



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

A pertinência do Serviço Social na Emergência Médica Pré-hospitalar

Mafalda Delgado Valério

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

A pertinência do Serviço Social na Emergência Médica Pré-hospitalar

Mafalda Delgado Valério

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

AGRADECIMENTOS

«Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda!»

Antoine de Saint-Exupéry

Durante estes anos de Mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que sempre me acompanharam e, sem dúvida, se revelaram fundamentais para a realização de mais um projeto. Gostaria de expressar o meu apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade.

Aos que nunca me deixaram desistir, os meus Pais e irmã, que sempre me incentivaram a continuar e a ir mais longe, que me proporcionaram a formação e tudo aquilo que tenho hoje e, sobretudo, por acreditarem sempre que é possível.

À minha família.

À minha Orientadora, Professora Doutora Maria Inês Amaro, pela paciência, pela partilha, pela disponibilidade e e sobretudo por não me ter deixado fraquejar...

Às minhas colegas e amigas de trabalho, e em especial à Susana, pela ajuda, pelo incentivo diário e por quererem sempre mais e melhor, para mim – sem palavras.

Aos meus amigos, por ouvirem sempre os meus desabafos...

Aos meus conterrâneos, pelas inúmeras palavras de encorajamento.

Às entidades que se disponibilizaram e colaboraram nesta investigação, pela partilha de informações e expectativas, em especial aos Exmos. Senhores Fernando Delgado e Engº Belo Costa, pela imediata disponibilidade e agilização de contactos.

Por último, mas não menos importante, ao companheiro desta e de todas as etapas, que tem estado sempre - nos dias bons e nos menos bons. Que aturou todas as minhas frustrações, mas que mesmo assim me incentivou a continuar.

A todos, OBRIGADA!

RESUMO

A presente investigação visa compreender qual a pertinência do Serviço Social no âmbito das emergências, em concreto nas emergências médicas pré-hospitalares que, em Portugal, são asseguradas pelo INEM.

Para concretizar este estudo, identificado como exploratório, optou-se por uma metodologia qualitativa, cujas técnicas de recolha de dados utilizadas foram a pesquisa documental e realização de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo foi a técnica de análise mais apropriada.

Concluiu-se que, pese embora já exista um serviço de emergência social, este deveria estar ligado formalmente à emergência médica pré-hospitalar, pois são serviços com campos de atuação distintos, mas faz todo o sentido que sejam complementares. Assim sendo, não se revelou pertinente a integração do Serviço Social na emergência médica pré-hospitalar, mas revelou-se pertinente a articulação entre as entidades que prestam os serviços já mencionados, para que esteja assegurado o apoio social a partir do momento em que é detetada essa necessidade, por parte da emergência médica, de forma a contribuir para o completo estado de bem-estar dos indivíduos em determinadas situações.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social, Saúde, Emergência Médica, Emergência Social, Determinantes Sociais da Saúde, INEM, LNES-144

ABSTRACT

The present research aims to understand the relevance of Social Work in the context of emergencies, particularly in pre-hospital emergencies medical, that in Portugal are provided by INEM.

To achieve this study, identified as exploratory, we opted for a qualitative methodology, whose data collection techniques were documentary research and semi-structured interviews. Content analysis was the most appropriate analysis technique.

We conclude that although there is already a social emergency service, it should be formally linked to the pre-hospital medical emergency, because in spite of they are services with different fields of action it makes perfect sense if they complemented each other.

Therefore the integration of Social Work in the pre-hospital emergency medical did not reveal pertinence, what is pertinent is the articulation between the entities that provide the services already mentioned, so that social support is assured from the moment of detected needs by medical emergency in order to contribute to the complete well-being of individuals in certain situations.

KEYWORDS: Social Work, Health, Emergency Medical, Social Emergency, Social Determinants of Health, INEM, LNES-144

«Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica».

(Quivy, Ray e Luc Van Campenhoudt (1998:31)

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – CONCEÇÃO DA SAÚDE E DA SUA DIMENSÃO SOCIAL	13
O sistema de saúde em Portugal	13
Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	15
Condições socioeconómicas e envelhecimento como Determinantes da Saúde.....	16
Solidão como Determinante da Saúde	18
Sociedade como Determinante da Saúde	18
As políticas da saúde: uma política social	19
Serviço social na saúde	20
CAPÍTULO II – O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR ...	23
Emergência Médica Pré-hospitalar.....	23
A Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC)	24
O Instituto Nacional de Emergências Médica.....	25
CAPIC	27
CAPÍTULO III – EMERGENCIA SOCIAL.....	30
O conceito de Emergência Social.....	31
História da Emergência Social.....	30
Linha de Emergência Social - 144	33
Intervenção do Serviço Social na Emergência Social.....	34
Modelo de intervenção em crise	36
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	38
Campo Empírico	39
Natureza da Investigação	39
Universo e Amostra	41
Técnicas de Recolha de Dados	40
Técnicas de Análise Dados	42
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÃO.....	54
FONTES:	58

Índice de figuras

Figura 1 - Evolução das responsabilidades do Estado.....	14
Figura 2 - Esquema ilustrativo da solidão como determinante da saúde	18
Figura 3 - Funções do Serviço Social em âmbito hospitalar	20
Figura 4 - Os agentes da proteção civil	24
Figura 5 - Funções do INEM.....	26
Figura 6 - Tipos de Emergência Social	33
Figura 7 - Áreas de coesão social	35
Figura 8 - Diferentes concepções de crise	36
Figura 9 – CAPIC: Tipo de ocorrência.....	47

Índice de tabelas

Tabela 1 - Funções e Áreas de atuação do CAPIC.....	28
Tabela 2 - Categorização das questões de investigação	43

Glossário de Siglas

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AS – Assistente Social

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIAV - Centro de Informações Antivenenos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DEM – Departamento de Emergência Médica

DGS – Direção Geral da Saúde

ES – Emergência Social

FEB - Força Especial de Bombeiros

GNR – Guarda Nacional Republicana

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS, I.P. – Instituto da Segurança Social

LNES - Linha Nacional de Emergência Social

ONG – Organizações Não Governamentais

OMG - Organização Mundial da Saúde

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SS - Serviço Social

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

INTRODUÇÃO

Inicia-se este trabalho com a afirmação de que «*é bastante intensa a relação do Serviço social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional*» (Martinelli, 2013:18).

Segundo a OMS, a definição para os sistemas de saúde é vasta: engloba todas as atividades que tem como finalidade a promoção, recuperação ou a manutenção da saúde. Importa destacar a ideia de que, tal como é defendido por Inês Guerra (2015), o número de médicos, o número de camas ou as despesas públicas com a saúde, não tem tanta responsabilidade nos seus resultados, como o rendimento dos cidadãos, o desenvolvimento económico e social, a escolaridade, as características culturais, pois estes são fatores de uma enorme importância para o estado de saúde/doença das populações. A saúde é uma preocupação constante na vida diária dos indivíduos, pois são determinantes para a qualidade de vida e para o bem-estar. É por isso que, muitas vezes, ouvimos expressões como “O que é importante é ter saúde. Com saúde tudo se faz!”.

Nas últimas décadas, a política de saúde em Portugal foi marcada por orientações internacionais, principalmente na área da saúde pública, devido à sua conjuntura económica e política. (Inês Guerra, 2015:65) Este sistema de saúde mantém a estrutura inicial, embora tenha sido sujeito a diversas mudanças, que alteraram a orientação, objetivos e hierarquização dos serviços e o regime de custos (BISAIA, 2005 *apud* Guerra, 2015:74).

Segundo Guerra (2015) o Serviço Social deve estar a par dos desenvolvimentos e das transformações, de forma a ser uma área disciplinar ativa e influente no contexto de mudança, com as respostas adequadas às necessidades. Esta transformação social leva à necessidade de progressos teórico-metodológicos.

Considerando que “*o Serviço Social tem experiência de lidar com os riscos sociais e as incertezas daí geradas*” (Guerra, 2015:54), e que a saúde continua a ser uma das principais preocupações para uma parte significativa da população, esta investigação pretende focar a relação entre o Serviço Social e a emergência médica pré-hospitalar. Para corroborar esta ideia, muitos autores definem que a saúde evidencia um estado de equilíbrio entre “*as dimensões fisiológicas, psicológica e sociológica*”, sendo que estão estreitamente relacionados com o bem-estar da pessoa, e com a sua qualidade de vida (Guerra, 2009:87).

Desta forma, apresenta-se como objetivo geral, analisar a possibilidade da integração do Serviço Social na área da emergência médica pré-hospitalar, em Portugal, e a sua pertinência. Para tal, selecionaram-se os seguintes objetivos específicos: i) identificar a natureza das situações que surgem na Emergência Médica Pré-Hospitalar; ii) perceber quais as respostas dadas às situações consideradas de carácter social e, por fim iii) perspetivar a intervenção do Assistente Social nesta área.

Foi igualmente nossa pretensão dar resposta à pergunta que nos orientou a presente investigação: *Qual a pertinência do Serviço Social na Emergência Médica Pré-Hospitalar?*

A ideia de desenvolver um trabalho no âmbito da emergência pré-hospitalar teve a sua origem num desafio pessoal. Durante a permanência do investigador num curso de primeiros socorros em gerontologia, e após conversa com uma das formadoras, que na altura também era técnica de emergência pré-hospitalar, surgiram algumas dúvidas relativamente àquilo que acontecia nos casos em que os técnicos de emergência médica (socorristas) detetassem problemas sociais nas suas ocorrências e se havia algum tipo de apoio social imediato. Questionou-se ainda se havia assistentes sociais naquele sistema, à qual se obteve resposta negativa, no entanto poderia ser um bom tema a explorar. Surge daqui um desafio. Naquele momento, surgiu um interesse pessoal pelo assunto e o facto de, a nível profissional, poder vir a ser detetado um novo conceito. Após este episódio, o investigador iniciou a pesquisa de informação. A nível académico, sublinha-se a dificuldade de encontrar trabalhos científicos neste campo. Assim sendo, esta pesquisa poderia servir de base, não apenas a um maior e mais adequado conhecimento neste sector, mas também a futuras investigações na área da intervenção social na emergência. *“Raramente se tratam de investigações que contribuam para fazer progredir os quadros conceptuais das ciências sociais... trata-se de estudos, análises ou exames, mais ou menos bem realizados, consoante a formação e a imaginação do «investigador» e as suas precauções de que se rodeia para levar a cabo as suas investigações.”* (Campenhoudt, 1998:19)

Pelos motivos acima elencados, este estudo é exploratório e a metodologia utilizada foi qualitativa, assente no modelo indutivo. A técnica de recolha de dados adequada para este estudo foi a pesquisa documental e as entrevistas semiestruturadas, sendo que as técnicas de análise de dados selecionadas são a análise de conteúdo e pesquisa bibliográfica.

CAPÍTULO I – CONCEÇÃO DA SAÚDE E DA SUA DIMENSÃO SOCIAL

Carvalho (2012) defende que a saúde já não é apenas considerada falta de doença, é também definida como um estado de bem-estar completo, orientado por determinantes sociais, sejam eles os *i)* comportamentos; *ii)* a situação económica ou a posição social dos indivíduos; *iv)* políticos; *v)* ambientais, entre outros. Outros autores corroboram, afirmando que “*o contexto social, económico e político em que vivemos tem repercussões diretas no estado de saúde*” (GUERRA, 2015:51), assim como em todas as situações que carecem da intervenção social.

Guerra (2015) cita Escoval (2008) quando este refere que a saúde irá exigir um inevitável acréscimo de recursos e, para que haja uma perceção clara deste aumento, devemos considerar três aspetos: *i)* a presença de um duplo processo de envelhecimento - por um lado estamos perante um aumento significativo de pessoas com 65 anos ou mais e, por outro lado, estamos perante um crescimento deste grupo etário com frágeis condições de saúde; *ii)* as alterações nos estilos de vida, que se tem vindo a verificar, que se apresentam como novos riscos para a saúde (destacando-se as doenças contagiosas e/ou fortemente incapacitantes); *iii)* a redução do nº de filhos por progenitor, o crescimento de famílias com um só idoso, o enfraquecimento dos laços intergeracionais e o envolvimento das mulheres no mercado de trabalho são também alterações na estrutura e no papel das famílias a considerar nos cuidados com os idosos.

O sistema de saúde em Portugal

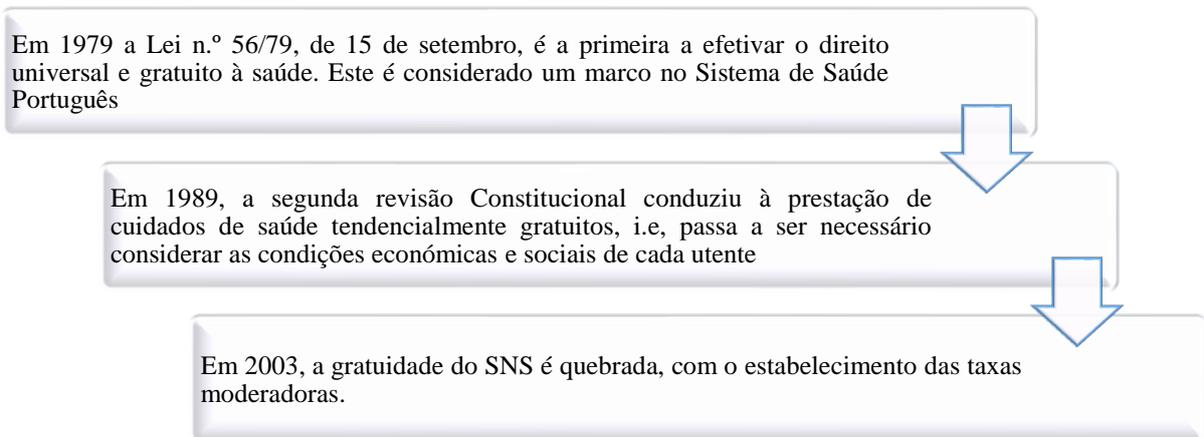
Em Portugal, as atenções para as políticas de saúde surgiram com a Constituição de 1822, onde foram abordadas questões sobre tal assunto.

A evolução nos estudos da morbilidade e mortalidade, as alterações demográficas – i.e, o envelhecimento e a diversificação da família, a mobilidade social e as migrações -, a revolução tecnológica, a aproximação dos serviços de saúde à sociedade; entre outros fatores foram cruciais para a emergência em redefinir a saúde (Carvalho, 2012:27).

Até 1970, quem estava responsável por prestar os cuidados de saúde eram as Misericórdias, os hospitais-estatais, serviços médico-sociais ou de saúde pública e serviços privados. No entanto, não se destinavam a toda a população no geral, apenas às pessoas cujos estratos sociais eram mais elevados.

Algumas influências internacionais resultaram naquilo que é o sistema português atualmente, começando nas décadas de 70, com a criação de serviços de saúde universais e gratuitos e também com o estabelecimento de um sistema de saúde de carácter nacional, a Organização do Ministério da Saúde e Assistência. Para Guerra (2015) a revolução democrática de 25 de abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente. O Estado começa a responsabilizar-se, embora progressivamente, pela prestação e financiamento na área da saúde.

Figura 1 - Evolução das responsabilidades do Estado



Fonte: Elaboração própria com base em Guerra (2015:67) e Carvalho, *et.al* (2014:52)

Nas últimas décadas, o desenvolvimento socioeconómico Português foi decisivo para melhorar o estado de saúde da população. São bons indicadores, o da esperança média de vida à nascença, assim como o envelhecimento da população, considerando a melhoria nas condições sociais e económicas da população em geral. Desta forma, é importante conhecer quais são os determinantes sociais que influenciam a saúde da população.

Segundo Geib (2012) as características do contexto social afetam a saúde dos indivíduos, o que gera desigualdades e vulnerabilidades. Para esta, os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais são considerados determinantes sociais da saúde, ou seja, são fatores que influenciam a ocorrência, ou não, problemas de saúde e, conseqüentemente, os seus riscos na sociedade.

Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

“As dimensões sociais foram incorporadas à Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948, que previa uma integração de métodos biomédicos, tecnológicos e sociais para melhorar a saúde” (Geib, 2012, p. 124). A autora salienta ainda que, em meados dos anos 90, alguns países restringiram os gastos sociais, para pagar as suas dívidas externas, o que prejudicou áreas que merecem muita consideração, nomeadamente, a educação, a nutrição, o saneamento, a habitação, os transportes, os apoios sociais e a saúde. Como consequência, assistiu-se ao aumento da desigualdade e pobreza.

A aceleração no conhecimento sobre os DSS permitiu a construção de diversos modelos que procuram demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde. Com o objetivo de promover reconhecimento e dar importância aos determinantes sociais na saúde da população e dada a forte necessidade de combater as desigualdades que estes determinantes podem gerar, a OMS criou, em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Tal como referem Garbois, *et.al*, (2014) este termo procura explicar a relação entre “social” e “saúde”, ou melhor, a relação social para o fenómeno da saúde, pois estas duas dimensões são inseparáveis.

Os determinantes sociais da saúde são um campo de conhecimento com duas facetas: *i)* Por um lado, existem elementos sociais que condicionam a posição que as pessoas alcançam na sociedade e que afetam a distribuição dos riscos ou da proteção em saúde – e é aqui que entramos no campo dos determinantes sociais que analisam as instituições, normas, ordens sociais, políticas, formas de viver, maneiras de organizar o ambiente causador de desigualdades no processo saúde-doença; *ii)* Por outro lado, as desigualdades em situações de saúde surgem quando grupos, estratos ou classes sociais são comparados (Castaño (2014). Analisa-se, assim, o modo como estes elementos se expressam e são espelhados na saúde dos indivíduos.

Para William Cockerham, citado em Castaño (2014, p. 33-34), compreender os determinantes sociais da saúde implica relacionar as dimensões individual e socioculturais, já que os estilos de vida são formados por estas duas componentes. Para este, dimensão individual é a capacidade dos indivíduos traçarem o seu próprio projeto de vida -i.e, processos de socialização primária e secundária. Já as condições socioculturais são as que estabelecem restrições sociais, culturais, económicas e políticas, que restringem as ações dos indivíduos ao longo da vida – i. e, a classe social, o sexo e a

etnia, a pertença a certos grupos (religiosos, políticos ou outros). O autor defende que também os estilos de vida criam e predispõe a saúde dos indivíduos.

Condições socioeconómicas e envelhecimento como Determinantes da Saúde

A saúde é um fator determinante para o desenvolvimento humano, desde a conceção até à morte, e influencia todo o seu ciclo de vida. No envelhecimento ainda mais. Ao longo do processo de envelhecimento destacam-se algumas diferenças resultantes dos estatutos socioeconómicos de cada indivíduo.

Para Rodrigues, *et.al* (s.d) as condições socioeconómicas e culturais do percurso de vida de cada pessoa contribuem para as práticas de saúde que a mesma irá usufruir na velhice. Ou seja, o estado de saúde a que se está sujeito depende daquilo que foi o seu capital de saúde (construído ao longo da sua vida), não excluindo o contexto atual em que a pessoa se encontra e dos seus recursos.

Neste sentido, a saúde mental dos idosos é influenciada pelo seu estado de saúde, pelas condições socioeconómicas, pelo papel que representa na sociedade, pela existência ou não de redes de contactos e pelo sentimento perante a solidão (Figueiredo, 2013 *apud* “Fernandes, 2012).

Os papéis sociais que a sociedade destina a esta faixa etária são consequência nas alterações da velhice pois, esta fase caracteriza-se pela *i*) a perda de estatuto profissional – entrada na reforma e redução de recursos e com *ii*) a mudança nas relações familiares e nas redes sociais - diminuição de oportunidade de contactos: perda de amigos e familiares próximos, saída dos filhos de casa, ou a morte do cônjuge. O aumento do desemprego, as condições de trabalho precárias, a fraca oferta de emprego, são fatores que contribuem para o agravamento da pobreza e exclusão social, tornando difícil a sua erradicação. Estas condições de vida precárias são alguns dos problemas que determinam as condições de saúde e tornam complexo o desempenho dos serviços de saúde. Esses problemas agravam a exclusão social, principalmente dos idosos. Ora, em síntese:

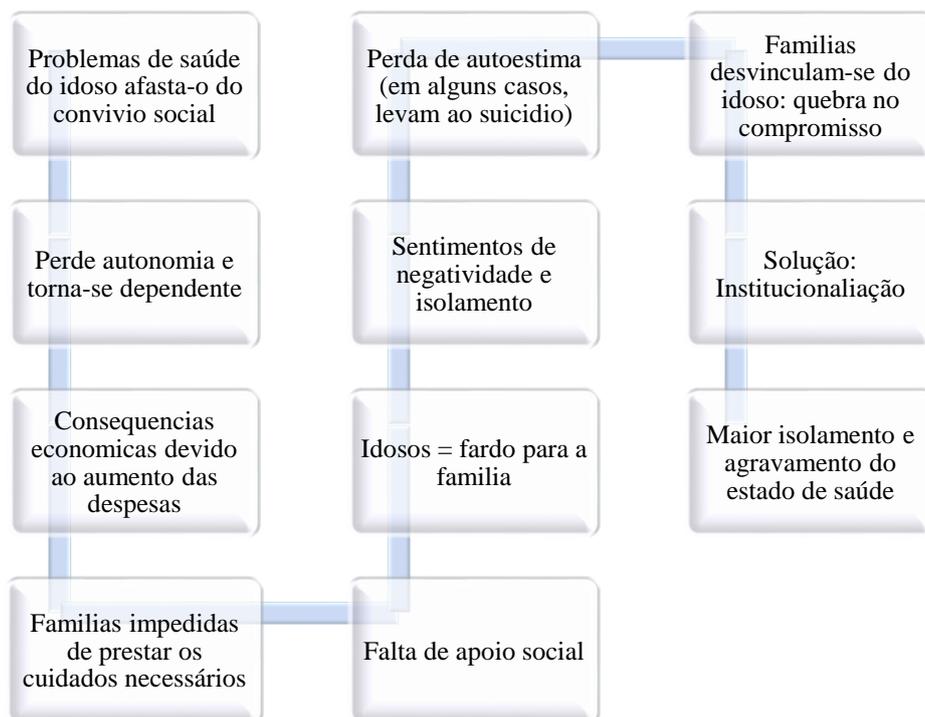
- **Baixa escolaridade:**
 - Compromete o acesso à educação em saúde, o que significa que o indivíduo não tem possibilidade de adotar comportamento saudáveis;
 - A educação é o caminho mais eficaz para sair de uma posição social desfavorável;
- **Desigualdade no acesso ao saneamento:**
 - O processo de urbanização contribuiu para a proliferação de moradias precárias, o que se contrapõem à habitação saudável;

- Condições de emprego/trabalho:
 - Posição social e a desigualdade de renda encontram-se no eixo da determinação das condições de trabalho;
 - Por sua vez, influenciam a situação de saúde do trabalhador e da sua família;
- Acesso aos serviços de saúde:
 - O sistema de saúde constitui um poderoso determinante intermediário na cadeia da produção social da saúde, pelo acesso universal;
 - Evita que os indivíduos sejam forçados à pobreza pelos custos dos cuidados com saúde;
 - Constatou-se maior dificuldade para aqueles com pior nível socioeconómico;
- Redes sociais e comunitárias:
 - O capital social: são os amigos, parentes, vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos;
 - Possibilitam o estabelecimento de relações de solidariedade e confiança;
 - O empobrecimento do capital social tem sido apontado como um determinante, que atua sobre o estilo de vida, (sendo tao nocivo como o fumo do tabaco, hipertensão, etc);
 - Para muitos, e em especial para os idosos, são o único recurso disponível para aliviar as cargas da vida quotidiana;
 - Pode agravar a incapacidade ou impor limitações ao estilo de vida da pessoa;
- Comportamentos e estilos de vida:
 - Modificáveis pelos indivíduos: dieta pouco saudável, alcoolismo, tabagismo - são fatores de risco que se manifestam através de outros: hipertensão, hiperglicemia, hipercolesterolemia;
 - São determinados pela pobreza, urbanização, globalização e/ou pela estrutura e dinâmica da população;
 - Ex: o baixo custo dos alimentos hipercalóricos torna-os mais acessíveis a grupos economicamente desfavorecidos, indicando que a obesidade pode ser um marcador social da carência nutricional

Solidão como Determinante da Saúde

A falta de autonomia, resultante dos diversos problemas a nível físico (doença, dificuldade de mobilidade e dependência de terceiros), a exclusão social e a pobreza (reformas baixas) são fatores potencializadores de solidão (Quaresma, Fernandes, Calado & Pereira (2004) *apud* Figueiredo, 2013:35). Surge um sentimento de vazio e enfraquecimento dos laços afetivos, que delimitam a vida emocional dos indivíduos. Também estes estados de negatividade podem intensificar uma serie de ameaças à saúde, devido ao impacto no sistema imunológico, como o agravamento de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes, Alzheimer, entre outro. Esta solidão contribui para o aumento da afetividade negativa e poderá ter efeitos nefastos para a saúde, contribuindo para as doenças crónicas debilitantes, conforme se verifica no esquema abaixo:

Figura 2 - Esquema ilustrativo da solidão como determinante da saúde



Fonte: Elaboração própria com base Figueiredo (2013)

Sociedade como Determinante da Saúde

A saúde, a doença e as suas causas, tem as suas raízes naquelas que são as características e atividades de uma determinada população. Assim sendo, é a população que facilita a exposição a diversos fatores, favoráveis e/ou desfavoráveis, à saúde dos indivíduos.

Para esclarecer alguns conceitos, Briz (2012) faz questão de afirmar que a saúde pública não é a saúde do público, mas sim uma área de conhecimento e ação, cujo objetivo é proporcionar um melhor nível de saúde a um maior número de pessoas possível. Este processo envolve uma colaboração multidisciplinar. Se o objetivo é promover a saúde e prevenir a doença, é essencial absorver quais as causas ou os determinantes da saúde, por forma a que, quem toma as decisões em saúde pública, valide as causas modificáveis e perspetive o futuro.

As políticas da saúde: uma política social

Para Barata *et.al*, “*as ciências sociais e a intervenção social emergem, na sua forma moderna, de entender e, eventualmente, intervir nos grandes processos de mudança*” (2010:107-108). Estes autores destacam as revoluções americana e francesa, revolução industrial, o processo colonial e o processo de descolonização, afirmando que a evolução social dos últimos 300 anos funcionou como um caldo para o desenvolvimento das ciências sociais, ao mesmo tempo que se presenciava uma progressiva autonomia da intervenção social.

Sendo a Europa o continente das políticas sociais, Barata *et.al*, referem que é neste espaço civilizacional que este tema consome mais recursos e mais atenção. Desde o Tratado de Roma, em 1957, que a dimensão social está presente nas Comunidades Europeias. O artigo 2º do Tratado da Comunidade Europeia revela que é esta quem tem como missão promover o desenvolvimento harmonioso, equilibrado e sustentável das atividades económicas, promover um elevado nível de emprego e proteção social, a igualdade entre homens e mulheres, o aumento do nível e da qualidade de vida, a coesão económica e social e a solidariedade entre os Estados-Membros. Para atingir este objetivo é necessário contribuir para um elevado nível de proteção na área da saúde (Barata *et.al*, 2010).

Ainda que se destaquem os progressos da esperança média de vida, “*estes não diminuem as distâncias sociais da saúde*” (Leandro, 2002: 21). A profundidade histórica mostra que a facilidade de acesso ao sistema de saúde tem efeitos, mas não o de reduzir as desigualdades sociais em saúde. Numa época onde o envelhecimento da população idosa tem vindo a incrementar, exponencialmente, as necessidades de apoios sociais e de cuidados de saúde, as preocupações com o sistema de proteção social e de saúde “*estão na ordem do dia*” (*idem*, 2002: 36).

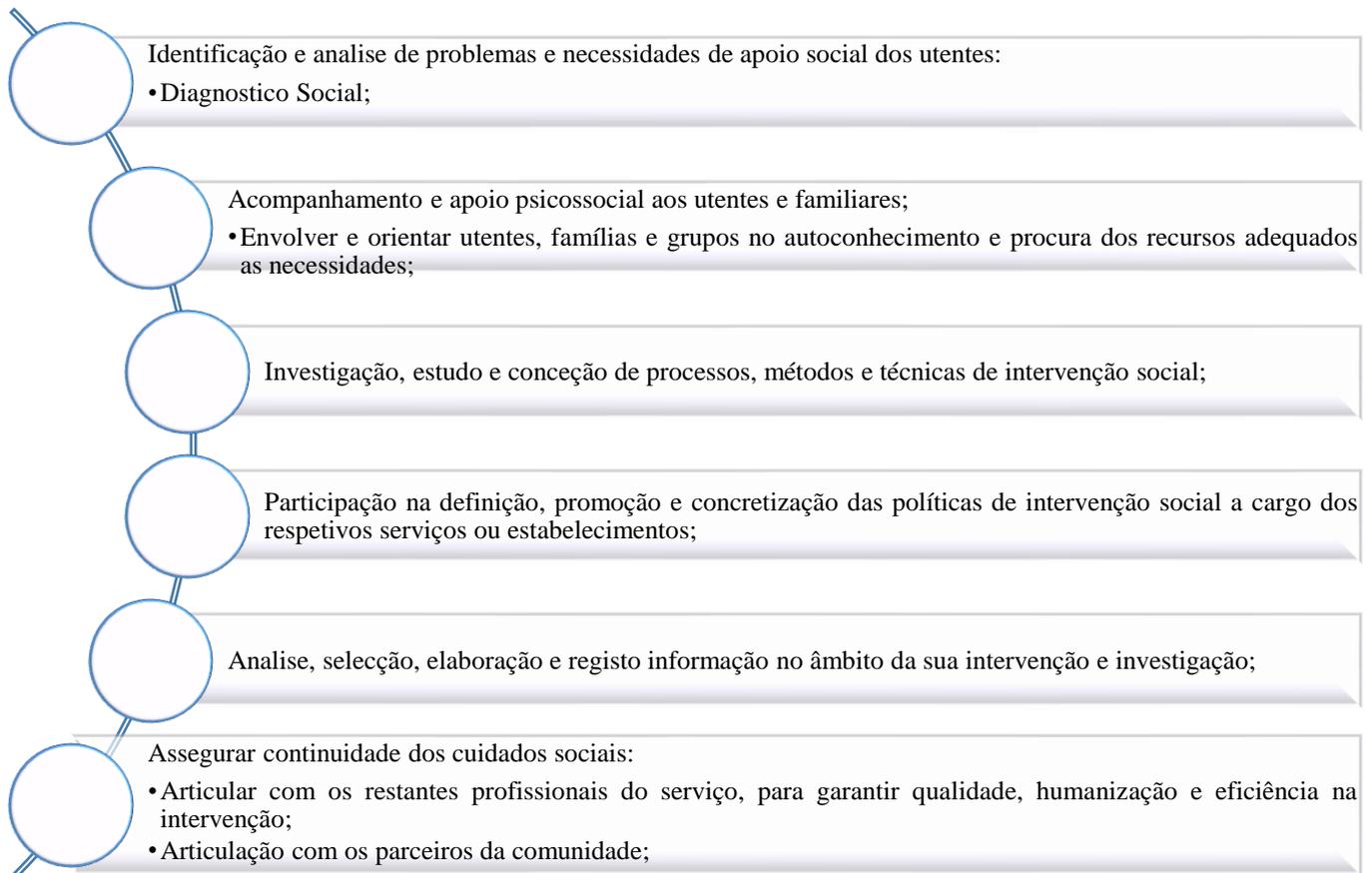
Tal como refere a socióloga “os sistemas de interpretação da saúde que organizam as práticas sociais, remetem não só para a doença e a medicina, como também para o trabalho, a educação, a família (...) permitem estabelecer logicas de vida, (...) sentidos dados a vida” (Pierret, 1993 apud Lopes, et.al, 2009:74).

Serviço social na saúde

A era em que vivemos e as alterações globais resultam num aumento de diversidade e também de complexidade relativamente aos contextos de intervenção do assistente social (Guerra, 2015).

O Serviço social tem uma relação histórica com a área da saúde, que já vem dos finais do século XIX nos Estados Unidos, levado a cabo pela pioneira e criadora do Serviço Social, Mary Richmond. Em Portugal, as primeiras iniciativas surgem na I República, com o movimento higienista e de medicina social. Em 1973 foi aprovado o regulamento do Serviço Social, que define a jurisdição profissional dos assistentes sociais a nível hospitalar. São funções do Assistente Social, nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde:

Figura 3 - Funções do Serviço Social em âmbito hospitalar



Fonte: Elaboração própria com base em Guerra, 2015.

A saúde tem vindo a ser concebida de diferentes formas, o que originou a criação de diversos modelos de atuação para o Serviço Social. Estes modelos têm vindo a ser adequados às necessidades, dadas as transformações sociais, económicas e científicas que se refletiam diretamente no sistema de saúde.

1. o modelo biomédico defendia que as doenças surgiam do exterior do corpo, que o invadiam e causavam alterações físicas. A doença era explicada totalmente por causas biológicas. Após a 2ª Guerra Mundial este modelo deixou de conseguir justificar algumas grandes questões que se colocavam à medicina.
2. No modelo biopsicossocial, a saúde (antes, individualizada) passa a assumir uma definição de *saúde-social* (RIBEIRO, 2007, *apud* Guerra 2015:90). O diagnóstico médico passou a considerar fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este é o modelo fundamental para o Serviço Social.
3. Com as evoluções na medicina, surge o modelo holista, onde o papel do individuo passa a ser ativo no processo da saúde-doença (REIS, 1998 *apud* Guerra 2015:92).

Neste modelo, os fatores físicos, mentais, sociais, ambientais não existem separadamente e intervêm sob a pessoa, no seu meio.

Cassel y Cobb (apud Castro 1997:427) defendem que o apoio social se centraliza na preservação da saúde dos indivíduos, ao facilitar condutas adaptadas em situações de stress. Já para Castro (1997) defende que o apoio social é um conceito multidimensional, e que a sua presença, ou ausência, afeta diferencialmente a saúde dos indivíduos. Assim sendo, distintas formas de apoio social podem ter diferentes efeitos nas condições de saúde de cada indivíduo, de acordo com o contexto social de cada situação e consoante o significado desse apoio para os diversos grupos. Para este autor, o apoio varia de acordo com o problema para o qual foi solicitado, assim também como de acordo com a origem e varia consoante as etapas da vida. Sobretudo, varia consoante o contexto social geral no qual emerge.

“A saúde perde-se e ganha-se onde a população vive e trabalha” (Mondragon, 1999, apud Guerra, 2015: 97). Para estes, a saúde está assente em fatores básicos de ordem económica, habitacional, alimentação e trabalho.

Tal como está concetualizado no capítulo anterior, alguns autores entendem a dimensão psicossocial reportando-a aos fatores de ordem económica, social e cultural e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura e reabilitação. Neste processo, Guerra (2015) sublinha a relevância das dimensões objetivas da situação dos indivíduos (condição económica, redes sociais de suporte, etc) mas igualmente às vertentes subjetivas (fragilidade emocional decorrente da situação de doença, modos de viver a doença, alterações psicológicas associadas a doença ou ao tratamento). O Serviço Social constitui um “elo” entre utente/instituição de saúde/médico, viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, que facilitam o processo de internamento.

Para Castro (1997) a fronteira entre o social e o psicológico, existente nos determinantes sociais da saúde, tem favorecido a categoria do ‘social’ nos trabalhos de investigação. No entanto, afirma que é necessário estudar o apoio social, não só como um possível determinante de diversas formas de doença, como também como uma variável dependente. A pobreza, o desemprego, os tipos de ocupações, a idade, a classe social e outras características sociais, estão todas associadas, separadamente ou em

interação, com as condições de saúde física e mental dos indivíduos. Também há quem defina o stress como uma variável que vincula as condições de vida com a saúde mental.

CAPÍTULO II – O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Considerando que o tema desta investigação se centra no serviço de emergência médica pré-hospitalar, é necessário esclarecer como funciona o sistema português no que toca a estes serviços.

“Desde cedo na história da humanidade que o Homem se deparou com a necessidade de adaptação a situações extremas, em plenos cenários bélicos, nas quais a sobrevivência dependia da atuação rápida e da eficaz prestação de cuidados a doentes e feridos de guerra” (Afonso, 2014:9).

Emergência Médica Pré-hospitalar em Portugal

Em 1965 nasce, em Portugal, a assistência pré-hospitalar, com a criação do Número Nacional de Socorro, o 115. Nesta altura, os cidadãos de Lisboa que realizassem uma chamada para este número, eram socorridos pela Polícia de Segurança Pública que, numa ambulância, os encaminhavam para o hospital mais próximo.

Por volta de 1980 surge, pela primeira vez o conceito de emergência médica pré-hospitalar, que culmina com a criação do Gabinete de Emergência Médica, tendo sido adaptado ao modelo dos EUA. Em agosto de 1981 é fundado o Instituto de Emergência Médica (INEM), presidido pelo cardiologista Francisco Rocha da Silva, cujo objetivo era responder ao Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal. Em 1987 é inaugurado o Centro de Orientação a Doentes Urgentes (CODU).

Em 1998, com o objetivo de uniformizar o recurso aos meios de emergência médica, o número 115 é substituído pelo Número Europeu de Emergência – 112.

“O motor da emergência médica pré-hospitalar é representado pela rede de telecomunicações que existe ao alcance de toda a população e que permite que, à distância de uma chamada telefónica, esteja a receção de cuidados de socorro, que muitas vezes marcam a ténue linha entre a vida e a morte. Quando alguém estabelece uma chamada para o Número Europeu de Emergência, esta é recebida inicialmente numa central da PSP. Daqui, apenas as chamadas relativas às emergências médicas são encaminhadas para o CODU. E é aqui que tudo começa!” (Carina Afonso, 2014:33).

A Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC)

Em Portugal a entidade responsável pela prevenção de riscos e pela organização de operações de proteção e socorro é a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, adiante designada como ANEPC ou Proteção Civil, cujo Decreto-lei aprovado a 3 de Julho de 2006, define como objetivos “prevenir os riscos coletivos e a ocorrência de acidente grave ou de catástrofe deles resultante, atenuar os riscos coletivos e limitar os seus efeitos, socorrer e assistir as pessoas e outros seres vivos em perigo, proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público, apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afetadas por acidente grave ou catástrofe” (Lei de Bases da Proteção Civil, Artigo 4º).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 45/2019, de 1 de abril, “a ANEPC é um serviço central, da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio”, cuja missão é “planear, coordenar e executar as políticas de emergência e de proteção civil”.

A ANEPC funciona como “um chapéu” que, enquanto autoridade nacional, articula e comanda a atuação das entidades que desenvolvem, nos termos da lei, competências em matéria de emergência e de proteção civil e de proteção e socorro (agentes). A Proteção Civil não tem qualquer domínio sobre estes agentes, ou seja, não interfere nas suas atividades do dia-a-dia, apenas os coordena operacionalmente, quando necessário.

Figura 4 - Os agentes da proteção civil



Fonte: Elaboração própria, com base no Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-

Para além dos agentes acima mencionados, existem outras entidades a quem compete especial dever de cooperação com os agentes de proteção civil:

- a) Associações humanitárias de bombeiros voluntários;
- b) Serviços de segurança;
- c) Instituto Nacional de Medicina Legal;
- d) Instituições de Segurança Social;**
- e) Instituições com fins de socorro e de solidariedade;
- f) Organismos responsáveis pelas florestas, conservação da natureza, indústria e energia, transportes, comunicações, recursos hídricos e ambiente;
- g) Serviços de segurança e socorro privativos das empresas públicas e privadas, dos portos e aeroportos.

Nesta investigação vamos focarmo-nos no INEM, como o serviço de emergência médica pré-hospitalar. Abordaremos também no Instituto de Segurança Social, nomeadamente a Linha de Emergência Social e a ação da Cruz Vermelha Portuguesa.

O Instituto Nacional de Emergências Médica

O INEM é um organismo do Ministério da Saúde, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, que exerce a sua atividade a nível continental. Tem como principal missão *“definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados e vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados médicos”* (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro).

No INEM a emergência médica é coordenada pelo Departamento de Emergência Médica (DEM) a quem compete coordenar o SIEM. Também compete ao DEM a articulação com outras entidades do SNS nomeadamente a DGS. São ainda atribuições deste Departamento a coordenação das seguintes atividades:

- Centro de Informações Antivenenos (CIAV);
- Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC);
- CODU Mar.

Figura 5 - Funções do INEM

Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo 112 e acionamento dos meios de socorro apropriados;

Assegurar a prestação de socorro pré-hospitalar e proceder ao transporte para as unidades de saúde adequadas;

Promover a receção e o tratamento hospitalares adequados do doente;

Promover a correta referenciação do doente;

Promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às ações de emergência médica;

Assegurar a elaboração dos planos de emergência e/ou catástrofe, em colaboração com as administrações regionais de saúde e com o Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil;

Orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência e/ou catástrofe;

Propor as medidas legislativas e administrativas indispensáveis ao desempenho das suas atribuições e competências.

Fonte: Elaboração própria, com base no Decreto-Lei nº 167/2003 de 29 de julho

Atualmente, em território nacional, o INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro.

O que são os CODU?

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são as centrais da emergência médica. É o organismo “*responsáveis por receber as chamadas provenientes do número europeu de emergência 112, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde*” (Relatório Anual de Atividades e Contas, 2018:107). Funcionam durante 24 horas, em todo o continente, cujo atendimento é realizado por profissionais qualificados, com formação específica para esta função - triagem, aconselhamento, seleção, acionamento e acompanhamento dos meios de emergência adequados e o contacto com as unidades de saúde.

Importa salientar quais são funções dos CODU:

- 1) Assegurar o atendimento de chamadas de emergência médica encaminhadas pelo 112;

- 2) Avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, e determinar os recursos necessários e adequados a cada caso;
- 3) Realizar o aconselhamento médico de situações de emergência e, sempre que indicado, aconselhar o cidadão a realizar manobras básicas de emergência;
- 4) Proceder à transferência das chamadas consideradas não urgentes para outros intervenientes do SNS;
- 5) Aconselhar as equipas no terreno, sempre que necessário, bem como validar protocolos de atuação a não-médicos;
- 6) Assegurar o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar, tratamento urgente/emergente, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino;
- 7) Prestar apoio psicológico em emergência através do serviço do CAPIC, que intervém com os (as) utentes em situações de crises psicológicas, comportamentos suicidas, vítimas de abusos/violência física ou sexual, entre outros.

Considerando o tema em análise, torna-se pertinente enquadrar o CAPIC.

CAPIC

“O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) é um serviço direcionado para o atendimento das necessidades psicossociais da população bem como para a prestação de apoio aos intervenientes do SIEM” (Relatório Anual de Atividades e Contas, 2018:115), em situações de elevada carga emocional.

É um serviço que está disponível através do número europeu de emergência (112) e que funciona 24 horas por dia. É assegurado uma equipa composta por psicólogos clínicos, que têm formação em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe.

Essencialmente, fornecem apoio psicológico das chamadas recebidas no CODU, no caso se ser necessário, e/ou pode ser acionado para o local da ocorrência onde seja necessário a sua presença, através das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE). Na tabela abaixo é possível identificar quais as áreas de atuação e quais as funções do CAPIC.

Tabela 1 - Funções e Áreas de atuação do CAPIC

Áreas de atuação	Funções
Teleassistência	- Intervenção com a pessoa que contacta o CODU em situações de: crise psicológica, vítimas de violência (física ou sexual), comportamentos suicidas, etc.
Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)	- Quando acionado pelo CODU, vão para o local da ocorrência. São exemplos: assistência à vítimas de sinistro (ou a seus familiares e amigos): apoiam na gestão destas ocorrência (apoio no início do processo de luto na sequência de morte inesperada e/ou traumática); situações de risco iminente de suicídio; emergências psiquiátricas; intervenção com vítimas de abuso/violação sexual. - São ainda integradas em situações de exceção como incêndios, inundações, explosões, catástrofes naturais e humanas, entre outras.
Apoio aos profissionais do INEM	- Visam a intervenção psicológica em situações emocionalmente exigentes e potencialmente traumáticas aos técnicos de emergência.
Formação aos profissionais do INEM	- Ativistas na formação dos técnicos no campo das competências psicológicas.

Fonte: Elaboração própria com base no site: www.inem.pt

São exemplos desta intervenção, “*tentativas e risco de suicídio, crises de ansiedade e ataques de pânico, violações/abuso sexual e emergências psiquiátricas ou assistência a vítimas de sinistros ou a familiares dessas vítimas e apoio a processos de luto nos contextos referidos*” (Relatório Anual de Atividades e Contas, 2018:115).

Para que as UMIPES sejam ativadas é necessário que haja essa proposta por parte da equipa de triagem ou por decisão do Médico Regulador. Estas unidades são constituídas por um psicólogo e um técnico de emergência. Atualmente, as UMIPE UMIPE estão sediadas nas Delegações Regionais do Norte (Porto), Centro (Coimbra) e Sul (Lisboa e Faro). As UMIPE são acionadas se a situação que envolve a ocorrência for potencialmente traumática, por exemplo:

- Acidentes (de viação ou acidentes de trabalho, afogamento, incêndios urbanos, etc);

- Incidentes com elevado número de vítimas;
- Situações que envolvam crianças;
- Casos de violência ou abuso sexual;
- Paragem cardiorrespiratória inesperada;
- Morte inesperada e/ou traumática;

A Cruz Vermelha Portuguesa

A CVP é uma instituição humanitária, sem fins lucrativos, constituída maioritariamente por voluntários, cuja missão é socorrer e apoiar as pessoas mais vulneráveis nas situações de emergência, no sofrimento, na doença, entre outros, sob forma de ações de socorro, ação social e prestação de cuidados de saúde. Honra os princípios de dignidade humana e respeito.

«A directiva de Novembro de 1996, da Direção Nacional, reconhecendo a situação, assinala que “A Cruz Vermelha Portuguesa tem de reassumir um papel relevante na área da preparação e da resposta face às situações de emergência, identificando-se com as orientações da Federação Internacional, aceitando a sua complementaridade com outras instituições, como o Serviço Nacional de Proteção Civil e o INEM, dedicando-se às vocações que lhe são próprias e no quadro da capacidade internacional de que só a Cruz Vermelha dispõe.”» (Boletim Interno n.º 10 de 16 de Outubro de 2007).

A ação da CVP tem um carácter auxiliar, supletivo ou complementar do Governo, da Administração Pública ou Autárquica e faz parte de uma rede mundial, equipada e preparada para o socorro e para o apoio humanitário a sinistrados e a desalojados, atingidos por catástrofes de origem antropogénica, natural ou social.

Tem uma estrutura da Emergência que comporta uma resposta eficaz a situações de acidente grave, catástrofe, calamidade ou de Emergência Social e, também, a avaliação cuidada dos riscos e o estudo dos seus possíveis impactos.

Os pressupostos da sua intervenção é o socorro direto às pessoas afetadas,” visando a pronta satisfação das suas necessidades básicas: alojamento, água potável e tratamento de água, alimentação, vestuário e cuidados básicos de saúde incluindo apoio psicológico”.

A CVP deve adequar os seus procedimentos, em território nacional, enquadrando-se na Lei de Bases da Proteção Civil, no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro e nos demais documentos dimanados das Autoridades responsáveis pela proteção civil.

Com a finalidade de tornar mais eficaz esta integração, deverão os diferentes níveis da estrutura da emergência da CVP, estabelecer contacto com as diferentes autoridades de proteção civil:

- ✓ A Coordenação Nacional da Emergência, com o Comando Nacional de Operações de Socorro da Autoridade Nacional de Proteção Civil (CNOS);
- ✓ Os responsáveis das Plataformas Regionais de Emergência, com os Comandos Distritais de Operações de Socorro, (CDOS) dos Distritos cujas áreas abrangerem;
- ✓ As Delegações Locais, através dos seus Coordenadores Locais da Emergência, cooperarão com os Serviços Municipais de Proteção Civil dos concelhos cuja área abrangerem.

CAPÍTULO III – EMERGENCIA SOCIAL

A emergência é uma circunstância social e humana, uma situação imprevista no tempo e no espaço.

História da Emergência Social

Para diversos autores, como Bernal e Sanchez-Serrano (2004) e Núncio (2010), a humanidade sempre procurou formas de responder às situações ou estados de necessidade:

- Início do século 20, com o capitalismo a afincar a pobreza, assistiu-se a uma intervenção focada no trabalho de emergência a nível médico e social;
- Nos anos 60, o conceito de emergência social é afastado e “quase ignorado” dadas as melhorias nas condições de vida (Bernardo, 2012:46);
- Nos anos 80, este conceito volta a estar na ordem do dia devido à massificação “*dos problemas sociais (toxicodependência, SIDA, precariedade, imigração...)*, que produziu mudanças profundas na intervenção social” (Marchand, 2005, *apud* Bernardo, 2012:47);
- Nos anos 90, a crise económica faz realçar este conceito, dada a necessidade de assegurar as condições mínimas de sobrevivência; (Bernardo, 2012:46).

Com o gradual aumento da pobreza e precariedade, estas situações deixam de ser consideradas passageiras e a emergência social passa a ser “uma política pública que se institucionalizou, no domínio da assistência às pessoas sem-abrigo, (...) pensada como

uma resposta ao fenómeno de novos pobres, que apareceram nas ruas (Bernardo, 2012:47).

Em Portugal, este conceito terá surgido em 1986, no Programa de Governo do XI Governo em 1986, onde se assistia a *“procura da melhoria das condições de vida e das prestações atribuídas à população beneficiária e, prioritariamente, aos seus estratos mais desfavorecidos. Para tal, o Governo actualizará as prestações pecuniárias da Segurança Social e criará um Serviço de Emergência Social em todos os Centros Regionais de Segurança Social e na Misericórdia de Lisboa”* (Programa XI Governo Constitucional *apud* Bernardo, 2012:51).

Em 1988, consagra-se a criação de um Serviço de Emergência Social (SES), na SCML e nos Centros Regionais da Segurança Social, pelo Ministério do Emprego e da Segurança Social, cujos objetivos se centravam em tratar de imediato as graves situações socioeconómicas de indivíduos, famílias e comunidade de forma a *evitar, minimizar e reparar essas situações”* (Bernardo, 2012:53).

Após a criação desta linha em Lisboa, ao longo dos anos começaram a propagar-se linhas telefónicas de apoio em emergência em praticamente todos os Serviços Locais da Segurança Social do país. Com as orientações de combate à pobreza e à exclusão social, em 2001 foi lançada a Linha Nacional de Emergência Social (LNES-144).

O conceito de Emergência Social

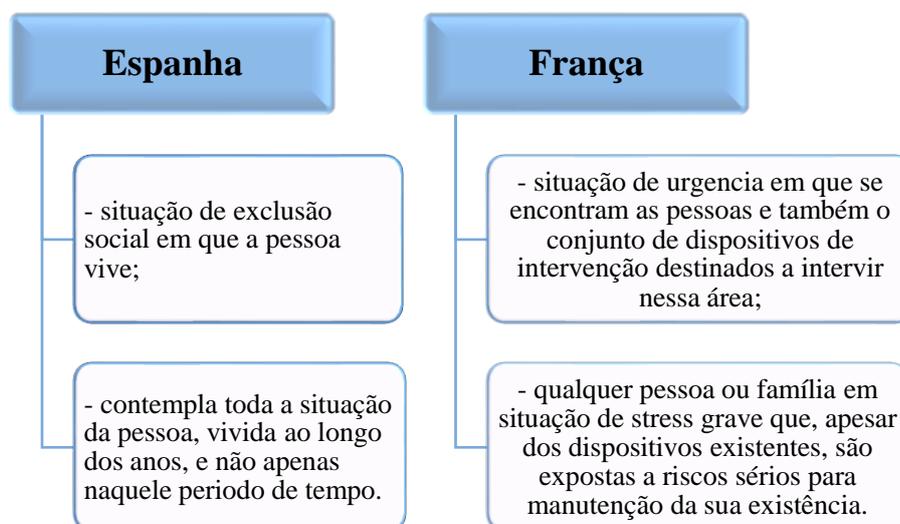
“Todo o mundo acredita saber o que é a emergência, no entanto, este conceito permanece vago e comumente confundido com outros” (Emmanuelli & Malabou, 2009 *apud* Bernardo 2012, p. 44).

Camús & Pinazo (2016) defendem que existem muitas situações que precisam de atenção efetiva e urgente e que, muitas vezes, são as intervenções do serviço de emergência médica que descobrem situações de emergência social. Para estes, a emergência social é uma situação que leva à vulnerabilidade social e a processos de risco social, manifestando estados ocultos de precariedade e marginalização. *Além disso, as situações de emergência social são situações supervenientes, afetam necessidades básicas e exigem respostas imediatas, por isso é necessário ter profissionais de Serviço Social com atitudes e habilidades em emergências, além de um Sistema de Serviços Sociais e Proteção Social para apoiar sua intervenção* (Arricivita, 2013 *apud* Camús & Pinazo, 2016).

Para outros autores, a ES é a necessidade de dar uma resposta imediata a algo que acontece de forma imprevista e que ameaça pessoal e/ou famílias condicionando-as. Implica a necessidade de um agir imediato: “necessidade de agir sem demora” ou ainda “responder com eficácia (...) a uma situação perigosa” (Brémond & al., 2002, apud Bernardo, 2012).

Noutros países, o conceito de Emergência Social diverge, como se verifica na figura abaixo:

Figura 5: Conceitos de emergência social em Espanha e na França:



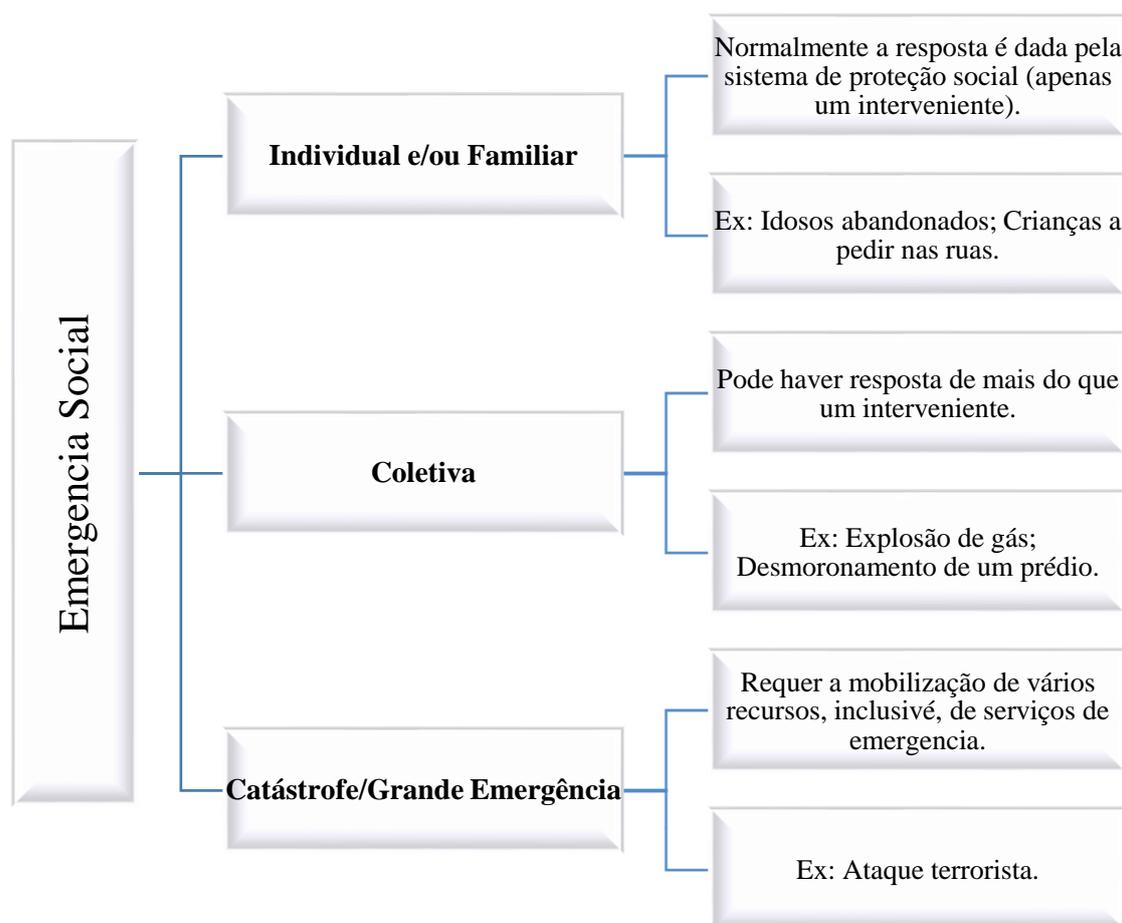
Fonte: elaboração própria com base em Bernardo (2012: 45).

A ES está ligada à prática médica e/ou sanitária e, tal como a emergência no âmbito da saúde, tem algumas características que a definem: *i)* é uma situação imprevista, que surpreende a pessoa; *ii)* é uma situação que, na maioria dos casos, põe a saúde em causa; *iii)* a resposta pode ser demorada mas requer uma atuação imediata.

Diversos autores referem que a ES gera falta de proteção, gera vulnerabilidade e/ou risco social e também manifestação de estados de precaridade e marginalização que estavam ocultos e, desta forma, a resposta deve ser fornecida a partir de programas/serviços especializados a cada tipo de situação, com o objetivo de evitar o desenvolvimento dos estados de desproteção social e também evitar que estas situações de vulnerabilidade se tornem fatores de exclusão social (Bernardo, 2012).

Devemos ainda ter em conta os tipos de emergência social:

Figura 6 - Tipos de Emergência Social



Fonte: Elaboração própria com base em Bernardo (2012).

Linha de Emergência Social - 144

A Linha Nacional de Emergência Social (LNES) é um serviço que visa garantir uma resposta imediata a situações emergentes, relativamente à proteção social. É uma linha telefónica gratuita, que funciona 24 horas.

Muito resumidamente, são funções da emergência social:

- Garantir uma resposta de acolhimento imediata, em situações de emergência social;
- Assegurar o acesso da pessoa lesada aos serviços de proteção social;
- Orientar e encaminhar a pessoa para outras linhas e/ou entidades que melhor se adequam à situação apresentada.

Na LNES tratam-se, principalmente, de dois tipos de situações:

1. Crise: situações em que as pessoas estão em vulnerabilidade e sem proteção pelo que é necessário uma intervenção urgente e encaminhamento;
2. **Emergência:** em situações imprevistas, de vulnerabilidade, onde não estão asseguradas condições mínimas de proteção e que sejam um perigo (atual ou eminente) e que necessita de imediata intervenção.

São consideradas situações prioritárias:

- Violência doméstica;
- Ausência ou perda de autonomia;
- Abandono;
- Desalojamento;
- Sem-Abrigo;
- Crianças e jovens em situações de perigo.

Quando uma pessoa liga para a LNES, o atendimento é alvo de uma triagem efetuado por uma equipa que, perante o pedido, transfere a chamada para uma equipa constituída por Técnicos Superiores do ISS, I.P. especializados na intervenção de emergência social. São funções deste serviço: *i*) dar uma resposta imediata que acolha a situação emergente; *ii*) assegurar a acessibilidade aos serviços, no âmbito de proteção social; *iii*) orientar e encaminhar para outras entidades que sejam adequadas à situação em causa.

A LNES trabalha em articulação com os seguintes organismos: PSP, GNR, PJ, SEF, IPSS's, SCML, ONG's, Camaras Municipais e Juntas de Freguesia, Hospitais e Centros de Saúde, Linha Nacional de Emergência – 112, CPCJ, ANPC, Consulados/Embaixadas, APAV, Linha do cidadão Idoso, Linha SOS Voz Amiga.

Intervenção do Serviço Social na Emergência Social

O Estado não é capaz de prever catástrofes naturais, nem aquilo que podemos chamar de situações de emergência.

Os contextos sociais, económicos, tecnológicos e culturais das sociedades modernas, apresentam características que impõem novas e diferentes diretrizes para os serviços de proteção social. Estes sistemas são um elemento chave no apoio social pois têm um papel fundamental na sociedade de risco, onde se assiste às quebras laborais e familiares, falta de apoio das redes sociais, envelhecimento, violência de género e doméstica, insucesso escolar, onde se vive em conflito social (Beck, 1998 *apud Camús*

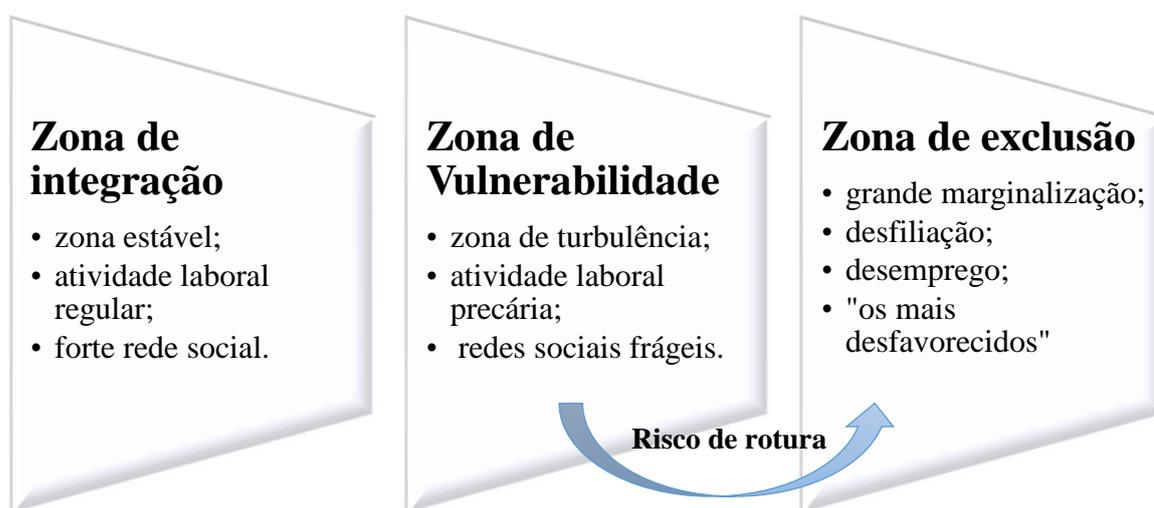
& Pinazo, 2016). São os intervenientes da área social que estabelecem o contacto direto com as pessoas, que as informam, que as orientam (Camús & Pinazo, 2016).

A profissão de Serviço Social é capaz de promover mudanças sociais. *Para tal*, a intervenção social deve estar disposta a adaptar-se às situações que surgem da interação de diversos contextos. Para que esta intervenção seja realmente transformadora, o foco deve ser na pessoa, no seu todo.

Como em diversas situações que geram vulnerabilidade, a capacidade de ultrapassar esta fragilidade depende, à semelhança do exposto no primeiro capítulo, da posição que a pessoa se encontra na sociedade

Vários autores distinguem três áreas de organização ou coesão social:

Figura 7 - Áreas de coesão social



Fonte: Elaboração própria com base Camús & Pinazo (2016).

As pessoas na “zona de integração” têm maior capacidade de obter uma resposta autónoma em situações de emergência e as suas possibilidades de normalização são maiores. As pessoas alocadas a “zonas de vulnerabilidade e de exclusão”, pelo contrário: as suas necessidades sociais, geradas pela emergência, agravam os seus processos de vulnerabilidade.

Para Fernández, et.al (2011), o Serviço Social na emergência deve assumir uma resposta tanto para emergências individuais como para coletivas, como se se tratasse de uma estrutura a partir da qual se organizava a atuação do Serviço social nas situações de grande emergência e catástrofe e ainda fosse o elo de coordenação de outros agentes cívicos, que normalmente estão ligados às emergências. São exemplo os grupos de voluntários e/ou associações.

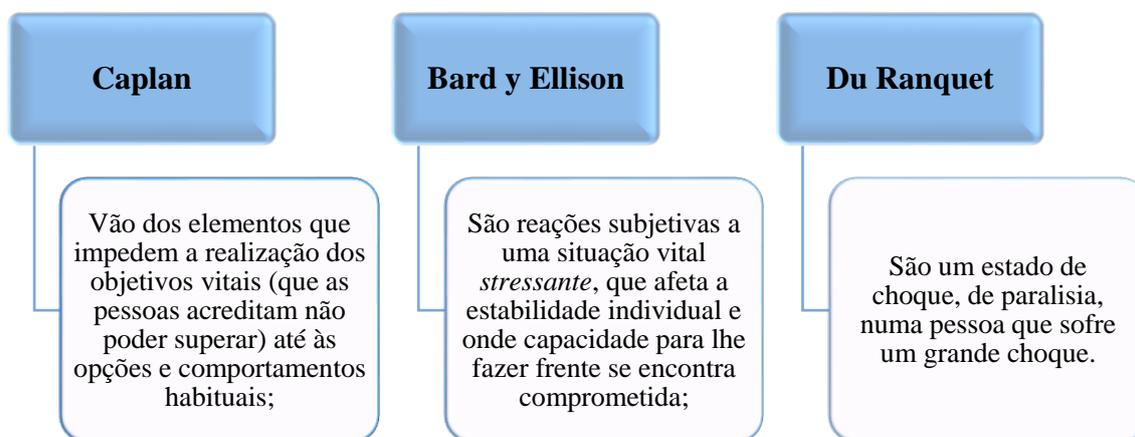
Perante uma catástrofe, a intervenção do Serviço Social deve centrar-se em diferentes níveis: individual, familiar e comunitário e, para que seja eficaz, é fundamental planificá-la antecipadamente (Nogueira, 2011).

Modelo de intervenção em crise

O modelo de intervenção em crise baseia-se numa forma de intervenção de redução do estado de *stress* e de pressão a que a pessoa está sujeita quando se depara com um acontecimento que destabiliza o seu equilíbrio normal. Desta forma, o objetivo desta intervenção é ajudar a pessoa a estabilizar e reorganizar o seu equilíbrio, mediante as capacidades de adaptação e de resposta.

Também como já se referiu no subcapítulo «Emergência Social», é difícil encontrar uma definição universal do significado da crise “*torna-se uma tentativa complexa e, segundo alguns autores “abocado al fracasso”*” (Viscarret, 2011:131). Existe, no entanto, algumas ideias dispersas deste conceito, que este autor procurou transmitir acerca de três autores:

Figura 8 - Diferentes conceções de crise



Fonte: Elaboração própria com base em Viscarret (2011).

O ponto comum destas definições distintas é que referenciam (sempre) um momento de rutura e/ou negatividade. Porém, Viscarret (2011), refere outros autores – como Aguilera (1982), Thomson (1991), Payne (1998) – que traçam as suas definições de crise como uma dimensão positiva, referindo-se a esta como se de uma oportunidade e perigo ao mesmo tempo se tratasse, significando uma oportunidade de crescimento e impulso para a mudança.

Aguilera e Messick (1982, *apud* Viscarret (2011:132) vão mais além, assinalando a crise como um ponto decisivo na vida de uma pessoa, uma oportunidade. Este é um aspeto fundamental que tem sido utilizado e adaptado para a intervenção do trabalho social. Vejamos agora as principais características de intervenção em crise, apresentadas por este autor, referenciando outros autores:

- ✓ *Parad y Parad* definem a intervenção em crise como um processo influenciador durante o período de desequilíbrio, cujo objetivo é aliviar o impacto imediato das circunstâncias stressantes e com a intenção de ajudar a reativar as capacidades latentes e manifestas, assim como os recursos sociais, das pessoas afetadas diretamente pelas crises. Os objetivos principais da intervenção são:
 - Acalmar/amortecer o acontecimento stressante - através de uma ajuda emocional - imediata e de **emergência**;
 - Fortalecer a pessoa e orientá-la;
- ✓ Jacobson e Golam sugerem a existência de dois diferentes níveis de intervenção em crise: *i*) a intervenção genérica - centra-se nas situações específicas de crises cuja origem se encontra principalmente em aspetos de maturação/desenvolvimento, tratando-se portanto de crises previsíveis que não precisam de avaliação psicodinâmica dos indivíduos implicados; *ii*) a intervenção individual, que se centra na valorização dos processos intrapsíquicos e interpessoais, prestando especial atenção aos aspetos diferenciais de cada situação.

Existem outras características que o autor apresenta:

- A intervenção deve ser imediata;
- A intervenção deve ser breve;
- A intervenção deve ser especialmente centrada e estruturada;
- A intervenção requer estabelecimento de contactos frequentes e de diferente duração;
- A intervenção requer um maior trabalho de aconselhamento e intervenção em outros problemas;

Viscarret (2011:139) propôs esclarecer diferentes focos de intervenção, referindo diversos autores:

- Para Howard Parad, a atividade do AS devia desenvolver-se em duas frentes:
 - Formular um diagnóstico preciso e bem articulado;

- Estabelecer contacto e intervenção terapêutica imediata.
- Para Lydia Rapoport, o mais importante é a fase inicial para a intervenção em crise:
 - A entrevista inicial é especialmente significativa cujo objetivo é que a pessoa tenha uma redução de tensão e ansiedade;
 - A acessibilidade é a palavra-chave.
- Já Naomi Golan propôs a adaptação deste modelo em diversos contextos e situações:
 - Numa vertente teórica, será influenciado pelas teorias psicodinâmicas, psicologia experimental, sociologia e psiquiatria.
 - No plano prático, está influenciado o modelo de intervenção psicossocial sendo o enfoque a pessoa.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

“Jean Pierre Deslauriers afirma mesmo que «a expressão “métodos qualitativos” não tem um sentido preciso em ciências sociais. No melhor dos casos, designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, decodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência» (Deslauriers, 1997:294 apud Guerra, 2006:11).

Para Silva, Augusto e José Pinto (2014) hoje, tal como nas ciências físicas e da natureza, uma das práticas mais correntes nas ciências sociais é a observação metódica da realidade social, quando o objetivo é colocar à prova afirmações e interpretações provisoriamente aceites sobre a sua configuração e funcionamento. Para este, *“o desenvolvimento de procedimentos padronizados de recolha de informação sobre o real (como, por exemplo, as técnicas do inquérito por questionário, as entrevistas, da análise de conteúdo) contribuiu, (...) poderosamente, para que o processo da observação sociológica (...) se tornasse uma fase do trabalho científico cada vez mais sistemática e racionalmente controlada”* (2014:55). No entanto, apenas com o contributo da matriz teórica este avanço é possível.

Para a construção da teoria, o primeiro momento a ter em consideração é o da interrogação, fazer questões acerca de certas dimensões da realidade. A forma como se questiona, condicionará as respostas que se vai obter, não esquecendo as evidências

empíricas. Este conjunto de questões vai resultar na “*problemática teórica*”, que é o ponto de partida “*das pesquisas que se efetivam, define e acolhe problemas de investigação*” (Silva, Augusto e José Pinto, 2014: 63) para as quais se vão procurar responder. Também devemos ter em consideração os meios a usar para obter as respostas resultarão da concetualização (teorias), das técnicas de recolha de informação e das técnicas de tratamento da mesma (métodos).

É por isto que Silva, Augusto e José Pinto (2014) defendem que as ciências são um conjunto de resultados.

Campo Empírico

O presente trabalho pretende responder aos objetivos apresentados no início do mesmo, sendo necessário definir qual é o campo empírico. Uma vez que o objeto de estudo é a pertinência da prática profissional do Assistente Social num serviço de emergência médica pré-hospitalar, e considerando a dimensão deste serviço, o campo empírico que se pretende estudar são os agentes da Proteção Civil que atuam neste âmbito e também a Segurança Social, no âmbito da emergência social, uma vez que é um setor cujas práticas se assemelham e se aproximam do objeto de estudo. Teoricamente, também têm uma relação de parceria.

De forma a estabelecer um contacto inicial com o campo empírico, fez-se um levantamento dos serviços que atuam no âmbito da emergência médica pré-hospitalar e também nos da emergência social.

- ✓ Em relação à emergência social, em Portugal existe uma linha nacional de emergência social (LNEs-144).
- ✓ Em relação à emergência médica pré-hospitalar, quem domina este serviço em Portugal continental é a linha de emergência médica, representada pelo nº europeu 112.

Natureza da Investigação

Para Fortin (2000), a investigação científica é o método de aquisição de conhecimento mais rigoroso, e o mais aceitável, dada a sua racionalidade. Este método, para além de possibilitar a análise dos fenómenos de forma a responder às questões da investigação, “*é um processo sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos*” (2000:17).

O presente estudo assenta num método de investigação qualitativa. Pretende-se compreender aprofundadamente os processos inerentes à relação dos diferentes atores, ou

seja, compreender como é que o processo da emergência médica pré-hospitalar está organizado e como está relacionado com a vertente social. Tal como defende Fortin (2000), quando o investigador utiliza este método, está preocupado com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, sendo que o objetivo desta abordagem é descrever e interpretar o fenómeno, sem o procurar controlar.

Por haver poucas referências acerca do tema em objeto de estudo, no que toca à perspetiva social, esta investigação desenvolve-se com um carácter exploratório.

Técnicas de Recolha de Dados

Na presente investigação, optou-se por recorrer, principalmente, a duas técnicas de recolha de dados: pesquisa bibliográfica e entrevista semiestruturada.

Em relação à primeira técnica, *“a pesquisa documental pode, em certos casos, tornar-se uma técnica particular de recolha de dados empíricos quando se desenvolve de modo a considerar os documentos (escritos ou não) como verdadeiros factos da sociedade”* (Albarello, *et.al*, 2005, p. 17).

Tornou-se relevante concetualizar os diferentes tipos de documentos analisados. Albarello, *et.al* (2005) referem que há uma tendência frequente em considerar as fontes escritas ou orais como únicas para constatar factos ou para analisar uma questão atual. Ora, a falta de suporte material poderá levantar algumas questões, pois a informação pode ser considerada insegura e deformada, porém, existem fontes orais não registadas cujo seu testemunho pode ser “insubstituível”. São exemplos os *“discursos depoimentos, entrevistas, declarações, debates, palestras (...)”* (2005, p. 19-20). Também se pode recorrer a fontes escritas oficiais, como referem Albarello, *et.al* (2005) que dependem ou são emitidas pela autoridade pública, como é o caso dos regulamentos. Estas fontes, normalmente, *dependem de agentes do Estado* (2005:21-22). Em relação às revistas e publicações periódicas e aos livros, que são consideradas fontes escritas não oficiais, as primeiras conferem uma nova corrente de ideias, de tendências ou descobertas mais recentes, que posteriormente são expostas em livros. Esta última fonte é considerada, para estes autores, *“obras de expressão literária (...) especializadas “dando como exemplo “teses, publicações universitárias, livros científicos”* (2005:22-24).

Em relação à entrevista, e dada a compreensão rica e matizada das situações que proporciona, *“tornou-se um instrumento primordial”* (Albarello, *et.al*, 2005, p. 84). Uma das vantagens desta técnica é fazer com que o entrevistado se manifeste da forma mais

livre possível e que isso resulte em informações mais completas e precisas sobre o tema. É um tipo de comunicação que se baseia na ideia de que, para saber o que pensam, basta fazer-lhes a pergunta.

Neste trabalho recorreu-se a entrevistas exploratórias, de forma a “encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses preestabelecidas” (Quivy e Campenhoudt (1998: 70). As entrevistas realizadas baseiam-se nos princípios do anonimato e da confidencialidade e, para que estes sejam assegurados e respeitados, as respostas não poderão identificar interveniente, e é por esse motivo pelo que se deverá recorrer a códigos (Fortin, 2000).

Para Quivy e Campenhoudt (1998) as leituras e as entrevistas são complementares e enriquecem-se mutuamente, pois a primeira técnica ajuda na aquisição de conhecimentos relativamente ao fenómeno a estudar e as entrevistas desmistificam e alargam o campo de investigação daquilo que foi lido.

Em relação à recolha de dados, Albarello, *et.al*, afirma que “a entrevista está presente na fase exploratória da generalidade das investigações” (2005:84). É importante perceber, que quando se colocam duas pessoas frente a frente, não se pode garantir que as informações adquiridas sejam idênticas numa outra entrevista, da mesma forma que não se garante que os dados se comparem perfeitamente, “*tendem apenas a assegurar um procedimento o mais objetivo possível, o que não é fácil*” (*idem*, 2005:85).

Universo e Amostra

Para Quivy e Campenhoudt (1998) “*as informações uteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto*”. À totalidade deste conjunto chama-se população, “*podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objetos de qualquer natureza*” (1998:159)

Nesta investigação, o plano inicial em relação universo a ser trabalhado seria apenas os profissionais do INEM. No entanto, e no desenrolar da investigação, percebeu-se toda a abrangência em torno daquilo que é a emergência, sendo importante perceber as perspetivas de diversos profissionais e de diferentes áreas de atuação, de forma complementar as perspetivas. Assim sendo, o universo definido são as entidades que relacionadas com a Proteção Civil, que é “a entidade-mãe” dos restantes agentes de intervenção, como já foi apresentado no capítulo anterior: Corpo de Bombeiros, Forças de Segurança, Forças Armadas, Autoridade Marítima Nacional, Autoridade Nacional de

Aviação Civil, INEM, Cruz Vermelha Portuguesa. Também pertence a este universo a Linha de Emergência Social (144).

Por forma a seleccionar a amostra, foram estabelecidos contactos telefónicos com algumas entidades acima mencionadas, de interesse do investigador, que se mostraram disponíveis em colaborar, mas que, para prestar informação teria de ser colocada a questão aos superiores hierárquicos. De forma a dar continuidade ao processo, foram tomadas as diligências formais. Porém, verificou-se a ausência de resposta e não-aceitação por parte das chefias, resultando numa amostra acessível de 3 intervenientes.

Ainda assim, importa referir que mesmo que a população esteja definida, “*nem sempre é possível, ou sequer útil, reunir informações sobre cada uma das unidades que a compõem*” (Quivy e Campenhoudt (1998:159). Por este motivo, a amostragem não se revelou insuficiente para a elaboração da investigação pois os indivíduos-alvo da são considerados os representantes daquele determinado grupo, conforme defendem Albarello, *et.al*, (2005).

Técnicas de Análise Dados

Os métodos e os procedimentos para analisar os dados obtidos das entrevistas são múltiplos. **Albarello, et al**, (2005) afirmam que cada investigador desenvolve o seu próprio método, em função daquilo que é o seu objeto de estudo, dos objetivos e/ou até dos seus pressupostos teóricos.

“*A análise de conteúdos é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada nas diferentes ciências humanas e sociais*” (Silva, Augusto e José Pinto, 2014:101).

Para que as informações recolhidas pudessem ser analisadas, as entrevistas foram transcritas. Silva, Augusto e José Pinto (2014:103) referem-se a Berelson (1952) para definir a análise de conteúdo como sendo uma técnica de investigação que permite descrever objetiva e sistematicamente o conteúdo daquilo que foi comunicado. Como tal, pode ser incluído em qualquer tipo de procedimento usado em investigação, nomeadamente na investigação empírica, sendo que são vantagens desta: o facto de se trabalhar num material que ainda não foi produzido com este intuito, são “*fontes de informação preciosas e que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente.*” (Silva, Augusto e José Pinto, 2014, p. 107).

Nesta investigação pretende-se confrontar o que foi transmitido pelas entrevistas com a pesquisa teórica. Para conseguirmos chegar a esta relação, dividiu-se a análise de conteúdo por categorias (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Categorização das questões de investigação

Temas	Questões
Caracterização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo. 2. Designação profissional 3. Formação Académica 4. Formação Complementar
Origem do problema	<ol style="list-style-type: none"> 5. Principais problemas que levam as pessoas a recorrer à emergência (112); 6. O momento do ano em que ocorrem mais pedidos de socorro e qual o motivo; 7. Pedidos de ajuda com origem em determinantes sociais da saúde?
Sinalização/resolução do problema	<ol style="list-style-type: none"> 8. Procedimento para sinalizar problemas sociais que possam encontrar nas ocorrências e descrição de exemplos. 9. Conhecimento, ou não, da existência da Linha de Emergência Social; 10. Protocolo entre a Emergência Médica Pré-hospitalar e a Emergência Social; 11. Procedimentos do âmbito social desenvolvidos no CAPIC;
Integração da prática	<ol style="list-style-type: none"> 12. Hipótese da integração de uma equipa de Serviço Social no contexto pré-hospitalar; 13. Opinião acerca da forma de intervenção: Presencial ou <i>BackOffice</i>; 14. Integração de Serviço Social no CAPIC;
Prática internacional	<ol style="list-style-type: none"> 15. Conhecimento da existência deste apoio multidisciplinar noutros países;

Fonte: Elaboração própria.

As categorias possibilitam que os materiais recolhidos sejam ordenados, classificando-os segundo critérios pertinentes. O objetivo é encontrar as dimensões de semelhanças e diferenças, as variáveis mais frequentes e particulares (Guerra, 2006).

As técnicas de tratamento de dados utilizadas na presente dissertação – tanto a análise de conteúdo como a análise documental – foram utilizadas sob forma de se complementarem uma à outra, com o objetivo de fomentar saber em Serviço Social e em especial sobre a sua intervenção no contexto da emergência.

Já que, para Bardin (2009:47), a análise documental é “*uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original*”. Para este autor, esta técnica facilita a consulta e a referência da informação analisada.

Para Fortin (2000) a teoria e a investigação estão fortemente ligadas, dado que é a investigação que contribui para o desenvolvimento de teoria, quer seja para produção de conhecimentos que seja para verificá-los. “*Por sua vez, a teoria aumenta a compreensão dos fenómenos estudados pela investigação e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas*” (2000:15-18).

Por fim, o plano de investigação elaborado no capítulo da Metodologia é posto em ação. Foi feita a recolha de dados no terreno, organizou-se e trataram-se os dados. Para tal, recorreu-se à análise de conteúdos que, a partir destes se propôs novas questões de investigação. Para Fortin (2000) a forma como se desenvolve a recolha dos dados deve ser precisa, assim como as etapas que conduziram à concretização dos mesmos. Já a análise, para este autor, deve reunir e resumir, de forma narrativa, os dados não numéricos.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, intenta-se cruzar as informações recolhidas na pesquisa bibliográfica, na análise documental e nas entrevistas, de forma a responder às questões acima apresentadas. Para Fortin (2000), nesta fase coloca-se em ação o plano de investigação elaborado anteriormente. Como este trabalho foi desenvolvido como ponto de partida os serviços de emergência médica pré-hospitalar em Portugal, as entrevistas foram efetuadas a profissionais que atuam neste âmbito.

Serão apresentados excertos das entrevistas realizadas, que resultará na análise das questões pretendidas. Para tal análise, estas entrevistas vão ser designadas como entrevista 1 (E1) entrevista 2 (E2) e entrevista 3 (E3).

Todos estes profissionais estão adjudicados a agentes da Proteção Civil. Apenas uma entrevista foi respondida oralmente, via telefone e as outras duas por escrito.

Uma das primeiras reflexões a ser apresentada é a dificuldade em encontrar bibliografia e artigos científicos na área da emergência médica pré-hospitalar, durante a

investigação. Esta evidência foi confirmada numa das entrevistas e durante algumas conversas informais com outros profissionais da área da emergência.

Análise de Conteúdo

1. Caracterização

A análise apresenta um universo de três técnicos, dos quais apenas um do sexo feminino e os restantes (2) do sexo masculino. A categoria profissional, formação base e especialidade dos três profissionais são diferenciadas: uma responsável nacional por um centro de apoio, que detém formação em Psicologia Clínica da saúde e com um complemento de Doutoramento em Psicologia Clínica; um Comandante de uma corporação de Bombeiros Voluntários, cuja formação base é em Quadro de Comandos e complementa com formação em Socorro e Emergência Médica; por fim, um Bombeiro Especialista, cuja formação base é engenharia de Proteção Civil e conta com especialização em Segurança Contra Incêndio em Edifícios.

2. Origem do problema

Como já vimos no Capítulo I, os determinantes sociais têm um papel decisivo na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde. Geib (2012) considera que os fatores sociais que determinam desigualdades na saúde são: a renda, a escolaridade, a profissão, o género, o local onde vive, entre outros. Isto significa que as oportunidades de saúde de um indivíduo são diferentes, consoante a posição que ocupam dentro da sociedade, de prestígio e de acesso aos serviços de saúde. Este autor destaca a importância dos fatores não-clínicos na situação de saúde dos indivíduos e das populações.

Numa sociedade caracterizada pela globalização, o individualismo e a solidão afetam, inevitavelmente, os mais velhos - e Portugal está entre os países mais envelhecidos da Europa. Ainda que estejamos perante uma larga representatividade da esperança média de vida, não quer dizer que se assista a um igual panorama no que toca à qualidade de vida. As doenças e os declínios funcionais, que fazem com que a dependência dos idosos aumente e a autonomia diminua, traz vários problemas ao país, nomeadamente a nível económico – *i.e.*, o aumento das despesas com idosos (que não têm sido compensadas pelo aumento das receitas) e a nível social – *i.e.*, com o aumento das famílias constituídas apenas por um elemento (quase sempre, idoso), com as condições de isolamento e solidão. Na ausência de redes sociais, verificam-se desequilíbrios que podem gerar diferentes consequências nas suas vidas como, quadros de depressão,

hostilidade, alcoolismo, baixa autoestima, doenças psicossomáticas e até potencializar o suicídio. “*A solidão não causa só transtornos a nível psicológico, mas também tem impacto na saúde*” (Cacioppo & Patrick, (2008) *apud* Figueiredo, 2013:30).

Faz todo o sentido que estes fatores determinantes da saúde causem impacto na relativamente à origem dos pedidos de ajuda e socorro. Também os entrevistados consideram que uma parte das ocorrências têm origem nestes determinantes:

E1: “*Sim, muitas vezes são determinantes sociais. É exemplo disso o isolamento, que depois conduz à falta de cuidados (...) cuidados alimentares, de higiene, alimentação (...) revela-se e manifesta-se sempre desta forma. Depois também há situações com populações vulneráveis, com os idosos e com as crianças*”.

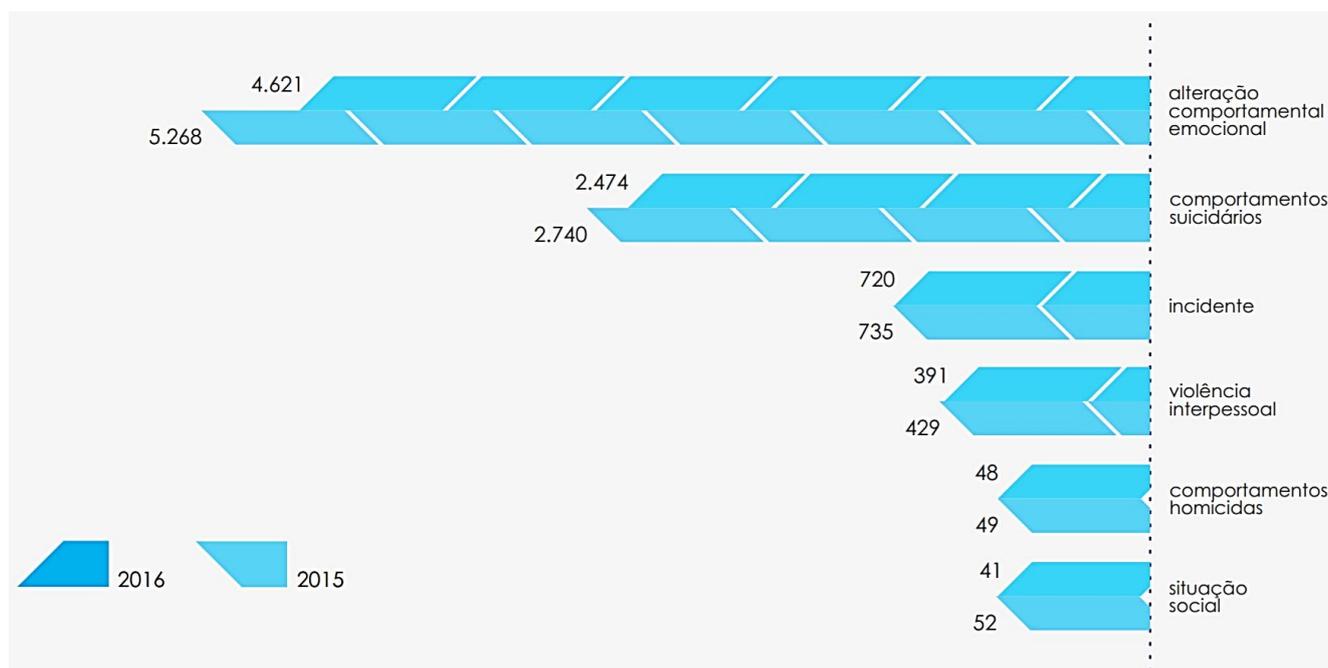
E2: “*em determinadas regiões do país essas situações podem ocorrer, mas (penso) que de forma residual*”.

E3: “*O socorro pré hospital pode derivar de um problema social, especialmente se estivermos a referir-nos a situações como a violência doméstica (...) também acontece casos de desidratação motivada pela má nutrição*”

Esta informação pode ser confirmada pelas fontes estatísticas do INEM, pois as chamadas de emergência recebidas no CODU são alvo de uma triagem, realizada pelos operadores (profissionais qualificados) que fazem o tratamento da informação. E esta triagem tem uma classificação que permite “catalogar” as chamadas.

Aquelas que são consideradas como “não emergentes/urgentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulte no envio de meios de emergência” são, caso se justifique, transferidas para o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise. Ora, conseguimos perceber, através do relatório anual de contas do INEM, que em 2018, se sucederam 7833 ocorrências e que, “*em média, 50% das chamadas CAPIC atendidas no CODU, dão lugar a uma ocorrência (...) a maioria do tipo de ocorrências que surgem no CAPIC são alterações comportamentais/emocionais, logo seguidas de comportamentos suicidários*” (INEM, Relatório Anual de Atividades e Contas, 2017:115).

Figura 9 – CAPIC: Tipo de ocorrência



Fonte: INEM, Relatório Anual de Atividades e Contas de 2016, (2017)

Conforme se verifica no gráfico, relativamente ao ano de 2016, a maioria das chamadas referem-se a “alterações comportamentais/emocionais (56%), logo seguidas de comportamentos suicidários (30%)”.

E3: *“importa esclarecer que o “112” é o N° Europeu de emergência e que, na verdade, é utilizado para toda e qualquer situação de emergência. As centrais 112 tem como objetivo a triagem das chamadas e encaminhamento para a entidade que irá assegurar a resolução, podendo assim resultar na transferida da chamada para o CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes (se se tratar de uma situação de Socorro Pré Hospital), para uma das força de agentes de autoridade (se relacionada com a segurança pública), entre outras...”*

É importante destacar também quais os principais problemas a que levam as pessoas a recorrer à emergência médica pré-hospitalar. Do conhecimento dos entrevistados:

E1: *“Os principais motivos de procura de ajuda são a doença súbita, agudizações de doenças e acidentes (de diversas naturezas). Essencialmente, situações que envolvem trauma físico, sobretudo situações inesperadas e súbitas; também com manifestações físicas, mas surgem outras causas que tem a ver com situações do foro social e mental. Muitos pedidos relacionados com foro mental, como a depressão, isolamento,*

comportamentos suicidários que depois, naturalmente nestes contextos identificamos também carência a nível social. Situações algumas delas já identificadas, sinalizadas, outras não, outras ainda sem nenhuma resposta. Portanto também tem um peso significativo nestes pedidos de ajuda”.

E2: “(...) as doenças súbitas, acidentes rodoviários, incêndios florestais, entre outros. Hoje em dia podemos dizer que o número é usado por vezes de forma excessiva, ocupando meios e recursos em situações que não são verdadeiras emergências”.

E3: na vertente do socorro pré-hospitalar, as ocorrências com maior destaque são:

- ✓ Doença súbita (Acidente Vascular Cerebral, enfarte agudo do miocárdio, crises convulsivas, e outras que comprometem a vida humana);*
- ✓ Trauma (resultantes de acidentes rodoviários, quedas, agressões, entre outras) - estas situações podem ocorrer em vários contextos, que vão desde acidentes de trabalho até ferimentos infringidos por terceiros;”*

Destes dados, destacam-se os tipos de ocorrências que surgem no CAPIC

3. Sinalização/resolução do problema

Do gráfico apresentado, podemos realçar a existência de “situações sociais”. É aqui que entra o cerne da questão principal desta investigação. Se existe uma identificação de casos “sociais” em que é que resulta este reconhecimento?

Da análise de conteúdo, percebe-se que atualmente não existe um procedimento formal definido, que sinalize os casos sociais encontrados, por vezes, durante as ocorrências. Não há um protocolo que “obrigue” a que uma determinada situação seja encaminhada para outras entidades de intervenção social, como por exemplo à Segurança Social. Talvez porque os técnicos de emergência pré-hospitalar estão formados para questões de saúde e há questões sociais talvez mais difíceis, para eles, avaliarem. Mesmo os psicólogos do INEM não atuam exatamente nesse âmbito.

E1: “Aquilo que existe, pontualmente, em determinadas localidades, são protocolos com os Centros de Saúde. Estou-me a lembrar de dois, a nível nacional, em que equipas nossas desenvolveram esses projetos localmente (...) estes campos estão identificados, mas sem assegurar a sua continuidade e a sua sinalização para os cuidados que necessitariam.

E2: “ (...) Sempre que isso acontece, e após a passagem de dados ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM, os mesmos enviam a autoridade para o local (...) pode ser solicitada a presença dos elementos da CPCJ da respetiva área de atuação

(...) ou prestar essa informação na unidade local de saúde para onde é encaminhada a vítima, sendo depois efetuadas as devidas diligências pela Segurança Social”.

E3: “caso seja delatado pela vítima a condição de “vítima de agressão”, a informação é transmitida ao agente da PSP que se encontra em cada uma das urgências das unidades hospitalares. Assim como, no caso de desidratação motivada pela má nutrição, ao ser encaminhada para o hospital, os Serviços Sociais presentes na respetiva unidade irão sinalizar a vítima e assegurar o acompanhamento de acordo com o protocolo definido (...)”.

De acordo com as afirmações dos intervenientes, corrobora-se a ideia quando confortamos algumas das funções assumidas pelo INEM, como por exemplo: Aconselhar as equipas no terreno a validar protocolos de atuação a não-médicos e prestar apoio psicológico em emergência.

Os entrevistados colocam alguns exemplos práticos, dos quais podiam ser alvo de intervenção social.

E2: Lembro-me de uma ocorrência em que (...) um senhor de idade era maltratado pela filha e, pela descrição, era uma situação frequente. Mas cada vez que nós lhe perguntávamos, ele com medo dizia que não. (...) não podemos ficar indiferentes à situação, e nesse mesmo dia liguei para uma responsável da segurança social e expus a situação. Felizmente a situação foi resolvida, o idoso foi retirado de casa e colocado num Lar”.

E3: Um exemplo que posso destacar foi o de um marido e cuidador que necessitou de ser transportado ao hospital e em que os Serviços Sociais da respetiva Junta tomaram todas as diligências para que a senhora pudesse ter algum acompanhamento durante esse período”.

Uma das respostas às emergências sociais, em Portugal, é a Linha de Emergência Social. Considerando que a Emergência Social surgiu da medicina (num contexto de preocupação em relação ao risco de pobreza e exclusão social – a população sem-abrigo), pode afirmar-se que é um conceito que se cruza com a urgência, catástrofes, acidentes graves e estados de crise. São noções básicas de ES, o facto de ser uma situação que coloca um individuo em perigo e de ser uma situação inesperada.

Desta forma, tentou-se perceber se existe alguma formalização (um protocolo) entre as duas linhas de atendimento à emergência: o INEM e a LNES.

E1: “Não existe um protocolo escrito... não há uma obrigatoriedade, de todo. Há situações em que o profissional identifica e tem essa preocupação ou esse cuidado de o

fazer (ligar para o 144), e pode fazê-lo (...) Nas situações que consideramos de emergência, (...) em que nos percebemos que careciam de uma avaliação e de uma intervenção que nós não poderíamos fazer, que não são nossa função.

E1: “Muitas das vezes sinalizamos, mas não sabemos depois qual é a resposta... lá está, como não temos obrigatoriedade de sinalizar depois também não temos obrigatoriedade da devolução da resposta/partilha da solução”.

E2: “O INEM dispõe de vários formulários que são preenchidos sempre que os seus colaboradores identifiquem situações desse género (...) a LNES é uma linha que pode ser usada para vítimas de maus tratos, violência doméstica, entre outras situações. Não sei se lhe podemos chamar protocolo”.

E3: “Não conheço (a LNES). Não existe qualquer procedimento definidos entre ambas as entidades já que, trata-se de áreas de atuação distintas com protocolos de atuação específicos”.

Ou seja, as situações são sinalizadas à emergência social (seja ao número 44 ou às entidades da comunidade) consoante a sensibilidade dos técnicos de emergência que estão no local. Uma vez que no CAPIC a vertente de atuação se aproxima mais do social, existe uma sensibilização diferente ao confrontar o problema. A forma encontrada para colmatar a ausência de diretrizes formais é a sensibilização dos profissionais em detalhar aquilo que encontram no local e, no caso de considerarem a necessidade, sinalizar a situação ao 144 ou, até, tentar articular esta informação com o CODU.

E1: “Sensibilização dos profissionais, dos colegas do INEM/Bombeiros/Cruz Vermelha. Caso chegue essa informação a nós: é esse reforço que fazemos. (...) Muitas vezes reforçamos, e pedimos à equipa, para transmitirem a informação no hospital ou, se acharmos mais pertinente, ligamos à linha de emergência social. Eles depois pedem-nos sempre para falar com a equipa que está no local”.

Ainda assim, o interveniente destacou que um dos constrangimentos é que mesmo sendo um técnico de emergência a contactar o 144 este pedido é tratado como qualquer outro, como se fosse um civil a ligar.

E1: “Não é tratado de forma diferente, nem há prioridade, nem há protocolo que assegure essa “via verde”, não existe vila-verde para estas referências. Que é algo que já chegou a ser explorado, mas aquilo que nos foi transmitido foi que, grande parte das vezes o trabalho da emergência social é avaliação do pedido de ajuda e encaminhamento para os serviços da segurança associal da região/localidade. E depois, no terreno, que avaliem, são muito poucos os casos que isso acontece. Se há identificação de um

realojamento, são acionadas as equipas locais, mas grande parte das vezes ele tem o entendimento que são situações que carecem de ação médica e que, portanto, deve ser esta a resposta imediata. Foi esta a resposta que obtivemos e, por isso, também não foi agilizada ainda nenhuma parceria”.

4. Prática profissional

O disposto pela lei de bases da Autoridade Nacional da Proteção Civil, Lei nº27 de 2006, não aprofunda o papel e a importância da intervenção em crise do Serviço Social: “O papel que é dado à intervenção social é claramente redutor e pode ser entendido como um desperdício de uma metodologia estruturada, complementar e abrangente” (Nogueira, 2011:7). Para esta, tem havido alguns teóricos que se debruçam sobre a intervenção social em situações de catástrofe e defendem, essencialmente, que a intervenção deve ser feita numa ótica de “orientação e aconselhamento dos indivíduos, no que respeita às questões/problemas mais emergentes” (2017:17).

Para Viscarret (2011), a prática diária dos trabalhadores sociais desenvolve-se num permanente contacto com pessoas em estado de crise e, pretende-se que a sua intervenção seja breve, mas eficaz. Baseia-se no pressuposto de que o indivíduo aumenta a sua receptividade para a ajuda em momentos de crise, aumentando, portanto, as probabilidades de sucesso se a intervenção for efetuada quando o indivíduo atravessa um desses momentos considerados de crise. (*idem*, 2011).

Em várias cidades Espanholas, embora o sistema de saúde seja diferente do Português, existe uma intervenção social associado às emergências médicas. Os serviços de saúde detetam emergências sociais e providenciam intervenção psicossocial no local do incidente. Existem protocolos de intervenção em que cada interveniente desempenha um papel fundamental, pois nas situações de emergência podem ocorrer múltiplos problemas, que resultam na envolvimento de profissionais de diferentes áreas. O objetivo desta coordenação é que o atendimento seja abrangente e centrado na pessoa, e resulte numa intervenção com a maior qualidade possível (Camús & Pinazo (2016). O trabalho multidisciplinar é essencial nas emergências pois, caso contrário, a resposta não seria completa (Pacheco, 2010).

Para os entrevistados, a integração de uma equipa de apoio social no contexto de emergência médica pré-hospitalar, nomeadamente no INEM:

E1: *“Não acho que devêssemos ter serviço social, mas acho que devíamos ter algo que assegure que a comunicação resulte entre as duas linhas de resposta e, que se*

pudesse, eventualmente, passar pela existência de assistentes sociais também neste lado que assegurassem que funcionava”.

E2: *“As ocorrências resultantes de situações deste tipo são residuais e por norma em grandes centros urbanos, pelo que julgo não ser necessário a criação desse tipo de equipas. O INEM possui uma equipa em permanência em alguns centros urbanos (Lisboa, Porto, Coimbra), que sempre que são solicitados se deslocam ao local para prestar apoio às vítimas ou familiares”.* (o entrevistado referia-se ao CAPIC).

E3: *“A Emergência Social e Emergência Pré Hospital, são duas “atividades” distintas, podendo estar relacionadas apenas em situações de exceção (...) Havendo este pressuposto e concretamente no contexto pré-hospitalar, a prioridade seria sempre garantir o bem-estar físico e psicológico da vítima”.*

Relativamente ao facto de esta integração, questionou-se a opinião dos entrevistados, que se diferenciaram:

E1: *“Não tenho a menor dúvida que presencial (...) julgo que sem essa avaliação no local, a avaliação que é feita na emergência social não é completa, falta informação. Não tenho a menor dúvida que não pode cingir-se ao *BackOffice*, e a receber informação via telefone, que deveria existir avaliação no terreno.*

Acho que se faz sentido uma avaliação no local, é no social... porque lá está, acho que é um manancial de informação que não excede. Porque uma coisa é estarmos a descrever e a justificar um pedido, outra coisa é estarmos a ver diretamente o que está a acontecer e como é que é a realidade daquela pessoa/família.

E2: *Caso existisse, deveria ser presencial. Existem gestos, palavras e atitudes que só presenciadas tornam-se eficazes.*

E3: *Se sim, sempre em *BackOffice*. As ocorrências pré hospitalares devem ser asseguradas sempre e exclusivamente por profissionais de saúde. A presença de um elemento “social” no decorrer da abordagem da vítima, poderia ser dissuasora para a adequada recolha de informação clínica.*

Tendo em conta que o CAPIC existe e atua em situações de vulnerabilidade, a integração do Serviço Social poderia mostrar-se mais adequada. Desta forma, a opinião dos entrevistados foram:

E1: *“Talvez, porque o nosso serviço é Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise e, portanto, aqui contemplamos não só a saúde, mas também a falta de saúde física e mental, mas também inclui a vertente social. Nesta perspetiva da crise mais*

abrangente e mais ampliada, poderia fazer sentido incluir também a resposta às necessidades sociais, sim. Alias, e é isso que fazemos no nosso dia-a-dia, não, como já falamos, da forma ideal, mas temos a sensibilidade e a noção da importância que é os aspetos sociais para estabilidade das pessoas, temos essa preocupação e reforçamos isso nas equipas de pré-hospitalar. Portanto, já é nossa preocupação e se o pudéssemos fazer de forma mais eficaz na resposta, sem dúvida que sim”.

E2: “Sim, uma vez que estão relacionadas. O CAPIC não atua só em situações de crise, julgo ter uma maior abrangência”.

E3: “O CAPIC tem como principal missão a intervenção em situações de debilidade psicológica, mas no âmbito pré-hospitalar, não se enquadrando de qualquer forma o apoio social”.

Para terminar, e com a evidencia de existirem países cuja atenção para as emergências sociais são trabalhadas, procurou-se explorar, e na eventualidade de poder ser comparado, o exemplo da cidade de Madrid, em Espanha, onde existe um serviço virado para as emergências sociais e cuja intervenção é feita em todas as situações de ES, sejam individuais sejam coletivas, que é o SAMUR Social. A atuação deste serviço engloba as ocorrências de via pública, de residências particulares ou qualquer local do município. O SAMUR aborda as emergências sociais que, por diversos motivos, não foram atendidos pelos serviços de atenção primários, atuando também com outros serviços de resposta às emergências.

Ainda assim, é um assunto que não é acompanhado por todos os profissionais.

E1: “Sim, conheço o de Madrid. Ele tem um protocolo próprio (...) têm realidades diferentes no território nacional, estão organizados por regiões. Madrid efetivamente tem uma linha telefónica dedicada, tem transportes também dedicados e equipas permanentes”.

Acrescenta ainda que “em Londres também estão a implementar algo do género e estão a estruturar uma resposta psicossocial nesse sentido”.

E2: “Sinceramente não conheço, mas acredito que os países nórdicos tenham algo semelhante ou mesmo melhor”.

E3: “Para além do SOCU (que tem um modelo de atuação muito próprio), desconheço outros casos.”

CONCLUSÃO

O intuito desta investigação foi, não só, analisar a emergência médica pré-hospitalar como um campo de intervenção do Serviço Social, mas também entender qual a dinâmica existente, no nosso país, em torno desta profissão na área da emergência social.

Do manancial de informação, e em resposta à questão inicial, concluo que seria pertinente a integração do Serviço Social na emergência médica pré-hospitalar numa ótica de parceria com a Linha de Emergência Social.

Com base em conversas informais, também foram surgindo algumas ideias para uma possível integração do Serviço Social nesta área.

Considerando a diversidade de situações inesperadas que levam a pessoa à situação de vulnerabilidade social, o facto de um Assistente Social poder ir ao local onde ocorre a emergência, à casa da pessoa e ter uma visão privilegiada, permitiria uma avaliação *in loco*, que se torna uma mais-valia para na eficácia da intervenção do Assistente Social. Esta opinião ficou clara durante uma das entrevistas *“Aquilo que nós temos de vantagem, no local, é a recolha de informação. Porque temos as evidências de como é que as pessoas vivem, como é que estão quando nós chegamos, e isto é um manancial de informação, de facto, muito rico. Porque é diferente quando uma pessoa chega ao hospital, embora fisicamente também revele muito de como vive, mas no local temos essa percepção notória das necessidades que as pessoas têm”*.

O procedimento idealizado seria através do CODU, que tal como procede para as ocorrências relacionadas com o CAPIC, faria a triagem e, com base em indicadores próprios avaliava a possibilidade de chamar o Serviço Social, ou não, à semelhança do que acontece em Espanha. Camús e Pinazo (2016) apresentam um caso prático, de forma a explicar a articulação existente entre um serviço de emergência médica pré-hospitalar (neste caso, o SUMMA-112) e o serviço de emergência social (SAMUR Social). Concluíram que em determinadas situações de emergência médica surgem, paralelamente, situações de emergência social. O SUMMA-112 deteta uma emergência social, ativa o SAMUR Social que, por sua vez, intervém na situação encaminhando-a para a resposta social adequada à necessidade da pessoa numa determinada situação. Ainda assim, este trabalho poderia ser feito em parceria com a rede social ou, de forma a evitar custos, alocar um técnico da área social que já tivesse um vínculo laboral àquele Município em questão, por exemplo.

Considerando os últimos acontecimentos catastróficos, como é exemplo os incêndios de Pedrogão em 2017, constou-se importância de haver planos pré-definidos para a intervenção dos Assistentes Sociais e também para que estes estejam preparados para o confronto com diferentes realidades

Na minha opinião, talvez não se justifique esta prática para todas as situações e a intervenção teria de ser com base em indicadores. São exemplos: incendio em habitação, que ficou totalmente destruída e onde habitavam dois idosos; violência doméstica. Mas, desta forma, o Assistente Social na emergência médica pré-hospitalar estaria na primeira linha.

Uma das limitações encontradas durante a investigação foi o facto de não terem sido realizadas entrevistas a Assistentes Sociais, pois os técnicos entrevistados não têm a mesma sensibilidade para determinadas questões que um AS poderia ter.

Para terminar, as recomendações para projetos futuros:

- ✓ Projeto piloto de 6 meses para avaliar os benefícios com a existência de uma área de serviço social em situações de emergência.
- ✓ Inquérito, a nível nacional, junto dos profissionais que trabalham com emergências: Linha de Emergência Social, Urgências das Unidades de Saúde, Técnicos de Emergência Médica Pré-hospitalar.

“A investigação serve também para definir os parâmetros de uma profissão. Nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação. (...) É o meio de demonstrar o campo de ação de uma profissão”

(Fortin, 2000:18).

BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, Maria et. al (2012), "Serviço Social na Saúde", Lisboa, Pactor Editora;
- Guerra, Maria Inês (2015), "O que é o Caso Social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar", Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas;
- Álvarez, Castaño (2014), "Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis", Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá (Colombia), 13(27): 28-40;
- Maria Chaves da Silva Bernardo, Carla (2012), O Conceito de Emergência Social: Estudo de Caso - A Linha Nacional de Emergência Social (LNES-144), Dissertação de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa;
- Silva, Augusto e José Pinto, (2014), Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento (16ª Edição) (Edição original, 1986);
- Albarello, LUC, et.al (2005), Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva (2ª Edição) (Edição original, 1995);
- Bardin, Laurence (2009), Análise de Conteúdo, Lisboa, Edições 70;
- Afonso, Carina (2014), Emergência médica pré-hospitalar - a espera pelo inesperado, Relatório de Estágio Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto;
- Henrique Machado Capelas, António, (2009), Serviços de Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal. Análise da Actividade da VMER do Centro Hospitalar do Nordeste, Dissertação de Mestrado em Economia e Política de Saúde, Universidade do Minho;
- Castro, Roberto, (1997) "La Investigacion sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafios", Rev. Saúde Pública, 21(4):425-35;
- Rodrigues, Teresa et.al (s.d) Envelhecimento e saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança", Instituto Hidrográfico
- Leandro, Maria et.al, (2002), "Saúde: As teias da discriminação social", Braga, Instituto de Ciências sociais da Universidade do Minho;
- Lopes, Manuel et.al, (2009), "Saúde, educação e representações sociais", Coimbra, Formasau

- Figueiredo, Maria da Conceição (2013), “A influência da solidão na efetividade e saúde na velhice”, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade das Ciências Sociais e Humanas;
- Amaro, Maria Inês, (2012) “Urgências e emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade”, Lisboa, Universidade Católica Editora;
- Quivy, Ray e Luc Van Campenhoudt (1998) “Manual de Investigação em Ciências Sociais”, Lisboa, Gradiva (2ª Edição) (Edição original, 1995);
- Barata, Óscar et.al (2010), “Política Social e Sociologia”, Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
- Geib, Lorena, (2012) “Determinantes sociais da saúde do idoso”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):123-133;
- Garbois, *et.al*, (2014) “Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão”, *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p.1173-1182
- Briz, Teodoro (2012), “Saúde, saúde pública e os determinantes em saúde”, Torres Vedras, Edições Colibri, Inst. Alexandre Herculano, 2012, pp. 165-178;
- Guerra, Isabel (2006) “Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo”, Estoril, Principia Editora;
- Sabino, Maria (2012) “A Utilização dos Serviços de Emergência Pré-hospitalar, em Portugal Continental: estudo no INEM”, Trabalho de campo do XL Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa, Universidade Nova de Lisboa;
- Fernandes, Ana et.al, (2012), ““Envelhecimento e Saúde: uma análise de género”, Lisboa, Relatório Final
- Capucha, Luís (2014), “Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise”, Lisboa, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, CIES-IUL, n.º 74, pp. 113-131;
- Santos, Maria Ana, (2012), “Pró - Actividade do Serviço Social: Construção de uma resposta social na população envelhecida”, Trabalho de Projeto de Mestrado em Serviço Social ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
- Marques, Teresa e Fátima Matos, (2016), “Crise e Vulnerabilidade Social: Uma Leitura Territorial”, em Lourenço, Luciano, ed. lit.”Geografia, paisagem e riscos:

livro de homenagem ao Prof. Doutor António Pedrosa”, Imprensa da Universidade de Coimbra

- Garro, Viscarret (2011), “Modelos y métodos de intervención en trabajo social”, Madrid, Alianza Editorial (2ª edição) (Edição Original: 2007)
- Fortin, Marie-Fabienne (2000), “O Processo de Investigação: da concepção à realização”, Loures, Lusociências (2ª Edição) (Edição original, 1999);
- Champenhout, LucVan (2003) “Introdução à análise dos fenómenos sociais”, Lisboa, Gradiva
- Camús, Desirée e Sacramento Pinazo (2016), “Asistencia sociosanitaria de emergencia a personas mayores en situación de riesgo. A propósito de un caso”, *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 6, 115-138.
- Fernández, *et.al* (2011), “Intervención Social en Situaciones de Emergencias sociales II”, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, Madrid, C&M Artes Gráficas, 1º Trimestre

FONTES:

- Instituto Da Segurança Social, I.P, (2017), “Guia Prático Linha Nacional De Emergência Social”, Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente;
- INEM (2018), Relatório Anual de Atividades e Contas, 2018
- Directivas para a Emergência da CVP:
 - Boletim Interno n.º 13 de 4 de Fevereiro de 2008
 - Boletim Interno n.º 11 de 27 de Outubro de 2006)