misericórdias; criação das Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (ADSS);
1976	Criação do Estado Social; consagração constitucional do Serviço Nacional de Saúde;
1977	Segunda crise no petróleo, apostando, por isso, em políticas orçamentais restritivas;
1978	António Arnaut propõe no parlamento um projecto lei de bases da saúde
1979	É criada a lei do Serviço Nacional de Saúde, no governo de Maria de Lurdes Pintasilgo;
1980	Início das políticas de racionalização das despesas públicas na saúde;
1981	Aparecimento das primeiras medidas de racionalização dos preços - as taxas moderadoras;
1982	Surgem os centros de saúde de segunda geração virados para cuidados de saúde de primeira linha, tais como vacinações, consultas e apoio domiciliário;
1983	Criação da carreira médica de clínica geral vocacionada para trabalhar nos centros de saúde;
1990	Lei de bases da saúde, que reitera o SNS, mas reparte a responsabilidade dos cuidados de saúde pelo Estado e pela iniciativa privada; reforça-se o papel do sector privado no sistema de saúde português;
1993	É legislado o novo estatuto do SNS; articulação entre centros de saúde e hospitais; seguro alternativo da saúde, transferindo para as seguradoras algumas das responsabilidades do estado;

Numa primeira abordagem, podem destacar-se dois momentos: um na década de setenta, que dava conta dos particularismos nacionais gerados pela Revolução de 1974 e dos imperativos internacionais que ditavam a criação de serviços sociais universais; o outro na década de oitenta onde a racionalização das despesas de saúde, a contenção dos custos de saúde e a acentuação das tendências de privatização faziam parte das agendas políticas neo-liberais da Europa Ocidental.

Mas, faça-se uma paragem no tempo e recue-se até ao “real” início das políticas de saúde em Portugal, à Constituição de 1822, onde, muito ao de leve se desenhavam preocupações com os cuidados de saúde, na altura apenas prestados aos soldados e aos marinheiros inválidos. Na Constituição de 1838 abordava-se o socorro público. A Constituição de 1911 apelava ao direito à assistência pública. Mas é na Constituição de 1933 que o discurso político se altera ligeiramente, referindo-se a um Estado com mais obrigações no que respeita à defesa da moral, da salubridade, da alimentação e da higiene pública.

De modo resumido, desde já a análise abarca três fases: a primeira, denominada de reforma de Ricardo Jorge, traduziu-se num conjunto de diplomas promulgados em 1899, mas postos em prática a partir de 1903, onde se criou a Inspeção Geral Sanitária, Concelho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene; a segunda, a reforma de 1944/1945, trouxe os objectivos de assistência preventiva, paliativa, curativa e recuperadora, que mais tarde se considerou como a perspectiva da prevenção, do tratamento e da recuperação da saúde; a terceira, onde se dão os primeiros passos para o actual sistema de saúde, em 1971, exigindo maior intervenção do Estado no sentido de dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença. Ainda neste ano e pelas mãos de Gonçalves Ferreira, então Secretário de Estado da Saúde e Assistência, reconhecem-se algumas das orientações doutrinárias como, por exemplo, a ideia de uma política unitária de saúde pública generalizada a toda a população, promoção da necessidade de implementar um Sistema Nacional de Saúde capaz de firmar essa política, reconhecendo o Estado como difusor da mesma e fomentando ainda o planeamento geral de todas as actividades ao nível central.

Mais uma vez reforça-se a ideia de que a reforma de 1971 foi a impulsionadora do actual sistema de saúde, promovendo a intervenção do Estado nas políticas de saúde. Note-se no entanto, que hoje em dia o sistema de saúde está atravessado por profundas mudanças em diversas frentes, nomeadamente na direcção da privatização da saúde.

II. O Serviço Nacional de Saúde

A análise do sistema de saúde em Portugal centra-se no contexto histórico das mudanças ocorridas após 25 de Abril de 1974.

A introdução do decreto de lei 413/71 de 27 de Setembro inaugura uma nova filosofia de protecção da saúde, a qual apela à intensificação das actividades da saúde pública, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações.

Este decreto constitui a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, criado no ano de 1958, em que os serviços passam a ser reorganizados de acordo com os princípios de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Em 1973 surge o Ministério da Saúde e as actividades separam-se, ou seja, as da saúde separam-se das da assistência, logo, o Estado considera que são dois domínios autónomos de produção de políticas. Estas medidas constituem o início do fenómeno da “universalização da prestação de cuidados de saúde, bem como a preocupação pela prevenção da doença” (Carapinheiro, 1987: 74).

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde, a maior parte da população é coberta pelos Serviços Médico-Sociais (SMS), ou seja, por “uma rede nacional de serviços prestadores de cuidados de saúde em regime ambulatorio, que numa primeira fase cobria apenas os indivíduos sujeitos a um regime contributivo, sendo já no período marcelista alargada à parte da população não coberta por qualquer outra forma de protecção à saúde” (Carapinheiro, 1987: 74).

Relativamente ao campo das políticas sociais, as duas grandes promessas da revolução eram o Serviço Nacional de Saúde e o sistema de Segurança Social. No entanto, o SNS terá um processo bastante complexo de concretização, pois não existiam consensos amplos, que conduzissem à sua concretização.

Deste modo, todas as medidas políticas de saúde adoptadas neste período (1974/1979) dão continuidade ao processo de universalização dos serviços de saúde, à política de prioridade aos cuidados de saúde primários, sendo os Centros de Saúde as organizações destinadas para este fim, mas mantendo-se ainda em funcionamento os Serviços Médico-Sociais. De acordo com o artigo 64 da Constituição de 1976, o SNS deverá orientar a sua acção para a socialização da medicina e da “produção médico-medicamentosa”, de forma a controlar e articular formas empresariais e privadas de medicina e para a disciplina da produção e

comercialização dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

Contudo, o SNS continua a ser uma “herança incómoda”, suportada no discurso político como um facto remanescente de uma fase evolutiva da sociedade portuguesa, necessária ao nível histórico, não podendo ser erradicada do quadro constitucional da saúde.

Na época, embora o sistema de prestação de cuidados de saúde fosse do tipo SNS, a verdade é que a cobertura da população era assegurada basicamente por dois esquemas: o SNS, o qual abrangia cerca de 86% da população, e por vários subsistemas dos quais o mais importante, em termos de população coberta, era o da ADSE. A população abrangida pelo SNS, pode utilizar, de forma gratuita, os serviços de saúde do Estado e os serviços privados convencionados.

“O objectivo essencial do SNS é o de atingir a situação de completo bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de doença ou de enfermidade, a que corresponde a definição internacional de saúde. E completa-se pelo objectivo paralelo de conseguir um estado de equilíbrio favorável nas relações entre os indivíduos e o meio comunitário em que vivem traduzindo o novo conceito de saúde da comunidade” (Santos, 1987: 46 e 47).

O período de 1976-1980 constituiu-se num impasse total para a implementação do SNS, em que as tentativas de implantação do mesmo são sucessivamente bloqueadas. Só em 1980 é que se inicia um período novo em que o Estado inicia um novo modelo de prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um modelo cujos contornos se vão definindo com contínuas acções estatais, mas que inclui a ideia de “desideologizar” as políticas de saúde, submetendo-as a critérios de rentabilidade económico-financeira.

III. O INEM como Instituição

É difícil encontrar uma definição simplista sobre o conceito de instituição, pois na realidade concorrem vários elementos para a sua definição como, por exemplo, sistemas de normas sociais, crenças culturais, valores, convenções, costumes ou tradições, estruturas sociais, sistemas de regras sociais, que podem ser formais ou informais, organizações ou burocracias. Tal como Fernandes (2006) afirma, a actividade humana está sujeita, de certa forma, a uma institucionalização, uma vez que é sempre repetida e obedece a um modo constante de operar. Neste sentido, as acções humanas apresentam uma rotina, sendo que os processos de habituação se encontram na base da institucionalização.

Berger e Luckmann (2004) vão mais longe, dizendo que toda a actividade humana está sujeita à habituação ou rotina, o padrão reconhecido através de uma economia de esforço, conhecimento e ainda de previsibilidade. Deste modo, a institucionalização existe quando ocorre uma tipificação recíproca, por tipos de actores, de acções tornadas hábito, apresentando um certo nível de controlo social.

A vida social obedece a normas tácitas ou explícitas de funcionamento, sob a forma de padrões de conduta, de regras jurídicas e de princípios éticos, pois as sociedades não são capazes de suportar, para além de um limite razoável, a anomia ou a conflitualidade nelas existentes. É por isso que a institucionalização funciona como factor amortecedor da conflitualidade, desempenhando um papel de reconhecimento dos actores e de legitimação da sua acção.

Neste jogo de actores, o palco – a sociedade – institucionaliza os conflitos para desta maneira os controlar, através de regras de jogo orientadas para a sua solução. O papel principal das instituições pode resumir-se ao de normalizar a retirada do sistema daqueles que impedem o seu adequado funcionamento e a sua manutenção.

As instituições devem apresentar-se com autoridade sobre o indivíduo, como acontece com as crianças, que devem aprender a comportar-se e, uma vez ensinadas, devem manter esses ensinamentos na sua pessoa. O mesmo acontece com os adultos, pois quanto mais a conduta é institucionalizada, mais esta se torna previsível e controlada.

Neste sentido e, sublinhando novamente Berger e Luckmann, as acções tornadas hábitos, conservam no seu interior o carácter significativo para o indivíduo, que se integra no seu património geral de conhecimentos, estando desta forma disponível para os seus projectos futuros.

Assim, a institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca entre os actores relativas às acções tornadas hábito e, desta forma, as tipificações são instituições. O que deve ser levado em conta é a reciprocidade das tipificações institucionais, bem como das acções e dos actores que fazem parte das instituições.

A maior parte da actividade social é, segundo Burns (2000), organizada e regulada por regras e sistemas de regras socialmente produzidas e reproduzidas, que estão inseridas em grupos e colectividades de indivíduos, através da linguagem dos costumes e códigos de conduta, nas normas, nas leis e nas instituições sociais, como a família ou a escola, nas diversas comunidades e organizações e no governo.

Todavia, os sistemas de regras sociais não são apenas constrangimentos ou limitações potenciais às possibilidades da acção, mas antes proporcionam comportamentos aos

indivíduos que, de outra forma, não seriam possíveis. De facto, as instituições, constituídas pelas suas regras sociais, oferecem uma base organizada, com um certo significado, de modo a que os actores se possam guiar uns em relação aos outros e, da mesma forma, poderem orientar as suas interacções.

Não obstante, o cumprimento destas regras encontra-se dependente de vários factores, como assinala Burns, como sejam os factores de interesse, o status e identidade, a legitimidade, a autoridade, as sanções sociais inerentes, os sistemas de regras complexos, hábitos, rotinas e guiões. Na maior parte das vezes, os indivíduos acatam o sistema de regras que lhes é apresentando, devido a várias razões, como o significado que lhes atribuem, bem como das sanções que são impostas pelo grupo ou organização.

Mas que lugar ocupa o indivíduo nestas instituições compostas por regras aceites por ele? O lugar do indivíduo será de reconhecimento perante o que se faz e porque se faz, tornando-se capaz de apresentar interpretações discursivas sobre a natureza do comportamento e das razões para o comportamento em que se encontram envolvidos.

Porém, a realidade não se cinge ao aqui e agora, ao contexto da percepção sensorial e social imediata, mas sim à identidade e mudança, ao que está ausente e que depende da segurança emocional que a confiança básica proporciona.

As instituições só se encontram completas se tiverem agregadas a si os indivíduos, dado que são eles que permitem a sua existência e a sua reprodução no tempo, pelo que existem actores individuais dotados de acções racionais, em instituições que modelam os comportamentos.

IV. O INEM e a Nova Saúde Pública

No primeiro capítulo foram apresentadas as premissas que estão na base do conceito da nova saúde pública, fazendo alusão aos aspectos mais significativos em torno do corpo e do seu papel na sociedade. Neste ponto far-se-á alusão aos novos contornos do INEM na Nova Saúde Pública.

O INEM opera diariamente com a sociedade e seus actores, que se encontram em constante mudança. Se em tempos este instituto interveio sob aspectos relacionados com traumatismos, ferimentos, lesões acidentais ou doença súbita, hoje é necessário repensar os mesmos.

Ora se não, note-se: em Portugal, os acidentes de viação são a principal causa de morte em crianças e jovens, segundo o Plano Nacional de Saúde (2004), associados ao consumo excessivo de álcool, provocando lesões graves e permanentes em muitos adultos. São também graves e em grande número, os acidentes laborais. Contudo, actualmente os horizontes

deverão ser alargados, mais especificamente após o 11 de Setembro de 2001, pois, até então não se pensava em ataques terroristas, nem na libertação de agentes microbiológicos patogénicos na natureza. Por estas razões, o INEM viu-se obrigado a rever e a actualizar o seu papel na sociedade, perante situações inesperadas de carácter humano ou natural, que implica uma parceria intensa com a Protecção Civil.

Actualmente as situações consideradas de rotina perdem peso para, progressivamente ganharem maior saliência os casos ligados ao bioterrorismo ou surtos epidémicos (como é o caso da Gripe das Aves ou da doença das Vacas Loucas), ondas de calor e outros riscos ambientais. A Nova Saúde Pública ganhou relevo no quotidiano de todos os cidadãos e, logo, o papel do INEM nesta Nova Saúde Pública também foi modificado.

V. O Papel do INEM na Sociedade Portuguesa

O Instituto Nacional de Emergência Médica foi criado no ano de 1981, pelo Ministério dos Assuntos Sociais, a partir do reconhecimento dos acidentes de viação como um problema de saúde pública. Por isso foi necessário criar um sistema integrado de emergência médica, dotado de meios humanos e técnicos capazes de socorrer vítimas de doenças do foro cardio-respiratório ou intoxicações, além de lesões ou traumatismos, que até então eram efectuados pelo Serviço Nacional de Ambulâncias. Foi neste contexto que o INEM foi criado, de modo a coordenar as actividades de emergência médica a executar pelas diversas entidades intervenientes no Sistema e cuja actuação se desenvolverá segundo um esquema de organização regional (Decreto-Lei 234/81, Diário da República, I Série, N° 176 (03-08-1981)). Ainda no mesmo decreto pode-se ler que o INEM tem como objectivos garantir os serviços de emergência médica a sinistrados e vítimas de doença súbita, no sentido de promover a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde, sendo dotado de autonomia administrativa e financeira e possuindo património próprio.

Mais de vinte anos passaram sobre este Decreto-Lei e sobre o papel do INEM na sociedade portuguesa. A maior mudança sentiu-se na preparação do Euro 2004, onde se deixou a cor branca, para dar lugar à amarela com faixa azul, segundo as normas ditadas pela União Europeia para a uniformização do Sistema de Emergência Médica.

Ao instituto foi dada a oportunidade de avaliar as suas necessidades e valências perante a população. A partir de 2004 passou a ter mais reconhecimento e credibilidade. E é também na passagem para o século XXI que o INEM passará para a chancela do Ministério da Saúde, o qual deverá dar continuidade às suas atribuições, apresentado assim uma competência

indirecta do Estado. O seu campo de actuação resume-se a Portugal Continental, deixando as ilhas de fora, que dependem da Protecção Civil.

Contudo, só no ano de 2007 são recriadas as regras de actuação, que, de uma forma sucinta, implicam definir, organizar, coordenar e avaliar as actividades do SIEM, que dizem respeito ao Sistema de socorro Pré-Hospitalar (SSPH), nas suas vertentes medicalizadas, e não medicalizadas bem como a respectiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referenciação e transporte de urgência/emergência; recepção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações; assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e accionamento dos meios de socorro apropriados; assegurar a prestação de socorro pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas; promover a recepção e o tratamento hospitalares adequados do doente urgente/emergente; promover a correcta utilização de corredores integrados de urgência/emergência, designados Vias Verdes; promover a coordenação entre o SIEM e os serviços de urgência/emergência; promover a correcta referenciação do doente urgente/emergente; promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente; promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às acções de emergência médica; assegurar a elaboração dos planos de emergência/catástrofe em colaboração com as administrações regionais de saúde e com a Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC); orientar a actuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe e por fim desenvolver acções de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM (Decreto-Lei 220/07, Diário da República, I Série, N° 103 (29-05-2007)).

De uma forma breve, a presença do INEM na sociedade portuguesa resume-se à assistência no local da ocorrência do sinistro, promovendo o transporte adequado em situações consideradas urgentes ou emergentes, em parceria com outras instituições definidas no Sistema Integrado de Emergência Médica.

Terceiro Capítulo: Contextualização do Projecto

I. O que é a Estrela da Vida?

O símbolo que é imagem do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem a sua origem no Departamento de Transportes Americanos (DOT) com o objectivo de identificar os cuidados prestados ao nível da emergência médica, de modo a salientar esta vertente da vasta lista de serviços do Sistema de Cuidados de Saúde.

A 23 de Setembro de 1973 nasce a Estrela da Vida, desenhado pelas mãos de Leo R. Schwart, funcionário do DOT e reconhecido como símbolo por parte da Emergência Médica cujo uso foi adoptado por todos os que se dedicam a esta actividade, (AA. VV., Abril 1984).

A Estrela da Vida é composta por seis pontos, tendo no seu centro ao alto um bastão com uma serpente enrolada, sendo que cada ponto corresponde a um ciclo completo de acções realizadas ao nível da Emergência Médica. Assim, rodando no sentido dos ponteiros do relógio, primeiro ocorre a detecção da situação; de seguida dá-se o alerta através do 112, iniciando-se posteriormente o pré-socorro, dando indicações via telefone sobre como proceder nessa situação enquanto o socorro não chega; chegados ao local do acidente os profissionais iniciam o socorro às vítimas, trabalhando no sentido de um transporte cuidado para a unidade de saúde mais próxima e que tenha meios para responder à situação em causa e, por fim, depois de realizada a transferência, é administrado o tratamento definitivo. O trabalho do INEM cessa nas entradas dos Hospitais, à porta das urgências, onde se apresenta um descritivo da vítima e os procedimentos aplicados. No que diz respeito ao bastão com a serpente enrolada, ele simboliza a saúde e que se explica através da mitologia grega.

A emergência médica é orientada por este conjunto de acções que devem ser cumpridas aquando de uma situação de emergência, ou seja: Detecção, Alerta, Pré-Socorro, Socorro, Transporte, e por último, a Assistência Hospitalar. Isto significa que cada uma destas fases deve estar em perfeita sintonia umas com as outras, sendo que se falhar uma, todas as seguintes irão falhar. O sucesso só é possível com a completa e competente realização de cada uma destas etapas e da integração destas com as demais.

II. História da Emergência Médica

Desde sempre que o Homem está em constante perigo, consoante o contexto em que se encontra. Mas, é sobretudo perante situações de âmbito psico-biológico que, devido à sua gravidade e natureza, necessitam de uma rápida intervenção do exterior que, sem ela, poriam a própria existência em perigo.

Foi durante o século XIX e a primeira metade do século XX que se iniciam as primeiras técnicas de socorro, numa tentativa de criar mecanismos capazes de diminuir as taxas de mortalidade que as funestas doenças infecto-contagiosas e as próprias guerras produziam.

Na realidade, as duas Grandes Guerras serviram de palco à emergência médica, num esforço de salvar vidas e de transportar as vítimas até aos hospitais de campanha, numa tentativa de prestar os cuidados adequados à sua sobrevivência. Dá-se, então, o início da Emergência Médica. A partir deste ponto transferiu-se para a sociedade civil os conhecimentos adquiridos durante os conflitos. Também os papéis dos profissionais de saúde se alteraram. Se inicialmente era o médico quem assegurava o pré-socorro, actualmente e, devido ao crescente aumento populacional, aos avanços tecnológicos e também à gravidade dos acidentes e doenças súbitas, os profissionais tiveram que se adaptar às necessidades de socorro que as sociedades apresentam.

A título ilustrativo, citam-se os conflitos da Coreia (na década de 50) e do Vietname (na década de 60 e 70) em que se conseguiram grandes avanços na esfera da traumatologia e nas técnicas de reanimação praticadas no próprio local. Contudo, as contínuas mutações da sociedade ao nível das doenças e o aumento das taxas de mortalidade, como referido anteriormente, e também o avanço industrial e tecnológico eminente levou a que a emergência médica evoluísse rapidamente. Mais tarde, os acidentes de viação tornaram-se num grave problema de saúde pública, constituindo grande parte do trabalho dos profissionais ao serviço desta área da Saúde.

Em Portugal, a ideia de emergência médica instala-se com os pressupostos da I Convenção de Genebra (<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dih-conv-I-12-08-1949.html>), de modo a preparar as equipas de socorro no sentido de intervir em situações de emergência e providenciar todo o apoio logístico necessário. Aquando da I Guerra Mundial, criou-se um sistema fortemente elaborado para que se pudesse evacuar dos campos de batalha os soldados feridos, para lhes prestar o socorro adequado e, em muitos casos, “devolvê-los” à linha de combate. O objectivo central situava-se no princípio

humanitário de que o socorro deve ir até ao ferido. Daí que se tenham criado Postos de Abrigo com o intuito de criar uma malha de socorro junto aos campos de batalha. A utilização das ambulâncias apenas existia para os feridos muito graves no sentido de os transportar até ao hospital mais próximo ou de campanha. Só mais tarde, já na II Guerra Mundial, é que o transporte das vítimas sofre uma reestruturação, levando todos os feridos em condições desejáveis para a unidade de saúde mais próxima. É então que se cria uma nova categoria de profissionais ao serviço da emergência médica, os Ambulance Attendants, actualmente conhecidos como Técnicos de Emergência, que prestavam o apoio suficiente aos médicos que se encontravam no local.

III. Distinção entre os conceitos de Emergência e/ou Urgência

Numa área da saúde em que constantemente se fala em emergência e urgência, estes dois conceitos revelam-se confusos no quotidiano e, muitas vezes, são empregues sem se ter a noção do seu enquadramento real e conceptual.

Em termos teóricos, a medicina de emergência e a urgência têm vindo a ganhar especial relevo nos nossos dias, tendo em conta que as suas acções sempre foram de “vanguarda”. Mas nem sempre foi este o seu lugar de destaque. Há cerca de 20 anos atrás o conceito de urgência médica era entendido como toda a situação clínica em que a demora no diagnóstico ou na terapêutica pode trazer graves riscos ou prejuízos ao doente (Mateus, 2007: 15). Actualmente, devido ao aumento das taxas de doença súbita e à complexidade dos vários acidentes que exigem socorro imediato, alteraram-se as medidas de actuação, assumindo a ideia de prestação de auxílio no local do acidente. Os contornos da medicina de emergência organizam-se em torno da prestação de socorros de urgência, de modo a estabilizar a vítima e efectuar o seu transporte até à unidade de saúde mais próxima para completar o tratamento, fazendo uso das vertentes preventiva, curativa e de reabilitação.

A emergência é, em muitos aspectos, definida como algo de súbito, inesperado, imprevisto, que necessita de uma intervenção imediata após solicitação, ou ainda, uma condição imprevisível, ou mesmo inesperada que requer acção imediata, alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes. Este conceito surge através do American Hospital Association sob diferentes definições, como a Emergency (que requer atenção médica imediata); True Emergency (qualquer condição clínica que necessite de cuidados médicos imediatos); Emergent (a desordem é grave podendo

colocar a vida do paciente em perigo); Urgent (requer atenção médica no espaço de algumas horas); Non Urgent (não requer recurso a um serviço de emergência) (Mateus, 2007: 14-19)

No que diz respeito ao conceito de urgência, este é descrito como um facto ou qualidade de ser urgente, imperativo, insistente, importuno, algo urgente que requer necessidade de intervenção, situação que exige uma acção ou tratamento médico ou cirúrgico imediato ou em prazo muito curto. Conhecem-se diferentes tipos de urgência, definidos consoante o seu grau de gravidade. A Urgência pode ser Subjectiva (baseando-se em critérios da própria vítima que não lhe produzem danos) ou Objectiva (que implica a avaliação por parte de um profissional de saúde). No que diz respeito à assistência, esta pode ser definida em termos de Extrema Urgência (em que o tratamento deve ser administrado num mais curto espaço de tempo, de modo a permitir o restabelecimento das funções vitais), Primeira Urgência (implica um transporte para a unidade de saúde que lhe possa oferecer o tratamento adequado), Segunda Urgência e Seguintes (o tratamento não carece de um tempo curto de aplicação, mas deve-se realizar).

Em Portugal e, segundo as definições utilizadas pelo Ministério da Saúde uma emergência pode ser entendida como uma situação onde é iminente ou está instalada a falência de funções vitais. Por seu turno o conceito de urgência diz respeito à situação onde existe risco de falência de funções vitais (<http://www.portugal.gov.pt>).

Na prática, sabe-se que os profissionais de saúde que operam na área da emergência médica têm outras perspectivas que a presente investigação vai tentar escrutinar.

IV. Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)

O sistema acima mencionado (SIEM) pode ser decomposto nos conceitos que o compõem. Assim sendo, por Sistema entende-se o conjunto de partes coordenadas entre si que tem um objectivo a atingir; Integrado refere-se ao que se completou e que faz parte de algo; Emergência diz respeito a alguma coisa que surge subitamente ou inesperadamente. No seu conjunto global, o SIEM combina entidades, meios humanos e materiais, actividades e procedimentos que, coordenados entre si, competem, de forma organizada, para prestarem o socorro às suas vítimas de forma rápida e eficaz.

No que se refere à área da Emergência Médica, esta compreende o espaço que decorre entre o momento em que ocorre uma situação súbita de doença e quando se dá início à aplicação da terapêutica adequada, sendo que entre estes dois momentos, existem gestos que salvam e a

hora de ouro em que a eficácia das medidas aplicadas são cruciais. Ao conjunto destes gestos e actividades denomina-se os Cuidados Pré-Hospitalares de Emergência.

Todavia, para o sistema operar nos moldes desejáveis é necessário ter em linha de conta conceitos como os de multidisciplinaridade, coordenação, articulação funcional, acompanhamento, avaliação, reajustamento, reunião de esforços, meios e acções, assentando necessariamente num modelo organizacional baseado na responsabilidade partilhada por todos os seus intervenientes, tais como os que se passam a citar: hospitais, centros de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de emergência médica, bombeiros, PSP, Cruz Vermelha Portuguesa, Protecção Civil e os próprios cidadãos.

O SIEM tem igualmente quatro componentes fundamentais que lhes estão associadas: o alerta (baseado nas redes de telecomunicações), o socorro (operado por profissionais de saúde ao serviço da emergência médica), o transporte (efectuado por terra, ar e mar) e por fim os hospitais de evacuação (localizados estrategicamente e possuindo as terapêuticas necessárias a serem aplicadas).

Não obstante, a Emergência Médica, por si só, deve poder conseguir consolidar alguns princípios necessários ao seu bom funcionamento, como sejam o facto de praticar uma actividade da esfera da saúde que depende de um bom alerta, com informações precisas sobre a situação em causa, de modo a proceder a uma rápida intervenção no local, praticando práticas hospitalares que devem ter presentes quem as lidera e coordena (como por exemplo o Médico Regulador - definido no ponto V deste capítulo) assinalando uma medicação administrada por profissionais adequados para tal, em que tal só é possível se existir, em pano de fundo, uma boa rede de telecomunicações que permita a comunicação entre todos os seus intervenientes, podendo desta forma praticar o devido socorro e o bom transporte para o hospital mais apropriado.

O conceito de emergência médica pré-hospitalar é pluridisciplinar e reúne a actuação de diversos meios, humanos e materiais, que exigem uma adequada coordenação de modo a que todo o sistema seja eficaz e eficiente. Este conceito, concretiza-se como uma actividade de saúde, pois todos os recursos de que dispõe, desde o local da ocorrência do sinistro ou mesmos doença súbita grave, até à recuperação da vítima em causa, confluem para uma única meta a alcançar: preservar a vida e minimizar as consequências nefastas para a vítima e para a comunidade que a rodeia. Como se verifica, a emergência médica é um sector de prestação de cuidados de saúde com características muito especiais. Mesmo em países onde esta actividade está bem institucionalizada, foram criadas especializações médicas e de enfermagem, numa base de funcionamento de rede integrada, de forma a garantir a continuidade da prestação de

cuidados, desde o local do acidente até à unidade hospitalar. No caso de Portugal, o Sistema Integrado de Emergência Médica é, segundo o relatório de Julho de 1999 do Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE), um conjunto de meios e acções pré-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com intervenção das várias componentes da comunidade (...) que tem como objectivo promover a maior rapidez e eficiência nas acções de emergência, com maior economia de meios, em situações de doença, acidente ou catástrofe, onde a demora das medidas adequadas de diagnóstico e tratamento pode produzir graves danos para o doente (GUERRA, 2002:27).

A emergência médica contempla diversos procedimentos e acções ao nível da saúde, que inclui todos os actos praticados desde o local da sua ocorrência, até ao momento em que se inicia a sua terapêutica na unidade de saúde mais apropriada à situação em causa, contando por isso com o trabalho efectuado por todos os profissionais que constituem assim o Sistema Integrado de Emergência Médica: o transporte da vítima de forma rápida e eficaz para o serviço de urgência de um sistema hospitalar, correspondendo, assim ao conceito de First Responder (GUERRA, 2002: 37).

V. O INEM: História, Evolução e Actualidade

Em Portugal, a ideia de emergência tem origem na década de setenta, baseada numa perspectiva de transporte das vítimas para a unidade de saúde mais próxima, sendo que, presentemente, é praticada, com algum grau de autonomia, através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Contudo, para se poder analisar o INEM é necessário recuar no tempo, mais especificamente ao ano de 1971, quando se criou o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), que tinha como objectivo coordenar as acções de socorro de todos os organismos com intervenção ao nível dos primeiros socorros e transporte de vítimas para os hospitais. Só no ano de 1981 se legaliza o INEM com o Decreto-Lei N° 234/ 81 de 03 de Agosto.

O INEM tinha como linhas de acção o preenchimento dos espaços entre as grandes áreas extra-hospitalar e hospitalar, com acções de acidentados e urgentes, no sentido de regionalização dos serviços e coordenação dos mesmos, com especial ênfase nos hospitais centrais e distritais das diferentes áreas ou regiões da sua influência. Esta instituição embora tenha mantido, as mesmas valências que o SNA todavia interessou-se numa actividade prioritária, a preparação adequada ao nível da emergência médica, das tripulações e ambulâncias, num esforço de que só agora se conhecem alguns resultados.

O INEM é o órgão coordenador de uma valência de saúde que é uma nova concepção de cuidados de saúde, caracterizado por um conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, como tal pluridisciplinares e com a intervenção activa e dinâmica dos vários componentes da comunidade, que se encontra perfeitamente coordenada, de modo a possibilitar uma acção rápida, eficaz e com economia de meios. Este organismo tem como missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar, as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir aos sinistrados e vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde” (AAVV, 1983: 41).

Mas para que estas acções surtisser efeito, foi necessário criar diferentes tipos de Serviços de Apoio, os quais se passam a designar: Centro de Orientação de Doentes Urgentes – CODU (são centrais de emergência médica responsáveis pela medicalização do número europeu de emergência – 112 – e que lhes compete atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos recebidos, de modo a accionar o melhor meio de socorro, sendo que cada caso é um caso, logo cada caso é uma emergência diferente. No CODU estão presentes os médicos reguladores, enfermeiro, operadores de central de rádio e de atendimento telefónico. Operam em Portugal quatro CODU – Lisboa e Vale do Tejo [que abrange os distritos de Santarém, Lisboa, Setúbal, Portalegre, Évora e Beja], Porto [que compreende os distritos de Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, Braga, Porto e Aveiro], Coimbra [que atinge os distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Castelo Branco e Leiria] e Algarve [que apenas circunscreve o distrito de Faro]); Centro de Informação Anti-Venenos – CIAV (é um centro médico de informação toxicológico, que presta informações ao nível do diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos, bem como de intoxicações agudas ou crónicas, fornecendo ainda informação relativa aos efeitos secundários dos medicamentos, substâncias cancerígenas, mutagénicas e teratogénicas); o Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar - CODU-Mar (tem como objectivo prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações); Recém-Nascidos (Sub-Sistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, que exerce funções desde 1987 e actua sobre os recém-nascidos em situação de risco e prematuros, permitindo transportá-los para hospitais onde exista a unidade de Neonatologia). Estes serviços complementam-se através de diferentes meios, accionados consoante o grau de gravidade da situação, como as Ambulâncias SBV (Suporte Básico de Vida - destinadas à estabilização e transporte de doentes, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida, sendo que a sua equipa é constituída por dois Técnicos de Ambulância de Emergência – TAE – dos quais, pelo menos um, terá que ter saber manobrar o

sistema DAE) e, mais recentemente, as Ambulâncias SIV (Suporte Imediato de Vida – que visa a garantia de cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de suporte avançado de vida, nomeadamente em situações de paragem cárdio-respiratória. A sua tripulação é constituída por um enfermeiro e por um TAE) VMER (Veículo Médico de Emergência e Reanimação, que se destina à intervenção pré-hospitalar no local do acidente, de forma rápida, tripulada por um enfermeiro e um médico) e Helicópteros (que têm como objectivo o transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde e são igualmente tripuladas por um médico e enfermeiro e conduzidas por dois pilotos da FAP).

VI. Diferentes Modelos de Gestão da Emergência Médica

A questão da emergência médica e da sua aplicação nas sociedades tem vindo a assumir contornos diferenciados no decurso da sua existência. A história diz-nos que os hábitos sociais sempre caminharam numa óptica de resolver situações de emergência, de modo a prestar os cuidados adequados às populações, de forma a promover a articulação entre a comunidade e o hospital. As duas grandes guerras foram, tal como referenciado anteriormente, o palco por excelência da emergência médica, onde os seus actores, médicos e enfermeiros, uniam esforços para minorar o sofrimento dos que faziam a guerra. Actualmente as acções destes profissionais puderam ser alargadas a outros profissionais que, por alguma razão, sentiram a necessidade de mudar esta realidade.

Nesse sentido e, consoante os objectivos definidos por cada país, foram criados modelos de gestão da emergência médica diferentes.

Por um lado, o sistema *Scoop and Run*, adoptado em países como os Estados Unidos da América e o Reino Unido, que tem como objectivo primordial o transporte rápido da vítima até à unidade de saúde mais próxima e também a mais adequada. No caso dos EUA, as ambulâncias são tripuladas por um Emergency Medical Technician (EMT) Paramedic e um Emergency Medical Technician (EMT) Intermediate ou um Emergency Medical Technician (EMT) Basic. Relativamente ao Reino Unido, o transporte é realizado por dois Ambulances Paramedics ou um Ambulance Paramedic e um Ambulance Technician.

Por outro lado, o sistema *Stay and Play*, foi implementado em França e Alemanha, com a finalidade de levar no mais curto espaço de tempo, o médico até à vítima, iniciando-se logo no local o processo de tratamento e, depois, a realização do transporte nas devidas condições.

Em França, as ambulâncias podem ser conduzidas por um condutor sem formação alguma na área da saúde ou da emergência médica e por um Ambulancier portador de um Certificat de Capacité d’Ambulancier (CCA), dependendo estas de bombeiros ou instituições privadas. Possuem também ambulâncias dependentes do SAMU (Service d’Aide Médicale d’Urgence), situadas por isso, em hospitais e compostas por um médico, enfermeiro e um Ambulancier portador de um (CCA) ou (FAE) Certificat de Capacité d’Ambulancier e Formation d’Adaptation à l’Emploi. Relativamente à Alemanha, o modelo é um pouco semelhante ao Francês, já que os serviços prestados são realizados por médicos e paramédicos. As Unidades de Transporte de Doentes são tripuladas por um Rettungshelfer, na condução da ambulância e com formação em SBV, e um Rettungssaniterer como chefe de equipa, já que possui formação em SAV. As Unidades de Suporte Avançado de Vida e Viaturas Médicas de Emergência são compostas por um Rettungssaniterer, um Rettungsassistent (com formação em SAV e em certas situações pode assumir o lugar do médico) e ainda um Médico como chefe de equipa.

No que se refere ao modelo *Scoop and Run*, existem algumas desvantagens que devem ser assinaladas, como o socorro ser realizado por técnicos com pouca formação para a situação em causa, sendo que esta falha é colmatada por protocolos estabelecidos de coordenação e supervisão com os hospitais de retaguarda. Relativamente ao modelo *Stay and Play*, o sistema é mais avançado na medida em que complementa duas profissões: a de técnico de emergência médica e a de médico, embora com difícil articulação com a acção médica, provocando a inexistência de protocolos, bem como a relação com outros profissionais do sistema. Não obstante, este modelo apresenta a vantagem da prestação de socorro ser realizada no próprio local do sinistro, manifestando desta forma algum benefício para a vítima.

No caso português, utiliza-se um modelo híbrido designado de *Play and Run*, já que utiliza as duas vertentes dos modelos acima referenciados, no sentido em que se estabiliza a vítima no local, de modo a transportá-la para a unidade de saúde mais próxima e mais adequada. De uma forma breve, numa primeira instância acorrem ao local ambulâncias SBV e, em caso de necessidade, uma VMER e/ou ainda um helicóptero que, em trabalho de equipa unem esforços para promover um socorro, rápido, eficaz e eficiente. Este modelo acarreta algumas semelhanças com o modelo Francês e Alemão, já que envolve controlo médico fora do hospital e mantém a máxima de *First Responder*, assumida pela polícia e pelos bombeiros, e que, paralelamente, procura um tratamento rápido, levando o médico ao local. Une diversas categorias profissionais como médicos, enfermeiros, TAE, bombeiros, CVP e PSP,

coordenados através de diversos protocolos e procedimentos que, apesar de tudo nem sempre se torna claro aos olhos destes profissionais.

Independentemente do modelo aplicado, as perspectivas futuras apontam no sentido do Hospital sair do seu mundo fechado para a rua, praticando cuidados de emergência médica suportados por novas tecnologias (como por exemplo a telemedicina já praticada pelo INEM com transmissão de dados visuais [como ECG] para a central CODU), que se têm revelado ferramentas úteis a esta área da saúde que assume contornos cada vez mais exigentes.

Não obstante, quando, os profissionais que se encontram ao serviço da emergência médica estão motivados e com formação adequada, trabalhando em equipa com todos os intervenientes, o sucesso do serviço em causa torna-se visível, qualquer que seja o modelo aplicado.

Quarto Capítulo: Objecto e Metodologia de Investigação

I. Objecto de Pesquisa

A investigação que se tem vindo a realizar tem como questões de partida as seguintes:

- O que acontece depois de se marcar o 112?
- Quem está do outro lado da linha?
- Como se planeia a resposta a uma emergência?

Nesse sentido, o que se pretende analisar, de modo a dar resposta às questões supra citadas é, em primeiro lugar, a identificação de emergências-tipo, as formas de resposta a cada uma delas, os modelos de trabalho que lhes estão subjacentes, os seus principais protagonistas, os recursos mobilizados e as instituições envolvidas. Em segundo lugar, quando é que a chamada do 112 se revela uma emergência e como se actua nessa situação. De uma forma resumida, pretende-se saber como se planeiam as actividades de emergência, quais são os seus principais actores e qual o papel desempenhado por cada um deles em cada acção ou situação. É através do recurso à técnica de observação directa que se pretende apreender os hábitos e rotinas desta instituição e dos profissionais que com ela colaboram, conhecer as suas técnicas de trabalho, as relações estabelecidas entre todos os seus intervenientes, que vão desde os técnicos, aos médicos, aos enfermeiros e à própria população.

O que importa salientar é que o objecto de análise da investigação em causa diz respeito ao planeamento da intervenção sobre a emergência e/ou urgência, a partir do momento em que se acciona o 112.

II. Metodologia: Proposta e Realizada

A metodologia para o presente estudo iniciou-se com a recolha e consulta bibliográfica nas áreas da sociologia da saúde, da sociologia do planeamento e da emergência médica e, ainda, sobre o Instituto Nacional de Emergência Médica, para se estar devidamente fundamentado

aquando da realização do trabalho de campo. Pensou-se realizar este trabalho através da técnica de observação não-participante, mas este tipo de observação revelou-se insuficiente para a análise em causa, já que observar sem participar, tornaria impossível a observação sociológica, tendo em conta a natureza das actividades que o INEM realiza. Por esta razão, optou-se pela aplicação da técnica de observação participante. Realizou-se ainda uma entrevista de carácter privilegiado, para o esclarecimento das questões da investigação.

Deste modo, a técnica de observação diz respeito à captação dos comportamentos no momento em que eles se produzem, sem a mediação de um documento ou de um testemunho. A observação nas ciências sociais incide sobre os comportamentos dos actores, no sentido em que se manifestam sob sistemas de relações sociais, bem como sob os fundamentos culturais e ideológicos que lhes assistem. O investigador deve por isso, estar atento ao aparecimento e/ou transformação dos comportamentos, aos efeitos que produzem e aos contextos em que são produzidos.

Contudo, se por um lado, a observação não-participante é realizada do exterior para o interior da comunidade que se pretende observar, com o seu consentimento e reconhecimento e em que o investigador se encontra do lado de fora, sem nunca interferir e sem que nunca se dê conta da sua presença, por outro lado, a técnica de observação participante inclui o investigador no interior da comunidade durante um longo período de tempo, observando os seus modos de vida de forma pormenorizada e interferindo o menos possível. Através desta técnica é possível apreender os comportamentos no exacto momento em que são produzidos, sendo que o material recolhido é obtido de forma espontânea (QUIVY, 1997).

A observação participante é a técnica escolhida por muitos investigadores na área das ciências sociais, já que, quando bem sucedido, fornece informações mais ricas do que a maioria das técnicas utilizadas. O trabalho de terreno oferece maior flexibilidade na adaptação a questões que fogem ao padrão estabelecido das relações sociais. Contudo, pode ocorrer integração excessiva, levando o investigador a perder distanciamento face à perspectiva do exterior. A observação participante engloba a o tecido espesso de dimensões articuladas do social, sendo que a sociedade, por si só, oferece inúmeras possibilidades de observação sem que disso tenhamos consciência.

A observação participante centra a sua análise nos comportamentos com maior visibilidade e expressões directas, ainda que hajam sempre imprevistos e factos incontroláveis, bem como interacções inesperadas que, por si mesmas, suscitam interesse e, por isso, se insista na sua observação.

Este método tem a sua origem na antropologia e na sociologia praticada na Escola de Chicago. Assenta na ideia da presença prolongada do investigador no interior de um determinado grupo ou local a estudar, de modo a conhecer os seus hábitos, rotinas e comportamentos, reconhecidos pela técnica da observação-participação na medida em que são importantes para se ter o conhecimento dos discursos, práticas e simbologias que fazem parte do campo em análise.

III. Observação Participante: Trabalho de Campo

Mediante o que foi dito no ponto anterior, pode-se então descrever o trabalho de campo que esteve na base desta investigação, utilizando, para isso, a técnica da observação participante, na medida em que só o envolvimento com o grupo em questão, durante certo período de tempo, se revelaria frutífero para o esclarecimento de inúmeras questões analíticas relacionadas com as questões de partida.

Num primeiro momento, foi necessário chegar até junto das chefias do INEM, nomeadamente da Delegada de Região de Lisboa e Vale do Tejo¹, que pudessem desta forma permitir a presença em estágios observacionais (assim denominados pelo instituto), sendo este um passo de extrema importância no sentido de se ganhar a confiança dos profissionais que trabalham para esta instituição. De facto, a primeira questão colocada, pela então Delegada, foi precisamente “O que é isto da sociologia? O que é isto do planeamento? O que quer saber sobre o INEM? O que tem a sociologia a ver com o INEM?”. A resposta a estas questões foi justificada pela importância da observação participante. É necessário sentir, ver, tocar, cheirar e ouvir, conhecer hábitos, rotinas assim como as situações de excepção.

Nesse sentido, foram concedidos nove períodos de observação, mais especificamente, quatro estágios no CODU Lisboa, quatro estágios em Ambulâncias SBV – Lisboa 1, um estágio na VMER Lisboa. Estes estágios foram sempre realizados ao fim-de-semana², tendo o seu início a 24 de Novembro de 2007 e o seu fim a 20 de Janeiro de 2008. Durante este período de tempo observou-se e apreendeu-se muito do trabalho destes profissionais. Pôde-se participar em grande parte do trabalho realizado, sempre com as devidas cautelas e sob a supervisão dos profissionais.

¹ Foi realizada uma pequena reunião com a Dr.ª Isabel Santos, que mais tarde foi substituída pela Dr.ª Teresa Pinto, a quem se fez uma entrevista de apoio à presente investigação.

² Durante a semana, a investigadora encontrava-se a trabalhar, não sendo por isso possível conciliar o trabalho com os estágios de observação.

No CODU teve-se a oportunidade de ouvir as chamadas recebidas, a aflição de quem liga e a força para ajudar de quem atende, a importância do tom que se utiliza, as palavras de apoio que se podem transmitir, os ensinamentos que podem ser dados telefonicamente. Na maior parte dos casos, quem liga não ouve quem atende a chamada, transformando-se este contacto numa luta constante para se prestar o melhor e mais rápido socorro. Os OPCEM são, na maior parte das chamadas, agredidos verbalmente, ameaçados e muitas vezes postos em causa por quem está a ligar. A importância de ouvir é, nesta sala onde as vozes se atropelam, onde o tempo passa sem que disso se tenha consciência, a palavra de ordem. É preciso que se saiba ouvir quem liga, mas também estar atento ao que se passa em seu redor. Por exemplo, quando ocorre um acidente de viação são efectuados inúmeros telefonemas. É necessário que estes técnicos saibam ouvir as indicações fornecidas, pois podem trazer dados novos, como também o que se passa na sua envolvente, para não ocorrerem saídas desnecessárias dos meios de socorro. Nesta sala ouvir é muito mais do que prestar atenção, é perceber pelo sentido da audição o que diz quem liga, o que se passa na sala, as conversas que estão presentes.

Para quem liga é necessário ser o mais claro possível e transmitir o máximo de informação possível para se enviar o meio mais adequado. Um bom contactante é aquele que define de imediato o sexo e a idade da vítima (aparente, quando não se tem a certeza), a situação em si, os sintomas, as diferenças percebidas em relação a um estado normal e, por fim, a localização (esta informação é, geralmente a primeira a ser dada por quem liga, esquecendo que o importante é a saúde da vítima!), bem como o telefone de onde ligam.

Na sala de operações do CODU Lisboa as emoções são fortes e o stress constante. Encontram-se presentes cerca de vinte pessoas, das quais quinze são OPCEM, dois enfermeiros e dois ou três médicos reguladores, consoantes as horas e os dias em questão.

Cada OPCEM tem para si um computador e um telefone, sendo que no computador são inseridos todas as informações recebidas pelo contactante, com também os sons que se ouvem por detrás da sua voz que, em muitos dos casos, são da própria vítima.

Dentro destas quatro paredes o ambiente é frenético, alucinante, stressante, pesado e violento. A comunicação realizada entre os presentes é efectuada, na maior parte das vezes, pelo telefone, nomeadamente entre OPCEM e o médico regulador, para efectuar o melhor socorro e, por vezes, dar conselhos para adiantar um tratamento até à chegada de auxílio. Aqui apreende-se a gíria usada por estes profissionais, que é difícil de perceber, incompreensível aos ouvidos de quem não faz parte deste meio.

Estes profissionais entram na sala com a ideia de que vão fazer mais e melhor, mas saem com a sensação de que poderiam ter sido ido mais longe e poderiam ter ajudado mais, numa

sociedade que nunca teve formação para actuar em situações de emergência, que é cada vez mais idosa e cada vez está mais sozinha e sem recursos.

Do outro lado da “barricada” existem ainda os TAE, que se ocupam da “rua”, que acorrem com a expectativa de ajudarem, numa luta constante contra o tempo. Nem sempre sabem o que vão encontrar. Entram pela casa das pessoas com um único objectivo de ajudar. Sabem que têm de acudir, dar a mão, falar em tom calmo, explicar o que se está a passar. Só depois poderão fazer, se for caso disso, o transporte adequado para a unidade de saúde mais próxima. Recebem o “serviço” através de uma chamada via telemóvel, que um dos tripulantes possui, com as indicações da localização e da emergência em questão. Entram na ambulância a carregar no acelerador pois sabem que o tempo é crucial.

Neste campo de acção percepcionou-se, desde o primeiro dia, que o sociólogo não poderia estar sentado a um canto, apenas como observador, por ser frustrante, decepcionante e irrealista ficar confinado ao lado de fora. Por isto, em todos os serviços realizados, foi dada a oportunidade colaborar, participar em todas as fases, com as devidas cautelas e precauções. Apesar de, aparentemente, o tempo de observação poder ser considerado suficiente, reconhece-se que acabou por ser curto, obrigando a condensar todas as observações realizadas.

De salientar, desde logo, a atitude de humildade do investigador perante a importância do trabalho destes profissionais. Saber ouvir e ver foram os dois sentidos mais apurados no decorrer deste período de tempo. Percebe-se que são pessoas a lidar com outras pessoas, não são máquinas de atender chamadas ou de transporte rápido. A importância de saber distinguir a diferença entre uma situação de emergência e uma situação de urgência em cada chamada é talvez o problema mais sentido.

Durante estas observações ouviu-se o telefone tocar para mais uma emergência, ou por vezes, apenas urgência. Sai-se para a rua com a mesma expectativa destes profissionais. Sente-se o medo, misturado com a adrenalina, sobre o que se vai encontrar. Perde-se a noção do tempo, das horas e dos minutos. O silêncio que se faz sentir aquando da chegada de mais uma equipa “amarelinha”³ é notória: o medo de não se saber o que se poderá fazer, o medo de se chegar no momento do fim. A vida das pessoas é aberta a estes profissionais, fica a nu. Neste palco, vê-se de tudo, os actores são distintos mas lutam para o mesmo objectivo: tentar salvar a vida do outro, prestando-lhe o melhor socorro possível. Existem vitórias, derrotas, alegrias, tristezas, dor, sofrimento, perdas e ganhos, mas acima de tudo, muita luta. O que mais dói não

³ Designação adoptada pela investigadora, tendo em conta a cor amarela que define o INEM.

é o sangue, o cheiro ou a degradação humana, dói mais a dor de uma mãe que recebe a notícia da perda de um filho que está a milhares de quilómetros de distância. Contra isto nada se pode fazer, senão dar a mão, acarinhar, abraçar, porque nem as palavras servem de consolo. Não existem palmas neste campo. O simples obrigado é mais do que suficiente.

IV. Pesquisa de Terreno: Entrada, Integração e Saída

A observação em ciências sociais diz respeito à observação da realidade social, na medida em que tem significados e estruturas relevantes para os que dela fazem parte e, portanto, a pensam e a vivem. “Por uma série de construções do senso comum os cientistas pré-seleccionaram e pré-interpretaram esse mundo de que eles têm experiência por ser a realidade da sua vida quotidiana. São estes seus objectos de pensamento que determinam o seu comportamento, motivando-o. Os objectos de pensamento construídos pelas ciências sociais, por forma a dominar esta realidade social, têm de ser fundados sobre objectos de pensamento construídos pelo senso comum dos homens que vivem a sua vida quotidiana no seu mundo social” (Burgess, 1997: 85).

Desta forma, o cientista social é levado a interpretar os significados subjectivos que o mundo social sugere por si só, bem como as experiências construídas pelos participantes nas diversas situações sociais. Esta tarefa só poderá ser realizada pelos investigadores sociais através da técnica de observação e observação participante, no sentido de obter contacto directo com os significados que os indivíduos atribuem às situações sociais.

É função do observador reunir os dados que recolhe, pois participa na vida quotidiana do grupo, instituição ou organização em que está a realizar a observação “Ele (observador) observa as pessoas que estuda por forma a ver em que situações se encontram e como se comportam nelas, (...) estabelecendo por isso conversa com alguns ou todos os participantes nestas situações e descobre a interpretação que eles dão aos acontecimentos que observa” (Burgess, 1997: 86).

O observador é, portanto, alguém com enfoque privilegiado no campo de acção, na medida em que se encontra disponível para recolher os dados ricos e pormenorizados que os contextos onde a acção social se desenrola disponibilizam, já que neles está presente, conseguindo desta forma obter relatos na linguagem própria dos indivíduos e, por isso, proporcionando o acesso directo e total às noções usados no quotidiano.

O papel do observador é, segundo Peneff, fundado em quatro aspectos fundamentais. Um primeiro aspecto diz respeito à “presença prolongada do investigador no local a estudar ou no interior de um determinado grupo” – o sociólogo deverá absorver as brincadeiras, críticas e informações de carácter confidencial, promovendo desta forma a aquisição da confiança do grupo. Um segundo aspecto diz respeito à participação, que “significa a utilização de uma posição já estabelecida, o assumir de um papel funcional reconhecidamente útil ou justificado pelo meio estudado” – só a prática revela o que é passível de mudar sob o olhar de outrem. Um terceiro aspecto reconhece que a “imersão em condições normais não é formal, já que a familiaridade com situações banais e de rotina não está isenta do proveito de circunstâncias excepcionais e espectaculares” – as dificuldades encontradas são importantes para compreender a sua interpretação, pois é mais comum o aborrecimento e a monotonia, do que o entusiasmo face à novidade. Por fim o quarto aspecto, que reconhece que a “participação e a familiaridade não bastam por si mesmas pois a finalidade é a pesquisa de informações” – todavia, é através da participação que se consegue obter a documentação interna, cujo acesso é negado de outra forma, e a possibilidade de ter o seu controle no local (Peneff, 2002: 205-206).

O investigador, enquanto observador-participante, envolve-se em situações de participação e, simultaneamente, de observação, desenvolvendo inevitavelmente relações com os informantes. Neste sentido, o sociólogo não pode adoptar um único papel ao longo de toda a pesquisa, mas antes vários papéis, adaptáveis ao decorrer das diferentes fases de observação, que são elas: recém-chegado, aceitação provisória, aceitação definitiva, aceitação pessoal e migração iminente e que só são possíveis na base de troca entre o investigador e os investigados. O resultado é, segundo alguns autores, um processo de quatro etapas distintas: encontros superficiais, oferecimento e convite, selecção e modificação, estabilização e sustentação, (Burgess, 1997: 91 e 92).

Na técnica de observação-participante, o sociólogo tem o objectivo de observar rotinas e hábitos, de modo a perturbar o menos possível. Assim, é necessário sublinhar a importância das relações de envolvimento do investigador na cena social em causa. O investigador tem necessidade de se misturar na arena social, na medida em que as observações devem ser conduzidas a partir dos participantes no seu contexto natural.

A presente investigação debruça-se apenas sobre uma das instituições que fazem parte da cadeia da emergência médica: o Instituto Nacional de Emergência Médica. Contudo, teve-se a oportunidade de realizar dois estágios de observação na Corporação de Bombeiros

Voluntários da Parede, com o objectivo de saber identificar a natureza do trabalho bem como os seus modos de articulação com o INEM. No entanto, não foram aqui consideradas quaisquer observações desses momentos, na medida em que foram realizadas num tempo demasiado curto para permitir retirar conclusões seguras sobre o papel dos Bombeiros na emergência médica pré-hospitalar, embora se tivesse podido vislumbrar o valor do trabalho desenvolvido por estes profissionais.

i. A Entrada e a Integração

O mundo da medicina é, por si só, um mundo fechado, a que só alguns podem aceder. Nesse sentido e, tal como referido na parte III do presente capítulo, foi necessário chegar junto das instâncias responsáveis pela direcção do INEM, nomeadamente a Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Deste modo, e depois de um curta e breve reunião em meados de Novembro de 2007, apresentaram-se os objectivos do presente estudo e salientou-se que estaria fora de questão qualquer forma de aproveitamento para outras finalidades que não fossem as estritamente científicas, bem como se mostrou a inevitável limitação dos resultados, tendo em conta o curto espaço de tempo.

Nessa mesma reunião foram, de imediato, agendados todos os estágios observacionais (nomenclatura definida pelo instituto) a serem efectuados nos meses seguintes e foi também realizada uma pequena visita guiada ao CODU. Sai-se de um edifício onde pessoas trabalham de forma calma e sossegada e, por entre escadas exteriores, com curvas e contracurvas, entra-se numa outra dimensão: a da confusão, dos gritos, das vozes agitadas, da sobreposição de sons, muita movimentação de pessoas, telefones a tocar e teclas a “bater”. Naquele momento, a nossa presença foi detectada por poucos que, meses mais tarde, recordariam como a da “*miúda que entrou ao lado da Delegada, não foi?*” Era necessário obter por parte dos seus representantes e colaboradores a autorização e a aceitação da presença permanente de uma socióloga, numa instituição apenas frequentada por médicos, enfermeiros e psicólogos.

A entrada propriamente dita foi realizada no CODU, num sábado, entre as 16h e as 24h. Na altura foi necessário encontrar um local de trabalho que interrompesse o menos possível e que permitisse tornar o mais invisível possível a presença de “um estranho”. Contudo, a realidade foi bem diferente!

Antes de entrar na sala foi necessário aguardar na recepção. Lá dentro as equipas estavam a renderem-se, dando por terminado o turno anterior, para dar lugar ao seguinte, dando conta

dos acontecimentos que tinham ocorrido. Passados alguns minutos, o coordenador de sala apresenta-se na recepção, dando-me a devida permissão para ter acesso ao CODU. Os ajustamentos previstos para a atribuição de um papel ao sociólogo são constante e facilmente redefiníveis. Ao entrar na sala, o coordenador assumiu que estaria ali para ouvir chamadas e de imediato me colocou ao lado de uma OPCEM e com uns *headphones*. Não houve possibilidade de questionar ou protestar.

Depressa se deram conta que seria “mais uma” que os vinha “estudar”, mas feitas as apresentações e razões pela qual a socióloga estaria presente, o que pretendia estudar e as finalidades da investigação, ganhou-se alguma confiança e suscitou-se alguma curiosidade.

Concebeu-se um conjunto de questões, de forma a familiarizar a investigadora com os conteúdos dos espaços de acção e que assumiram a forma de conversas informais, de modo a que os participantes pudessem ir respondendo de acordo com os tempos disponíveis para cada um deles:

- Quem é quem?
- Quais as funções dos recursos humanos reunidos na sala?
- Que meios são disponibilizados?
- Quem de facto comanda as operações?
- Como é que se planeia a intervenção da emergência?
- Distinção entre Emergência e Urgência?

Questões	Respostas (Expressões)
Quem é quem?	“operador de emergência médica, supervisionados pelo médico”
Quais as funções dos presentes na sala?	Aconselhamento; preparação da saída do meio; activação dos meios; preparação do hospital; telemedicina; “ajuda pelo telefone”; “resolver o problema do doente é a prioridade máxima”.
Que meios são disponibilizados?	“com base naquilo que as pessoas dizem selecciona-se o meio mais adequado, à situação desde que se justifique efectivamente o envio de meios, que às vezes pode-se não justificar”
Quem de facto comandas as operações?	Responsável de Turno – “arruma” os dados recepcionados, coordena a equipa, assume toda a responsabilidade em paralelo com os médicos reguladores
Como é se planeia a intervenção da emergência?	“planear a emergência – rever o número de horas de trabalho, para 6h, mais experiência”; “planear emergência – se houver planificação não é do conhecimento do pessoal do INEM; bons projectos mas sem explicação ou formação para os operadores”; “contactante, quando deve ou não ligar para o 112, condições de assistência às pessoas, formação para quem socorre, falha cultural”; “ <i>Já não se planeia, já se operacionaliza, planear já não é planear</i> ”.
Distinção entre Emergência e Urgência?	“emergência – põe em risco a própria vida, perigo imediato de vida; urgência – requer observação, pode-se fazer qualquer coisa para se melhorar, mas não põe em risco a vida do doente”; “emergência – perigo iminente, o hospital necessita de ir ao local; urgência – o doente pode ir pelo seu pé ao hospital”; “emergência estão em causa minutos de vida; a urgência não coloca a vida em risco, mas pode comprometer a vida do doente”; “emergência “rapidez no atendimento, menor tempo de espera, maiores probabilidades de sobrevivência, fazem-se gestos para estabilizar a vítima”; urgência “alguma pressa em chegar ao H, mas no local apenas o transporte”.

Quadro 1: Grelha representativa das “conversas informais”.

Todas as questões colocadas foram respondidas, entre o atendimento de uma e outra chamada, sendo que, por vezes, se colocava o telefone em “standby” de modo a prestar a devida atenção. Na realidade, à medida que as horas iam passando ia-se ganhando um certo “à

vontade”, pois todos mostraram-se interessados em responder. O movimento na sala tornou-se evidente. Todos queriam dar o seu contributo, expressar a sua opinião: “*Nunca nos perguntaram isso*”. Em todos os turnos foi patente a vontade de falarem, de participarem, de exporem as suas ideias, de se fazerem ouvir. Depressa se apercebe que estes profissionais têm uma grande necessidade de serem ouvidos.

Em traço gerais, os colaboradores com quem se teve a oportunidade de “conversar” têm bem claros os conceitos de emergência e urgência, sabem estabelecer as suas fronteiras, culpam grande parte das dificuldades que encontram nas condições de informação da população em geral que dizem estar mal informada e reconhecem a falta de planeamento nas grandes artérias de acção do INEM, nomeadamente ao nível dos próprios colaboradores, que afirmam não terem conhecimento sobre o planeamento das emergências, que a actual delegada, define como operacionalização de meios e não planeamento (ver anexo “Transcrição da Entrevista `Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo”).

Na sala CODU existe entre os operadores, em todas as equipas a que se teve acesso, um grande sentido de trabalho em equipa, mas nota-se a clara separação entre estes e os médicos presentes. Até mesmo a disponibilização das mesas de trabalho reflecte os lugares que cada um destes grupos ocupa (Ver anexo “Imagem Sala CODU-LVT”).

Estes operadores são, na sua grande maioria, colaboradores de diversas corporações de bombeiros, que o fazem “*por amor à camisola*” e por “*não serem devidamente reconhecidos no instituto*”, por sentirem esse trabalho como algo que efectivamente se realiza e tem sucesso. Houve sempre colaboração por parte de todos no sentido de responder a todas questões e de esclarecerem todas as dúvidas da socióloga.

A maneira de atender as chamadas difere de operador para operador. As horas consecutivas de atendimento originam algum cansaço e desprendimento perante as situações. Podem ocorrer erros, como afirma a delegada, pois apesar de se reconhecer que quem liga está nervoso, “*há formas de tentar controlar esses nervos e que os operadores aprendem e que se esquecem, também se esquecem, o stress em ali estão sujeitos é muito, e as coisas acabam por se tornar rotina e depois as pessoas já não são tão perfeitas agora como eram há três anos atrás*”(ver anexo “Transcrição da Entrevista à Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo). Daí as “queixas” ouvidas sobre o número de horas em que se estão a atender chamadas e a necessidade de existirem pausas obrigatórias.

Pode-se dizer que a entrada do sociólogo foi bem aceite por parte dos operadores de central e a importância de saber ouvir revelou-se um elemento chave para o sucesso desta investigação.

No que diz respeito à entrada no grupo de TAES, a reacção foi bem diferente. Não que o sociólogo tivesse sido mal recebido, mas antes olhado com desconfiança. O trabalho de campo é realizado num lugar completamente diferente: o espaço é aberto, as equipas dos diferentes turnos juntam-se antes de partirem, o ambiente é descontraído sente-se algum distanciamento por parte destes profissionais. Foi necessário deixar de lado o caderno de apontamentos e fazer uso da memória. O diário revelou-se, neste campo de acção, um inimigo, um alvo a esquecer por completo. Aqui apenas funcionou a memória.

Tal como Peneff, na sua pesquisa em torno das urgências hospitalares, também aqui o sociólogo facilmente depreende que ficar recolhido num canto seria decepcionante e irrealista, em que o estatuto de sociólogo hospitalar estaria fora de questão (Peneff, 2002:217). Desta forma, optou-se por participar no trabalho normal de um TAE, aquele que exige um breve período de aprendizagem e não exige grande qualificação, embora sempre e somente com a sua supervisão. A norma prioritária e obrigatória foi sempre a do uso de luvas. O contacto físico não poderia existir sem esta “ferramenta”, *“para participar tem que usar luvas ou então não participa!”* (n. d. c.).

De facto, o primeiro dia de “rua” foi bastante difícil. Foi necessário assimilar comportamentos a ter perante uma emergência. Foi necessário provar que o sociólogo estava ciente do que poderia eventualmente vir a encontrar na rua e apresentar-se sempre disponível para ajudar. O sociólogo, em todas as fases (entrada, integração e saída) foi sempre assumido como um estranho, muito embora as relações fossem delicadas e respeitadas, estas eram sustentadas por uma base de desconfiança, fazendo da observação a técnica por excelência e produto de muita paciência na obtenção de respostas. Raramente falavam em grupo e, em muitos casos, aproveitavam um momento de solidão da socióloga para se poderem exprimir e serem ouvidos. Na maior parte dos casos as conversas foram realizadas à porta dos hospitais, onde se concentravam “densidades amarelinhas”.

A confiança foi ganha pelo facto da socióloga prestar auxílio, abreviando de certa forma algumas tarefas, produzindo assim a boa integração. Já todos esperavam a presença da socióloga no fim-de-semana seguinte! Mais uma vez se identificam semelhanças com o estudo de Peneff, pois o facto de resolver em conjunto tarefas práticas impostas pela situação de trabalho elimina rapidamente os obstáculos que podem afectar a adaptação, no sentido em que se avalia o recém-chegado e se põe à prova o verdadeiro interesse pelos serviços em causa. “Não há regras para a observação participante: todas as adaptações são possíveis e os ajustamentos são ditados pelas relações entre a pesquisa e a inserção no meio” (Peneff, 2002: 218).

Pode-se perder de um lado e ganhar de outro. Na rua, o sociólogo deverá ter uma adaptação momentânea para poder captar a atenção de todos. É necessário envolver-se nos pequenos grupos que se vão criando à porta dos diferentes hospitais e saber separar-se deles para dar conta de conversas “individuais”. Saber escolher o momento para falar, calar ou simplesmente observar e ouvir as conversas paralelas que, directa ou indirectamente, respondem a muitas questões do sociólogo.

Durante diversos fins-de-semanamestes profissionais esperavam pela presença da socióloga, como se de um dado adquirido se tratasse. Foi então necessário criar a ruptura.

ii. A Saída

“Por vezes é mais difícil deixar o local do que lá entrar” (Peneff, 2002: 223). É fácil perceber porquê, senão repare-se: os profissionais que colaboram com o instituto são pessoas a cuidar de outras pessoas; têm sentimentos e não são máquinas de produção de emergência médica pré-hospitalar; por sua vez, o sociólogo, além de ser investigador, é também pessoa, com sentimentos. Não existe nenhuma investigação que passe incólume ao sociólogo, existem sempre consequências, independentemente do grau de integração ou afastamento.

O facto da presença do sociólogo se ter tornado rotina, habitual para ambas as partes, não impediu que os tempos previstos para a observação tivessem chegado ao fim. O sociólogo viu-se obrigado a romper de forma radical, embora deixando a janela aberta para um eventual regresso, com outro trabalho, outro projecto. A saída cria o medo de algum aspecto ter ficado incompleto, a sensação de poder ter ocorrido o esquecimento de algum aspecto fundamental, o sentimento de que faltou alguma observação ou de alguma conversa ter ficado pendente.

Trabalhar em grupo é uma experiência de elevado enriquecimento sociológico. Provocar a saída desse grupo revela-se uma tarefa complicada, pois criam-se laços de amizade, solidariedade, interesse e preocupação, difíceis de cortar de forma rápida e eficaz. É por esta razão que a técnica de observação participante detém um carácter singular e insubstituível.

Quinto Capítulo: Perspectivas Sobre o Planeamento da Intervenção Médica Pré-Hospitalar

I. Perspectiva Técnica

A emergência médica pré-hospitalar em Portugal diz respeito a uma nova perspectiva de cuidados de saúde, que inclui acções, extra e intra hospitalares, implicando operações de carácter activo, dinâmico, e coordenado de todos os seus envolventes, com o objectivo de no mais curto espaço de tempo, se actuar de forma rápida e eficaz. Nesse sentido, é necessário que se criem planos estratégicos adequados e exequíveis, no sentido de promover uma organização forte e coesa, mas suficientemente capaz de se adaptar às constantes mudanças sociais, percepcionando as suas fragilidades e os seus pontos fortes.

A ideia primordial desta investigação organizou-se à volta do planeamento da intervenção da emergência médica em Portugal. O objectivo desenvolvido nesta pesquisa foi uma primeira aproximação sociológica à questão das emergências médicas e do seu planeamento em Portugal, no que diz respeito ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Utilizando a técnica de observação participante analisou-se o trabalho que esta instituição produz em situações de emergência médica pré-hospitalar.

Deste logo esta dissertação acarreta consigo algumas questões que devem ser respondidas:

- 112 – A Estrela da Vida – O 112 é número europeu de emergência, o que não significa obrigatoriamente emergência médica, mas também fogos, cheias, roubos, assaltos, catástrofes provocadas pelo homem ou pela natureza. Deve ser, portanto, accionado em caso de emergência, noção que não é conhecida pela população em geral. A estrela da vida é o símbolo representado por todos os que praticam a emergência médica pré-hospitalar e que é composta por uma cadeia de operações que devem ser cumpridas, que se passam a citar: a **detecção** da emergência; o **alerta** através do 112; se for um caso médico inicia-se o processo de **pré-socorro**; no local da emergência os profissionais iniciam o **socorro** às vítimas, providenciando um **transporte** apropriado para a unidade de saúde mais próxima e/ou mais adequada, de modo a administrar o

tratamento definitivo. Durante os momentos de observação realizados no INEM, as fases supra citadas foram cumpridas em todos os serviços. Na realidade, são actos que os profissionais efectuam automaticamente.

- Como se planeia a intervenção da emergência médica em Portugal? – Caso seja uma situação reconhecida como de rotina, devem ser aplicadas as etapas acima descritas. Mas se, pelo contrário, se se tratar de uma situação de excepção (catástrofes naturais ou humanas), acorrem ao terreno vários elementos, quer sejam, a Polícia, de modo a promover a ordem; os Bombeiros, devido aos meios que possuem no combate a incêndios, cheias, desencarceramento e emergência médica pré-hospitalar; Cruz Vermelha, no apoio médico; o INEM, na competência de emergência médica; a Protecção Civil, como órgão regulador da operacionalização dos meios que actuam no terreno, tanto humanos como materiais. Em ambas as situações, todas as instituições envolvidas devem concorrer para o mesmo fim: salvar o número máximo de vítimas, caso existam, ou recuperar bens materiais. A título ilustrativo, relembra-se o acidente ocorrido na A23 a 05 de Novembro de 2007, onde acorreram ao local do acidente quatro viaturas médicas do INEM, três helicópteros (um da Protecção Civil e dois no INEM), cento e oitenta bombeiros de diversas corporações, cinquenta e oito veículos, de desencarceramento e ambulâncias e ainda uma equipa da GNR.

O INEM, desde a sua criação em 1987, tem crescido exponencialmente, tanto quanto os recursos do país lhe permite e as situações necessitam. Contudo, ainda muito há a mudar, tanto ao nível das estruturas físicas de trabalho, como na relação entre todos os seus intervenientes, como também no modo de actuação no terreno. O planeamento da operacionalização de meios, humanos e móveis (helicópteros, ambulâncias, viaturas médicas), deverá ser questionado e avaliado.

Em linhas gerais, referem-se as possíveis condições que devem permitir o melhoramento do trabalho desta instituição:

- Preparar as equipas para situações de excepção;
- Formação das populações sobre como actuar perante situações de emergência, através de campanhas de informação e sensibilização;
- Envolvimento das populações em exercícios de emergência;
- Promoção da comunicação entre os diversos intervenientes;
- Remodelação e reavaliação das linhas de Acção do Sistema Integrado de Emergência Médica.

O INEM tem o seu ponto de viragem em 2003, aquando da preparação do Euro 2004. Portugal teve que criar infra-estruturas e esta instituição teve também que crescer e adaptar-se. Aumentou o número de técnicos, remodelou a sua frota automóvel. Mas hoje, passados cinco anos, parece ter estagnado, enquanto a sociedade muda a cada segundo, devendo por isso crescer na mesma proporção em que crescem as situações de emergência, adaptando-se as estas mutações. As pessoas passaram a reclamar e a exigir cada vez mais respostas atempadas e de forma proporcionada às situações a acudir.

É necessário rever as razões pelas quais o INEM foi criado, renovar as suas valências e a sua esfera de acção. Numa sociedade em que os acidentes de viação crescem exponencialmente e em que a maior parte da sua população é idosa, é importante que estes profissionais estejam preparados para dar a resposta adequada a situações reconhecidas como emergências.

O lugar o INEM na sociedade portuguesa, só mais recentemente foi repensado renovando os seus critérios de actuação, os quais incluem as actividades de urgência/emergência, que dizem respeito ao sistema de socorro pré-hospitalar, ao transporte, à recepção hospitalar, à adequada referenciação do doente urgente/emergente, à formação em emergência médica, ao planeamento civil e à prevenção, e à rede de telecomunicações de emergência médica que sofreu um profundo alargamento e extensão da sua actividade nos últimos anos. Em simultâneo, foram dadas ao instituto novas responsabilidades ao nível da intervenção e da coordenação da actividade de urgência/emergência, que se reflectem numa dupla vertente: na expansão dos serviços prestados e no desenvolvimento de novos formatos das respostas a integrar, quando adequado, com outras entidades. (Decreto-Lei 220/07, Diário da República, I Série, Nº 103 (29-05-2007)).

Esta investigação permitiu dar conta das emergências-tipo com que o INEM se depara diariamente, em especial, AVC's (recorrendo para essas situações o sistema "Via Verde AVC", que deverá seguir certos protocolos já aqui descritos), Edemas Agudo do Pulmão, Acidentes de Viação, PCR's e casos de Etilismo (associados ao número elevado de acidentes de viação).

Como emergências-tipo, podem-se sublinhar momentos como os sábados de manhã, a saída para os empregos, as horas de apoio domiciliário ("*Manhãs, quando se acordam os avós, e no natal para se despachar os velhotes que estão sozinhos, acidentes de viação, atropelamentos, doença súbita e AVC*" – n. d. c.) as deslocações das populações, os domingos na hora da missa, quintas e sextas à noite, com casos de etilismo ("*Questões ligadas ao álcool*" – n. d. c.) e ainda calamidades e intempéries ("*Desacompanhamento de idosos, trauma, como acidentes*

de trabalho, aumento exponencial de agressões com armas de fogo, deixa de se usar a velha bofetada, acidentes de viação e atropelamento, tem-se hoje mais acidentes de viação do que mortes na guerra” – n. d. c.). Algumas destas emergências puderam ser observadas, tanto via telefone, como no trabalho de rua.

Para dar resposta aos diferentes tipos de emergência e/ou urgência, o instituto, em paralelo com outros organismos, coloca no terreno diversos meios humanos e não humanos, que se passam a citar, respectivamente: técnicos, enfermeiros, médicos; ambulâncias (SBV e SIV), veículos de reanimação (VMER – que não permite efectuar transporte) e ainda helicóptero (que efectua o transporte de vítimas em estado muito grave).

Os organismos que operam no terreno em parceria com o INEM, sob a coordenação e orientação da Protecção Civil (em situações de excepção), são as diversas corporações de bombeiros, a CVP e a PSP.

II. Perspectiva Sociológica

Os modelos de acção que estão subjacentes às diferentes situações de emergência podem ser interpretados de uma forma simples através da “Estrela da Vida” ou de uma forma mais complexa através de esquemas de gestão como o modelo alemão *Stay and Play*, o modelo Anglo-Saxónico *Scoop and Run* e o modelo lusitano *Play and Run*.

O INEM, no seu dia-a-dia pratica, acções de emergência, urgência e também acções de ordem social, como confirma a Delegada já que *“não há nenhum serviço que faça exclusivamente (urgência ou emergência). Isso é como nos bancos de urgência, deslocam-se muitas pessoas lá que têm situações que não são de urgência e não é por isso que vão ser postas na rua e não vão ser atendidas. Portanto, aqui também, nós não fazemos só emergência, não fazemos só as coisas graves, no meio das coisas graves há coisas menos graves, e que nós também temos que atender porque as pessoas não podem simplesmente (...). Fazemos ambas as coisas, urgência e emergência, e às vezes até fazemos coisas que não são nem uma coisa nem outra, porque pronto, depende um bocadinho, do que aquilo que as pessoas nos dizem ao telefone, portanto se as pessoas nos disserem que há um doente com uma grande falta de ar, chega lá a ambulância e pode não ser bem assim, mas depois acaba por ir ao hospital”* (ver anexo “Transcrição da entrevista à Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo”). Contudo, como afirma um TAE, existem serviços que podem ser de carácter *“urgente do ponto de vista médico e emergente do ponto de vista social”* (n. d. c.).

Se para a maioria dos profissionais que colaboram com o instituto o planeamento da intervenção da emergência médica pré-hospitalar é praticamente inexistente, para a Delegada, este conceito não existe e é substituído pela operacionalização de meios – “*Já não se planeia, já se operacionaliza, planejar já não é planejar*” (n. d. c.). Contrariamente, o Plano Nacional de Saúde, prevê e assume o planeamento como uma ferramenta chave na nova saúde pública, um processo formativo contínuo e adaptável às necessidades diárias.

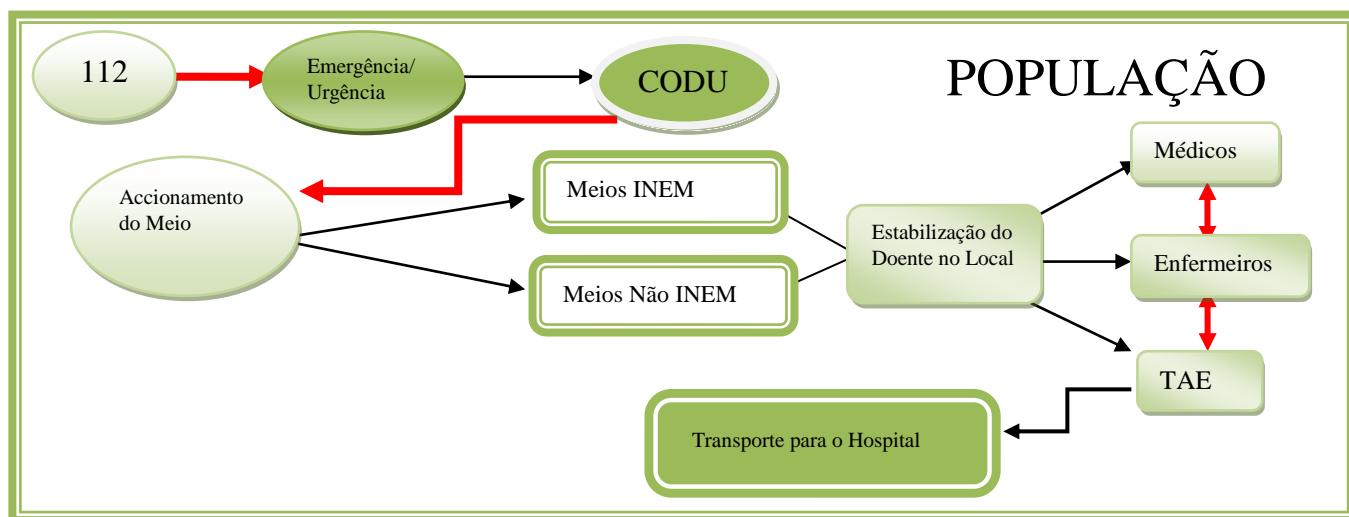


Figura 1: Esquema geral do planeamento da emergência médica

A figura acima representada descreve o panorama actual da acção dos intervenientes no processo de intervenção sobre a emergência médica em linhas gerais.

Em termos de emergência, note-se que é na fase de reconhecimento da emergência e do accionamento dos meios, que existe a maior falha, por não haver avaliação das necessidades e dos problemas existentes: geralmente a população tem dificuldades em revelar com clareza as características das situações “*ligam para o 112 por tudo e por nada*” (n. d. c.), provocando saídas dos meios desnecessárias. Por isto, é também necessário referir o papel preponderante que cabe à população na cadeia de prestação de cuidados de socorro. Nas situações observadas identificaram-se vários aspectos ligados, em muitos casos, à falta de civismo, à má-educação e falta de respeito para com os profissionais do INEM. Para a grande maioria, o importante era a presença de uma ambulância, “*estou aqui e quero uma ambulância*” (n. d. c.) “*vamos dar mais uma voltinha no carrossel*” (n. d. c.), de tal forma, que os técnicos já conheciam “*estas gentes*” (n. d. c.).

<p>Resposta da População Notas do Diário de Campo</p>	<p><i>“formação para o público”;</i> <i>“má educação das pessoas; “Olhe? Eu queria uma ambulância, estou na Rua...”;</i> <i>“a população revelou-se nervosa, pouco explícita, mal-educada e falsa”;</i> <i>“tenho aqui um idoso – é o pai – o pai não é um idoso”;</i> <i>“Para mim é o que acho mais fundamental é a formação das pessoas e o civismo das pessoas, em achar que o estar a responder é estar de facto a ajudar e as pessoas não acham isso, acham que é uma burocracia, que é uma seca, que têm direito e pagam os impostos”.</i></p>
---	---

Quadro 2: Grelha informativa das respostas da população identificadas pelos OPCEM e Delegada.

As condições de trabalho, nomeadamente a durabilidade dos turnos (08h/16h; 16h/24h; 24h/08h para os TAE’s e Enfermeiros, os Médicos exercem turnos de 24h) que os diversos intervenientes cumprem são, também eles, desmotivadores, pesados e cansativos, provocando, por vezes atitudes de incompreensão mútua.

No primeiro capítulo, recorrendo aos instrumentos da sociologia do planeamento, foram apresentadas as bases possíveis para um processo de trabalho que promovesse a melhoria de funcionamento do instituto na sociedade portuguesa, através da criação de um modelo de planeamento sustentado na avaliação das necessidades. Se o INEM é considerado uma instituição social, regido por normas e regras, seria interessante fazer do planeamento a ferramenta para colmatar falhas e promover um processo de desenvolvimento contínuo, na medida que operam numa sociedade que está em constante mudança, recriando para si avaliações diárias do trabalho.

Retomando Guerra (2002)

- Enquadramento Problemático;
- Identificação dos Problemas e Necessidades;
- Definição de Prioridades;
- Definição de Objectivos e Estratégias;
- Definição do Plano de Acção

}	Plano de Actividades Calendário/Cronograma Orçamentação Organograma
---	--
- Definição do Plano de Avaliação;
- Publicitação;
- Execução e Avaliação.

Perante o esquema acima descrito, o INEM apresenta falhas logo de início, no sentido em que não existe um enquadramento problemático (relativamente aos estudos demográficos, o que se sabe é do senso comum de cada um dos profissionais; parece não existir um levantamento dos problemas existentes), não sendo por isso possível identificar linhas problemáticas. Embora de uma forma superficial e automática, as prioridades, objectivos e estratégias e o plano de acção estão de certa forma definidos, sendo que a sua base assenta na ideia da estabilização do doente no local e o seu transporte adequado para o Hospital no mais curto espaço de tempo, accionando para o efeito o meio mais conveniente (prestar o socorro adequado, transportando de forma segura os doentes ou vítimas para o hospital; estabilização do doente no local - grelha de observação em anexo). No que diz respeito à avaliação, esta dimensão do planeamento não foi contemplado por esta instituição que foi implementada há mais de 20 anos e carece desta fase, que os sociólogos do planeamento tanto sublinham. De uma forma breve, o plano de acção operacionalizado não cumpre a escala apresentada, deixando de fora as dimensões mais importantes. E porque planear já não é planear, a ênfase é toda imputada para a operacionalização dos meios, segundo a Delegada RLVT como referido anteriormente.

O INEM surgiu para colmatar as falhas do Serviço Nacional de Ambulâncias. Contudo, esta instituição não foi dotada de todos os instrumentos de planeamento das suas actividades. No seu ponto de viragem (2003/2004), teve que mudar o seu modo de acção, mas fizeram-no aos “trambolhões”, sem quaisquer regras de planeamento.

III. O 112 Hoje

Ao longo da presente investigação é empregue o conceito de planeamento que, para muitos dos profissionais ao serviço do INEM, parece não existir e, se existe, não têm conhecimento do que significa e em que é que se traduz. Nesse sentido, as linhas que se seguem, tentam dar resposta à questão que está na base deste estudo: como se planeia a intervenção da emergência médica em Portugal?

Tal como foi referido anteriormente, existe uma cadeia de socorro que se inicia através da chamada para o 112, a triagem, a aplicação das técnicas de pré-socorro, o envio de meios para o local, o socorro em si e o transporte efectuado para a unidade de saúde mais próxima e mais adequada.

No momento em que se marca o 112, a primeira pessoa que atende a chamada é um agente da autoridade (que nos grandes centros urbanos fica a cargo da PSP), que inicia um primeiro momento de triagem: caso seja um acidente de viação sem feridos, a chamada termina ali mesmo com o envio de uma equipa da brigada de trânsito até ao local, mas se pelo contrário, existirem feridos, a chamada é encaminhada directamente para o CODU, por forma a accionar os meios necessários para socorrer as vítimas. Mediante a situação, podem ser accionados meios INEM, ou seja, ambulâncias SBV sediadas em Postos de Emergência Médica (PEM), ou então Postos Reserva localizados em corpos de Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa, estas tripuladas por TAS.

Num segundo momento, o da triagem propriamente dito, efectuado por um OPCEM através da central CODU, são colocadas várias questões básicas, (idade, sexo, sintomas, diferenças em relação ao padrão normal, telefone e localização exacta), que devem ser respondidas de forma clara, de modo a serem colocadas na aplicação informática traçada para esse fim. Cria-se assim, a “ficha CODU”, que é “passada” para o médico regulador, que dará a ordem para a saída do meio mais adequado. É então passada para o “accionamento”, que fará a “chamadinha” para o meio seleccionado, indicando localização e o tipo de emergência. Embora pareçam muitas fases, estas não demoram mais do que um minuto. Verificou-se que mais tempo demora o alerta, do que a saída do meio de socorro, pois as pessoas mostram mais dificuldade em responder às questões levantadas. Escrito desta forma, parece que estes passos levam muito tempo, mas na realidade não é mais do que um minuto.

Todas as fases aqui apresentadas são “memorizadas”, as chamadas são gravadas e o sistema informático é guardado. Actualmente, sabe-se que o sistema informático foi alterado utilizando para esse fim a informação por GPS (Global Positioning System), tanto na transferência de dados, como na localização do meio, caso este não se encontre na sua “base” e também para uma maior precisão do local onde se encontra a vítima.

No que respeita a situações de socorro excepcionais, como, por exemplo catástrofes, o INEM possui um dispositivo para actuar nestas situações. Todavia, o seu poder de decisão passará por outras entidades, definidas no Plano Nacional de Emergência, a saber, o Centro Distrital de Operações de Socorro (CDOS), o Centro Nacional de Operações de Socorro (CNOS), o Centro Municipal, Distrital e Nacional de Operações de Emergência e Protecção Civil (CMOEP/CDOEPC/CNOEPC), cada um deles com valências específicas. Ou seja, caso ocorra um acidente de cariz natural ou provocado pelo homem, serão necessários activar os meios necessários, mantendo os princípios básicos da cadeia de socorro. Numa primeira instância são chamados ao local a VMER, VIC e CAPIC e outras equipas de apoio à

emergência. No campo de acção é o médico da VMER que assume a responsabilidade das operações, fazendo a “passagem de dados” ao CODU no mais curto espaço de tempo, de modo a que a central providencie os meios mais rápidos e necessários de socorro às vítimas. Caso se justifique, mediante o desabamento de terras, possibilidades de incêndio ou outros, que justifiquem o aumento de meios no local, são chamados a intervir o CDOS que, caso não tenha capacidade de resolução, terá a obrigação de contactar o CNOS, consoante o local em que se encontra o acidente, devendo entrar em contacto com o Governador Civil, que tem dependência directa dos Serviços de Protecção Civil Municipal e Distrital, sendo o CNOEPC o órgão executivo do Serviço Nacional de Protecção Civil a quem compete assegurar as ligações efectivas de todos os intervenientes em causa. No caso de uma crise ou guerra civil é accionado o Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência (CNPCE). Deve-se também assinalar que o presidente do INEM é, simultaneamente, o presidente do CPSE, uma das muitas comissões que compõe o CNPCE.

Aparentemente estão planeadas todas as formas de actuar perante uma situação de emergência, seja ela de “rotina” ou de excepção. Contudo, a prática revela que nem sempre se segue a ordem das fases supra citadas. Quando se fala no INEM, tem-se a ideia de que é uma instituição de prestígio e elevado grau de competência, pois lida diariamente com vida humanas, (*“INEM como o todo poderoso”* – n. d. c.), mas a confrontação com a realidade revela que este conhecimento não é acompanhado pela compreensão clara dos objectivos e da amplitude das acções do INEM. Por esta razão, as mudanças têm que ser paralelas e coerentes com a sociedade em que se insere.

Notas Conclusivas

I. Dificuldades

O sociólogo quando entra na esfera da emergência médica, depressa sente o desconforto, a estranheza e ao mesmo tempo a sensação de rotina, na medida em que estes profissionais estão habituados à presença de investigadores, nomeadamente médicos, enfermeiros e psicólogos. Mas a presença do sociólogo revelou-se uma surpresa “*Enfermeira? Não; Psicóloga? Não; Médica? Não, pois então não sei! (...) Socióloga*” (n. d. c.).

Todavia, as questões que foram colocadas e o “saber ouvir” fez com que, depressa, a presença do sociólogo fosse aceite e reconhecida e muitas vezes tomada como um aliado.

Os médicos revelaram-se detentores do saber e mantinham alguma distância e cuidado nas respostas dadas: “*distanciamento do médico (...) difícil comunicação*” (n. d. c.), referentes ao médico da VMER. Os médicos do CODU revelaram-se mais abertos, mais disponíveis e firmes na comunicação como o investigador “*tem posse, poder de decisão*” (...) (n. d. c.).

Em termos gerais, estes profissionais revelaram alguma curiosidade para com a presença do sociólogo. Em certa medida viram-no como um “aliado”, amigo e ouvinte. Os OPCEM, comunicaram abertamente. Às vezes estranharam as perguntas, mas demonstraram sempre estarem disponíveis, mesmo quando não existia “*exclusividade*” por parte do sociólogo para com algum elemento, “*metiam-se*” nas conversas e queriam participar. Por vezes tornou-se difícil a comunicação com todos!

Contrariamente, os TAE’s apresentaram grande dificuldade em aceitar o sociólogo, em confiar e em falar. Apenas foi possível em momentos particulares, criados, especificamente para esse fim: sair do grupo, estar “à parte”. O Hospital revelou-se um lugar de escuta privilegiada para o sociólogo, pois aqui ocorria um “*encontro de amarelinhos*” (n. d. c.) onde se trocavam impressões sobre os diferentes serviços e os diferentes modos de actuação.

Como afirma Peneff, “para o sociólogo, a saúde é uma alegoria, ou seja, indefinível” (...) e no seu oposto “a doença, o incómodo, o mal-estar ou a crise, não é um estado nem permanente nem objectivo, mas um sentimento, uma avaliação negociada com especialistas” (Peneff, 2003:10), onde o corpo está exposto a estranhos. É nesta linha de pensamento que a sociologia deve ir mais longe, promovendo esquemas de investigação não convertíveis apenas

em programas políticos, reunindo, para esse fim, os resultados de diferentes estudos realizados num certo período de tempo, com ou sem recurso à pesquisa de terreno. O trabalho do sociólogo, ao observar e participar nas mesmas tarefas que os técnicos, revelou-se útil para obter informações *in loco*, permitindo a escuta de conversas, a apreensão de discursos e a observação de relações interpessoais, métodos de actuação e respostas aos diferentes serviços.

II. O Futuro da Emergência Médica Pré-Hospitalar

Reconhece-se que o país evoluiu em muitas áreas, aumentando muito os custos da prestação de cuidados de saúde que, progressivamente, dificultaram o princípio constitucional da gratuidade dos cuidados de saúde, que se tem tornado um alvo privilegiado de discussão política nas últimas décadas.

É necessário que os cidadãos tomem consciência dos seus deveres, que correspondem, na maior parte das vezes, aos direitos dos outros cidadãos. Não basta criticar, é necessário encontrar soluções viáveis e colocá-las em prática, com o apoio de todos os intervenientes.

No que diz respeito às políticas sociais no campo da saúde muita coisa foi feita, mas ainda não chega para fazer face ao crescimento das necessidades existentes, porque “os recursos públicos tendem a revelar-se insuficientes para financiar os gastos em saúde, já que todos os sistemas, tanto do tipo SNS, como de tipo seguro-doença tendem a recorrer cada vez mais a financiamentos dos próprios utentes, ou ainda à reorganização das prestações, realizada com vista à obtenção de ganhos e eficiência” (Campos, 1985: 617).

Apesar do Estado Providência ter tido como objectivo central as políticas do Bem-Estar, no caso de Portugal, apesar das melhorias sentidas, “o Governo orienta a sua acção política na construção de uma imagem de eficiência governativa e de estabilidade social, susceptível de colher um potencial alargamento da base social de apoio, na conquista de uma posição futura mais confortável, no sistema de poder” (Carapinheiro, 1987: 108).

A emergência médica pré-hospitalar confere aos seus actores um crescimento do saber e uma adaptação momentânea a uma sociedade que se encontra em constante mudança, combinando entre si elementos complexos, de carácter não exclusivamente médicos.

Grande parte do trabalho da sociologia da saúde realizada em Portugal e noutros países foi dedicada às questões hospitalares. Muito menos foram aqueles que se debruçaram sobre a emergência médica pré-hospitalar. Contudo, ambas partilham o mesmo interface hospitalar: o das urgências, espaço onde um termina (o da emergência pré-hospitalar) e o outro começa (o das urgências).

A realidade da emergência médica pré-hospitalar reflecte a imagem de uma sociedade em todas as suas vertentes: a do corpo (porque a sociedade se funde na sua exposição ao outro) e a dos profissionais (porque altera a estrutura tradicional das profissões de saúde, promovendo novos conhecimentos, novos métodos de acção e novas relações entre doentes e terapeutas). Na rua, o pensamento tem que ser rápido e automático. Estão vidas em causa. O INEM, como organismo dotado de autonomia, deve adaptar-se às novas emergências, não só os acidentes de viação, mas também a novas situações de crise provocadas pela natureza e pelo homem. É necessário apresentar um olhar de fora para dentro. De uma forma irónica, Peneff afirma que, “se admitirmos que não há incentivos à erradicação das doenças consideradas sociais, dos problemas de saúde na população pobre, da violência nas cidades, (...) dos problemas relacionados com a pobreza, desemprego, marginalidade, solidão de idosos abandonados, vítimas de velhos flagelos (...) acidentes rodoviários, ataques cardíacos e as novas doenças” (...) então o “futuro da emergência médica pré-hospitalar está assegurado” (Peneff, 2003: 203).

III. O Próximo Passo

O presente projecto passou em revista a história e a evolução de um dos agentes mais relevantes na cadeia de intervenção sobre a emergência médica pré-hospitalar: o INEM. Assinalaram-se as suas fragilidades e os seus pontos forte. Sublinharam-se as suas prioridades: estabilizar e socorrer a vítima no local, no mais curto espaço de tempo, de modo a prestar o transporte mais adequado. No entanto, não estão definidas a avaliação das necessidades e não estão devidamente identificados os meios operacionais, quer externos quer internos.

Portugal apresenta, senão o melhor, um dos melhores modelos de gestão da emergência médica pré-hospitalar, na medida em que une no local a formação, por excelência, de médicos e de enfermeiros e a formação adquirida ao longo dos anos pelos técnicos de ambulância de emergência.

De fora ficou a observação de outras entidades que operam nesta cadeia de socorro à vítima, como é o caso dos Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Protecção Civil e Polícia de Segurança Pública. Não basta socorrer, é necessário manter um elo de ligação entre todos os seus intervenientes com o único objectivo de prestar o melhor socorro à vítima. A comunicação deverá ser a chave da porta de entrada para este campo de acção que se revela cada vez mais complexo.

Muito ficou por dizer e mais por observar, ouvir e sentir. Mas esta é uma investigação sociológica que só agora está a questionar uma área recente e ainda não totalmente descoberta pela própria sociologia.

Num futuro breve, pretende-se realizar uma pesquisa intensiva, fazendo uma análise em Portugal Continental para se perceberem as diferenças entre a cidade e o interior do país, exigindo do sociólogo uma presença prolongada no campo de observação.

*“Acquérir l’expérience et s’appuyer sur
l’observation est autre chose que faire des
expériences et faire des observations”⁴
Claude Bernard*

*“Quanto mais sei,
Só sei que nada sei”
Sócrates*

⁴ “Adquirir a experiência a partir da observação é diferente de fazer experiências e fazer observações” –, *Introduction à la médecine expérimentale*, in Penef 2002

Anexos

I. Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos⁵ (utilizados no presente projecto e na bibliografia de consulta)

- **ABCI** – Ambulância de Cuidados Intensivos
- **ABSC** – Ambulância de Socorro
- **AMI** – Assistência Médica Internacional
- **AMU** – Ajuda Médica Urgente
- **ANPC** – Autoridade Nacional de Protecção Civil
- **AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- **CAPIC** – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
- **CDOEPC** - Centro Distrital de Operações de Emergência e Protecção Civil
- **CDOS** – Centro Distrital de Operações de Socorro
- **CF** – Centro de Formação
- **CHOV** – Curso de Helitransporte para Operacionais de VMER
- **CIAV** – Centro de Informações Anti-Venenos
- **CIPSE** – Centro de Intervenção e Planeamento de Situações de Excepção
- **CMOEPC** - Centro Municipal de Operações de Emergência e Protecção Civil
- **CNOEPC** – Centro Nacional de Operações de Emergência e Protecção Civil
- **CNOS** - Centro Nacional de Operações de Socorro
- **CNPCE** - Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência
- **CODIS** – Comandante Distrital
- **CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- **CODU-Mar** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes – Mar
- **CPR** – Conselho Português de Reanimação
- **CPSE** – Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência
- **CTT** – Correios, Telefones e Telecomunicações
- **CVP** – Cruz Vermelha Portuguesa

⁵ Fonte: MATEUS (2007); AA. VV. (2006 e 2007); BATUCA (1998)

- **DAE** – Desfibriladores Automáticos Externos
- **DAS** – Direcção dos Serviços Administrativos
- **DSM** – Direcção dos Serviços Médicos
- **EAM** -- Enfarte Agudo do Miocárdio
- **EAP** – Edema Agudo do Pulmão
- **ECG** – Electrocardiograma
- **EIS** – Executive Information System
- **EISE** – Equipas de Intervenção em Situação de Excepção
- **ENB** – Escola Nacional de Bombeiros
- **FAP** – Força Área Portuguesa
- **GEM** – Gabinete de Emergência Médica
- **GNR** – Guarda Nacional Republicana
- **IGF** – Inspeção Geral de Finanças
- **IGFSE** – Instituto de Gestão do Fundo social Europeu
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica
- **LVT** – Lisboa e Vale do Tejo
- **MAC** – Maternidade Alfredo da Costa
- **N. D. C.** – Notas do Diário de Campo
- **NRBQ** – Químico, Nuclear, Radiológico ou Biológico
- **OPCEM**- Operador de Central de Emergência Médica
- **PCR** – Paragem Cárdio-Respiratória
- **PEM** – Postos de Emergência Médica
- **PSP** – Policia de Segurança Pública
- **RCR** – Reanimação Cárdio-Respiratória
- **RNAE** – Rede Nacional de Ambulâncias de Emergência
- **RTUS** – Reanimação e Trauma em Unidades de Saúde
- **SAE** – Serviço de Ambulâncias de Emergência
- **SAMU** – Serviço de Ajuda Médica Urgente
- **SAT** – Suporte Avançado de Trauma
- **SAV** – Suporte Avançado de Vida
- **SBV** – Suporte Básico de Vida

- **SEM** – Sistema de Emergência Médica
- **SIEM** – Sistema Integrado de Emergência Médica
- **SIV** – Suporte Imediato de Vida
- **SNA** – Serviço Nacional de Ambulâncias
- **SNB** – Serviço Nacional de Bombeiros
- **SNBPC** – Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **SSPH** – Serviço de Socorro Pré-Hospitalar
- **TAE** – Técnico de Ambulância de Emergência
- **TAS** – Técnico de Ambulância de Socorro
- **TAT** – Técnico de Ambulância de Transporte
- **TBE** – Técnicas Básicas de Emergência
- **TEM** – Técnico de Emergência Médica
- **TEM BAR** – Técnicas de Emergência Médica para Profissionais de Alto Risco
- **TOTE** – Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência
- **UMIPE** – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica
- **UR** – Unidade de Registo
- **VIC** – Viatura de Intervenção em Catástrofe
- **VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
- **VSAM** – Viatura de Socorro e Assistência Médica

II. Anexos de Apoio ao Terceiro Capítulo

i. A Estrela da Vida



Fonte: <http://www.portageat.com/estrela.htm>, visitado em, 11.10.07

ii. Notas Relativas ao Bastão Figurativo na Estrela da Vida

Em relação ao bastão:

- Árvore da Vida, com o seu ciclo de morte e renascimento;
- Símbolo de Poder, como o ceptro dos reis;
- Símbolo de magia, como a vara de Moisés;
- Apoio para caminhadas como o cajado dos pastores.

Em relação à serpente:

- Símbolo do bem e do mal, tal como saúde e doença;
- Símbolo do poder de rejuvenescimento, troca periódica de pele;
- Símbolo de sagacidade;
- Elo entre o mundo visível e invisível

Fonte: <http://www.portalgeat.com/estrela.htm>, visitado em, 11.10.07

iii. Propriedades do Símbolo como Marca Registada

Em Portugal, através do serviço Nacional de Ambulâncias, foi solicitado em 03 de Março de 1977 o registo do símbolo “Estrela da Vida” para uso exclusivo da Emergência Médica ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), com base na autorização do Governo expressa pelo então Ministro da Defesa Nacional (Mário Firmino Miguel). Mas só a 16 de Fevereiro é que se concretizou o despacho favorável. Assim sendo, a partir desta data o símbolo “Estrela da Vida” passou a estar registado no serviço de Marcas do INPI sob o N° 3911, a favor do Serviço Nacional de Ambulâncias que detém, consequentemente, o direito ao seu uso exclusivo e protecção absoluta por parte do Serviço de Marcas, a todos os níveis.

Fonte: AA. VV., (Abril 1984) Sabe o que é a Estrela da Vida? – Emergência Médica, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp. 2 – 7.

iv. Normas para a Utilização da Estrela da Vida

A “Estrela da Vida será usada não só em veículos inseridos no Sistema de Emergência Médica indicando-se assim estarem de acordo com as normas do Instituto Nacional de Emergência Médica, bem como o pessoal certificado e ainda em mapas e sinais de estrada com o intuito de indicar a localização ou o acesso a serviços de cuidados médicos de emergência qualificados.

O INEM concederá autorização para o uso do presente símbolo, por escrito, nos seguintes casos:

1. Para identificar os veículos inseridos no Sistema de Emergência Médica desde que se encontrem de acordo com os critérios adoptados pelo INEM;
2. Para identificar o equipamento e o material instalado e de uso nos veículos mencionados no ponto anterior;
3. Para indicar a localização dos serviços médicos de emergência;
4. Para indicar o acesso a serviços médicos de emergência;
5. Como divisas a serem usadas somente por pessoal que tenha completado e sido aprovado nos cursos de formação técnica administrados pelo INEM;
6. Em artigos pessoais dos Sistema de Emergência Médica, tais como braçadeiras, emblemas de lapela, entre outros aprovados e distribuídos pelo INEM;
7. Em material impresso da responsabilidade do INEM como por exemplo, livros e desdobráveis;
8. Os veículos mencionados em 1 só poderão usar o símbolo “Estrela da Vida” desde que possam garantir que a sua tripulação se encontre devidamente habilitada como se indica no número 5.

Fonte: AA. VV., (Abril 1984) Sabe o que é a Estrela da Vida? – Emergência Médica, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, p. 8.

III. Imagem da Sala CODU da Região de Lisboa e Vale do Tejo

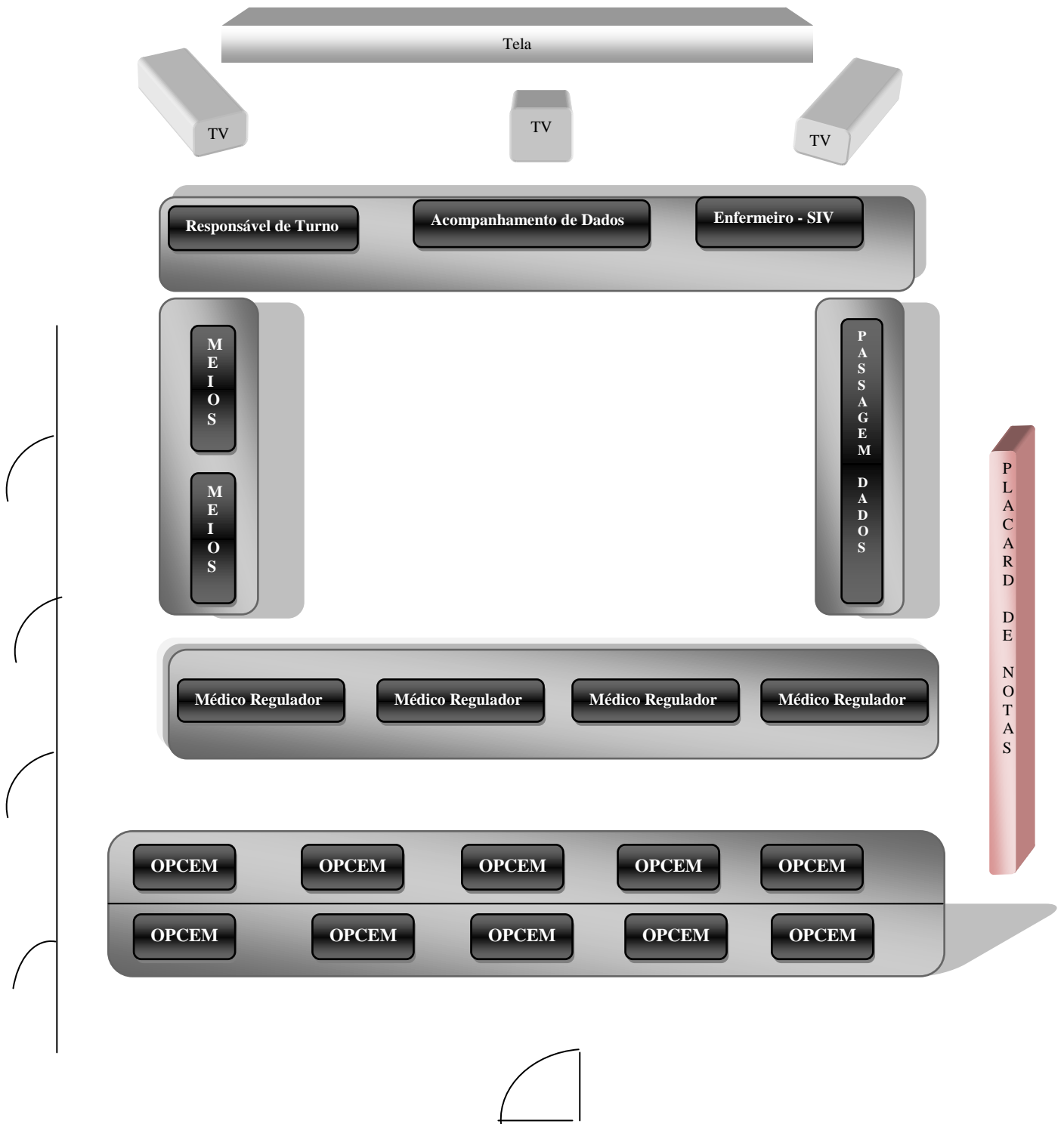


Figura 1: Esquema representativo da Sala CODU – LVT.

IV. Grelhas de Observação

Grelha de Observação: Aspectos Sociais de Uma Situação de Emergência: INEM – CODU

Aspectos Identificados	Aspectos do CODU
1. Espaço	Sala de Atendimento; Equipamentos Físicos.
2. Actores	OPCEM, Médicos, Enfermeiros.
3. Actividades Funcionais	Atendimento de chamadas, inscrição na aplicação informática, activação dos meios, aconselhamento.
4. Objectos	Mesas, cadeiras, armários, telefones, computadores, televisões
5. Tempos	<u>Tempos Funcionais</u> : Turno de oito horas; <u>Tempos de Pausa</u> : fumar, almoçar; <u>Tempos de Convívio</u> : conversar, ver filmes, ler.
6. Objectivos	Prestar o socorro adequado accionando o meio no mais curto espaço de tempo
7. Sentimentos	Separação entre o real e o pessoal

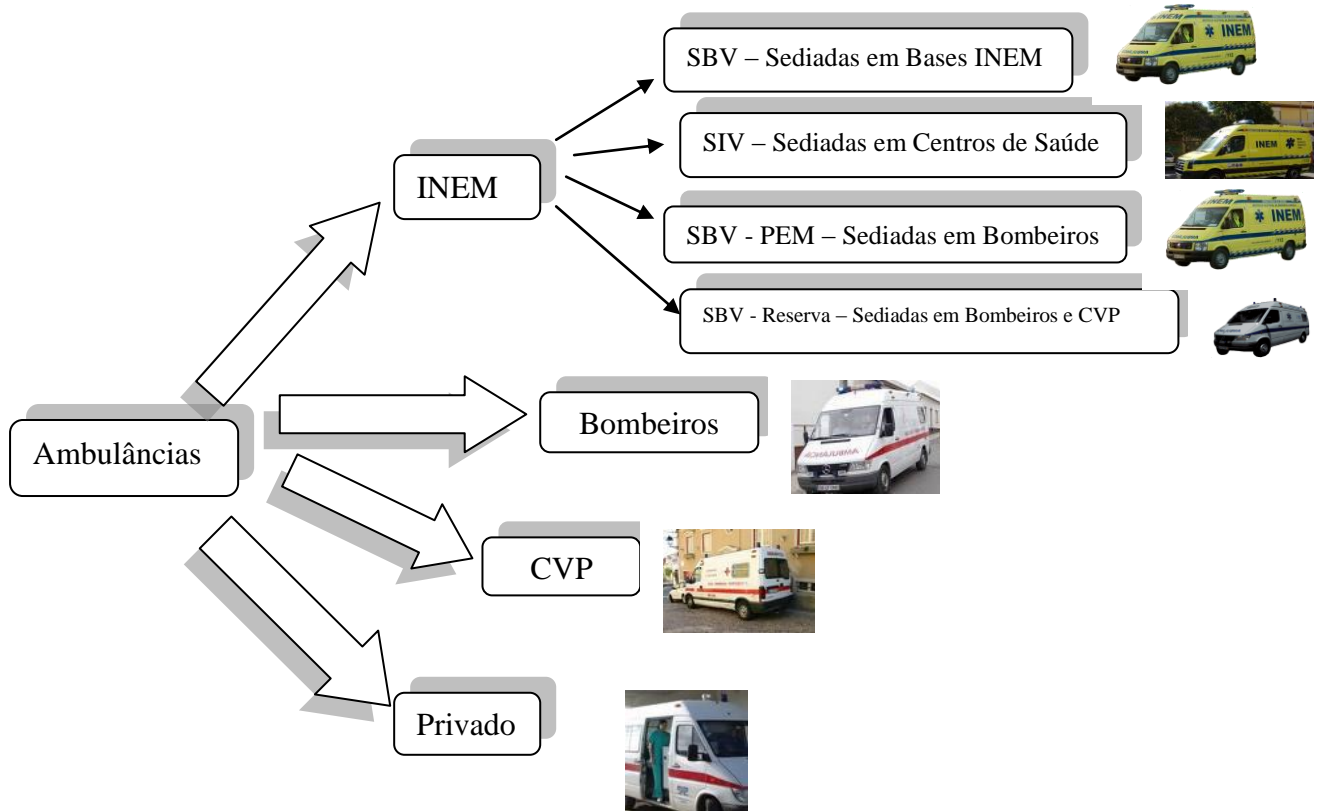
Grelha de Observação: Aspectos Sociais de Uma Situação de Emergência: INEM – Ambulâncias

Aspectos Identificados	Aspectos das Ambulâncias
1. Espaço	Garagem Sede (Rua Almirante Barroso).
2. Actores	TAE
3. Actividades Funcionais	Transporte de doentes urgentes/emergentes para o Hospital adequado.
4. Objectos	Sofás, mesa, cadeira, frigorífico, microondas, televisão, computador.
5. Tempos	<u>Tempos Funcionais</u> : Turno de oito horas; <u>Tempos de Pausa</u> : fumar, ver televisão (almoço praticamente inexistente); <u>Tempos de Convívio</u> : conversas à porta da garagem e hospitais.
6. Objectivos	Prestar o socorro adequado transportando de forma segura os doentes ou vítimas para o hospital; estabilização do doente no local.
7. Sentimentos	Separação entre o real e o pessoal

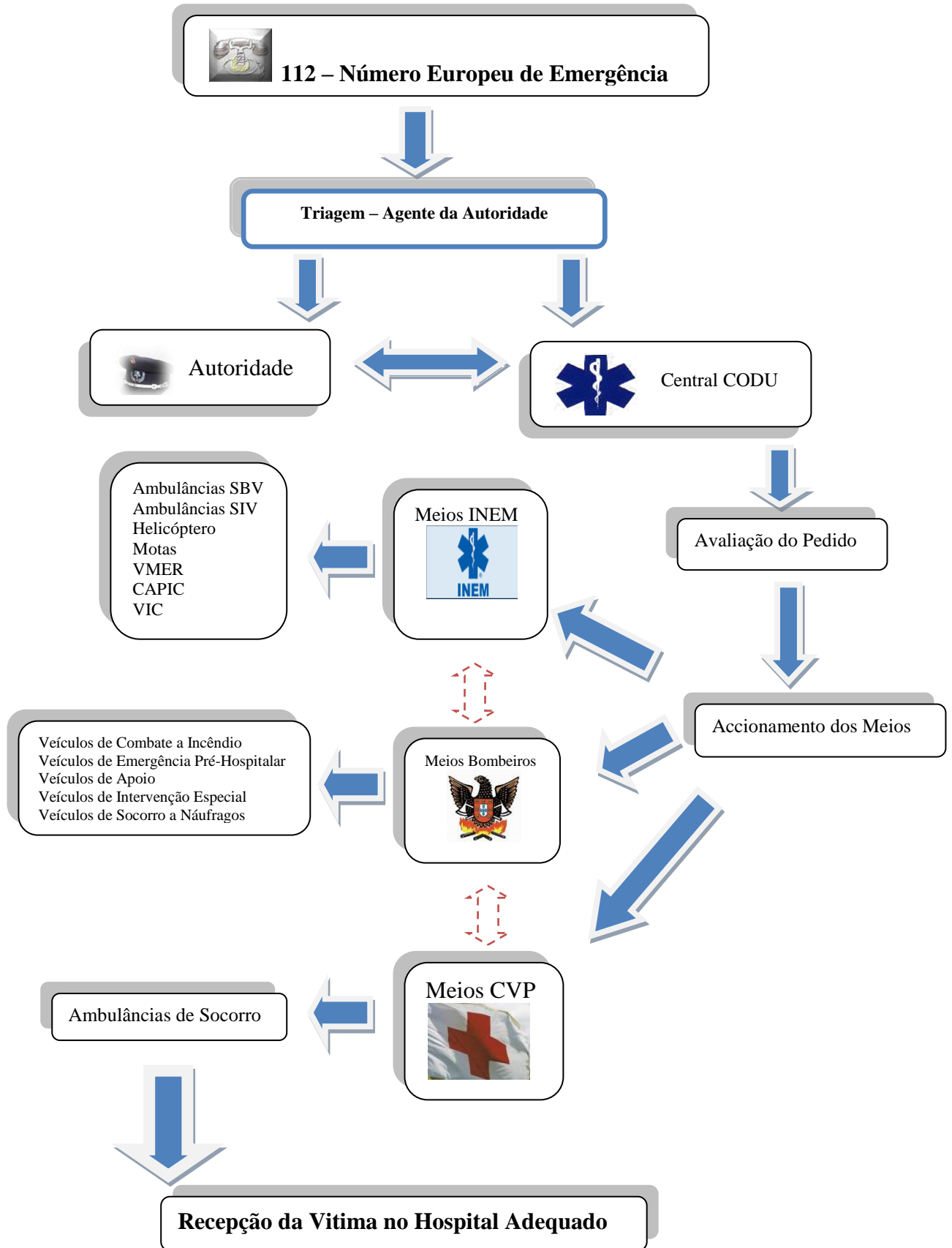
Grelha de Observação: Aspectos Sociais de Uma Situação de Emergência: INEM – VMER

Aspectos Identificados	Aspectos das Ambulâncias
1. Espaço	Garagem (da VMER e Ambulâncias SBV) da ex-Sede (Avenida Infante D. Pedro); Sala de Apoio.
2. Actores	Médico e Enfermeiro
3. Actividades Funcionais	Avaliação do doente; estabilização da vítima no local; administração de fármacos no local; decisão sobre o transporte; preparação da equipa hospitalar (se for necessário)
4. Objectos	<u>Garagem</u> : equipamento logístico e de apoio; <u>Sala de Apoio</u> : Sofás, mesa, cadeira, camas, televisão, armários.
5. Tempos	<u>Tempos Funcionais</u> : Turno de oito horas - enfermeiro; Turno de vinte e quatro horas – médico; <u>Tempos de Pausa</u> : fumar, ver televisão, almoço; <u>Tempos de Convívio</u> : conversas à porta da garagem entre os TAE, o Médico e o Enfermeiro.
6. Objectivos	Estabilização do doente no local.
7. Sentimentos	Separação entre o real e o pessoal

V. Meios Operacionais – Ambulâncias



VI. O que Acontece Depois de se Marcar o 112?



VII. Transcrição da Entrevista Realizada à Delegada da Região de Lisboa e Vale do Tejo

1. Quais as suas habilitações literárias? (Especialidade?)

Eu não tenho especialidade, estou aqui há 21 anos, tenho competência em emergência médica. Sou médica, licenciada em Medicina com a competência em emergência médica.

2. Pode descrever o seu percurso profissional?

O percurso profissional foi sempre aqui, embora faça outras coisas também, (...) faço urgência em São Francisco.

3. Como surgiu a ideia de fazer parte do INEM?

Respondi a um anúncio e fiquei seleccionada.

4. O que se faz em Portugal e no INEM? Emergência ou Urgência?

Fazem-se ambas as coisas. Não há nenhum serviço que faça exclusivamente. Isso é como nos bancos de urgência, deslocam-se muitas pessoas lá que têm situações que não são de urgência e não é por isso que vão ser postas na rua e não vão ser atendidas. Portanto aqui também, nós não fazemos só emergência, não fazemos só as coisas graves, no meio das coisas graves há coisas menos graves, e que nós também temos que atender porque as pessoas não podem simplesmente (...). Fazemos ambas as coisas, urgência e emergência, e às vezes até fazemos coisas que não são nem uma coisa nem outra, porque pronto, depende um bocadinho, do que aquilo que as pessoas nos dizem ao telefone, portanto se as pessoas nos disserem que há um doente com uma grande falta de ar, chega lá a ambulância e pode não ser bem assim, mas depois acaba por ir ao hospital.

5. Qual a evolução do INEM? Existe algum ponto de viragem?

Começámos com 11 chamadas telefónicas por noite e hoje temos para aí 600, a evolução é tanta quanto isso. Começamos com ambulâncias episodicamente colocadas nos bombeiros, nós hoje temos uma rede ambulâncias próprias já do INEM com viaturas médicas e helicópteros, portanto, com motas, viaturas de intervenção em catástrofe. É comparar um grão de areia com um deserto.

Ponto de viragem desde o Euro 2004, fundamentalmente, foi a grande viragem, Desde 2004, o Euro foi apenas um pretexto.

6. Como se planeia a intervenção da emergência em Portugal?

Algumas dúvidas em relação a esta questão....

Já não se planeia, já se operacionaliza, planejar já não é planear.

Depois de se marcar o 112, o que acontece é falar com um agente da autoridade que é o primeiro, a pessoa que atende, numa central da PSP, e que no caso de uma situação, em que, o número 112 é o número europeu de socorro, não é só para saúde, é para roubos, para cheias, para incêndios, portanto pode-se ligar 112, em conformidade com a situação a policia canaliza para os bombeiros, policia se for um caso de policia, ou para o INEM se for um caso de saúde, a partir daí são atendidos por um operador de emergência médica, supervisionados pelo médico, esses operadores atendem a chamada fazem a triagem, com base naquilo que as pessoas dizem, e aí é importante a colaboração das pessoas que ligam, selecciona-se o meio mais adequado, à situação desde que se justifique efectivamente o envio de meios, que às vezes pode-se não justificar, porque como estava a dizer temos muitas situações que não são de urgência nem de emergência, se se justificar a saída dos meios temos várias hipóteses, desde uma ambulância de suporte básico de vida, que tem dois tripulantes de ambulância de emergência ou tripulantes de ambulância de socorro, conforme seja do INEM ou dos bombeiros, ou também pode-se mandar uma viatura médica, que tem médico e enfermeiro, ou pode-se mandar ambas as coisas, pode-se mandar até um helicóptero se for um acidente grave, além de uma viatura médica e eventuais ambulâncias, pode-se mandar um mota de emergência, sobretudo nas cidades de Lisboa e do Porto nas horas de tráfego mais acentuado, mais dificuldade em chegar ao local, portanto para vencer um pouco o trânsito, muitas vezes manda-se a mota á frente, e depois a ambulância poderá ir ou não, conforme também a situação, habitualmente vai, e vai transportar o doente ao hospital; podem-se mandar ambulâncias de suporte imediato de vida, que tem o enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, que são as ambulâncias intermédias entre as de suporte básico e as viaturas médicas, que tem menos de um ano de existência, digamos que é o nosso projecto mais novo. E basicamente é isto. É claro que além de se fazer a triagem, além de se fazer o envio de meios quando se justifica, também é feito um aconselhamento, sobre o que as pessoas poderão fazer enquanto não chega os meios, ou o que poderão fazer se não se justificar saída dos meios.

7. Parece-lhe o processo adequado?

Claro, se não fizesse sentido eu já cá não estava.

8. Mudaria alguma coisa? O quê, em concreto? E de que forma o faria?

Mudava, mudava muita coisa, mudava por exemplo a maneira como as pessoas estão predispostas a responder às nossas questões, que acham sempre que é uma burocracia, todos os outros devem fazer tudo por elas e elas não têm responsabilidade nenhuma. E mudava também a mentalidade dos portugueses porque é também, para as pessoas aprender gestos que chamam de primeiros socorros, que eu chamaria básicos, para poderem colocá-los em prática, nem que seja sob orientação de alguém que aqui estamos dispostos a orientar as pessoas, se as pessoas quiserem receber essa orientação se calhar mudava mesmo era os portugueses. Para mim é o que acho mais fundamental é a formação das pessoas e o civismo das pessoas, em achar que o estar a responder é estar de facto a ajudar e as pessoas não acham isso, acham que é uma burocracia, que é uma seca, que têm direito e pagam os impostos, os impostos que elas pagam não as ilibam de colaborar quando se pede se isso de facto for necessário.

9. Que papel atribui ao INEM no planeamento da emergência em Portugal?

Vai-me desculpar mas não respondo.

10. Na sua opinião, qual o papel que o INEM ocupa na sociedade portuguesa?

Desculpe mas também não respondo, só respondo a questões operacionais.

11. Qual a formação dos profissionais do INEM? Assume-se como um curso reconhecido?

Tenho competência em emergência médica que é uma coisa dada pela ordem dos médicos. Os cursos administrados aos técnicos, aos operadores, aos médicos e aos enfermeiros, se não forem entendidos como adequados, sofrem modificações, e nós admitimos sempre que podemos melhorar nalguma coisa, e por isso, de vez em quando os cursos sofrem modificações. Se me perguntar, se pontualmente poderia mudar alguma coisa, aí isso poderia, mas também acho que isso é uma questão de estratégia e não vou responder mais uma vez.

12. Quem faz a gestão dos meios operacionais? Qual o modelo de gestão utilizado?

São questões de estratégia que não respondo.

13. Como é realizada a cooperação com as entidades parceiras, nomeadamente bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa? Que valência possuem cada uma?

Porque temos ambulâncias nossas, do INEM, cedidas aos bombeiros, de suporte básico de vida, que estão nos bombeiros, nós não trabalhamos só com as nossas ambulâncias. Nós trabalhamos com as nossas ambulâncias com pessoal nosso, da casa, (...), mas nós temos ambulâncias de suporte básico de vida que cedemos aos bombeiros, que são do INEM mas estão nas corporações dos bombeiros. Além disso nós trabalhamos também com a ajuda dos bombeiros, com as próprias ambulâncias deles e coma a ajuda da Cruz Vermelha. E isso, digo-lhe, os bombeiros são de uma extrema ajuda, de nos socorrermos dos meios deles, sendo que alguns dos meios também são nossos, que são as ambulâncias de suporte básico de vida que estão nos bombeiros e que essas são do INEM. E saem á nossa ordem e depois nós, quando precisamos também, por exemplo imagine, Oeiras, tem uma ambulância cedida pelo INEM, se tiverem duas ocorrências, e INEM manda sair a primeira ambulância do INEM, mas depois não vai deixar o outro á espera, se eles tiverem uma ambulância disponível nós pagamos o serviço e eles saem como uma ambulância nossa, sendo deles.

14. Como vê o INEM a realidade onde opera diariamente e como é visto o INEM por essa mesma realidade?

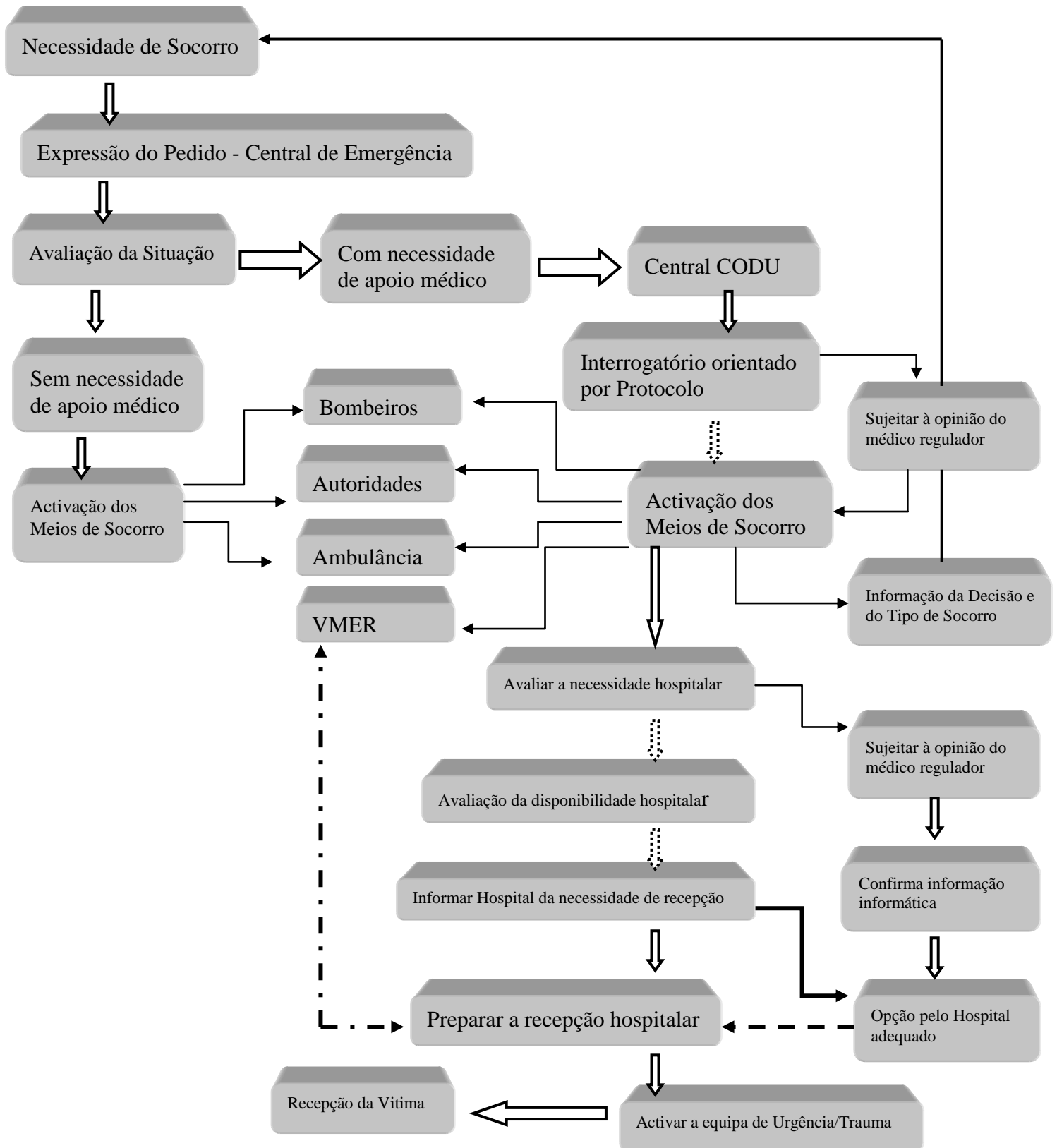
Não tenho ideia. Acho que as pessoas precisam de ser esclarecidas, isso francamente acho. E penso que os portugueses têm em relação ao INEM o que têm em relação a qualquer outro serviço de saúde, quanto mais têm mais precisam. Se estão no hospital e estão meia hora à espera, só querem esperar vinte minutos, se estão vinte minutos, acham que só devem esperar dez, e se não esperarem tempo nenhum hão-de arranjar uma razão qualquer para... Não são todos evidentemente, e depois há aquela noção de que os outros é que têm que fazer tudo por mim e eu não tenho que fazer nada. Isto é transversal a muita coisa que existem em Portugal. Isto é a minha opinião sobre os portugueses, o Governo é que lhes tem que fazer tudo, os pais têm que resolver os problemas dos filhos, portanto há sempre alguém, que tem que resolver os problemas dos filhos, há sempre alguém que tem que resolver os nossos problemas, nós nunca podemos resolver os nossos problemas, nós devemos também agarrar nas coisas e sermos também nós a resolve-las, sermos proactivos, a fazer alguma coisa, e isso é transversal a todas as áreas da saúde.

Para quem liga, deve dizer o que se passa e responder ao que lhes questionam, e fazer aquilo que lhe dizem para fazer. É claro, mesmo assim pode haver um erro? Pode. Erro é uma coisa que pode existir, não é negligência, é uma coisa que pode existir e que pode ser transversal, a

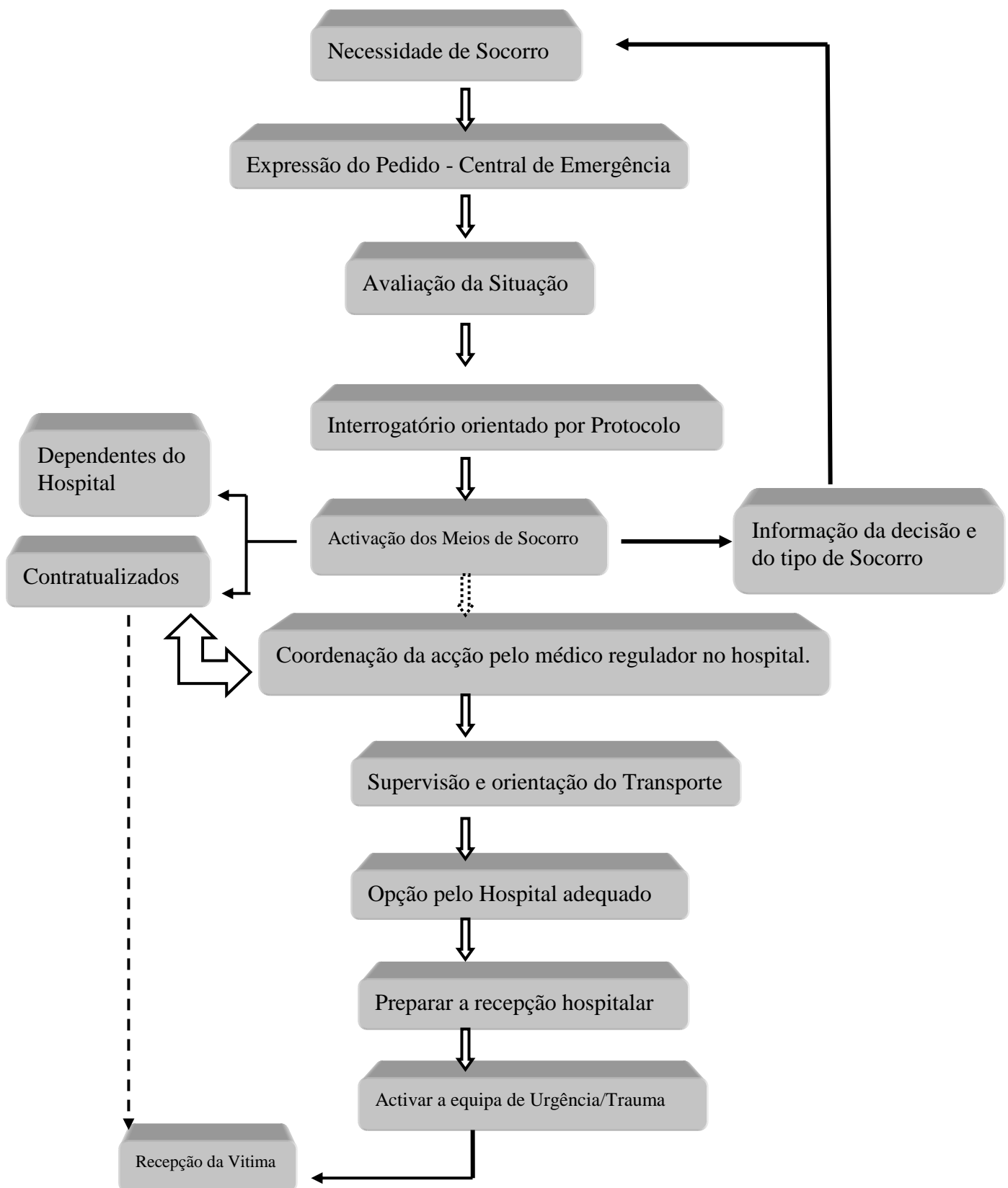
qualquer serviço de saúde. Evidentemente que num hospital eu também posso estar a ver um doente, posso lhe fazer perguntas, questiona-lo, pode haver alguma coisa que me falhe e eu posso cometer um erro, erro não é negligência, se eu não lhe perguntar nada, se eu o menosprezar, se a pessoa ligar 112 e for menosprezado, isso aí é trata-lo mal, se eu mostrar interesse em saber e questionar e a pessoa não responder, aí faço a pergunta de quem é a responsabilidade? Se será de quem está a atender ou de quem está a ligar? É claro que as pessoas estão nervosas, evidentemente, que estão, e o contacto com o 112 não é a mesma coisa, isso aí a gente consegue compreender perfeitamente, e há formas de tentar controlar esses nervos e que os operadores aprendem e que se esquecem, também se esquecem, o stress em ali estão sujeitos é muito, e as coisas acabam por se tornar rotina e depois as pessoas já não são tão perfeitas, agora como eram há três anos atrás, isso é tudo verdade e nós sabemos isso, e tentamos intervir nessa situação, agora as pessoas também têm que se consciencializar de que é muito diferente de atender um estrangeiro do que atender um português, isso é uma coisa que uma claramente tenho a noção, um estrangeiro, tipo dos Estados Unidos, Inglaterra, tipo enfim, eu já atendi, quando fazia atendimento, porque antes eram feitos pelos médicos, e as pessoas não ousavam se quer questionar uma pergunta que nós fizéssemos, quer dizer, se calhar agora também questionam, também já se inquiriram, mas de qualquer forma não questionavam, eles respondiam, porque se calhar no país deles é assim entendem como uma obrigação.

15. Prefere a “rua” ou o hospital?

Não faço rua há quatro anos, por questões físicas, De qualquer forma são coisas diferentes. A rua, pode ser mais extenuante, mas menos stressante. È mais stressante estar no CODU.

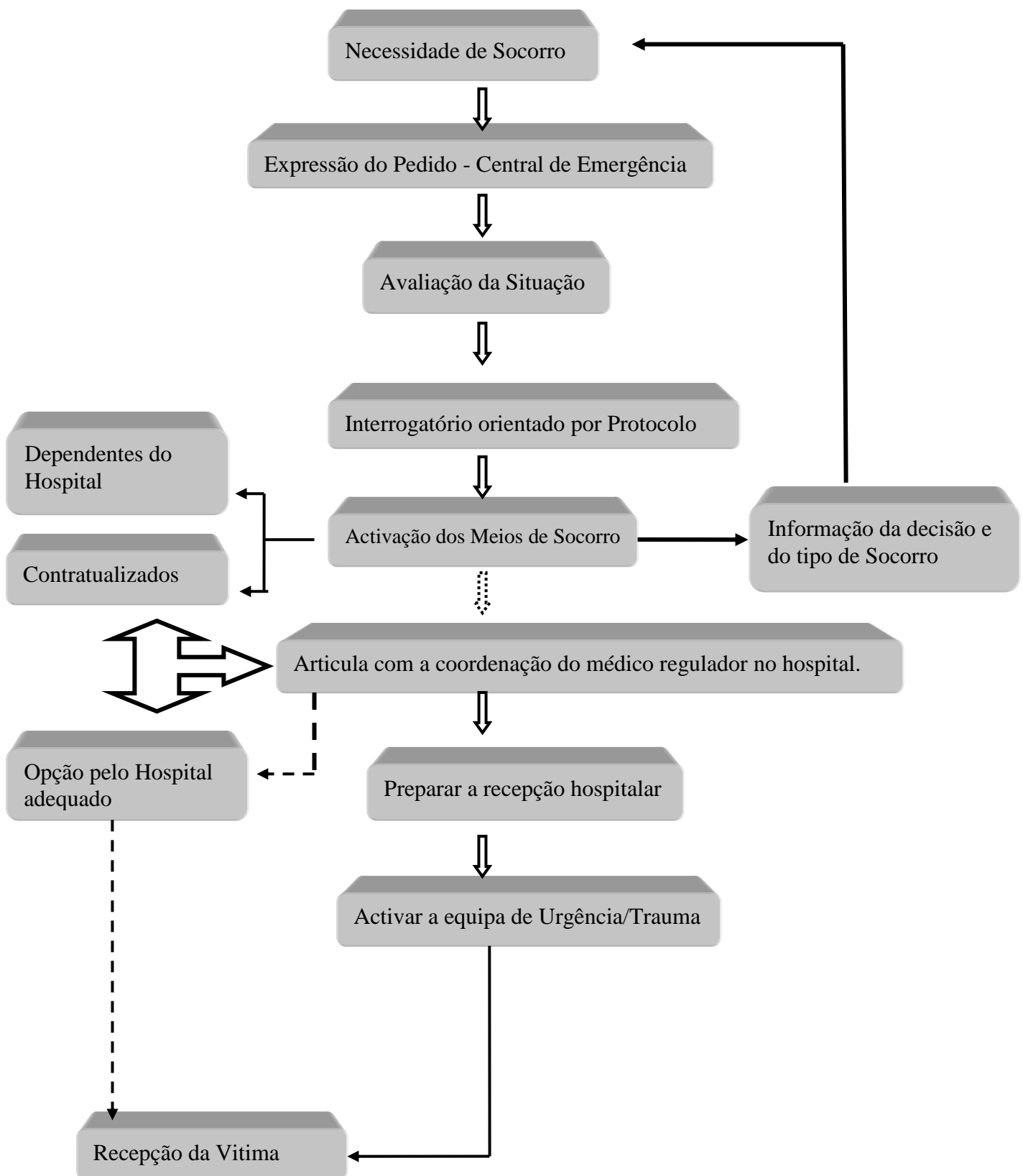
VIII. Modelos de Gestão – *Play and Run* - Modelo Português⁶

⁶ Fonte: GUERRA, Nelson (Setembro 2002)

IX. Modelos de Gestão – *Scoop and Run* - Modelo Anglo-Saxónico⁷

⁷ Fonte: **GUERRA**, Nelson (Setembro 2002)

X. Modelos de Gestão – *Stay and Play* - Modelo Alemão⁸



⁸ Fonte: **GUERRA**, Nelson (Setembro 2002)

Bibliografia

AA. VV. (2006) *Relatório de Actividades 2005*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica.

AA. VV. (2007) *Relatório de Actividades 2006*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica.

AA. VV. (Outubro/Dezembro 1983), “O que é o Instituto Nacional de Emergência Médica”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 1, Número 4, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

AA. VV., (Abril 1984) “Sabe o que é a Estrela da Vida?” em *Emergência Médica*, Ano 1, Número 1, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp. 2 – 7.

AA. VV., (Fevereiro 1986) “Um Serviço de Emergência Médica que começou há mais de 3000 anos”, em *Emergência Médica*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica.

AA. VV., (Fevereiro de 2004), “*Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010 – Mais Saúde para Todos*”, Lisboa, Ministério da Saúde.

AA. VV., (Janeiro/Fevereiro 1979) “Comissão de estudos de emergência médica”, em *Emergência*, Ano II, Número 9, Lisboa, Serviço Nacional de Ambulâncias, pp. 4 – 10.

AA. VV., (Janeiro/Fevereiro 1980), “Conclusões e Recomendações”, *I Jornadas de Emergência Médica: Emergência*, Lisboa, Serviço Nacional de Ambulâncias.

AA. VV., (Março/Abril 1981), “Instituto Nacional de Emergência Médica e a Continuidade dos Socorros de Emergência”, em *Emergência*, Ano IV, Número 22, Lisboa, Serviço Nacional de Ambulâncias.

AA. VV., (Setembro/Dezembro 1980), “Médicos e Enfermeiras de Portugal contactam nos Estados Unidos com a emergência mais avançada do mundo”, em *Emergência*, Ano III, Número 19-20, Lisboa, Serviço Nacional de Ambulâncias.

AA. VV., “Conclusões e Recomendações”, *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica.

AA. VV., “Sistema Integrado de Emergência Médica: concepção e perspectivas”, em *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp. 49-53.

ANTUNES, Manuel J. (2001), “A doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício”, Lisboa, Quetzal Editores

BATUCA, Artur (1998) *Representações Sociais Sobre o Sistema Integrado de Emergência Médica*, Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais de Enfermagem, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.

BECK; Ulrich (1992), “On the Logic of wealth distribution and risk distribution” e “Individualization, institutionalization and standardization: life situations and biographical patterns”, in *Risk Society*, pp. 19-50 e 127-138

BERGER, Peter L. e **LUCKMANN**, Thomas (2004), “As Origens da Institucionalização” in *A Construção Social da Realidade*, Lisboa, Dinalivro, pp.64-78

BOUDON, Raymond (1979), “Qu’est-ce que la sociologie?” in *La Logique du Social: Introduction à L’Analyse Sociologique*, Paris, Hachette, pp. 13-34

BRÁZIO, Augusto, Rita **GARCIA** (2007), *INEM – 25 Anos*, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Lisboa, Torres Vedras

BURGESS, Robert G. (1997), *A Pesquisa de Terreno – Uma Introdução*, Oeiras, Celta Editora

BURNS, Tom (2000), “Prefácio à edição Portuguesa” e “Prefácio à edição original”, in Tom Burns e Helena Flam, *Sistemas de Regras Sociais. Teoria e Aplicações*, Oeiras, Celta

BURY, Michael (1998), “*Postmodernity and Health*” in Scambler Graham e Higgs Paul (eds) Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology towards 2000, Londres, Routledge, pp. 1-28.

CAMPOS, A. C. (1985) “*Um SNS em Portugal: aparências e realidades*” in Revista Critica de Ciências Sociais, Nº 18-19-20

CAMPOS, A. C. (1991) “*O Estado de Providência e a Saúde*” in Sociologia – Problemas e Práticas, Nº9

CAMPOS A. C. e **MANTAS** (1982), “Os serviços oficiais de saúde em Portugal na década de 70: financiamento, organização, administração e alguns resultados”, in *Planeamento*, 4 (1)

CARAPINHEIRO, Graça (1987) “*Políticas de Saúde num País em Mudança – Portugal no anos 70 e 80*” in Sociologia – Problemas e Práticas, Nº3

CARAPINHEIRO G.(1993), “Saber e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares”, Edições Afrontamento, Porto

CARAPINHEIRO, Graça (2001) “*As Determinantes Globais do Sistema de Saúde Português*” in **HESPANHA** P. e **CARAPINHEIRO** Graça (orgs.) Risco Social e Incerteza. Pode o Estado Recuar Mais?, Porto, Afrontamento

CARAPINHEIRO, Graça (2002) “*Inventar Percursos, Reinventar Realidades: Doentes, Trajectórias Sociais e Racionalidades Formais*” in Revista Etnográfica, Vol. V (2)

CARAPINHEIRO, Graça (2005), “Do Bio-Poder ao Poder Médico” em Estudos do Século XX, Nº5, pp. 379-394

CARAPINHEIRO, Graça (Org.) (2006), *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*, Pé de Página, Coimbra

CARVALHO, LUIS. (1990), “A Emergência no Hospital” em *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica.

DUBET, François (2002) “Peut-on se passer des institutions?” In *Le Déclin de L’Institution*, Paris, Seuil

ENGUITA, Mariano (2001), *Educar en Tiempos Inciertos*, Madrid, Morata.

ÉTIENNE, Jean et al (1997), *Dicionário de Sociologia – As Noções e Mecanismos*, Lisboa, Plátano Edições Técnicas

FERNANDES, António Teixeira (2006), “Institucionalização e desinstitucionalização da vida social” in *Monotonia Democrática e Diluição das Regulações Sociais*, Porto, Afrontamento, pp.20-50

FERREIRA, F. A. (1975), “*Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*”, Lisboa, Biblioteca C. P. C.

FERREIRA, F. A. (1989), “*Sistemas de Saúde e o seu Funcionamento. Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo – o caso particular de Portugal*”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

FERREIRA, F. A. (1990), “*História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

FERRERA M., HEMERIJCK A., RHODES M. (2000), “O Futuro da Europa Social: Repensar o Trabalho e a Protecção Social na Nova Economia”, Celta Editora, Oeiras

FISCHHOFF, Baruch, Paul Slovic, Sarah Lichtenstein, (2000), “Weighing the risks: which risks are acceptable?”, em Paul Slovic, *The Perception of Risk*, London, Earthscan Publications, pp. 120-136.

FLICK U. (ed) (1992), *La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie*, Paris, L’Harmattan.

FRADE, Daniel José Montalto e (1998), *Stress Ocupacional em emergência médica pré-hospitalar: INEM*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 33-55.

GABE J. (org.) (1995), *Medicine, Health and Risk. Sociological Approaches*, Oxford, Blackwell Publishers, cap. 4, pp. 151-171.

GIDDENS, Anthony (1994), “O Self: Segurança Ontológica e Ansiedade Existencial” In *Modernidade e Identidade Pessoal*, pp. 31-61

GIDDENS, Anthony (2002), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, pp. 635-660

GRAÇA, Luís (Janeiro/Março 1992), “O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e da participação em gestão”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 10, Número 1, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

GUERRA, Isabel Carvalho (2002), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais, Principia.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Participação e Acção Colectiva – Interesses, Conflitos e Consensos*, Cascais, Principia.

GUERRA, Isabel Guerra (2006), “Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso”, Cascais, Principia

GUERRA, Nelson (Setembro 2002), *Da Rua ao Hospital – As Descontinuidades do Sistema Integrado de Emergência Médica*, Lisboa, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa / INDEG, Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, pp. 27-42.

HESS, Rémy (1983), “*Sociologia de Intervenção*”, Porto, Rés

IMPERATORI, Emílio (Abril/Junho 1989), “Garantia da qualidade: uma estratégia nos cuidados de saúde primários”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Volume 7, Número 2.

IMPERATORI, Emílio e **GIRALDES**, Maria do Rosário, (1993), *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, 3º Ed., Lisboa

KOELBE, Thomas (1995), “The New Institutionalism in Political Science and Sociology”, *Comparative Politics*, 27, (2), pp. 231-243

LUCENA, Diogo de (Julho / Setembro 1996), “O que é diferente na Saúde”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública Volume 14, Número 3, pp. 21-23.

LUPTON, Deborah (1995), *The Imperative of health. Public Health and The regulated Body*, Londres, Sage Publications, Cap 4, pp. 106-130.

MACEDO, Carlos et al, *Um Sistema Integrado de Emergência Médica*, Lisboa, Serviço Nacional de Ambulâncias, pp. 10 – 36.

MARTINS, Luís M. D., *Gestão por Projectos*, Porto, AEP, 1994

MATEUS, Barbara (2007), *Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que Realidade*, Loures, LusoCiência.

MISHRA, RAMESH (1995), “O Estado-Providência na Sociedade Capitalista”, Celta Editora, Oeiras

MOZZICAFREDDO, J. (2000), “Estado – Providência e Cidadania em Portugal”, Oeiras, Celta Editora

NEE, Victor (1998), “Sources of the new Institutionalism” in Mary C. Brinton e Victor Nee, *New Institutionalism in Sociology*, Nova Iorque, Russell Sage Foundation, pp.1-16

PAULA, Carlos Andias da (1990), “Centro de Orientação de Doentes Urgentes” em *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp.73 – 77.

PENEFF, Jean (2002), *O Hospital na Urgência – Estudo por Observação Participante*, Coimbra, Formasau.

PENEFF, Jean (2003), *Os Doentes das Urgências – Uma Forma de Consumo Clínico*, Coimbra, Formasau

PEREIRA, António Baptista (1990), “Sistema Integrado de Emergência Médica” em *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp. 39-47.

PETERSON A. e **LUPTON D.** (1996), *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, Londres, Sage Publications, cap. 1 e 3, pp. 1-26 e pp. 61-88.

PETTIGREW, Andrew et al (1994), “*Shaping strategic change - making change in large organizations : the case of the National Health Service*”, London, Sage

QUIVY, Raymond (et al) (1997), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, pp.155-207

RODRIGUES, Luís A. Carvalho (2002), “*Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde*”, Lisboa, Edições Colibri

SANTOS B. S. (1990), “O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)”, Edições Afrontamento, Porto

SANTOS, B. S. (1987), “*O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de Saúde*” in Revista Critica de Ciências Sociais, Nº 23

SCAMBLER, Graham (ed) (1987), “The lost subject of medical sociology – A review Essay”, in *Sociological Theory and Medical Sociology*, Londres, Tavistock Publications, pp. 77-109.

SCHIEFER, Ulrich et al (2006), *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação – Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*, Cascais, Principia.

SILVA, Augusto dos Santos (et al), (1999), *Metodologia das Ciências Sociais – 10ª Edição*, Edições Afrontamento, Porto, pp. 129-148

SILVA, F. Rocha et al, (1979), *Relatório da Comissão de Estudos de Emergência Médica*, Lisboa.

SILVA, F. Rocha, **COSTA**, P. Dias, **GONÇALVES**, Túlio (Agosto 1987) – “Emergência Médica em Portugal: um longo caminho que conheceu etapas decisivas”, em *Emergência Médica*, Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp. 2 – 11.

SIMÕES, Jorge (2004), *Retrato Político da Saúde – Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*, Almedina, Coimbra

SLOVIC, Paul, (2000) “Perception of Risk”, em Paul Slovic, *The Perception of Risk*, London, Earthscan Publications, pp.220-240.

STACEY, Margaret e **HOMANS**, Hillary (1978), “The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research”, *Sociology*, nº12, pp.281-307.

TULLOCH, John, **LUPTON**, Deborah (2003) *Risk and Everyday Life*, London, Sage, pp.15-40.

TURNER, B. S. (1987) “Medical Sociology” em *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage Publications, pp1-17.

TURNER, B. S. (1992) “The body and the medical sociology” em *Regulating bodies*, Londres, Routledge, pp.151 – 174.

WARDWELL, Walter I. (1982), *The State of Medical Sociology – A Review Essay*, *The Sociology Quarterly*, 23, pp. 563 – 571.

YARDLEY L. (ed) (1994), *Material Discourses of Health and Illness*, Londres, Routledge, Capítulo 7, pp. 132-149.

Decretos – Lei:

Decreto-Lei 212/06, Diário da Republica, I Série, Nº 208 (27-10-2006)
 Decreto-Lei 220/07, Diário da Republica, I Série, Nº 103 (29-05-2007)
 Decreto-Lei 234/81, Diário da Republica, I Série, Nº 176 (03-08-1981)
 Decreto-Lei 326/91, Diário da Republica, I Série A, Nº 200 (31-08-1991)
 Decreto-Lei 38/92, Diário da Republica, I Série A, Nº 74 (28-03-1992)
 Decreto-Lei 48/90, Diário da Republica, I Série, Nº 195 (24-08-1990)
 Decreto-Lei 511/71, Diário da Republica, I Série, Nº 274 (22-11-1971)
 Decreto-Lei 73/97, Diário da Republica, I Série A, Nº 78 (03-04-1997)
 Decreto-Lei 73/97, Diário da Republica, I Série A, Nº 78 (03-04-1997)
 Decreto-Lei 79/75, Diário da Republica, I Série, Nº 45 (22-02-1975)
 Despacho Normativo 2847/07, Diário da Republica, II Série, Nº 40 (26-02-2007)
 Despacho Normativo 46/05, Diário da Republica, I Série B, Nº 201 (19-10-2005)
 Portaria 1147/01, Diário da Republica, I Série B, Nº 226 (28-09-2001)
 Portaria 1302A/02, Diário da Republica, I Série B, Nº 225 (28-09-2002)
 Portaria 402/07, Diário da Republica, I Série, Nº 70 (10-04-2007)
 Portaria 647/07, Diário da Republica, I Série, Nº 104 (30-05-2007)

Material de Apoio

Lei de Bases da Saúde

Plano Nacional de Saúde – Volume I – Prioridades – 2004/2010

Plano Nacional de Saúde – Volume II – Orientações Estratégicas – 2004/2010

Sites Consultados:

<http://www.portalgeat.com/estrela.htm>, visitado em, 11.10.07

<http://www.inem.min-saude.pt/>, visitado durante toda a realização do projecto

www.ensp.unl.pt, visitado em 20.06.07

www.portaldasaude.pt, visitado durante toda a realização do projecto

www.dgs.pt, visitado em Setembro de 2007

www.observaport.org, visitado em Outubro de 2007

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070221_MS_Doc_Requalificacao_Urgencias.htm, visitado em 18 de Abril de 2008

<http://www.inem.pt/document/468473/473703.pdf>, visitado em 18 de Abril de 2008

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dih-conv-I-12-08-1949.html>, visitado em 19 de Abril de 2008

<http://www.snpc.cv/planeamEmergencia.html>, acedido a 19 de Abril de 2008

http://cneagrupamento1006.home.sapo.pt/pcivil/pcivil_CNE.htm, acedido em 20 de Abril de 2008

<http://sic.aeiou.pt/online/noticias/pais/multimedia/Acidente+na+A23.htm>, visitado em 24 de Agosto de 2008

www.ensp.unl.pt, visitado em Setembro de 2007

www.portaldasaude.pt, visitado em Janeiro de 2008

www.dgs.pt, visitado em Julho de 2008

www.observaport.org, visitado em Setembro de 2007

Programas de Debate

<http://ww1.rtp.pt/multimedia/index.php?tvprog=20236>, visto em 07.01.08

<http://ww1.rtp.pt/wportal/informacao/reportagem/>, visto em 13.02.08