

**ACADEMIA MILITAR**  
**DIRECÇÃO DE ENSINO**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**



**Socorristas e socorro de urgência,**  
**uma abordagem do processo de tomada de decisão imediata**

Luísa Ribeiro

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Guerra da Informação

Lisboa  
2011

**ACADEMIA MILITAR**  
**DIRECÇÃO DE ENSINO**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**



**Socorristas e socorro de urgência,**  
**uma abordagem do processo de tomada de decisão imediata**

Luísa Ribeiro

Dissertação de Mestrado em Guerra da Informação

Trabalho realizado sob a supervisão:

Professor Doutor João Pedro da Cruz Fernandes Thomaz

Orientador

Professora Mestre Paula Marinela Vitória Reis Velloso

Co-Orientadora

Lisboa

2011

## **Dedicatória**

Dedicado aos socorristas  
que, operando no ambiente em que Florence Nightingale detectou o mal que faz a quem  
sofre  
estar em “apreensão, incerteza, expectativa e medo da surpresa”,  
trabalham eles mesmos com todos esses factores ao decidirem actuar para salvar

## **Agradecimentos**

Ao Professor João Fernandes Thomaz,  
sem o seu encorajamento e boa vontade, este trabalho não teria sido tentado;

À Professora Marinela Velloso,  
sem os seus ensinamentos, disponibilidade, ajuda e encaminhamento,  
o trabalho não teria sido conseguido;

e

aos generosos socorristas voluntários que concederam entrevistas,  
pois sem a sua colaboração nada teria sido feito.

Não serão referenciados pois as concederam no pressuposto do anonimato.  
Foi tentado garantir que dados e sentimentos não se perdessem no burilar do conteúdo de  
algumas das suas estórias.

## ÍNDICE

Dedicatória .....	I
Agradecimentos .....	III
ÍNDICE .....	V
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VI
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
RESUMO .....	VII
ABSTRACT .....	IX
LISTA DE ABREVIATURAS .....	X
INTRODUÇÃO .....	1
<b>Capítulo I: Da importância dos primeiros socorros em todas as áreas .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo II: Historial dos primeiros socorros .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo III: Historial dos primeiros socorros em Portugal .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo IV: Evolução do socorrismo, por gerações com o segredo do limão em bom estado .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo V: Primeiros socorros: protocolos, normas e métodos .....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo VI: Processos de tomada de decisão, uma abordagem sumária do factor intuição .....</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo VII: O processo de tomada de decisão imediata .....</b>	<b>69</b>
<b>Capítulo VIII: Balanço das entrevistas, apontamentos de crise e seu enfrentamento .....</b>	<b>83</b>
<b>Capítulo IX: <i>Stress</i> pós-traumático .....</b>	<b>91</b>

<b>CONCLUSÕES</b> .....	99
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	107
<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIAS</b> .....	114
<b>ANEXOS</b> .....	119

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Enquadramento da investigação sobre a intervenção de um socorrista.....	5
Figura 2 – Estrela da Vida .....	17
Figura 3 – Passos fundamentais do socorro de urgência .....	36
Figura 4 – Passos iniciais do primeiro socorr.....	71
Figura 5 – Ordenamento dos passos de actuação, em função do Protocolo .....	72
Figura 6 – Gráfico de contabilização das respostas a inquérito complementar às entrevistas .....	79
Figura 7 – Comparação entre os períodos de trabalho como socorrista .....	86

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Estruturação de uma intervenção de socorro de urgência em definição de problema .....	48
--	----

## RESUMO

Os socorristas intervêm preferencial ou opcionalmente mediante normas e procedimentos protocolados, embora com margem para desvios, segundo o que se pode prefigurar como intuição em actuação por reconhecimento de padrões (KLEIN, 2003). Da sua actuação atempada, em síntese, dependerá a sobrevivência ou a margem de recuperação otimizada de vítimas de acidente ou acometidas por doença grave.

A sua janela de oportunidade extrema de actuação é de quatro minutos, quando se trate de falha completa do sistema circulatório ou ventilatório (VELLOSO et al., 2004). Esse será o seu quadro determinante de referência, constituindo a sua missão primordial a salvaguarda da vida, mesmo que, por acção das manobras a executar, possa causar sequelas físicas acessórias na pessoa assistida.

Concluiu-se que os socorristas atribuem a maior importância ao equipamento de base mas que se sentem capazes de actuar sem o mínimo de apetrechos, caso seja necessário. O seu desempenho tende a ser entendido como sobretudo individual, mesmo que operando em equipa, porque a certo ponto poderão ter que se dedicar em exclusivo a uma vítima. Contudo, em manobras de ressuscitação que requeiram tempo, um socorrista poderá não ser capaz de executar as manobras eficazmente além de uma dada margem de esforço; será então fundamental a rodagem com os colegas ou peão habilitado.

Nalguns casos, os socorristas poderão menosprezar a regra de ouro do seu mester, a segurança pessoal, em prol do salvamento de alguém. Esta conclusão deriva da procura da determinação dos seus pesos e medidas, transpostos para as suas vivências, em função do que entenderiam como os seus processos pessoais de decisão imediata e versou padrões de reconhecimento de factores na abordagem e ajuda prestada a vítimas nos seus diversos surgimentos, por acidente ou problema de saúde.

Com base numa metodologia e em instrumentos de observação, baseados em entrevistas e inquéritos acessórios, foi possível investigar a forma de actuação e promover nos entrevistados um autodiagnóstico das sequelas emocionais devidas ao trabalho desenvolvido pelos prestadores de socorro de urgência. Concluiu-se que é utilizado o processo de decisão imediata numa vertente mais limitada e que o reflexo emocional dos

casos acompanhados tem considerável peso nas suas vidas, constituindo uma exceção o acompanhamento e mitigação do *stress* pós-traumático nos socorristas.

**PALAVRAS-CHAVE:** emergência, primeiros socorros, processo de decisão, reconhecimento de padrões, socorristas, vítima.

## ABSTRACT

First-aid workers deal with norms and procedures, including what might be prefigured as intuition, within a Recognition-Primed Decision Model.

Someone's survival or recovery scope might depend on them, whether an accident victim or someone struck by a sudden illness. Their scope of action, facing failure of the circulatory or breathing systems, has vital significance.

Broadly, first-aid workers give the utmost importance to their standard equipment but feel able to intervene with a minimum of resources, if necessary. In some cases, first-aid workers may downgrade the rule of thumb of their mission - their personal safety.

These conclusions derive from an inquiry on their weights and measure frames, as their own perception of personal immediate decision processes.

Based on interviews and additional inquiries, it was possible to explore their actuation methods and to develop a trial self-diagnosis of the emotional consequences of the emergency aid done by the first-aid workers. The conclusion was that the immediate decision process is used on a more limited approach and that the emotional burden derived from the emergencies they assist has a considerable weight on their lives, but the subsequent follow-up and mitigation of the post-traumatic stress on first-aid workers is an exception.

**Keywords: emergency, emergency first aid, decision process, recognition-primed decision model, first aid providers, victim**



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ANAFS</b>	–	Associação Nacional das Formações Sanitárias
<b>ANPC</b>	–	Autoridade Nacional de Protecção Civil
<b>CERT</b>	–	<i>Community Emergency Response Team</i>
<b>CIAV</b>	–	Centro de Informação Antivenenos (do INEM, 808 250 143)
<b>CODU</b>	–	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
<b>CODU-Mar</b>	–	Centro Rádio Médico, do INEM
<b>CVP</b>	–	Cruz Vermelha Portuguesa
<b>DAE</b>	–	Desfibrilador Automático Externo
<b>ERC</b>	–	<i>European Resuscitation Council</i>
<b>FOG</b>	–	Field Operations Guide
<b>GNR</b>	–	Guarda Nacional Republicana
<b>ILCOR</b>	–	<i>International Liaison Committee on Resuscitation</i>
<b>INEM</b>	–	Instituto Nacional de Emergência Médica, 112
<b>NRBQ</b>	–	(Guerra) Nuclear, Radiológica, Bacteriológica e Química
<b>RPDM</b>	–	Sigla inglesa de Modelo de Reconhecimento de Padrões ( <i>Recognition-Primed Decision Model</i> ).
<b>SIDA</b>	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SIEM</b>	–	Sistema Integrado de Emergência Médica
<b>SIRESP</b>	–	Sistema Integrado das Redes de Emergência e Segurança
<b>SNA</b>	–	Serviço Nacional de Ambulâncias
<b>SSPT</b>	–	Síndrome do <i>Stress</i> Pós-traumático
<b>VMER</b>	–	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

### Abreviaturas técnicas:

<b>ABCDE</b>	–	Sigla das funções vitais, de base anglófona [A por <i>airway</i> (via aérea), B por <i>breathing</i> (respiração), C por <i>circulation</i> (circulação), D por
--------------	---	---

*disability* (deficiência), E por *expose and examine* (por exposição e exame)]

- ACHE** – Sigla para Alterações cardiorrespiratórias, Choque, Hemorragia e Envenenamento.
- CSR** – Curso de Socorrismo Rodoviário
- FOR** – Curso Básico de Socorrismo
- PAS** – Prevenir, Alertar, Socorrer
- PLS** – Posição Lateral de Segurança
- SBV** – Suporte Básico de Vida
- VOS** – Ver, Ouvir, Sentir
- TAT** – Tripulante de Ambulância de Transporte

## INTRODUÇÃO

*Um socorrista é quem, munido de conhecimentos específicos e possivelmente de um mínimo de equipamento e por actuação a mais imediata possível, pode ajudar a manter viva ou até reanimar uma vítima de acidente ou doença súbita. Um socorrista é ainda quem, depois de garantida a sobrevivência da pessoa assistida, consegue estabilizar ou possivelmente melhorar o seu estado e situação, para que seja devidamente tratada em hospital (adaptação de CVP, 1999).*

Os socorristas são assim, regra geral, pessoas que estão ou surgem providencialmente no momento certo para acudir a alguém, com uma janela de oportunidade de até quatro minutos para actuarem com hipótese de êxito nos casos de paragem cardiorrespiratória ou hemorragia súbita ou abundante – em quadro do Suporte Básico de Vida (SBV, a formação primária em primeiros socorros<sup>1</sup>). O êxito das suas acções e manobras “está na maioria dos casos directamente relacionado com a rapidez, destreza e qualidade das técnicas aplicadas” (CVP, 1999). Por vezes, são apenas as pessoas com mais ou menos competências técnicas que, pedido já o socorro diferenciado, ali ficam, vigiando e estimulando a vítima ou o doente, sempre preparadas para alguma intervenção de urgência com o que tiverem à mão.

Há-os voluntários na plena acepção da palavra, que vão pelo menos uma vez por semana fazer um piquete num aquartelamento de bombeiros ou organização similar de socorro. Há-os profissionais que, acabado um turno de trabalho de grande desgaste e mal pago, até ficam para outro de voluntariado.

Haverá porventura um *socorrista perfeito*, aquele capaz de actuar se necessário e indiferentemente em caso de vítimas em incidentes envolvendo acidente, fogo, doença súbita e desencarceramento. Esta dissertação, assente num levantamento do desempenho

---

<sup>1</sup> O Suporte Básico de Vida, presentemente com eventual recurso a DAE (desfibrilhação automática externa), é ensinado num curso de seis horas com certificado internacional válido por três anos, para formação e treino de “pessoas capazes de responder eficazmente a uma situação de paragem cárdio-respiratória, através de técnicas de libertação das vias aéreas e reanimação cárdio-pulmonar, com recurso a DAE”. É destinado à “população em geral e empresas ou instituições que prestem atendimento ao público, cuja área de actividade seja a da Saúde ou Emergência Pré-Hospitalar ou que lidem com população propensa a problemas cardíacos (CVP, 2011).

de socorristas e dos seus métodos de decisão por meio de entrevistas e inquérito, pretende concluir que não há nem socorrista perfeito nem modelo de perfeição neste mester.

Alguns socorristas entrevistados para esta dissertação revêem-se nos momentos duros, em que sirenes, cordões de segurança e equipas rodadas se conjugam para actuar em casos graves. Outros guardam sobretudo a visão da solidão e da pobreza das vítimas a quem assistiram, impotentes. Foi o caso de socorro de urgência a uma velha mulher a apodrecer em vida e entregue quase somente a si própria, incapaz de se valer.

O trabalho dos socorristas é vital na rede de assistência e na ajuda de emergência pré-hospitalar embora, por exemplo, em Portugal não haja levantamento ou coordenação dos potenciais candidatos a uma rede de entreajuda em caso de emergência ou catástrofe nacionais. Os socorristas operam a título particular quando ocorre uma urgência e providencialmente podem acorrer, ou enquadrados em corporações de bombeiros ou organizações de ajuda social ou humanitária.

Estando Portugal num ciclo de envelhecimento da população, com o redimensionamento da rede hospitalar e assistencial em redução até nomeadamente ao nível dos quadros de corporações de bombeiros<sup>2</sup>, tão mais importante é a universalização de ensinamentos do Suporte Básico de Vida, o nível mais elementar do ensino de primeiros socorros (INE, 2011).

Como se verá no decurso desta dissertação, até as autoridades de Protecção Civil o propugnam – cada cidadão, cada família, cada organização ao nível mais elementar da rede nacional de entreajuda e socorro em caso de catástrofe, os sistemas municipais - deverão estar coordenados, informados e preparados para autoprotecção e auxílio imediato com eficácia (PROCIV, 2010).

Presentemente, o mínimo equipamento para salvaguarda de um socorrista será um par de luvas, para intervenção em quadro de SBV – mas, para que tal fosse eficiente, o prestador de socorro requererá formação mínima, prevista de seis horas e com formador competente (CVP, 2011).

Assim, conjugando-se o conhecimento necessário existente sobre o tema em estudo e a oportunidade de testar e contrastar conceitos e métodos no apoio à tomada de decisão,

---

<sup>2</sup> Eram em todo o país cerca de 37 mil em 2008 e passaram a cerca de 32 mil em 2009, segundo dados do INE em 2011. De acordo com a Protecção Civil, havia em 11 de Outubro deste ano 27.920 bombeiros no activo no continente.

fundando-se o trabalho na dúvida sobre a actuação e as opções do socorro de urgência, a escolha só poderia ser uma incursão nos processos e métodos de decisão imediata pelos socorristas.

Caracterizado o ambiente, passemos à metodologia de investigação utilizada, que tem por base duas abordagens: uma apresentada por Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt (1998) e outra por William Trochim (2001), sob a perspectiva fundamental de Marina Marconi e Eva Lakatos (2010).

Esta dissertação tem, neste contexto, como *objectivo geral*:

- Analisar os processos de decisão e a actuação subsequente dos socorristas, em casos e cenários sem tempo para grande reflexão e sem margem de erro por indecisão.

Com base neste objectivo são *objectivos específicos* desta dissertação:

- Demonstrar que os socorristas actuam por reconhecimento de padrões e que estes são fundamentais na sua intervenção no salvamento ou salvaguarda de vidas;

- Demonstrar que, por efeito da tensão e esforço a que são sujeitos, padecem de *stress* pós-traumático.

Neste contexto, esta dissertação aborda o processo de tomada de decisão imediata por socorristas de emergência, tendo definido a seguinte *pergunta de partida* para a investigação:

*Como actuam, se avaliam e se sentem ou ressentem os socorristas em situação de emergência, tendo em consideração o seu processo de tomada de decisão imediata?*

A partir desta questão surgem as seguintes *questões derivadas*:

- Como actuam os socorristas em situação de emergência, tendo em consideração o seu processo de tomada de decisão imediata?

- Como avaliam as suas próprias decisões e actuações?

- Como se sentem, ou ressentem, das decisões tomadas, das medidas ou das manobras executadas?

- Quais são as consequências para eles mesmos, sentidas ou apercebidas, em função do resultado obtido?

O *enquadramento teórico* desta dissertação, por consulta de obras diversas sobre os processos multi-critério, cinge-se ao modelo de reconhecimento de padrões na tomada de decisão natural (KLEIN, 1999), por força da necessidade primordial de actuação imediata para tentativa de salvamento de vidas.

O socorro de urgência, nesta vertente, não se compadece com hesitações e ponderação de vias aconselháveis ou passíveis de correcção. Por natureza é uma intervenção imediata, por um indivíduo por uma equipa, para salvar alguém em função de manobras protocoladas (aqui consideradas no âmbito de um processo de avaliação e escolha multi-critério, previamente estudadas e determinadas para enquadramento da intervenção do socorrista).

Não é, naturalmente, um processo cego; permite adaptações em função do estado e situação dos dois actores, socorrista e socorrido. Tem grande influência no desempenho do socorrista a sua experiência e, num quadro de reconhecimento de padrões, o que é entendido como a sua intuição na detecção da mínima diferença ou alteração do estado e situação da vítima ou doente (KLEIN, 2003; CVP, 2009).

O Protocolo por que se rege o socorrista, um enunciado de sinais e sintomas e determinação de acções e medidas a tomar, enquadra-se assim e por excelência num sistema de actuação por reconhecimento de padrões, obedecendo e estabelecendo um quadro de sintomas e sinais convencionados. Estes deverão ser facilmente entendidos e reconhecidos pelo socorrista, prevendo um leque mais ou menos vasto de opções para sua actuação – incluindo as limitações sobre a sua intervenção. Ele é “o primeiro elo na cadeia de socorros”, agindo “essencialmente no local do acidente, providenciando a chamada de socorros especializados” (CVP, 1999).

O *ponto fulcral da investigação* assentou, assim, no princípio de que os socorristas avaliam a situação de acordo com padrões de familiaridade, não tendo margem para elencar e comparar opções de escolha para a sua actuação. As suas vias de acção podem ser rapidamente conceptualizadas, mediante o Protocolo que rege a sua actuação, e não por avaliação formal de oportunidades e escolhas (KLEIN, 1999).

Assim, o *foco da investigação* desta dissertação (ver Figura 1 na página seguinte) está na intervenção do socorrista num quadro geral de socorro a uma vítima de acidente ou doença súbita, sendo por definição e neste âmbito uma actuação de urgência, em que pode estar em risco a sobrevivência da pessoa assistida.



**Figura 1 – Enquadramento da investigação sobre a intervenção de um socorrista**

Esta figura considera que:

1. A actuação do socorrista pode ser feita no plano individual, seja por sua presença atempada no local, seja por distribuição de tarefas quando incluído numa equipa. Trabalhará aqui também caso a caso, num único indivíduo, mesmo que possa multiplicar-se em actos de ajuda de emergência, em cenário de multi-vítimas;
2. A sua actuação deverá ser pautada pelo Protocolo. Esta fundamentar-se-á numa análise de sinais e sintomas, percebidos ou declarados, para o diagnóstico primário com a fórmula de intervenção específica, num quadro de factores multi-critério previamente ponderados - e de resolução simples quanto a meios e métodos de actuação técnica pelo socorrista;
3. Neste ambiente e cenário, munido de meios e técnicas básicas, o socorrista deverá actuar por meio do reconhecimento de padrões em contexto de decisão natural: a tomada de decisão imediata - imbuída potencialmente do factor intuição, sobretudo no caso de socorristas veteranos e experientes em situações de grande risco para a pessoa assistida. A decisão e a intervenção são, por força do quadro em que o socorrista intervém, imediatas.
4. Da sua actuação, em função do quadro de gravidade e dos resultados das suas acções sobre a vítima ou abordagem do problema, sobretudo em casos de difícil sobrevivência ou grande sofrimento da pessoa assistida, de incidentes multi-vítimas ou quando houve risco percebido também para a sua segurança e

saúde, o socorrista acumula um potencial de tensões e sentimentos que, a prazo, se traduzirão em sinais e sintomas de *stress* pós-traumático.

Considerou-se que, pelos Protocolos por que se cinge e pela urgência intrínseca à sua intervenção, o socorrista não tem normalmente margem de escolha e ponderação do melhor caminho a seguir. No desenvolvimento desta dissertação (capítulo V), referem-se as diversas fases e cambiantes da intervenção do socorrista no local. Um socorrista poderá ser, contudo, um cidadão preparado apenas no quadro de formação em SBV ou até um técnico de saúde altamente especializado, actuando sozinho ou enquadrado numa organização de prestação de socorro de urgência. Por definição, a sua intervenção deverá ser tida no quadro de acção em situação de emergência, com um mínimo de material ou mesmo nenhum, e, independentemente das suas competências, vocacionado apenas para ser o “primeiro elo” da cadeia de socorro.

Na identificação do caso, a pressão do tempo mínimo de que dispõe, nas situações extremas em que factores alheios ao quadro vítima-socorrista podem ser determinantes, leva a restringir ao essencial os factores de decisão – a identificação imediata da situação crítica, de prioridades de actuação e de aplicação das medidas protocoladas é a chave do êxito do seu trabalho. Em situação extrema de SBV, o socorrista tem menos de cinco minutos para reverter a situação – e tão-somente se estiver no local do incidente.

Agindo também o socorrista em quadro de caos e incerteza, por força da situação, estado da vítima e imponderabilidade da sua própria condição no momento, os factores do quadro de decisão em que pode actuar são ainda mais restritivos.

O socorrista pode não ter qualquer esclarecimento sobre o incidente em que é chamado a intervir ou pode recebê-lo errado e perder tempo vital na destriça do que lhe é referido e do que pode observar. Paralelamente, a pressão de outrem, familiares ou amigos ou mesmo desconhecidos, no cenário em que intervém, poderá ser limitativo e perturbador. Isso será tão mais perturbante quanto mais dramática a situação e de risco for o estado da pessoa a quem assiste.

Vocacionalmente treinados para salvar vidas *in extremis*, os socorristas podem mesmo não ter tempo para ponderar riscos acessórios decorrentes da sua actuação – as sequelas da força e pressão constante necessárias para recuperar o batimento cardíaco, por exemplo, num doente ou vítima com lesões na coluna vertebro-medular. A sua missão

fundamental é salvaguardar as funções vitais – os sistemas circulatório e ventilatório – da pessoa assistida.

Assim, conjugada a sua filosofia de base e a prática elementar que caracteriza o seu trabalho, colocou-se nesta dissertação a questão sobre se o socorrista opera em situação de *incerteza, risco e insegurança*, apoiado eventualmente em sentido de intuição exacerbado, por reconhecimento e diferenciação instantânea e instintiva de padrões de acontecimentos e casos assistidos (KLEIN, 1999).

Em síntese, visou-se o *levantamento* dos métodos de decisão imediata baseada no modelo de reconhecimento de padrões seguido pelos socorristas. Equacionou-se marginalmente o que os próprios entrevistados tinham tanto de percepção desses processos, como também das sequelas identificadas pelo exercício da sua missão.

Para apoiar a resposta a estas questões, a investigação baseou-se em *instrumentos de observação* assentes em entrevistas e inquéritos subsequentes, especialmente construídos, aplicados a voluntários individuais ou àqueles trabalhando também em corporação de bombeiros. Estes instrumentos visaram determinar a hierarquização de passos dados e os processos de decisão sobre as medidas de socorro, consoante os casos vividos e tidos por determinantes na execução das suas funções.

As *entrevistas* foram desenvolvidas como conversas abertas consoante o volume de informação prestada pelo depoente, mais ou menos ricas em casos e estórias por força do histórico individual, embora com questões iguais para todos. As entrevistas serviram para ilustração dos casos e do entendimento do processo de decisão conexo, sendo usadas ao longo de toda a dissertação. Os inquéritos foram simples e iguais para todos, para contabilização sumária (capítulo VIII).

Esta dissertação apoiou-se assim numa *amostra* representativa e seleccionada, face aos objectivos da dissertação, de socorristas – quase todos com experiência intensa e prolongada no tempo, seja em Portugal ou em missões de ajuda humanitária no estrangeiro.

As *entrevistas*, complementadas com *inquérito* simples, foram feitas sobretudo em Lisboa, a socorristas da Associação Nacional das Formações Sanitárias (ANAFS) e da corporação de Bombeiros Voluntários de Agualva-Cacém, que tem registo particularmente intenso de serviço, em especial de emergência, no distrito de Lisboa.

Tendo todas a mesma estrutura e questões obrigatórias para que assim pudesse ser avaliado o processo de decisão, as entrevistas seguiram ao sabor da conversa de cada um dos entrevistados, pela natureza específica das histórias que narraram. No caso dos bombeiros, algumas foram interrompidas várias vezes, tendo o entrevistado saído em missão de socorro de emergência.

As entrevistas e inquéritos foram colhidos de Janeiro a Setembro de 2010, a par de consultas paralelas a especialistas e da frequência de dois cursos de busca e salvamento (em Outubro e Novembro de 2010), tanto para formação pessoal como observação dos métodos e meios usados pelos socorristas, embora em ambiente de exercício. No decurso da preparação do trabalho foram surgindo ou definindo-se melhor as diversas questões, tomando sobretudo destaque a formulação do *stress* pós-traumático.

O quadro de preparação das entrevistas acabou por resultar em algumas recomendações para outros acederem também a entrevista, porque o enquadramento parecia satisfatório e o tema merecedor.

Profissionalmente, este é o quadro ideal de trabalho de um jornalista: a reputação favorecedora que o precede. Neste processo gerou-se um ambiente de confiança prévia que optimizou todo o processo. Alguns dos depoimentos foram excluídos, porque facilmente levariam a identificação ou do caso ou do interveniente, pois fora previamente estabelecido que seriam prestados em anonimato.

Se o ambiente e enquadramento profissional facilitaram as conversas e os entendimentos de algumas situações, poderão de algum modo ter *limitado* o campo de curiosidade impoluta necessário a qualquer investigação do género. Tudo foi feito para obviar a esse factor, visto ora como um défice ora como uma vantagem relativa. Assim, as entrevistas obedeceram a um quadro-base e foram completadas com um inquérito, para evitar interpretações erróneas e involuntárias do narrado pelos socorristas ouvidos, numa adaptação da técnica de “*triangulação*”, de forma a evitar uma análise individual em função de uma opinião pessoal sobre este assunto (NORTHCUTT e McCOY, 2004, pp. 237–239).

A formação de base existente em socorrismo em pouco mais seria útil, contudo, a não ser no entendimento dos códigos, dos limites físicos práticos de algumas manobras e das linguagens. Por experiência, serviria no entendimento da carga emocional que algumas situações em particular acarretam e na detecção/percepção potencialmente facilitada dos

sinais de angústia deixados por casos não resolvidos. A própria formação básica em socorrismo comporta alertas prévios a esse respeito.

Das entrevistas colhidas para esta dissertação, resultou o balanço de que os socorristas optam por esta profissão ou actividade por vocação e gosto e que sem excepção a consideram gratificante. Os seus processos de intervenção e, concomitantemente, as suas opções de vida e de trabalho, são dos aspectos mais interessantes na motivação para o seu desempenho desta missão. Não há estudos sobre esta matéria específica - a tomada de decisão imediata envolvendo o salvamento de vidas num quadro mínimo de tempo e com recurso, potencialmente, apenas a meios, material e técnicas simples.

Uma *limitação*, não determinante, foi a de não ser possível acompanhar uma saída de bombeiros-socorristas em serviço. Seriam necessárias prévias autorizações e o alargamento obrigatório de cobertura por seguros, que excederiam a corporação no imediato, para além do risco de ser um impedimento a um melhor desempenho da equipa-modelo enviada em socorro.

A par do plano de trabalho – averiguação dos processos de decisão e sua percepção pelos socorristas – avolumou-se o entendimento de que é profissão tão compensadora e envolvente que por vezes sugere um quadro de compulsão para o exercício do que é apenas tido por missão de ajuda. Pelo dramatismo de alguns casos relatados, e porque decorria do registo do processo de decisão e actos e acontecimentos referidos, foi abordada em particular a percepção do que os entrevistados tinham como sintomatologia da síndrome do *stress* pós traumático<sup>3</sup> (PIRES, 2006).<sup>1</sup>

O objectivo era, à partida, um levantamento sumário do processo de tomada de decisão imediata - que era o tema anunciado desta dissertação -, por análise dos actos dos socorristas nas suas diversas vertentes de acção, tratando-se de matéria tão emotiva quanto os actos encetados e a importância atribuída às medidas prognosticadas para salvar vidas. Mas, em termos finais, resultou um trabalho reconhecidamente mais rico do que o previsto no que se pretendia de enquadramento do processo de tomada de decisão, adicionando-se vectores emocionais e factuais, por força da variedade, riqueza e calibre dos depoimentos colhidos.

---

<sup>3</sup> “Por trauma entende-se um acontecimento perturbador que produz alterações negativas na vida e, pelo menos temporariamente, reacções do funcionamento psicológico caracterizadas por ansiedade, depressão e outros estados emocionais negativos (TAYLOR e ARMOR, 1996)”

Marginalmente, foi abordada também a interligação do socorrista com o sistema integrado de socorros de urgência, de carências na prestação de primeiros socorros, de deficiências do sistema de apoio de emergência, de virtudes do trabalho de grupo em casos de socorro de emergência e dos reflexos do êxito e do fracasso na prestação da ajuda.

O modelo de referência utilizado nesta dissertação, sem ambições de paralelo com essa obra inspiradora, trata do processo de decisão dos bombeiros (KLEIN, 1999). Foi o paralelo mais próximo encontrado com o dos socorristas da área de saúde, como eles próprios se identificam. Mas deverá ter-se em conta que este é um trabalho individual, sem complementos, contraposições e correcções possíveis numa investigação por uma equipa multidisciplinar, como sucedeu naquele estudo.

Esta dissertação, embora utilizando a técnica de triangulação na revisão dos dados e depoimentos, foi um esforço cumulativo individual, sem um quadro de técnicos e especialistas para cruzamento de dados e informações, depoimentos e inquérito, como sucede nas obras de referência. Em síntese, sendo aquela obra de referência uma investigação modelar, em nada esta dissertação pretende nela se ancorar a não ser pelo facto de abordar mesteres relacionados – o socorro de urgência e a tomada de decisões concomitante.

Contudo, como já referido, foi desenvolvido com algumas vantagens relativas: formação em socorrismo e jornalismo de profissão. Essas duas capacidades foram motivo de alerta prévio – por razões éticas no campo profissional, particularmente na salvaguarda da discrição e reserva de quaisquer declarações que levassem à identificação do entrevistado (WILLIAMS, 1908).<sup>ii</sup>

De algum modo, o processo de entrevistas obedeceu também aos ditames da profissão do Jornalismo – “todos com ela relacionados, na medida plena das suas responsabilidades, são fiéis depositários do que é público; (e) a aceitação de um serviço menor do que o serviço público é uma traição dessa missão” (WILLIAMS, 1908)<sup>iii</sup>.

Com base na pergunta de partida e objectivos, esta dissertação ficou *organizada* ou *estruturada* em onze capítulos (introdução, nove capítulos numerados e conclusões).

No *primeiro* capítulo é exposta a importância dos primeiros socorros, considerando que milhões de vítimas ou doentes poderiam ser salvos em todo o mundo por intervenção atempada por um socorrista.

No *segundo* capítulo apresenta-se um pequeno historial dos primeiros socorros, incluindo a sua evolução histórica e simbologia.

No *terceiro* capítulo apresenta-se esse historial em Portugal, na forma de entrevista ao antigo director do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil Manuel Velloso, que participou historicamente no processo de evolução deste campo desde os programas de treino multivalente até ao que considera o actual empobrecimento do trabalho de socorrista, por massificação e decorrente redução dos saberes.

No *quarto* capítulo mostra-se a evolução do socorrismo por gerações, com o segredo do limão em bom estado - anti-séptico básico e de acesso comum para todas as situações ou locais previsíveis em que fosse chamado a actuar o socorrista, tanto há décadas como ainda hoje – até aos actuais *kits* de material padronizados.

No *quinto* capítulo são debatidos os protocolos, as normas e os métodos de primeiros socorros por que se rege o socorrista, incluindo a hierarquização das medidas que lhe compete tomar, individualmente ou como parte de uma equipa.

No *sexto* capítulo apresenta-se uma abordagem sumária do factor intuição nos processos de tomada de decisão na linha de Klein (2003), em que o socorrista, reconhecendo um padrão a que se adequar, pode “ter decisões extremamente rápidas” e êxito na sua actuação, operando com um misto de intuição e análise.

No *sétimo* capítulo foca-se o processo de tomada de decisão imediata, sendo que a actuação do socorrista define-se à partida pela limitação das escolhas, num enumerado de actos e de acções assentes em reconhecimento de padrões, para diagnóstico e intervenção imediatos.

No *oitavo* capítulo é feito o balanço das entrevistas, apontamentos de crise e seu enfrentamento pelos socorristas entrevistados, concluindo-se que o seu trabalho se rege por um Protocolo e exige plena disponibilidade, e também que se sentem vocacionados para a sua missão, independentemente do custo físico e emocional.

No *nono* capítulo discute-se o *stress* pós-traumático nos socorristas que, segundo as entrevistas, raramente contam com apoio de despistagem ou de tentativa de diagnóstico e acompanhamento das sequelas dos casos que mais os traumatizam, eventualmente com excepção no INEM.

Finalmente, nas *Conclusões* apresentam-se algumas súmulas sobre o trabalho dos socorristas, enquanto quadro de tomada de decisão e intervenção imediatos por

reconhecimento de padrões e actuação por intuição em cenário de decisão natural, e algumas recomendações derivadas do levantamento feito.

Assim, pretendeu-se apresentar um primeiro referencial do método de actuação e de decisão dos socorristas, procurando-se não trair ou extrapolar o que houve de pessoal e individual nos depoimentos colhidos e, no conjunto, destacar a gravidade, importância e nobreza da também profissão de fé em que o socorrismo se constitui. Da melhor capacidade técnica e decisória de um socorrista dependerá em extremo a vida de alguém.

## **Capítulo I:**

### **Da importância dos primeiros socorros em todas as áreas**

Acidentes de toda a ordem, presumivelmente sem apoio de alguém qualificado no local para tomada das primeiras medidas de protecção e salvamento, causam em todo o mundo milhões de vítimas provavelmente passíveis de salvação atempada.

Um estudo norte-americano do Centro para o Controlo de Doenças (CDC) refere mais de 29 milhões de acidentes não fatais em 2006 com recurso a serviços hospitalares de emergência do país, a par de um registo de mais de 173 mil mortos no ano precedente. Um em cada dez norte-americanos recorreu ao serviço hospitalar de urgências nesse ano, por causa de um qualquer incidente (CDC, 2009).

As consequências das lesões – neste caso, considerou-se todo o tipo de incidentes, do homicídio involuntário ao suicídio, dos maus tratos de crianças a violência doméstica – são “extensas e de vasto âmbito”, se não permanentes quando há deficiência deles resultantes (CDC, 2009).

Os seus custos não são menos relevantes: houve em 2000, ainda nos Estados Unidos, cerca de 50 milhões de lesões implicando assistência médica – considere-se neste caso a mesma leitura abrangente. Representaram 406 mil milhões de dólares em custos diversos, incluindo dois mil milhões de dólares em assistência médica e 326 mil milhões de dólares em perdas de produtividade, incluindo salários (CDC, 2009).

Em todo o mundo e por ano, segundo dados da viragem do século, morrerão cinco milhões de pessoas vítimas de lesão ou violência – um décimo dos óbitos registados. Ainda nos Estados Unidos, os incidentes devidos a produtos e ao seu uso pelo consumidor – seja por risco de incêndio, químico ou mecânico – representam 700 mil milhões de dólares de prejuízos e danos por ano (CDC, 2009). Daí a necessidade de que a aprendizagem no campo da ajuda de emergência à vítima se traduza numa partilha de conhecimentos aos vários níveis dos envolvidos, na busca da melhor solução para estes casos: do académico ao prestador de primeiros socorros. Essa necessidade resulta “crítica” quanto ao planeamento e à prontidão para a gestão de incidentes com grande número de vítimas, seja por acto terrorista seja por catástrofe natural.

Em Portugal, a título de exemplo, funciona desde 1991 o sistema de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), operando com médicos, enfermeiros e socorristas. Assistiu 2.860 doentes em 2008, com uma média diária de 7,8 serviços e uma média de tempos de chegada ao local de 8,5 minutos, ajudando nomeadamente 475 vítimas de trauma e 2.385 vítimas de doença súbita (INEM, 2009).

Em gíria socorrista, o que vale são os primeiros três a quatro minutos de ajuda de emergência, com o que se souber ou puder fazer, com os meios de que se dispõe ou que se improvisam. Com esta assistência de urgência pode salvar-se a vida ou prevenir lesões graves para a vítima quanto a perdas de sangue e sua circulação no cérebro, mantendo-se “a máquina a funcionar” – garantir a ventilação e a circulação são os factores mínimos de sobrevivência.

Mas desde logo, e se bem que a cultura de segurança apresente inúmeras falhas e deficiências, é a própria Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC) que recomenda que em cada lar haja pelo menos um socorrista (SNPC, 2010).

O debate das lições aprendidas leva a que nos Estados Unidos se considere de primordial importância “identificar e avaliar as competências de fundo” dos respondentes ou envolvidos em incidentes de vítimas em massa. Lesões secundárias ocorrem vulgarmente e será necessário “melhorar a gestão da assistência a lesões agudas”, pois ignora-se “o tipo e amplitude” do ensino e treino ideal para os diferentes níveis de prestadores de saúde, entre pré-hospital e pós-internamento (CDC, 2009).

Neste mesmo estudo norte-americano se aponta que 80 por cento das vítimas de incêndio morre em suas casas, por acidente com aparelhos eléctricos ou velas, sendo na esmagadora maioria crianças, idosos ou deficientes e, sobretudo, residentes em áreas não urbanas. De acordo com as conclusões norte-americanas, boa parte destas mortes ocorre durante o sono – e, se não houvesse outra razão para fomento dessa indústria, os dados apontam, nomeadamente, para a necessidade de melhores sistemas de alarme de fogo (CDC, 2009).

Outro factor de risco são os desportos e actividades desportivas de lazer, que levam diariamente onze mil pessoas aos bancos de urgência dos hospitais norte-americanos. Um dos elementos de maior peso na estatística deste tipo de actividades são as crianças até aos 15 anos, que representam 23 por cento dos casos de afogamento naquele país (CDC, 2009).

Já em Portugal, são poucos os estudos actuais e actuariais e as estatísticas sobre perdas e prejuízos causados por acidentes ou incidentes em que a assistência de urgência é requerida ou desejável.

Em geral, os dados recolhidos apontam para uma melhoria da situação e do balanço dos esforços de assistência, por reforço do aparelho de socorro e transporte para os hospitais. Aparentemente, os índices de mortalidade após entrada no hospital mantêm-se, em apoio da defesa das medidas preventivas ou de pronto socorro, mas não foi encontrado qualquer dado sobre estatísticas comparativas de mortes nos dois tipos de situação. Foram pedidos dados sobre várias destas questões ao INEM, havendo ao longo de meses a garantia de que o pedido seria satisfeito. Não houve até à conclusão deste trabalho resposta alguma.

Portugal, que adoptou o conceito de socorrismo em 1947, conta com 3,7 médicos e 5,3 enfermeiros ao serviço por mil habitantes e pouco mais de 36 mil camas em hospitais. Segundo dados estatísticos oficiais (INE, 2009), as mortes registadas à data deveram-se em 32 por cento a doenças do aparelho circulatório (3,2 por mil habitantes) e em 23 por cento a tumores malignos.

Para assistir de urgência à população de cerca de dez milhões<sup>4</sup>, em envelhecimento e imersa em crise económica em agravamento, o país conta com cerca de 33 mil bombeiros, dos quais quase 31 mil no continente, segundo estatísticas de 2009 (INE, 2011)<sup>5</sup>. Destes, em princípio, todos deverão ter um mínimo de conhecimentos de primeiros socorros; dos socorristas formados ao longo do tempo por entidades diversas, e mantendo capacidades de intervenção, não foi localizado qualquer balanço fiável.

A título de exemplo, um estudo sobre a epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico em Portugal aponta para um decréscimo (de 151 para 137 por 100.000) nos casos de mortalidade no princípio da década. Tal foi atribuído tanto às medidas de segurança rodoviária intensificadas como “eventualmente (à) melhoria dos processos de evacuação dos doentes do local do acidente, conduzindo ao hospital situações mais graves que noutras condições teriam falecido antes” (SANTOS, SOUSA e CASTRO-CALDAS, 2003).

---

<sup>4</sup> Portugal tem 10.555.853 cidadãos residentes, segundo dados preliminares do Censos 2011 ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)).

<sup>5</sup> Havia 27.920 bombeiros no activo no continente em 11 de Outubro de 2011, segundo dados da Protecção Civil (Em: <http://www.prociv.pt/assbom/Pages/CorposdeBombeiros.aspx>, consultado em 11/10/2011).

Se oficialmente é declarada a falha absoluta numa política de alerta e actuação sobre a importância e necessidade de socorristas habilitados para intervenção no local, seja por acaso seja onde mais acidentes se verificam, em casa, há sinais de interesse de jovens pela matéria.

Os casos referenciados reportam-se, a mero título de exemplo, a projectos de âmbito escolar e projectos em linha. Ainda assim, permitem sondar do interesse dos adolescentes e, por inferência, pressupor que os seus colegas e também os leitores dos seus blogues, por exemplo, ficaram sensibilizados para a matéria. Além da exposição do seu projecto escolar, os jovens divulgam técnicas básicas do primeiro socorro e suporte básico de vida. Nomeadamente, um grupo de estudantes promoveu uma petição (Projecto Socorrismo – ver anexos) para a Assembleia da República, pedindo a instituição do Dia Nacional do Socorrista.

Formalmente, Portugal tem desde 18 de Novembro de 2009 um Sistema Integrado das Redes de Emergência e Segurança (SIRESP)<sup>6</sup> para intercomunicação e interoperabilidade por milhares de terminais entre as forças e serviços de emergência e segurança no país, na previsão de catástrofe. Estão já cobertos o continente e a Madeira, prevendo-se para Dezembro de 2013 a sua entrada ao serviço nos Açores.

Para mais fácil entendimento da missão e simbologia do socorro de emergência, far-se-á de seguida uma abordagem desses aspectos abrangidos pelo âmbito desta dissertação, porque tal enquadra o trabalho dos socorristas.

---

<sup>6</sup> A SIRESP, S.A. é a operadora da Rede Nacional de Emergência e Segurança resultante da parceria público-privada promovida pelo Ministério da Administração Interna e tem como missão a concepção, fornecimento, montagem, construção, gestão e manutenção do SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal. O projecto consiste na concepção, fornecimento, montagem, construção, gestão e manutenção de um sistema integrado de tecnologia *trunking* digital, para a rede de emergência e segurança de Portugal. Este sistema permitirá responder adequadamente aos desafios colocados às forças de segurança e da protecção civil na sua actuação diária ou em cenários de emergência - catástrofes, acidentes ou incêndios de grandes proporções -, estando previsto o acesso ao sistema por cerca de 53.500 utilizadores. O Contrato SIRESP tem uma duração estabelecida de 15 anos e prevê que a implementação do Sistema decorra em 7 fases, até 2013. Em <http://siresp.com/empresa.html>, consultado em 10/11/2011.

## Capítulo II:

### Historial dos primeiros socorros

O conceito e o símbolo que hoje identificamos por serviços médicos de emergência datam de meados do século passado, originalmente um compósito de uma ideia do departamento de Transportes norte-americano, que começou por usar uma cruz laranja sobre fundo branco para os tipificar.

Por objecções da Cruz Vermelha, no princípio dos anos 1970 foi criada o que hoje se chama Estrela da Vida (Figura 2) que assumiria foro universal de significância para emergência médica (INEM, 2007).



Figura 2 – Estrela da Vida

As suas seis pontas, com uma serpente envolvendo o bastão – a cobra simboliza esotericamente transmutação e cura e o conjunto é conhecido como símbolo de Esculápio, deus greco-romano da Medicina – têm leitura específica e correspondência aos passos base do socorrismo.

Elas são, lidas da direita para a esquerda e de cima para baixo, Detecção, Alerta, Pré-socorro, Socorro no local do acidente, Cuidados durante o transporte e Transferência e tratamento definitivo. Internacionalizado em 1976, Portugal adoptou-o para identificar os seus serviços de emergência médica oficialmente em 1981 (INEM, 2011)

A par do serviço de atendimento, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) opera um Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e gere o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), incluindo o Centro Rádio Médico (CODU-Mar),

interligando hospitais, bombeiros, forças de segurança pública e organismos de apoio de urgência (INEM, 2011).

Portugal é membro da rede europeia do número de emergência 112, criada em 1991, embora somente 27 por cento da sua população saiba que pode usá-lo em toda a União. No país, esse número funciona em todas as plataformas de comunicações mas haverá que considerar as *zonas de sombra* e os cortes ou limitações de cobertura em situação de emergência (INEM, 2011).

A importância de um serviço de alerta e socorro imediato pode medir-se, por exemplo, pela estatística oficial de 2,42 mortos por cada cem acidentes de viação em Portugal (INE, 2010).

Naturalmente, o menor índice de vítimas ocorre na zona com melhor e mais eficiente prestação de ajuda, Lisboa, onde a média de vítimas é de 1,6 mortos por cada cem acidentes. Em 2009 morreram em acidentes de transportes no país 1.039 pessoas, na esmagadora maioria homens (818 contra 221 mulheres) (INE, 2010).

Em casos de emergência de âmbito catastrófico, a Autoridade Nacional de Protecção Civil dispõe de equipamentos de telecomunicações de apoio à decisão para “teatros de operações mais complexos”, em princípio em modernização desde 2005 (SNPC, 2010). Esse sistema de emergência e comando móvel modular, o Centro Tático de Comando (CETAC), inclui sete veículos operacionais e nove tendas, com capacidade para 90 pessoas e passível de instalação em qualquer ponto do país. Prevê nove células, de planeamento e operações a logística, tal como área para os meios de comunicação social, e incluirá uma rede local de voz e dados por acesso sem fios e equipamento repetidor para a rede SIRESP (ver anexos), segundo a informação oficial disponível desde 1 de Abril de 2010 (ANPC, 2010).

O papel mais elementar do socorrista, no entanto, que actua no local ou que atende por telefone e ajuda o cidadão comum a desempenhar funções de socorrismo consoante a situação, é de algum modo traduzido no caso em que o pai ajuda a mãe a salvar o filho de seis meses, engasgado e já inconsciente, durante uma chamada para os serviços de emergência 911 norte-americanos. O casal reconheceu-se, no telefonema, mas “eles não tiveram tempo para mais conversas”. O socorrista ao telefone, um fuzileiro na reserva regressado do Iraque, foi elogiado pelo sangue frio e calma com que orientou os

procedimentos para salvar o bebê – para depois dizer apenas que “sempre” receara que um caso daqueles lhe acontecesse (MSNBC, 2010).

Os serviços de socorro de emergência estão limitados no seu âmbito, tal como ilustrado no exemplo acima, quanto ao problema de tempo e distância a que o socorrista se encontrará, embora haja relatos avulsos da assistência prestada sob orientação de um socorrista ao telefone. No geral, a necessidade da sua revisão traduz-se por exemplo na declaração das doenças cardiovasculares como principal causa de morte em Portugal (Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto)<sup>7</sup> e no reconhecimento da dificuldade extrema de prestação de ajuda na sua ocorrência.

No preâmbulo da lei que pôs essa constatação a público logo se reconhece que no País não há uma “verdadeira cultura de emergência médica enraizada”: aliás, a nossa “cultura de emergência médica é incipiente e o desconhecimento das técnicas de suporte básico de vida é generalizado na população”<sup>8</sup>. A aplicação do sistema provisório de instalação e licenciamento de desfibriladores automáticos externos (DAE) resulta de algum modo risível, depois do alerta sobre os riscos que a população corre e por previsível falta de apoio competente imediato. Nem as ambulâncias de socorros as têm e a grande preocupação é, se bem que tal pareça natural, o mau uso dos equipamentos, de acordo com o texto da legislação e alguns depoimentos colhidos para este trabalho.

Nalguns países estão distribuídos em locais de fácil acesso, com as instruções básicas para sua aplicação pelo socorrista fortuito; a máquina não permite mais do que descargas mínimas e há um esquema básico para a colocação das pás, fornecido pelos fabricantes.

Aspecto positivo do Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, de algum modo, é que os “agentes” que abusem dos equipamentos em primeiros socorros serão isentos das penalizações, “quando tal seja estritamente necessário para a salvaguarda da vida ou da integridade física da vítima, em virtude da indisponibilidade de operadores de DAE

---

<sup>7</sup> Decreto-lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto: “ Em Portugal as doenças cardiovasculares constituem um dos problemas de saúde mais graves para a população, representando a principal causa de morte. A maioria das mortes evitáveis associa-se à doença coronária e ocorre fora dos hospitais. A evidência empírica permite afirmar que, em mais de metade dos casos de paragem cardiorrespiratória, as vítimas não chegam com vida aos hospitais. Por outro lado, a maior parte dos episódios de morte súbita cardíaca resulta na ocorrência de arritmias malignas, nomeadamente de fibrilhação ventricular. O único tratamento eficaz na paragem cardíaca devida a fibrilhação ventricular é a desfibrilação eléctrica, demonstrando a experiência internacional que a utilização de desfibriladores automáticos externos em ambiente extra-hospitalar por pessoal não médico aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência das vítimas (...)”

<sup>8</sup> Idem

habilitados a actuar, ou da impossibilidade de actuação no local próprio, por parte de operadores de DAE habilitados”.

Tão mais sinal da importância da formação genérica em manobras de suporte básico de vida como, e por excelência, do uso do DAE, é que as suas próprias normas rezam que “é mais eficaz nos 3 a 5 minutos imediatamente após o colapso” – “por cada minuto que passa sem SBV e sem desfibrilhação, as hipóteses de sobrevivência diminuem de 7% a 10%” (INEM, 2010).

Os erros de abordagem e leitura das situações, em casos de urgência, não serão tão graves num socorrista (não se lhe esperam qualidades e capacidades extra-socorrismo) como os erros de diagnóstico médico e as suas leituras (CRANDALL e WEARS, 2008). Em casos complexos e de incerteza, mais rapidamente se opta pelas “estratégias de rapidez e geralmente satisfatórias”, o “modelo de decisão naturalista”.

Sendo embora um quadro de actuação por modelos e em princípio simplificado e limitativo quanto ao tempo e âmbito da sua intervenção, o socorrista debater-se-á por definição num incidente com um “problema” – as circunstâncias são ou poderão ser “perturbadoras, de incerteza e possivelmente irrelevantes”, do que resultará um “diagnóstico” criado por percepções (ZSAMBOK e KLEIN, 1997; LEMPERT, POPPER e BANKES, 2003; ARI, 2007).

Historicamente, nalguns aspectos um pouco forçado mas tendo em conta a filosofia da actuação dos socorristas, poderá dizer-se que em Portugal o conceito remonta aos cavaleiros hospitalários, pelo historial da sua actuação, e se prolonga nos dias que correm, noutra vertente, na prestação de socorros nos modernos teatros de guerra ou catástrofes (ANATALINO, 2010).

Um socorrista é aquele que, por definição repetida nos manuais, com o mínimo de técnicas e recursos e o máximo de inventiva e coragem perante o risco, assiste quem precisa e, no limite, às vezes com poucos conhecimentos das coisas vitais, pode salvaguardar a existência de alguém.

Os Cavaleiros Hospitalários, da Ordem dos Cavaleiros do Hospital de São João, criada por João o Esmoler, surgiram após a primeira Cruzada, no século XI, para assistirem e tratarem os peregrinos nas Terras Santas. A história conturbada das guerras político-religiosas da humanidade desde então remeteu a sua actuação ao que hoje se conhece por

Ordem dos Cavaleiros de Malta, organização assistencial mas também vocacionada para o socorro de urgência em emergências e desastres (ANATALINO, 2010).

É apenas apontamento de passagem, mas reza para a história a importância dos templários e hospitalários, coetâneos e convergentes, por vezes, seus símbolos e filosofia de actuação. Contribuíram tal como os pedreiros livres no fluxo e refluxo da história, na formação da nação portuguesa, na expansão do seu império e, num exemplo mais próximo da realidade abordada, na gestão dos hospitais da Cruz Vermelha e da Santa Casa da Misericórdia (ANATALINO, 2010).

Noutro sector, e aqui apenas pela nobreza da sua missão pois ela na realidade pouco ultrapassava o campo dos primeiros socorros tal como hoje os consideramos, destaque-se o papel dos enfermeiros e paramédicos pára-quedistas nas guerras coloniais. De destaque pelos obstáculos de ordem sociopolítica que extravasavam a dificuldade do seu trabalho, Portugal teve a partir de 1961, uns meses apenas sobre o início das guerras, e até ao seu termo, em 1974, 47 enfermeiras pára-quedistas (As grandes Operações da Guerra Colonial, 2010) nos então teatros de operações ultramarinos de Angola, Guiné e Moçambique.

Assim, em Portugal, os primeiros socorros evoluíram desse conceito universalista e de benemerência e socorro indiferenciado, sempre em reformulação e tentativa de melhoramento e universalização, para melhor prestação de ajuda em casos de emergência.



### Capítulo III:

## Historial dos primeiros socorros em Portugal

A capacidade de decisão do socorrista está “hiper-diminuída” desde o último quartel do século passado. Foram perdidos processos de aprendizagem e concomitantes capacidades e poder de decisão sobre as vias e métodos a seguir, até pela redução do menor saber adquirido na formação. Actualmente, o socorrista opera treinado para “cumprimento de normas pré-estabelecidas, testadas”, por força da decorrente massificação e vulgarização do ensino dos primeiros socorros, de acordo com o balanço de um reconhecido especialista e veterano do sector, o primeiro director da Protecção Civil ainda em génese no país, Manuel Velloso (2010).

Manuel Velloso<sup>9</sup> (2010), saído da escola de formação em pronto socorro multivalente, trabalha agora numa outra vertente, a capacitação de indivíduos ou grupos no modelo das Equipas Comunitárias de Resposta de Emergência (CERT, *Community Emergency Response Team*, dos Estados Unidos).

“Eu tenho o meu FOG (*Field Operations Guide*), olho e vejo os procedimentos que vou tomar; está arrumado. Isso retirou grande parte da vertente do assumir-se, como ser pensante, alguma decisão”, segundo a sua análise da evolução do trabalho do socorro de emergência: “A massificação reduziu as competências do socorrista. Mas gerou mais socorristas.” (VELLOSO, 2010).

Em Portugal, na sua opinião, a opção pelo modelo anglo-saxónico – refira-se que é baseado em padrões de reconhecimento, a linha de acção adoptada para o quadro desta dissertação – traduziu-se em prescindir da tradição de dar aos socorristas “muita bagagem, no sentido em que possa resolver situações e decidir – ou seja, possa liderar gente da sua comunidade para a realização de acções tendentes à protecção das pessoas e dos bens” (VELLOSO, 2010).

---

<sup>9</sup> Presidente da Associação Nacional dos Alistados nas Formações Sanitárias (ANAFS), antigo director do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil,

“Nós, latinos, que temos um coração e acima de tudo uma cabeça, isto é de ir às lágrimas!, adoptámos o procedimento anglo-saxónico: não deixamos que se pense muito, pretendemos que se siga aquele protocolo” (VELLOSO, 2010).

O primeiro socorro perde-se na memória dos homens e o bom samaritano<sup>10</sup> será um relato bíblico da abordagem socorrista e, segundo Manuel Velloso (2010), é depois o surgimento do direito humanitário que universaliza o conceito moderno da sua missão.

Segundo Manuel Velloso (2010) no abstracto é um trabalho que se desenvolveu historicamente na ocorrência de grandes catástrofes e pandemias, com destaque para o trabalho desenvolvido por religiosos, como o caso de Carlos de Borromeu, bispo de Milão, no século XVI.

“Os primeiros socorros põem-se em prática nas grandes catástrofes mas acima de tudo pelos exércitos em movimento. É o conflito, a pedra de toque de todas estas coisas. Tudo o que tem a ver com o primeiro socorro advém da experiência militar. É a cirurgia de urgência, a aplicação do garrote, as técnicas que ainda hoje se utilizam, no caso das técnicas de Trueta<sup>11</sup>, que depois vão ser aplicadas durante a II Guerra Mundial. Um dos seus discípulos dilectos, [Eric] Bywaters, vai desenvolver todo o conhecimento da síndrome de esmagamento. Vai explicar por que se dá nas pessoas que estão soterradas, fazendo o grande conhecimento inicial do choque”, comentou Velloso. “Todo o desenvolvimento deste conhecimento tem a ver com o campo da batalha” (VELLOSO, 2010).

Citou a divulgação do espírito e das técnicas socorristas dos exércitos napoleónicos e austríacos, comentando que por via deles surgiu “aquilo que representa uma estrutura organizada da acção socorrista, na batalha de Solferino<sup>12</sup>, onde se dão os primeiros passos

---

<sup>10</sup> E respondendo Jesus, disse: Um homem descendia de Jerusalém a Jericó, e caiu em (mãos de) salteadores, os quais também o despojaram, e dando (-lhe muitas) pancadas foram-se, deixando (-o) meio morto (...) Porém, um certo samaritano, que ia de caminho, veio-se junto a ele, e vendo-o, moveu-se a íntima compaixão. E chegando-se, atou-lhe as feridas, deitando-lhes nelas azeite e vinho; e pondo-o sobre a sua cavalgadura, levou-o a uma estalagem, e teve cuidado dele. (...) Lucas, X, 30, 33 e 34 (Bíblia Ilustrada, Círculo de Leitores e Assírio & Alvim).

<sup>11</sup> O catalão Josep Trueta notabilizou-se pelo tratamento dos feridos na Guerra Civil espanhola (1936-39), tendo-se posteriormente instalado no Reino Unido, cuja cidadania adoptou. Descobridor ou precursor da dupla circulação sanguínea nos rins, da osteoartrite da anca e da osteoporose.

<sup>12</sup> Batalha a 24 de Junho de 1859 entre franceses comandados por Napoleão III e piemonteses comandados por Vitor Manuel II contra austríacos comandados por Francisco José I, perto de Solferino, na província de Mântua, no âmbito da segunda guerra italiana de independência. Os austríacos perderam mais de 20 mil e os franco-italianos mais de 15 mil homens. Os soldados feridos foram socorridos por voluntários e população, sem distinção de nacionalidades (várias fontes e <http://www.solferino.lombardia.it/>).

para um direito internacional humanitário” moderno. Aqui emergiram as sociedades para assistência no campo da batalha e a Cruz Vermelha: “O importante é as pessoas sentirem que, mais do que a mobilização do cidadão comum, para ajudar, importa convencer os exércitos em campanha a juntarem esforços no socorro a qualquer dos contendores que estejam no campo de batalha. O padre tocar a rebate, o povo já vinha – para roubar os tipos, que lhes pediam uma pinga de água. E depois dava-lha...” (VELLOSO, 2010).

Solferino ficou para a história também por ali se fazer a utilização da população em paralelo à organização da estrutura militar de saúde, transformada toda a gente em socorrista voluntário: “O cirurgião civil vai ombrear em amputações com o cirurgião militar – um francês, um sardo, um austríaco, um civil – todos a cortar pernas e braços” (VELLOSO, 2010).

A formação em pronto socorro, como começou por ser chamado, ganhou nessa fase o maior destaque e no nosso país também porque, “durante a II Guerra Mundial, Portugal esteve sujeito a entrar, por um ou por outro lado. Graças à sapiência de Salazar, que dava uma coisa com uma mão e outra com a outra mão, saímos airosos” (VELLOSO, 2010).

E assim, dessa fase, resultou reforçada a Cruz Vermelha enquanto organização vocacionada para operações em tempo de guerra: “É o esteio de uma estrutura bem montada dos serviços de saúde militares. Na I Guerra, já tínhamos tido 54 enfermeiras militares, mas ninguém fala nisto” (VELLOSO, 2010).

A Cruz Vermelha Portuguesa teve assim estrutura montada e trabalho desenvolvido na área da formação, como o caso do manancial deixado pelo coronel Carlos Lopes. E “durante a II Guerra, Salazar fez uma coisa muito curiosa – agarrou em três oficiais da Cruz Vermelha, o tenente-coronel Campos e Sousa, o capitão Norte da Silva e o tenente Fernando de Almeida e mandou-os para Inglaterra. Em 1941/42 apanharam o *blitz* em Londres e viram como os ingleses se organizaram comunitariamente para responder, como estava a sua defesa civil” (VELLOSO, 2010).

Os três oficiais tentaram incutir o espírito e as técnicas de defesa civil na Cruz Vermelha mas o governo optou pela Legião Portuguesa, criada na esteira da Guerra Civil espanhola e no temor da invasão bolchevista (VELLOSO, 2010).

“Acabou a guerra de Espanha, as estruturas estavam mais bem organizadas, bolchevistas havia mas controlados pelas polícias, e a Legião estava a ficar sem espaço de

manobra. [Salazar] criou a Defesa Civil do Território, no âmbito da Legião Portuguesa. Em Portugal, a protecção civil nasce em 1942, coisa de que se não fala” (VELLOSO, 2010).

“Mas a verdade é que a Defesa Civil do Território cumpre a sua missão. Inicialmente mal, muito virada às preocupações da guerra, e pós 49, com a criação da NATO, muito virada para a Guerra Fria. Enquanto director nacional da Protecção Civil, ainda utilizei prospectos, meios de divulgação, provenientes dessa época em relação à NRBQ<sup>13</sup>. Um trabalho invulgar” (VELLOSO, 2010).

Em cooperação com a Cruz Vermelha, que então fazia “uma formação de socorristas um bocado elitista”, passou-se para a formação intensiva, nomeadamente com a criação da sua Secção Técnica da Inspeção das Formações Sanitárias, em 1954 (VELLOSO, 2010).

“Vai ser um órgão especificamente dedicado à formação de técnicas de salvamento, de prontos socorros”, disse Manuel Velloso (2010). “Essa secção técnica vai a pouco e pouco evoluindo para outra estrutura, e pelos anos de 70 dá origem ao Centro Técnico de Socorrismo e, depois do 25 de Abril, à Escola de Socorrismo”.

A massificação do socorrismo em Portugal traduziu-se a partir de 1964 com formação de socorristas nos locais de trabalho, mediante protocolo com o ministério das Corporações e Previdência Social, e em dez anos preparou mais de 50 mil voluntários (VELLOSO, 2010).

Entretanto, lembrou, criara-se em 1971 o Serviço Nacional de Ambulâncias, e prepararam-se os primeiros socorristas rodoviários, particularmente polícias e bombeiros. Lançou-se a par o curso de oxigenoterapia, basicamente de reanimação de vítimas, a preparação dos chamados técnicos de emergência e divulgaram-se manuais englobando o conceito do socorrista enquanto líder de equipa de emergências (VELLOSO, 2010).

A partir de 1976, funcionou a Escola de Socorrismo da CVP mas o ensino dessas matérias foi desaparecendo, na sua opinião, por força da transformação dos currículos e desinvestimento na área, que se traduziria ainda na redução da carga horária dos próprios socorristas, passando das 780 horas à época para as pequenas cargas horárias dos presentes cursos (VELLOSO, 2010).

---

<sup>13</sup> Guerra Nuclear, Radiológica, Bacteriológica e Química.

A situação, em geral, leva a que Manuel Velloso (2011) dissesse que a reserva de socorristas portugueses de algum modo o não tranquiliza: poderiam aparecer-lhe, em momento de necessidade, “não grupos mas bandos de socorristas”.

Assim, a título de exemplo, disse que mesmo na ANAFS, com 560 membros, socorristas a 90 por cento, em caso de necessidade, só recorreria aos 108 membros das equipas formadas e de treino continuado em grupo (VELLOSO, 2010).

Mas, sublinhou, o esforço destes grupos é feito no trabalho junto de comunidades, promovendo equipas para eventual intervenção local em emergência, nomeadamente em parceria com a Gebalis<sup>14</sup>, e divulgando programas nas escolas para sensibilização das crianças para estas questões (VELLOSO, 2010).

“É pouquinho, conseguimos formar dez mil crianças nos Cinco Gestos do Socorro<sup>15</sup>”, comentou. “Deviam ser as estruturas governamentais a promover isso mas, num exemplo de ir às lágrimas, na composição da Comissão Nacional de Protecção Civil, quem é que falta lá claramente? – o representante do ministério da Educação. Isto diz tudo, não está quem representa a formação do cidadão desde pequenininho” (VELLOSO, 2010).

A experiência no terreno leva a que este veterano não menospreze nem a “dor vicariante” que o cidadão comum sente por empatia com as vítimas das grandes catástrofes, que os *media* lhe tornam próximas, nem as sequelas do trabalho do socorrista no que concerne ao *stress* pós traumático, reconhecido nos combatentes na sequência da II Guerra Mundial, mas nos socorristas somente desde os anos 80.

Já a sua visão dos socorristas, enquanto agentes românticos do bem e da generosidade cega, é prosaica: “eles funcionarão sobretudo num quadro em que *‘l’aventure c’est l’aventure’* e depois por gostarem de ajudar os outros” (VELLOSO, 2010).

“Mas, para mim, muito daquilo que as pessoas tentam ver no socorrista é o que eles próprios tentam atingir, o serem diferenciados no seio da comunidade” (VELLOSO, 2010).

Quanto a si, num relato cândido de contraponto ao que camaradas seus identificaram como o pico de adrenalina quando partem para prestar socorro, disse que sentiu basicamente pânico puro, por temor do que iria enfrentar.

---

<sup>14</sup> Gebalis, Gestão dos Bairros Municipais de Lisboa.

<sup>15</sup> Programa desenvolvido pela ANAFS para crianças do Ensino Básico e do 1º Ciclo (6 a 9 anos), com a colaboração das escolas, tendentes a prepará-las para Identificar riscos, Pôr em prática e difundir gestos que visem evitar o acidente - Conhecer o Número Europeu de Emergência – 112 e saber utilizá-lo - Identificar situações que colocam em perigo a vida de qualquer pessoa - Saber actuar perante situações de emergência e de urgência, em [http://www.anafs.com/5\\_gestos/programa%205%20gestos%20de%20socorro.pdf](http://www.anafs.com/5_gestos/programa%205%20gestos%20de%20socorro.pdf)

“Devo ter feito centenas de serviços mas, sempre que entrava numa ambulância, tinha uma angústia! E quanto mais me preparei, quanto mais avancei no meu conhecimento, mais angústias tinha. É um momento endiabrado, não sabemos o que vamos ver, se estamos à altura da situação”, disse. “Angústia até chegar lá. É normal irmos no carro, com aquelas cangalhadas todas, ir a voar para tentar chegar o mais depressa possível, e o que vamos a fazer é a bombardear constantemente a nossa central para nos dar mais dados. Quanto mais dados, menos angústia. Se eu perguntar a todos os meus camaradas com alguma experiência e boa formação, todos dizem isto” (VELLOSO, 2010).

Agora, contou, já por uma vez se meteu atrás de duas ambulâncias que iam em perfeito *slalom* de emergência, a acompanhar o seu andamento, e conhece camaradas que sentem nostalgia pelo trabalho de campo (VELLOSO, 2010).

Em síntese da sua experiência e do quadro em que trabalham os socorristas, Manuel Velloso (2010) afirmou que “quase me atrevia a dizer que há pânico por aquilo que vamos encontrar. Quando lá chegamos, tudo isto desaparece – aí já estamos a ver e já somos capazes de decidir. No carro, estou virado para trás a dizer, prepara o AMBU<sup>16</sup>, uma atropina, umas adrenalinas, o aspirador<sup>17</sup>... Eu estou a preparar tudo, o possível e o imaginado, com dez protocolos a entrar pela cabeça. Isto é bom quando os *centralistas*<sup>18</sup> são de mão cheia, e mantêm a pessoa na mão, vão-nos perguntando coisas e vão-nos transmitindo. Quanta mais informação mais preparação, operacional e mentalmente.”

A diferença de actuação estará na preparação de base, além da prática: “Um socorrista menos qualificado fica agarrado ao protocolo. ‘Qual é o algoritmo? 30-2<sup>19</sup>. Levas com 30-2, estejas morto ou mais ou menos’. Se queremos fazer massificação do ensino do primeiro socorro, não se pode pedir que o socorrista tenha muita margem de decisão” (VELLOSO, 2010).

No seu caso, por várias vezes foi contra o protocolo e, conforme o cartapácio diz, porque era mesmo a alternativa – ou a vítima a seu cuidado morria ali, “afundando-se” como já estava (VELLOSO, 2010):

---

<sup>16</sup> Instrumento e mecanismo de ajuda à respiração assistida, bolsa de ar comprimível pelo socorrista com máscara incorporada,, da sigla Air-Shields Manual Breathing Unit (unidade de ventilação manual compacta).

<sup>17</sup> Aspirador cirúrgico, para sangue e secreções.

<sup>18</sup> Operador da central telefónica, que deve manter o contacto com a vítima ou pessoa que a ajuda no momento e a equipa de socorristas que vai ao seu encontro.

<sup>19</sup> 30 compressões cardíacas e duas insuflações por minuto, nos casos de paragem cardiorrespiratória.

*“Tínhamos ido para um acidente em Braga, complicado, e estava a fazer estágios com duas enfermeiras para o pré-hospitalar. Chovia imenso, as catraias só de bata; o homem saiu, sentámo-lo na ambulância. ‘Bati aqui’, disse ele, e não lhe dei muita importância. Tinha um traumatismo craniano. Mas a mulher não se podia mexer. ‘Vamos tirá-la para a maca’, era um radimax, um meio plano, ‘e depois levamo-la para a ambulância’. Apanhámos uma carga de água mas lá retirámos a mulher. Não estava mal, mas havia alguma dificuldade ventilatória. Ela tinha um corpete, daqueles com cordas cá atrás. Quando tiro o corpete, aquelas banhas todas saem e ela começa a afundar... O que estava a manter tudo no sítio era o corpete. Um pneumotórax sufocante, era o que ela tinha. E eu fiz uma coisa que não se faz, agarro no corpete, meto-lho, em ligaduras, e aperto-a toda outra vez. E as enfermeiras, ‘Ela vai morrer’ – ‘Mas vai morrer com o corpete, assim isto volta tudo ao sítio, agora toca a levantar o tronco, e oxigénio, oxigénio...’. Foi uma decisão contra um protocolo mas ou fazia aquilo ou ela morria ali”.*

Para Manuel Velloso (2010), a destrição da actuação do socorrista por intuição, caso a caso, é uma leitura errónea da abordagem do socorrismo. Ele prefere distinguir entre os conhecimentos indutivo e dedutivo, “um tem a ver com a experiência e o outro o podemos acompanhar as coisas com algum conhecimento científico. Vamos a ver o que é e porque é que é. Não é possível a alguém ensinar como tratar uma fractura exposta se nunca viu uma fractura exposta”.

A actualidade e a prática permitem já fazer um balanço da actividade do socorrista, que antes, e até por força das insuficiências do sistema, foi “um paramédico, no sentido em que deveria manter a pessoa viva até à chegada de socorros mais qualificados ou até à chegada ao hospital. Mas, antigamente, se a pessoa estava mal chamava o médico e só depois é que poderia ir para o hospital” (VELLOSO, 2010).

Da sua experiência, contou casos hoje improváveis (VELLOSO, 2010):

*“Recordo-me de inúmeras vezes o meu pai<sup>20</sup> ser chamado e lá íamos – era um edema do pulmão ou outra coisa qualquer; o problema era resolvido em casa e só depois é que se ia para o hospital. Socorrista recém-formado, fui chamado a assistir D. Cármen, que caiu pelas escadas abaixo. Ela tinha feito a fractura do rochedo<sup>21</sup>, um traumatismo craniano com hematoma subdural, e fiz um exame neurológico primário. Ela lembrou-se de vomitar para cima de mim. Eu novito..., ela vomitava e eu vomitava, os dois a mielas. Telefonei ao meu pai, descrevi a coisa, e ele falou com um cirurgião, viriam ‘a seguir, atenção ao perigo de aspiração do vómito’. Chegaram, ‘não vale a pena estar a mexer nisto, fica aqui a ver como evolui’ – e morreu em casa. A idade e a gravidade da lesão levaram a que o cirurgião decidisse que trepanar, etc., era uma coisa muito complicada. Se ela se aguentasse valia a pena mexer, se não, não. Ainda lá fiquei, a manter o soro. Ou seja, um socorrista podia fazer isto – e tinha um estatuto”.*

Em síntese, na sua opinião, a actualidade e massificação do socorrismo leva a que “o socorrista resolve uns casos... Há mais gente a poder resolver. O mínimo que se dava de curso era 60 horas e agora, doze ou oito – não se pode aprender a mesma coisa. Nós imobilizávamos tudo – hoje, quando pergunto, ‘Não, a imobilização do fémur não se faz, não vale a pena’. ‘Levantamentos?’, ‘Não, isso vêm outros fazer.’” (VELLOSO, 2010).

Mas os primeiros socorros valem-se, pelo que se verá no levantamento seguinte, do mínimo de meios e do máximo de inventiva e formação.

---

<sup>20</sup> O médico Carlos Velloso, autor do Manual de Primeiros Socorros, aprovado pela Cruz Vermelha Portuguesa, edição de autor, 1974

<sup>21</sup> Do osso temporal, constituído por escama, osso timpânico e rochedo ou pirâmide pétreo. No adulto, estão soldados e são a escama, o rochedo e a mastóide.

## **Capítulo IV:**

### **Evolução do socorrismo, por gerações com o segredo do limão em bom estado**

Não virá apenas das necessidades da guerra: o socorrismo virá da parcela da humanidade desperta para o sofrimento doutrem. Virá da tradição do gesto de palpar, de descobrir e pressionar por acaso a junção certa de músculos e eventualmente descobrir como se pode sustentar uma hemorragia.

Vem certamente da curiosidade e empenho em ajudar o outro, porque padece. Aprende-se a socorrer porque se faz algo tão simples como lavar uma ferida, dar a mão a quem sofre de algo para lhe transmitir apoio na desventura.

Mais atentos estamos hoje às vítimas de grandes catástrofes, ao sofrimento das multidões, às imagens chocantes dos combatentes em *flashes* de televisão. Longe vão as coberturas prolongadas de operações militares ou civis para tratar, transportar e proteger vítimas, sejam quais forem e onde forem. Nos conflitos actuais, mas particularmente na Guerra do Vietname, as operações de socorro de vítimas, em braços ou em macas, debaixo de fogo inimigo, perturbam as consciências nacionais e alimentam as campanhas antibelicistas.

Presentemente, essas imagens são mais usadas para campanhas de alerta ou peditórios para sustentação de operações de índole antibelicista ou de ajuda humanitária. Incógnitos nesses cenários são os incontáveis socorristas que acodem em ajuda a alguém, invisíveis são os socorristas que esforçadamente exercem essa função, em serviço ou voluntariamente.

Parece ser comumente aceite o conceito de que o socorrismo é um acto de voluntariado, generoso e gratuito. Haverá que acrescentar-lhe alguma dose de aventureirismo, porque não se sabe ao que se vai e para onde se vai quando é preciso, sobretudo se fora de portas.

Em era de missões humanitárias proliferando, o socorrista calha ser também um funcionário de uma organização para tal vocacionada. Raros serão já os actos isolados de voluntários descobrindo o mundo e a humanidade quando parte em ajuda de alguém ou em apoio a alguma causa em alguma parte do mundo, como aconteceu na Guerra Civil de Espanha. Quanto mais não seja, não estará enquadrado.

Mas talvez tão simplesmente, fazer socorrismo continua a ser por filosofia de missão “socorrer a vítima de forma a que a sua doença não se agrave, dando-lhe tempo a ser socorrida por um médico ou um enfermeiro, ou providenciando para que o seu transporte até estes se faça na melhor forma possível e sem qualquer perigo” (VELLOSO, 1974).

Na altura em que esta definição foi divulgada, há quatro décadas, o socorrista era definido como “socorredor”, não se punha em causa a adaptação da sua à boca da vítima para prestação de respiração artificial e, sendo necessária “massagem cardíaca”, o algoritmo era então de 1/5, uma insuflação e cinco compressões por minuto<sup>22</sup> (VELLOSO, 1974).

Em contraponto, no plano nacional, estava expresso que há quatro décadas “todo o ‘socorredor’ em caso de emergência faz automática e obrigatoriamente parte da Defesa Civil”, cabendo-lhe com disciplina, calma e consciência cumprir e tentar fazer cumprir instruções dos comandos e, a par, combater o boato, “de efeitos tão perniciosos como os de uma bomba atómica” – isto em tempos de paz (VELLOSO, 1974).

Para tempo de guerra, acresciam-se instruções para os riscos de agressão militar de origem nuclear, biológica e química, estando prevista a sua actuação em conformidade e ainda que as populações estariam alertadas por toques de sirene de três a cinco minutos e de pequenos toques em série para assinalar o seu termo (VELLOSO, 1974).

Ao socorrista cabia, nesses eventuais momentos de crise, além de toda uma série de trabalhos de primeiros socorros e organização, fazer a “marcação de feridos” - “escrevendo na testa da vítima a vermelho com um lápis, com batom, ou como próprio sangue do ferido certas letras”<sup>23</sup>, para seu melhor encaminhamento e tratamento (VELLOSO, 1974).

---

<sup>22</sup> Presentemente, o algoritmo de suporte básico de vida no adulto é de duas insuflações iniciais eficazes em cinco tentativas possíveis, de cinco em cinco segundos, seguidas de 15 compressões torácicas e duas insuflações, alternadamente, caso não ventile nem tenha sinais circulatórios.

<sup>23</sup> X significava prioridade de transporte para hospital, XX envenenamento ou intoxicação com gases de guerra não vesicantes, C contaminação com gases vesicantes ou com agentes de guerra biológica ou doente

Pela curiosidade, e porque serão das circunstâncias mais complexas para um socorrista, a abordagem do parto de emergência passava historicamente por ter à mão “um limão em bom estado”, para deitar uma gota nos olhos do recém-nascido, e pela ainda hoje vital fita de nastro, para laquear o cordão umbilical (VELLOSO, 1974).

Do rol de necessidades, à falta de médico, enfermeiro, parteira e meio de transporte adequado, o socorrista era - e continua a ser - aconselhado a nada fazer durante o processo, para lá de criar condições de conforto à parturiente e afastar os curiosos (VELLOSO, 1974).

Da sua lista de apetrechos, embora hoje haja um manancial de material possível, contava-se o que actualmente é ainda o fundamental: “arranjar uma tesoura, fita de nastro ou cordão, álcool e algodão, limão em bom estado, duas toalhas turcas”. Nascido o bebé, se não chorasse e considerando-se que teria poucas hipóteses de fazer ventilação, haveria que vigiar as suas respostas e, em caso extremo, aplicar-lhe “uma muito cuidada respiração artificial” (Breves apontamentos de primeiros socorros [policopiado], s.d.).

Mas antes, no fim dos anos 30, a preparação para esta e outras emergências era bem mais complexa. O socorrista era um paramédico e a sua formação incluía textos mais próximos da abordagem clínica, cabendo-lhe actos que hoje são vedados mesmo ao mais preparado e treinado dos profissionais, pelos protocolos em vigor.

No caso específico dos partos de emergência, aqui trazidos do manual da época para exemplo da variação e evolução da informação dada ao socorrista, a abordagem a tentar era incluída no capítulo de “acidentes génito-urinários, em parto acidental ou imprevisto” (Breves apontamentos de primeiros socorros [policopiado], s.d.).

Sendo possível, a parturiente deveria ser levada “num automóvel, trem ou maca e o mais de-prensa possível, a casa ou ao hospital mais próximo”; caso não, as instruções são claras pela ausência – tornar a mãe o mais confortável possível e depois “colocar a criança entre as pernas da mãe, envolvendo-a em roupas finas” e protegê-la “da acção do frio, que lhe pode ser nociva” (Breves apontamentos de primeiros socorros [policopiado], s.d.).

Era admissível à época deixar assim a criança algumas horas, a menos que se rompesse o cordão umbilical, que deveria então ser laqueado. Mas o socorrista era mais

---

contagioso, R doente com radioactividade, H hemorragia grave, G garrote aplicado, M morfina aplicada, segundo VELLOSO, Carlos, Manual de Primeiros Socorros, aprovado pela Cruz Vermelha Portuguesa, edição de autor, 1974.

alertado para questões que hoje se relevam, por força de melhor higiene e assistência clínica geral e transportes e comunicações facilitados: a eclampsia puerperal, bem como o seu tratamento. Outra questão abordada eram as cólicas das mulheres nas épocas calameniais<sup>24</sup>, tratáveis entre outras medidas com “xarope de codeína” (VELLOSO, 1974, pp. 425–430).

Hoje, o socorrista tem à sua disposição um “*kit* obstétrico”<sup>25</sup> e um conjunto de instruções sobre medidas a tomar, de molde a proteger tanto a mãe de laceração do períneo como o recém-nascido. Pode não dispor de nada do que o *kit* prevê, e pode ter que ficar-se pela velha fita de nastro e pelo limão; contudo, pode já contar com muitas hipóteses de comunicações com técnicos e ambulâncias especiais para transporte e acompanhamento da parturiente e do bebé, caso entretanto nascido (VELLOSO, 2004).

Esta nota sobre a evolução da abordagem de um incidente apesar de tudo possível na actualidade, mais frequentemente resolvido por equipas de socorristas de uma qualquer corporação de bombeiros, traduz apenas a transição do tempo e das técnicas a executar por um universo limitado de pessoas.

Na época em que o limão e o nastro eram o segredo da eficiência na ajuda a um parto de emergência, porque pouco mais havia com que contar, eram vivas as memórias de conflitos e o trabalho centralizado na Cruz Vermelha, na missão de que se assumia símbolo: a prestação dos cuidados de primeiro socorro indistintamente de quem e onde os requeresse.

Era na altura uma organização com “curta existência” em Portugal, definida pelos socorros fornecidos “às expedições coloniais a Moçambique (1891 e 1895), à Índia (1895), à Guiné (1894), ao sul de Angola (1904) e o que tinha preparado em 1906 para a expedição ao sul de Angola; as valiosas remessas de dinheiro e material sanitário enviadas às Sociedades da Cruz Vermelha de Espanha, Estados- Unidos, Grécia, Japão, Gran-Bretanha, Transwaal e Orange; os socorros organizados em 1909 a favor dos sobreviventes dos

---

<sup>24</sup> Fora desta referência, incluindo dicionários e busca na Internet, somente foi encontrada uma obra do século XIX que identifica o período menstrual como a época calamenial das mulheres.

<sup>25</sup> O *kit* deverá inclui dois lençóis, um de resguardo e outro de campo, uma manta para protecção do bebé, uma máscara de uso individual, uma bata ou avental, um par de luvas esterilizadas, um dispositivo de aspiração de secreções do bebé, uma tesoura ou bisturi, um par de *clamps* ou fita de nastro, dois pensos higiénicos, duas embalagens de compressas esterilizadas, duas embalagens de compressas com desinfectante e um recipiente para recolha da placenta, em Formação Complementar de Socorrismo, Escola de Socorrismo, Cruz Vermelha Portuguesa, 1ª edição, 2004.

terramotos da Sicília, Calábria e Ribatejo e os prestados no movimento revolucionários que em 1910 derrubou a monarquia” (LOPES, 1939).

O apelo era na época feito para que enfermeiras aderissem à causa do socorrismo, sobretudo tendo em conta um factor, e particularmente em teatros de guerra – a natureza “sentimental, corajosa, afectiva e carinhosa” das mulheres.

Pugnava-se então, tal como hoje, para o reconhecimento de que “o ferido de guerra tem de ser tratado como um doente de importância e respeitado como um homem indefeso, não se devendo esquecer nunca que veio buscar a sua lesão ou expor a sua vida ao local em que com mais honra se morre ou com mais nobreza se luta” (LOPES, 1939).

Figura fundamental neste quadro foi o médico português José António Marques, cirurgião aos 20 anos e que veio a ser o fundador da Cruz Vermelha em Portugal. Em Agosto de 1842 foi nomeado cirurgião ajudante para Caçadores 30 e participou no congresso de Genebra que, em 1864, debateu a neutralização dos serviços de saúde militares (CVP, 1926).

Foi de sua iniciativa juntar-se ao rol de todos feridos os militares doentes, para sua abrangência pelo estatuto de neutralidade, contra a proposta inicial de considerar neutrais apenas os feridos graves (CVP, 1926).

O socorrismo desde então evoluiu, universalizou-se e padronizou-se, extrapolando os campos da morte pelas armas e abrangendo o universo do conflito e da emergência civil, agregando o conceito mais simples, o do socorro imediato ao próximo, a começar pelo lar.



## Capítulo V:

### Primeiros socorros: protocolos, normas e métodos

O socorrista iniciado aprende à partida que, em quase todas as situações sérias com que se deparará, não poderá praticar boa parte do que aprendeu se não em modelos estáticos e nada em pessoas de boa saúde. Aprende também um rol de mnemónicas, a mais importante e universal a PAS – Prevenir, Alertar e Socorrer. Os primeiros dois passos estão ao alcance e são dever de qualquer cidadão mas o terceiro, a prestação de socorro, requer já alguma formação específica (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

Prevenir engloba dois planos, o da prevenção primária – “gestos e acções efectuados com a finalidade de evitarem os acidentes e as situações de doença” – e o da prevenção secundária – “acções aplicadas após o acidente, com a finalidade de diminuir as suas consequências e evitar novos acidentes” (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

Alertar implica o pedido de meios de socorro, por qualquer meio mas mais usualmente por recurso ao 112, o número telefónico nacional de emergência: há que fazer a transmissão do mais completo e mais apropriado conjunto de informações sobre a ocorrência, para permitir a melhor organização do socorro necessário e a enviar (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

Socorrer envolve contudo conhecimentos bastantes para se determinarem prioridades de medidas no local. Inclui a identificação das situações de socorro, essencial para o salvamento potencial de vidas e as intervenções adequadas ou possíveis. O cenário agrega então nova mnemónica: ACHE, por Alterações cardiorrespiratórias, Choque, Hemorragia e Envenenamento (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

Fora estes casos, passa-se ao plano das situações de socorro secundário, em que deverá bastar a estabilização e vigilância da vítima pelo socorrista, até à chegada da ambulância ou carro médico (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

A actuação e intervenção do socorrista, seja a nível individual e fortuitamente, seja em trabalho de equipa organizada no âmbito de uma qualquer instituição de socorro, está

enquadrada no Plano de Acção do Socorrista. Passa pela condição fundamental de contacto com a vítima a seu cargo, e cabe-lhe – além de lhe salvar eventualmente a vida, o caso extremo que justificará todos os seus actos – confortá-la, acalmá-la e com ela colaborar (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

A intervenção do socorrista é emoldurada sobretudo por bom senso, parecendo despreciando nalguns casos a ordenação das diversas medidas e patamares de acção sequenciais. Mas só quem se confrontou com uma situação de emergência e risco deste teor entenderá que é um plano de preparação prévia fundamental, por repetição e ponderação de decisões e medidas protocoladas, nos termos colhidos em formação e de acordo com os protocolos estabelecidos.

Há primeiro que atentar às condições de segurança, do local e de trabalho do socorrista, e eventualmente afastar o perigo da vítima ou a vítima do perigo. Pelos manuais e protocolos, há aqui, podendo ser feito, que observar e interrogar vítima e testemunhas, arriscar um diagnóstico e pedir socorro; fazer a triagem da gravidade, para determinar se é socorro essencial se secundário; e recorrer ao melhor método de recolha e retirada da vítima, movendo-a o menos possível.



**Figura 3 – Passos fundamentais do socorro de urgência**

O processo de decisão do socorrista assenta num Protocolo de actuação mas depende dos meios ao seu dispor e do seu enquadramento - se actuando sozinho, se em

equipa com um ou dois elementos, se até mesmo sozinho em equipa de maior dimensão, com atribuição de uma dada vítima num quadro complexo de emergência, ainda segundo as regras pré-estabelecidas e pela própria natureza da formação recebida.

O seu processo de decisão deverá ser flexível, tendo em conta as circunstâncias e os meios ao seu dispor e, sobretudo, as características da vítima a seu cuidado. O seu trabalho de maior fôlego será a assistência em caso de paragem cardiorrespiratória. Aqui, considere-se o esforço físico, a força constante e consistente e o tempo requerido para continuação da manobra de compressão torácica e possivelmente insuflações até chegada de equipa médica e equipamento adequado. Até lá, o socorrista poderá ter que valer-se apenas de uma máscara de protecção e de luvas descartáveis, pelas regras por que se rege a sua actuação em segurança.

Num quadro óptimo, ainda segundo os manuais, a sua vítima estará em paragem mas de abordagem facilitada, por acesso simples à face e ao peito; em quadro mais preocupante, terá lesões, fracturas e estará ensanguentada, encarcerada ou de capacete blindado escondendo sinais e sintomas, como no caso dos motociclistas.

A metodologia de tomada de decisão e actuação do socorrista assenta no Protocolo definido e actualizado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC, *European Resuscitation Council*), e pela Comissão Internacional de Ligação para a Ressuscitação (ILCOR, *International Liaison Committee on Resuscitation*).

Segundo a definição mais actual, em vigor desde Dezembro de 2010, o algoritmo de Suporte Básico de Vida consiste em trinta compressões torácicas completadas por duas insuflações. Este algoritmo vale para os casos em que a vítima ou doente assistido é um adulto, tendo-se concluído que na maioria destes casos o problema teve origem numa disritmia cardíaca.

Num processo recente de actualização das recomendações em caso de paragem cardiorrespiratória, a Associação do Coração dos Estados Unidos alterou o algoritmo de actuação seja por leigos, por socorristas ou seja por pessoal paramédico. Aconselha o método prognosticado há anos em Portugal – cem compressões cardíacas, fortes e rápidas, por minuto. Para facilitar o processo, a sugestão norte-americana é de o prestador de

socorro actuar acompanhando mentalmente “*Stayin’ Alive*”<sup>26</sup>, que tem 103 batidas rítmicas por minuto<sup>27</sup>.

A ideia é, como cá, prevenir a repulsa ou eventuais riscos da insuflações e sobretudo a perda de tempo na simulação do “coração artificial”. Há diversas abordagens para este problema mas alguns estudos apontam para que há pausas perigosas na aplicação das ventilações, chegando aos 16 segundos – período excessivo de privação de oxigénio no sangue, à falta de compressões torácicas estimulando a circulação<sup>28</sup>.

Em suma, seja qual for o cenário e a aptidão do socorrista, a sua abordagem do problema deverá ser simples à partida – seguir o Protocolo. Em casos óptimos, terá acompanhamento por pessoal habilitado em contacto directo com o 112 ou o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU<sup>29</sup>).

Para os casos abordados neste trabalho, o tempo de prestação de serviço enquanto socorrista dos entrevistados foi diferenciado. Alguns dedicam-se hoje apenas ao socorrismo em piquetes pontuais, já em fim de vida de trabalho mesmo que indo todos os dias à corporação-mãe para dois dedos de conversa e *ver se se passará alguma coisa*; outros, mais jovens, fazem turnos duplos, um de sete horas de serviço seguido de um piquete de 12 horas de voluntariado; outros dedicavam-se na altura apenas ao socorrismo, em boa medida a título de voluntariado, por situação pontual de desemprego e porque nos bombeiros sentiam que poderiam ser úteis a qualquer momento.

Cumprido o seu turno, alguns reconheceram grande fadiga, mas apenas sentida quando saídos do quartel de bombeiros onde prestaram serviço. Lá dentro, o cansaço

---

<sup>26</sup> Canção disco dos Bee Gees de 1977, da banda sonora do filme *A Febre Continua (Saturday Night Fever)*, de 1978, com John Travolta.

<sup>27</sup> Keeping the beat for CPR? Hum ‘Stayin’ Alive’ Study shows the disco hit helps bystanders remember lifesaving rhythm, em [http://www.msnbc.msn.com/id/27221281/ns/health-heart\\_health/t/keeping-beat-cpr-hum-stayin-alive/](http://www.msnbc.msn.com/id/27221281/ns/health-heart_health/t/keeping-beat-cpr-hum-stayin-alive/) (consultado em 13/11/2011)

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> O que é o CODU? O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) é o elo da cadeia de socorro para onde são encaminhados os pedidos recebidos através do Número Nacional de Socorro - 112 - na área da emergência médica. O seu funcionamento é assegurado em permanência por médicos e operadores de central com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento de pré-socorro e selecção e accionamento dos meios de socorro mais adequados a cada ocorrência, preparando a recepção hospitalar dos doentes. Tem à sua disposição a coordenação de diversos meios de comunicação e de actuação no terreno, com sejam as Ambulâncias INEM, as Ambulâncias CODU, as VMER, as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC) e os Helicópteros de Emergência Médica. Através da criteriosa utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor tem capacidade para accionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los aquando da sua prestação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos diferentes doentes. Acessível em <http://www.bombeiros-portugal.net/about11.html>, consultado em 01-11-2010.

aparentemente não se manifestava, por mais longo que fosse o dia à espera de uma chamada ou cumprindo missão após missão de socorro.

*Gostava de fazer mais formação, gostava de me dedicar a isto. Infelizmente, não recebemos assim muito bem. Mas, tirando isso, gostava muito.*

*É um trabalho cansativo. Não noto isso quando cá estou, é mais quando vou para casa. Enquanto cá estou..., não sei se é o gosto.*

*Estive de férias há pouco tempo, oficialmente só voltei de férias hoje. Só que há uma semana que quase não saio daqui. Quanto comecei as férias, tinha necessidade de parar um bocadinho. Tive uma semana. Sinceramente, não consigo saber porquê.*

Centrado este trabalho no princípio da formação contínua requerida, é de esperar que apenas voluntários ou profissionais consigam desenvolver as mecânicas de intervenção e actuação – o chamado Protocolo – de forma eficiente.

Com as mnemónicas, que os podem ajudar em caso de grande aflição, pressão externa ou inépcia, os socorristas repetem os chavões a que recorrem quase sem dar por isso (“cada caso é um caso”) e que em nada lhe fica mal sentirem temor, hesitarem, ponderarem o que fazer até agirem, bem ou mal, mas sem nunca deixarem de tentar (“os heróis estão todos mortos”).

São assim características tidas por fulcrais num socorrista a perseverança, a capacidade de observação e de improvisação, a aptidão para trabalho em equipa e de comunicação, a cordialidade e a predisposição para continuar a aprendizagem no seu campo de actuação (VELLOSO, RIBEIROS e NUNES, 2004).

*(No trabalho dos bombeiros) há uma componente de heroicidade, mais do que nos primeiros socorros. O primeiro socorro é um bocadinho despercebido, não se ouve, não se vê...*

*(Inicialmente) agradou-me a matéria, a tipologia, o entusiasmo de ir na ambulância com a sirene a tocar, a adrenalina a espichar pelas orelhas e pelo nariz (... depois...) nas Formações Sanitárias (da CVP), com o seu carácter*

*militarista, vi alguns antigos militares que achavam graça à carreira militar, era o gosto pelo galão...*

*(Mas o socorrismo) não é coisa de macho, desde a década de 50 que as Formações Sanitárias tinham mulheres, enfermeiras pára-quedistas e da Cruz Vermelha. (...) A componente da disciplina é muito importante no socorro, quanto mais não seja para combater a indisciplina de quem vamos socorrer.*

*Uma carreira de socorrista assenta numa formação base. Na formação escolástica e no desenvolvimento de actuação. (...) Se na escola se ensinar a prática e se depois se não tiver que a aplicar, com as pessoas à volta a gritar, as mães a chorar pelos filhos que já se aperceberam que estão mortos, num acidente rodoviário, os transeuntes e a população a querem interferir no nosso trabalho...*

*(Num acidente multi-vítimas em Corroios, com mais socorristas a trabalhar do que as tripulações das duas ambulância no local), estávamos a estabilizar e a imobilizar as vítimas, no chão; era um misto de atropelamento e embate entre dois veículos, e a população quase nos matava. 'Ó para isto, como é que é possível, estão a treinar nas pessoas, em vez de as levar para o hospital. Morrem aqui as pessoas todas!' Como somos oito e a população 50, não é fácil de sustentar. Vi jeito de a população nos atacar.*

*(...) Se um indivíduo estiver sozinho, com uma vítima, pode sucumbir a todas as tentações que tiver. Até, se não conhecer ninguém, ir-se embora. É muito fácil, só não se perde quem não anda nestas coisas. Mais, vítimas que abordei sabendo que não ia ter êxito... Nem que seja pela dignidade (da vítima, há que) prestar assistência até à morte.*

Todas aquelas qualidades dadas por básicas são fundamentais à sua actuação, mas particularmente importantes nos casos em que é necessário o “socorro psicológico”, quando o “diagnóstico” aponta para ansiedade ou *stress*, seja da pessoa assistida seja dos seus circundantes – quase todos os sinais ou sintomas são ilusórios, podem camuflar casos de doença ou trauma.

Às vezes, fazer o primeiro socorro será tão simples quanto dar a mão, fazer uma carícia – cabe também ao socorrista fazer “primeiro socorro psicológico”, um suporte emocional que poderá ajudar a recuperação de doentes ou vítimas de acidente.

*Eu sou do norte e no norte vemos as pessoas idosas como pessoas sábias, que nos ensinam, uns ídolos, um modo de via a seguir. Que têm sempre mais para nos ensinar. Quando cheguei cá vi que não, velhos para ali, velhos para aqui. Sei lá, gosto das pessoas idosas. Se calhar, às vezes, com os problemas deles, até nos dão ajuda noutras coisas. Sei lá.*

*Ainda outro dia, estivemos duas horas em casa do doente. Para mim foi tempo a mais mas, no fim, serviu para aquela pessoa... Chorou, falou, desabafou. Se calhar, no espaço de seis meses, a melhor coisa que lhe tinha acontecido foi ter chamado a ambulância naquela noite, e termos lá ido nós. Ela não tinha problema nenhum, queria uma ambulância porque estava sozinha (e sentiu-se mal).*

*Tomámos chá de camomila – e, no fim, ela sentia que tinha era falta de apoio, de carinho. Não tinha doença nenhuma.*

*É complicado (socorrer uma pessoa doente de tristeza). Também temos a parte psicológica, preparam-nos para não pensarmos... Somos preparados para actuar em situação de risco, em que não temos muito tempo para pensar no que vamos fazer. Chega a ser tão vulgar fazer uma emergência como estarmos sentados à mesa como uma pessoa vulgar.*

*Nós não somos psicólogos mas temos que saber ouvir e o que vejo é que as pessoas acham que temos que ter resposta para tudo. Temos que ter uma resposta e, muitas vezes, não sabemos onde é que a vamos buscar.*

No seu repositório de mnemónicas, o socorrista deve executar a VOS – Ver, Ouvir e Sentir e aferir da ABCDE, sigla<sup>30</sup> adoptada a partir da designação inglesa para verificação da permeabilidade da via aérea, da ventilação, da função cárdio-circulatória, da função neurológica e da exposição.

Para cada situação, há uma panóplia de siglas e terminologias mais técnicas, para identificação do problema ou sua tipificação, seja para enviar dados para o centro de assistência de socorro seja para eventual actuação no local pelo próprio socorrista.

---

<sup>30</sup> A por *airway* (via aérea), b por *breathing* (respiração), c por *circulation* (circulação), d por *disability* (deficiência), e por *expose and examine* (por exposição e exame).

Em síntese, é uma trama de siglas e dados, decisões e actuações protocoladas, tanto para simplificar o trabalho do socorrista quanto para diagnosticar um problema ou situação e determinar as medidas a aplicar rapidamente. Seguindo-as escrupulosamente, o socorrista desempenha bem o seu trabalho – torneando-as, adaptando-as, violando-as, por vezes poderá talvez ainda ajudar melhor quem precisou da sua intervenção.

Num caso ou noutro, dos socorristas ouvidos, ou se seguiu o protocolo ou se teve também alguma margem de improviso – o segredo de um bom desempenho, pois que cada caso é um caso. Cada socorrista é só a pessoa presente quando alguém dele precisou, de preferência na sua janela de oportunidade de salva-vidas.

Uns são mais voluntaristas, queriam fazer mais do que o Protocolo permite, porque se sentem preparados e formados para tal:

*Temos um Protocolo de actuação que é muito limitado. Era bom que viesse a carreira de paramédico. Tenho cursos que me permitem fazer certas coisas mas que não posso fazer porque o nosso Protocolo não deixa.*

*Se calhar em certas situações, prejudica... Por exemplo, em situações em que tenho uma hipoglicemia de 26, 28, em que a pessoa está inconsciente e que aquilo é tão fácil de reverter, basta canalizar uma veiazinha com a butterfly e injectar duas insulinas, a pessoa automaticamente acorda. Eu não tenho autorização para o fazer. Tenho que esperar que venha uma viatura médica, explicar tudo.*

*E eu estou ali, com um bocado de papa de açúcar a barrar a pessoa, só serve para a manter em banho-maria com muita sorte. Ou seja, estamos a perder tempo, quer queiramos quer não, a pessoa está inconsciente e há sempre algum dano, embora tenha a pessoa a oxigénio. Estamos ali a perder tempo, quando era uma coisa que nós poderíamos fazer.*

*Até hoje, tenho a noção de que morreu mesmo quem tinha que morrer. Embora haja situações...*

*Por exemplo, em questões de pediatria. Uma criança em convulsão é muito simples, basta ter (um genérico), a criança está em casa, em sofrimento, pode entrar em paragem cardiorrespiratória, pode falecer. E é uma coisa tão simples, que é meter (o supositório) no rabinho; não o podemos fazer sem ordem de alguém que esteja lá em cima. Já me aconteceu, fiz o melhor que pude, tentei mantê-la com*

*a via aérea permeável, posição lateral, o caminho todo a dar-lhe oxigénio e a aspirá-la. Cheguei ao hospital, pequei nela nos braços e entrei pela pediatria dentro a gritar 'reanimação, vem a convulsionar desde...'. E pronto. Salvou-se, tá cá, já me veio ver várias vezes. Deu-me muitos beijinhos.*

E outros acham que o Protocolo existe por boas razões:

*A primeira vez que fiz reanimação, já tínhamos a viatura médica lá, recuperámos a senhora. Foi bom. Mas faleceu no dia a seguir.*

*Tornei-me um bocadinho fria, sou uma pessoa um bocado fria. Ou tento ser, fazer com que qualquer tipo de sentimento não me afecte muito, para conseguir.*

*Por isso digo que faço um serviço de cada vez. Cada um fica ali, naquele tempo. Se não fosse assim, nem chegava ao fim do dia e não aguentava este trabalho.*

*(Quanto às normais prescritas e seu contrapeso com a intuição), o Protocolo existe por alguma razão. Não me lembro de ter feito nada e fugido do protocolo.*

Em caso extremo, de acordo com os manuais, o socorrista basicamente fará o Suporte Básico de Vida (SBV), que se resume a insuflações e compressões torácicas depois de verificadas as condições fundamentais de segurança, para si e para a vítima, e do pedido de socorro.

Pelo meio, respirando a vítima, funcionando o seu coração, mesmo que a ritmo muito baixo, o socorrista deverá pô-la em Posição Lateral de Segurança – consoante os casos, incluindo variações para grávida e outras eventualidades de emergência ou risco para o doente ou vítima. As referências situam-se aqui pela razão simples de quase ninguém saber, ou aplicá-la, ou das suas limitações, e porque implica períodos de espera, vigilância e tomada de decisão pelo socorrista sobre medidas alternativas. Havendo esse material, prevê o uso de luvas e máscara, fazendo-se então duas insuflações iniciais, seguidas de trinta compressões torácicas alternadas com duas insuflações, caso o doente ou vítima, sendo adulto para este procedimento, continue sem respirar ou ter pulso (SBV, 2011).

A referência a este padrão de actuação, que todos deveríamos saber aplicar mas poucos o tentamos aprender, prende-se com um aspecto acessório quanto ao conceito de socorro mas fundamental para a segurança e vida do socorrista. Não se sabendo de doenças e maleitas de que qualquer vítima ou doente possa sofrer, com os incessantes alertas de

pandemias e doenças transmissíveis desde o susto universal pela síndrome de imunodeficiência humana adquirida (SIDA) que se arrastam desde os anos 80 do século passado, o socorrista desprovido de material no local poderá limitar-se à aplicação das cem compressões torácicas por minuto (SBV, 2011).

Há os que usam a técnica de pelo menos dois par de luvas cirúrgicas calçados em simultâneo, para poderem descalçá-las – e eventualmente calçar outras de substituição – ao longo do seu trabalho de socorro, por segurança ou por causa de hemorragias abundantes. Há os que acham que, se não tivessem luvas e máscara de proteção e mesmo assim não vissem outra solução, se devotariam do mesmo modo às manobras completas do SBV. Há os que acham que não, isso só em caso de pessoa próxima e conhecida, mesmo não sabendo se sofre de algo que constitua perigo de contágio.

Mas todos sabem de memória que *cada caso é um caso* e que *os heróis já morreram todos*. Mais importante ainda, mesmo sabendo que nestes casos os níveis de adrenalina do socorrista disparam e o seu sistema de auto-vigilância pode fracassar quanto a alertas do seu próprio estado de resistência, esta manobra é extremamente cansativa. Pode levar a que quem a aplica tenha que desistir – o socorro não chega a tempo, a vítima sucumbe ou não, mas o socorrista é, também ele, caso de necessidade de ajuda, pelo menos no plano psicológico.

*A noite já não é tão complicada. Quando entrei, tínhamos uns bairros críticos, passávamos a noite a ir para situações de agressão, tiroteio, em 2003 ou 2004, na noite de Natal, saímos para um tiroteio (...) Já ia uma ambulância... quando lá cheguei, deparei com uns colegas que tinham levado com um cocktail molotov, estavam a vomitar à porta da ambulância.*

*Os colegas do INEM tinham levado com o cocktail e havia gente a pedir para ir lá gente ver, que havia pessoas baleadas. (No local, os socorristas contavam com apoio pela GNR). Quando nos baixámos para tratar uma pessoa com um tiro num joelho, apontaram-nos uma arma às costas, ‘ se tocas no meu amigo és uma mulher morta ‘.*

*Como tinham cadastro, ficariam detidos (se fossem levados para o hospital). Não nos deixaram tocar na vítima. Aconteceu mais vezes. (E nem sempre foi primeiro a segurança pessoal e só depois a vítima, conforme reza o Protocolo), há sempre*

*aquele bichinho, tentar ajudar, tentar socorrer... Muitas vezes, esquecemo-nos disso.*

*Se calhar agora, que tenho um filho com dois anos, já penso um bocadinho mais em mim. Não é não fazer, se calhar já penso duas vezes antes de...*

Assim, confrontado com riscos para si e para a pessoa a quem assiste, o socorrista trabalha em quadro de urgência, tentando avaliar a situação e o estado da vítima de acidente ou doença. E, munido de conhecimentos mais ou menos básicos, intuindo por vezes o que até nem se poderá definir no imediato, em que decidir o que fazer o mais rapidamente possível.



## **Capítulo VI:**

### **Processos de tomada de decisão, uma abordagem sumária do factor intuição**

A intuição, enquanto eventual amálgama do sentir e do intuir nos processos de conhecimento, nada deverá ter a ver com os métodos quantitativos reconhecidos nos modelos mais comuns dos processos de decisão. Estes, assentes num manancial de informação, com margem para identificação de contradições e conflitos nos factores e conhecimento ao dispor, ainda assim falham em condições de “ incerteza profunda” (LEMPERT, POPPER e BANKES, 2003).

Pela definição de que a intuição assenta no recurso à experiência para reconhecimento de padrões-chave que significam e definem “a dinâmica da situação” (KLEIN, 2003), sendo alguma sensação, memória ou sexto sentido que determinam alterações de acção e abordagem, o socorrista funciona também nesse plano. A vítima a seu cargo é o caso em análise e para intervenção, único e incomparável, mesmo que o quadro pareça repetir-se.

*Eu era um péssimo técnico com crianças, envolvia-me emocionalmente com o sofrimento da criança e prestava um mau serviço. Não raras vezes, quando havia crianças envolvidas em situação de emergência, eu fugia das crianças como o diabo da cruz. Não é medo, é saber que a coisa não vai correr bem.*

*Algumas vezes, na manipulação da vítima, tenho que provocar alguma dor, tenho que provocar desconforto. Não posso dizer de maneira nenhuma que um indivíduo não pode chegar ao pé de uma vítima, ver um braço decepado e não se aborrecer com isso – mas com as crianças essa componente era muito mais forte.*

*(Com crianças) eu não era mau, eu era um péssimo técnico de emergência médica.*

Conjugado com esse seu sentir do perigo próprio, em combinação profunda com o intuído e o desempenho requerido para o incidente específico, o socorrista sofre ou trabalha em quadro de sequelas. Se não no imediato, a prazo elas virão – do que disse ou fez, fosse para tranquilizar alguém fosse para evitar excessos emocionais, da vítima ou doente a seu cargo ou dos que lhe estão próximos.

Esse quadro pode vir a determinar desempenhos futuros, de acordo com os relatos recolhidos. Mas, sem exceção, os socorristas ouvidos afirmaram que, mesmo que haja um pequeno embate inicial, logo se lhe sucede o trabalho necessário – e é aí que parece ter maior relevo o peso do Protocolo. Age-se conforme o que se entende necessário imediatamente, com apoio na intuição, esse “modo em que traduzimos a nossa experiência em acção” (KLEIN, 2003).

*Uma jovem de 26, 27 anos... Nunca tinha visto uma coisa assim, estava ela, o marido, a filha, de 4, 5 anos. Eu olhava para ela e via as borbulhas a nascer... Ela comeu um queijo fresco, a primeira explicação foi uma intoxicação alimentar. Mas estranhei, expliquei (ao CODU), eles não acreditaram, ‘eu estou a ver as borbulhas a nascer, pontos de sangue, eu estou a ver...’. Ela estava consciente, cada vez com mais falta de ar, o O2 foi subindo, já tinha aquilo a 15 litros, mandaram transportar. (...mas...) Era meningite. Eram 3h30, 4h00 da manhã, telefonaram para aqui, para se desinfetar a ambulância e eu e o meu colega tivemos que ir para o hospital fazer medicação.*

Em primeiros socorros, trabalha-se com o que grosseiramente serviria a definição de “factores desconhecidos mal expressos por probabilidades quantificáveis”, na definição de Frank Knight de há quase um século (KNIGHT, 1921, citado por LEMPERT, POPPER e BANKES, 2003).

*Todos os casos marcam, uns mais outros menos. Os que me marcam mais é os velhinhos e as crianças. São os casos que apanhamos no dia-a-dia, os velhotes abandonados, sozinhos, sem sequer terem um acompanhante para lhe dar apoio para o hospital. No caso das crianças..., antigamente não tanto..., desde que nasceu o meu filho, começou-me a marcar mais.*

*A situação de crianças que me magoou mais foi há dois ou três anos, uma criança que caiu do nono andar... Fizemos manobras de suporte básico de vida, foi pedido o suporte avançado de vida. Não havia na altura, estava noutra lado qualquer, havia poucas VMER. Fizemos o suporte básico de vida e fomos para o hospital.*

Ainda segundo Knight (1921, citado por LEMPert, POPPER e BANKES, 2003), “é a ‘verdadeira’ incerteza e não o risco” que estão subjacentes à teoria de ganho. Ou, treslendo o conceito, é a incerteza que determina a cadeia de acções de um socorrista operando no terreno, com vítima aparentando uma série de sintomas ou em campo de multi-vítimas.

*O meu primeiro serviço foi um senhor com queimaduras de 1º, 2º e 3º grau. Cheguei lá e não consegui fazer nada. Foi aquele primeiro embate, olhar... É muito giro praticar, mas no local é diferente. Fiquei uns segunditos a olhar, pelo menos nos primeiros serviços (...) Lembro-me principalmente do cheiro a carne queimada. Lembro-me de que bloqueei. Cheguei lá, olhei para o senhor – e agora?*

Um risco está no erro da abordagem e hierarquização dos passos a dar ou a contornar quanto ao Protocolo – e na margem de inventiva ou intuição que o momento ou a prática lhe propiciam. A acção imediata por intuição, mais uma vez, é coisa de fácil entendimento mas de aquisição difícil (KLEIN, 2003) – mas uma vez adquirida, parece inata, um “extensão natural da experiência”.

*Num fogo florestal, com 12 crianças numa escola, fui para o local, que conhecia, e apercebi-me e que não conseguia passar (pela estrada mais curta). Tomei a decisão de ir com os meus homens pelo caminho mais longo. Se eu não passava por ali, nenhuma ambulância passava. E fomos quem chegou primeiro.*

*Aguentámos a situação por 45 minutos, até chegar mais alguém. A prioridade era tirar as crianças dali. Podiam inalar fumos, eram as pessoas de maior risco na aldeia. Mas depois já havia os pais, pelo menos mais 16 pessoas em perigo de inalar fumos. No meio disto, já tínhamos dois bombeiros que estavam a combater um incêndio e ficaram queimados pela explosão de uma botija de gás.*

*Olhando os meios que tínhamos, duas ambulâncias, fomos pelo protocolo – a prioridade era as queimaduras. Eu conseguia meter 16 crianças numa ambulância para as tirar de lá, mas era preferível levá-las para um sítio seguro, do que arriscar-nos por via motorizada. Elas a pé conseguiam ir, só tínhamos que as convencer.*

O socorrismo acontece por definição em caos e incerteza. Com extrema sorte para o sinistrado grave, haverá na proximidade alguém que possa nos trêz a quatro minutos em que se lhe pode salvar as funções vitais. Ou, apenas, sabe-se que haverá vítima, por alerta mais ou menos competente sobre local e circunstâncias para que foi chamada uma ambulância.

Assim, estruturando a actuação do socorrista no enfrentamento de um dado problema, a vítima de acidente ou de doença súbita a quem assistirá, nos termos do Protocolo aplicável à situação, aqui considerado como sümula de um processo de reconhecimento de padrões e acção imediata, o quadro da sua actuação poderá definir-se como segue:

**Tabela 1 – Estruturação de uma intervenção de socorro de urgência em definição de problema**

<b>Actuação em modelo de reconhecimento de padrões</b> (segundo Protocolo aceite para intervenção)		
<b>Sujeito A SOCORRISTA</b>	<u>Contexto do problema (ambiente)</u>	<b>Sujeito B VÍTIMA</b>
<u>Variantes:</u>	<u>Variantes</u>	<u>Variantes:</u>
<i>Estado de saúde geral, idade, sexo</i>	<i>Situação</i>	<i>Situação e localização</i>
<i>Enquadramento</i>	<i>Caso</i>	<i>Gravidade</i>
<i>Preparação técnica</i>	<i>Oportunidade</i>	<i>Estado de saúde geral, idade, sexo</i>
<i>Apoio em material</i>	<i>Operacionalidade de manobras</i>	
<i>Intuição</i>		

	<i><u>Imponderáveis:</u> Língua, país, religião, pressão do grupo, distância e localização de socorro diferenciado, brevidade da resposta e transporte para hospital</i>	
Identificação e estruturação do problema, determinação da capacidade e meios de intervenção, tomada de decisão		
Intervenção para socorro de urgência da vítima, por reconhecimento de padrões e obedecendo a Protocolo de intervenção		

Poderá aplicar-se aqui o conceito de “código operacional” (GEORGE, 1967)<sup>iv</sup>, mais das ciências sociais mas adaptável ao trabalho de ajuda à vítima e tentativa de solução do problema que a envolve ou aflige, dado que se aplicam na sua actuação considerações de ordem tática – exame preliminar, definição e hierarquização dos passos a seguir – e estratégica – o fim último, como salvar ou salvaguardar a vida da pessoa assistida.

Tal como George (1967) sublinhou, o recurso ao termo código operacional constitui uma sua corrupção, já que este originalmente se reporta a um sistema geral de crenças sobre a natureza da história e da política. Apliquemo-lo aqui também numa outra acepção de corruptela mas pela vantagem de compreensão imediata – a codificação dos actos e medidas a tomar pelo socorrista, com o objectivo estratégico de salvar uma vida.

Era então esperança de Alexander George (1967) que os líderes políticos dos anos 60 procedessem a um estudo sistemático das abordagens que as diferentes elites assumem perante cálculos políticos e estratégia – e que os processos fossem de igual interesse para decisores e estudiosos.

É esperança deste trabalho, mesmo que nesta abordagem simplificada, que a reflexão sobre a relação directa socorrista-vítima e a definição dos parâmetros do problema e dos métodos e técnicas usados, da tomada de decisão à aplicação das medidas prognosticadas, sirva de ponto de partida para identificar o “prisma” – das crenças e premissas - que influencia a actuação do socorrista (LEITES<sup>v</sup>, 1953, citado por GEORGE, 1967).

Determinante é, seja qual for a denominação para tal aceite, que as crenças em que assenta o trabalho do socorrista “fornecem normas e padrões que influenciam a **escolha pelo actor de estratégias e táticas**, e a sua estruturação e peso de vias alternativas de acção”<sup>vi</sup> (GEORGE, 1967).

Considerando de somenos relevância a questão filosófica neste quadro – é, por definição, salvar a vida de outrem, sem risco para a própria segurança e sobrevivência do socorrista –, coloca-se aqui a visão instrumental. Para simplificar, as questões serão adaptação da abordagem inicial de George (1967):

1 – Qual é a melhor via de actuação e os melhores meios e técnicas para intervenção no caso dado?

2 – Qual é o objectivo de cada um dos actos e o melhor resultado a obter?

3 – Quais são os riscos, controlados ou aceites, dos actos empreendidos e das medidas tomadas?

4 – Qual é a melhor altura para o acto ou aplicação de medida prognosticada?

5 – Qual é a utilidade dos actos ou medidas tomadas e o peso de cada um deles, no resultado previsto?

E, como decorre do quadro de entrevistas usadas para a elaboração deste trabalho, pôr-se-á uma outra questão:

6 – Qual é o peso e importância que a intuição tem, ou se como tal é percebida, na actuação do socorrista?

7 – Qual é o peso ou ponderação que o reconhecimento, pelo grupo ou pelo público, tem no trabalho e desempenho do socorrista?

Se as abordagens das motivações e forças que modelam a actuação do actor nos processos políticos ou de transformação política passam pelo estudo das transformações a que o indivíduo é sujeito, numa leitura das ciências da psicologia, aqui não se porá também. Tal como George (1967) referiu no campo da política, para o campo do socorro de emergência as “crenças” são tidas ou obtidas pelo socorrista no decurso do seu treino e desempenho de funções (GEORGE, 1967).

O socorrista pode alterar o seu quadro de crenças – por alteração dos Protocolos, forçosamente – e tem mesmo margem de actuação fora deles caso a caso, apoiado na sua intuição ou preparação acessória ou complementar; ao contrário da “elite” que gere e rege o seu trabalho no plano teórico, é a ele que compete decidir e agir no terreno, sem considerações de oportunidade que não sejam a que considera mais adequada ao seu objectivo final – a salvação ou salvaguarda da vítima. Aqui, como em todos os casos da vida real, pouco contam as teorias e os protocolos de intervenção, apenas a capacidade e vontade do actor-socorrista (KLEIN, 1999).

A figura do actor neste caso configura quem, por força da sua intervenção, pode ser cumulativamente interveniente, decisor e facilitador de um processo, da tomada de decisão à aplicação da medida tida por conveniente, para salvação ou salvaguarda da pessoa assistida, a vítima.

Raramente a vítima será mais do que o objecto passivo dos cuidados e medidas adoptadas pelo socorrista – é o seu meio e objectivo último de intervenção, o campo de decisão e actuação por excelência. Em poucos casos, o actor-socorrista deverá ser visto como uma personalidade com interesses diversos (THOMAZ e LEITÃO, 1998) mesmo que actuando em equipa – ele desempenhará regularmente todos os papéis – de interveniente a decisor<sup>vii</sup>.

O processo de decisão e a actuação por intuição foram expostas exemplarmente por Gary Klein (2007), ao contar numa conferência como socorristas actuaram para salvamento de um homem que perdera duas unidades de sangue por rotura de uma artéria, num acidente de trabalho.

Os socorristas avaliaram e actuaram contra a norma, por padrões de reconhecimento segundo a sua “experiência”, o que contradizia tudo o que se tinha até então codificado dos ensaios em laboratório sobre o processo de decisão imediata em situações imprevisíveis e envolvendo risco de morte. Segundo Klein (2007), deveria haver mais fracassos do que êxitos, havendo demasiadas incertezas e falta de tempo para se fazerem escolhas acertadas – mas na vida real, era ao contrário.

Os socorristas actuaram fora do protocolo, sem exames secundários, fazendo o transporte e aplicando já a caminho do hospital umas calças insufláveis para manter a pressão sanguínea do ferido. Foram ao todo dez minutos em que o chefe da equipa de bombeiros salvou a vida do ferido. Ganharam segundos vitais por não aplicarem o protocolo e fizeram escolhas críticas fora das “regras convencionais da tomada de decisão”, passando por cima de escolha da melhor via de acção e sem sopesar as suas opções. Inquirido, o chefe da equipa falou em “experiência” – e isso levou à reestruturação da investigação de Klein, o “ver para a frente” em vez de ponderar os factores conhecidos (BREEN, 2007)<sup>viii</sup>.

Para Klein (1999), a descoberta nesta tomada de decisão pelos bombeiros foi de que, havendo normas e procedimentos, eles não se perguntam o que se deve fazer mas sim o que se passa, para actuarem em conformidade - “era o que a experiência lhes garantia”, a

capacidade de avaliarem uma situação e “reconhecerem a melhor via de acção”. O seu trabalho concentrou-se depois no comportamento e actuação dos bombeiros perante o fogo – e na sua capacidade de criarem e aplicarem a “intuição”, nada academicamente traduzida por “sexto sentido”. Ele acabou por codificá-lo em Percepção Sensorial, repudiando a noção dos bombeiros, de que seria até uma percepção extra-sensorial do fogo e dos casos, os detalhes que escapariam a alguém a quem faltasse veteranaria – e aí surgiam “quase por acaso as regras formais da tomada de decisão” (KLEIN, citado por BREEN, 2007).

Mais ainda, em apoio desta abordagem do socorro de urgência – cada caso é um caso, mesmo que o que aflige as vítimas seja aparentemente um mesmo quadro específico, de acidente ou incidente – Klein (1999) concluiu que, em casos de emergência, os bombeiros experientes trabalham solução a solução, podendo dispor de várias escolhas mas sem as compararem: “avaliam rapidamente cada escolha pelos seus próprios méritos, mesmo que ponderem várias possibilidades. Não precisam da melhor solução. Precisam da que resulta”.

Uma diferença pôr-se-á contudo para os menos experientes, segundo Klein (1999) – esses precisam de mais tempo e de “comparar abordagens diferentes” para tentar resolver a situação. A experiência, pelo contrário, torna as pessoas mais rápidas na decisão e na acção – o que se pode perceber como potenciador da eficácia do socorrista, ao deparar-se com uma situação de risco de morte – ou, como o poria Jordan (1960)<sup>ix</sup>, “a tomada de decisão é um caso especial de solução de problema”.

Seja qual for a abordagem e o campo de investigação escolhido, a despeito das relativas diferenças de linguagens, “o Homem pode de algum modo avaliar o grau da certeza de que uma acção levará a algum resultado desejado e escolhe então a acção com maior grau de certeza, a maior probabilidade de êxito” (JORDAN, 1960). A isto chamou actuação de bom senso, um comportamento assente em racionalidade, por contraposição ao irracional, em que o resultado não é ponderado ao adoptar-se uma via de acção.

O socorrista, por definição, actuará em terreno de racionalidade, tanto melhor quanto apoiado em experiência e com aporte da intuição, a percepção sensorial dos sinais e sintomas que, querendo, talvez não poderia catalogar no momento. Se não por outra razão, por mera falta de tempo – a sua actuação deve ser o mais rápida e eficaz possível, suportada num código operacional, o Protocolo, completado e enriquecido pela capacidade

de processamento dos padrões reconhecidos, aqui percebido como intuição (KLEIN, 2003).

A crescer ao quadro de sua intervenção haverá os imponderáveis, desde o seu próprio estado físico e anímico ao confronto com uma vítima necessitando de socorro mas de língua diferente, em terreno de grande conturbação ou perante valores e crenças que ultrapassam o seu próprio plano de trabalho, como os religiosos ou estado de saúde da pessoa a quem assiste. No quadro das entrevistas feitas, nenhum imponderável resultou impeditivo do trabalho do socorrista, embora todos reconhecessem a sua influência, em maior ou menor grau, no desempenho das suas funções.

Um dos imponderáveis ou riscos englobando o trabalho do socorrista pode ser uma onda de falsos alarmes, que são recebidos diariamente às dezenas pelo INEM. Um dia, o socorro vai mais lento, porque já saiu uma ambulância em vão, uma vez, duas vezes... A título de exemplo, segundo dados referentes somente à região de Leiria, foram em 2007 feitos quase 490 mil falsos alertas para o 112. Em 2005, o INEM recebeu mais de 1,2 milhões de pedidos de socorro (Jornal de Notícias, 2010).

*Outro caso foi um derrame com ácido sulfúrico. Fomos accionados (em falso) três vezes. A unidade de socorro foi chamada à Trafaria, porque havia um enforcado numa casa de banho. Fomos e não havia ninguém...*

*De repente, ácido sulfúrico. 'Cuidado, que é um frasco despejado' (foi preciso andar à procura do prédio, e até lá chegarem levou tempo). Mas não era falso alarme. Foi um casal que estava a arrumar uma despensa e tinha ácido sulfúrico. A pessoa queimou-se toda.*

*Fiquei com uma pena imensa, porque foi na sequência dos falsos alarmes. Podia ter, o que já não se usa hoje, preparado uma massa com bicarbonato de sódio, para pôr... A pessoa recuperou o braço e o ombro mas ficou com lesões gravíssimas.*

*Fui um bocadinho na onda do falso alarme, não preparei o que devia ter preparado pelo caminho. Costumava fazer sempre isso. Hoje é fácil detectar (falsos alarmes), na altura não.*

Treinados para operarem no imponderável, os socorristas de presença fortuita em local de sinistro estarão preparados para se servirem do que está à mão, para improvisar um colar cervical com uma revista ou um jornal. Mas não estão normalmente preparados para que os seus esforços e valências não sejam bem acolhidos, aceites e acatados.

*Senti a pressão psicológica numa tentativa de suicídio em Chelas. É um meio complicado. Os mirones, tudo vizinhos, tudo família, tudo a gritar 'Tira-o da estrada', enquanto não vinha a ajuda de que eu estava à espera, 'Ele está na estrada, vai ser é atropelado'.*

*Naquela altura não, mas hoje tenho que dar o desconto. Aquelas pessoas não têm qualquer tipo de formação, não sabem que uma pessoa daquelas não pode ser arrastada para o lado.*

*Isto não é Israel, eles tratam assim das pessoas, infelizmente tem que ser, é um meio adverso. Aqui não é assim, temos que minimizar os estragos já feitos pela pessoa.*

*Puseram-me bastante nervoso. Aqueles sete, oito minutos, se calhar foram agravados. A ambulância foi rapidíssima mas por tudo, pela situação, por estar sozinho, pelos mirones serem família, amigos, vizinhos... A pressão constante, vinha um e tocava, eu pedia para não tocarem. 'Afastem-se ..., vamos fazer tudo o que há para fazer para melhorar esta situação, e não é assim'.*

*Queriam-no de barriga para cima... Compreendo que era uma situação aflitiva mas eu, como socorrista...*

Para um socorrista, mesmo que muito experiente, a desconfiança gerada por uma série de falsos alarmes pode resultar num afrouxamento do alerta e medidas preventivas. A agressividade ou intemperança da vítima pode motivar um estado de rejeição e a criação de barreiras perante aquele Outro que requer diagnóstico primário e ajuda de emergência.

Aqui, poderão reverter-se as normas e o protocolo – o socorrista poderá acabar por ficar à mercê do seu próprio imponderável estado de ânimo, gerir erraticamente os procedimentos que se presumem automáticos e desgovernar a sua capacidade de controlo, da situação mas sobretudo de si mesmo.

*Uma vez fui agredido e sinto-me triste por ter sido agredido por uma pessoa que eu iria ajudar. Hoje percebo, uma pessoa alcoolizada, com alguns problemas, não tem consciência do que está a fazer.*

*Na altura, nem sei qual foi a minha reacção... a minha vontade era fazer-lhe o que ele me tinha feito a mim. Na altura, pela impulsividade da idade, a minha vontade seria essa. Foi uma cabeçada.*

*Ele tinha batido na mãe, uma pessoa muito velhota, tinha partido a casa toda. Ele era uma pessoa doente, já conhecido da polícia. Fomos lá supostamente por um AVC em evolução e era realmente um doente altamente alcoolizado, super-agressivo.*

*Tentei abordá-lo de maneira um bocadinho mais soft do que as minhas duas colegas, duas enfermeiras que às vezes ainda são mais impulsivas do que eu, e não têm paciência para utentes alcoolizados, toxicodependentes. Não é que eu tenha mais paciência do que elas, há casos em que, quando é declarado, vejo isto como sendo doentes que quero ajudar.*

*Quando não é declarado, que era o caso... Eu não sabia, a mim não cheirava a álcool... Tinha partido a casa toda. Tentei abordá-lo de maneira mais calma, foi ganhando a minha confiança... Fui-me aproximando cada vez mais, ele agarrado pela polícia.*

*Achei que estavam a usar força a mais para a situação, apesar de ver a casa naquele estado. Mas depois constatei que estavam era a usar força a menos, ele ainda teve espaço para me agredir, para me dar uma cabeçada.*

*Quem tomou as rédeas foi a minha colega, a partir dessa agressão. A partir dali, deixei de ter discernimento... Ele sabia bem o que estava a fazer, já tinha agredido os polícias. Sabia o que queria fazer, estava raivoso com a vida.*

*Ainda tentei avaliar a glicemia e o pulso mas estava extremamente violento e desisti completamente. A minha colega disse-me para me afastar, elas tomariam as rédeas à situação. Foi o que fizeram e eu a partir daí não tinha qualquer tipo de vontade de ajudar aquela pessoa. Se calhar, agi mal, mas são reacções que se têm na altura. Nunca tinha sentido isso.*

*O que aprendemos nos livros é que as condições de segurança estão em primeiro lugar e ali foram violadas, não por culpa dele mas por minha culpa. Talvez a*

*impulsividade de ser muito novo. É chegar lá e fazer tudo rapidamente. Vi uma pessoa enorme, com muita força.*

*Eu disse às minhas colegas 'Deixem-me ir à frente, eu falo com ele'... se houvesse uma possibilidade de agressão, preferia que fosse eu do que elas. Mas nunca me passaria pela cabeça que ele me iria agredir e muito mais falando como eu falei...*

Os prestadores de ajuda de emergência são daqueles “humanos que comumente se confrontam com condições de incerteza profunda (e) frequentemente respondem com êxito, desde que a sua intuição sobre o sistema em causa funcione relativamente bem” – os termos previstos para os decisores que deverão enformar hoje o mundo do futuro (LEMPERT, POPPER e BANKES, 2003, p. 26).

*Há pessoas que se armam em heróis e há outras que se armam em parvas. Há muitos filmes de cobóis adaptados a bombeiros e isso mete nos miúdos alguma necessidade...*

*Os bombeiros reagem quase todos com vontade de fazer, podem até não estar de serviço, para ajudar. Às vezes até com alguma capacidade de liderança... As pessoas desentendem-se ali e há o fenómeno de parbiose - sempre que há duas ou três pessoas, há uma que assume a liderança nata.*

*Isso acontece muitas vezes com os bombeiros. Começam a tomar em mãos o comando do teatro de operações, começam os procedimentos correctos. Fazem o alerta como deve ser, para que o socorro que venha já seja o que deve ser. Enquanto esperam e não esperam, vão fazendo o que há para fazer. Ou não.*

*Há três semanas, num restaurante... Penso que foi um acidente vascular cerebral que o senhor teve, e eu estava lá. A ambulância levou um tempo infernal, mas ali fiquei.*

A intuição parece um dom e dado adquirido quando se fala do mundo dos negócios e dos decisores. Mas, em socorro de emergência, serão a prática, a dúvida e insegurança sistemáticas, a norma que diz que o protocolo se pode adaptar, que dita a reacção no momento, limitada pelo próprio estado anímico e físico do socorrista.

É um caldo de factores que se traduzirão talvez em expoente de intuição. Um ciclista aos tombos numa estrada à noite é um bêbedo inveterado, ou um caso complexo de acidente vascular cerebral? Num dos incidentes relatados, era ambas as coisas.

A actuação e decisões do socorrista serão também neste caso ditadas pela situação e contexto do sucedido, conforme modelo de tomada de decisão de D. H. Hargreaves (1977), e pelo quadro de valores, crenças e conhecimentos.

*Fui jantar a casa da minha mãe. O meu avô há dois dias que não falava. Comecei a jantar, a minha irmã começou a gritar. Vejo o meu avô completamente cianosado, a respirar como se fosse uma panela de água a ferver. A minha mãe a gritar, a minha irmã a gritar.*

*O que é que eu faço? O meu avô era a minha presença paternal. Estive 10 a 15 minutos em que tremi por todo o lado. E só pensava 'O que é que eu vou fazer...' A minha irmã teve que me dar um berro, 'Liga para os bombeiros!'.*

*Quando eles lá chegaram eu estava sentada na cama, ao lado dele, de mão dada. Fui incapaz de fazer alguma coisa. Devia tê-lo sentado na cama, devia tê-lo elevado, porque ele estava a fazer edema do pulmão, e não fui capaz.*

*Nem me lembro das paragens cardíacas a que já assisti... Se eu o tivesse levantado naquela altura, se calhar tinha sobrevivido mais uns dois dias. Não sei. Com o meu filho também, nem ver.*

“A intuição é parte da nossa inteligência (...), um aspecto da nossa capacidade de captar a realidade”, com que lidamos com dificuldade porque não a associamos ao “lado linear” da inteligência, o da lógica, o da causa e efeito, segundo Patricia Sun (2007) especialista de resolução de conflitos e comunicações: o fundamental é que “não a controlamos”, razão provável por que “tão pouco gostamos dela”.

Mas, segundo outras leituras, quando se equacionam ganhos e perdas enquanto resultado de uma dada decisão, a intuição é “afinal uma mera combinação da teoria e da prática” (BELLMAN, 1954) que deverá levar-nos a obter mais ganhos do que prejuízos imediatos.

Mais simples, talvez, a definição enciclopédica - a intuição será fonte independente e original de conhecimento, “o poder de obter conhecimento que não o pode ser por inferência ou observação, por razão ou por experiência” (BRITANNICA, 2010).

Contudo, atentar-se-á aqui que o conhecimento do futuro e resultado das intervenções presentes – das acções a empreender para o atingir e dos métodos a utilizar para tanto – não são tão diferenciados quanto isso. A maioria de nós, e não somente o cidadão incauto, prevê a curto/médio prazo: porém, “a incapacidade das comunidades de política e análise planearem para o longo prazo de molde a serem vistas como rigorosas, críveis e comprovadamente úteis tem enormes consequências para a sociedade”, crendo-se que “não faz sentido” tentar prever o futuro (LEMPERT, POPPER e BANKES, 2003).

Se, “paradoxalmente, as pessoas costumam ter uma grande margem de apoio analítico para decisões de curto prazo, muito do qual pode ser facilmente ajustado quando informação nova sugere a necessidade de alteração de curso”, voam “às cegas” em decisões que poderão afectar o seu futuro e o dos seus.

Dispondo de diferenciadas fontes de conhecimento, do tácito ao pragmático, as pessoas “também são insuperáveis na negligência de factos inconvenientes e em se convencerem pela aceitação de argumentos comprovadamente falsos”.

Essa fusão de natureza e formação/educação (JORDAN, 1960) sintetiza o socorrista, pelo seu “quadro de referência”, consistindo no “conhecimento total de um indivíduo” de que somente uma parcela é usada num dado momento e perante um determinado acontecimento, por requisito de uma situação concreta.

É no seu quadro da “vida-espaco” que, confrontado com o problema/vítima/caso, deverá avaliar a situação, fazer usos dos seus recursos e decidir por uma via de acção. A tomada de decisão é um caso especial de solução de problema, “em que a pessoa tem um objectivo em mente mas não um caminho a seguir” (JORDAN, 1960). Diferenciando-se um dos caminhos a seguir, por sua escolha, o decisor/socorrista assim passou pelo processo de tomada de decisão.

Contudo, o socorrista deparar-se-á em boa parte das vezes com um quadro de grande “incerteza”, pois nunca terá a garantia de que pré-diagnosticará, actuará e conseguirá resultados em situação de impossibilidade de erro.

Nem as causas e comportamentos que levaram à sua intervenção ou os seus actos subsequentes serão, como antes ou depois do incidente e para ambos, vítima e socorrista,

“arbitrárias, aleatórias e não causadas”. *A posteriori*, talvez; mas nunca no local e no momento a actuação e decisão do socorrista sobre a via a seguir na imediatez poderão ser medidas, quantificadas, racionalizadas.

Contudo, há a linha que diz que a incerteza desempenha papel menor nas decisões que poderão vir a afectar “aspectos importantes” da vida (enquanto espaço vital) das pessoas, pois elas são tomadas com base primeira em “considerações de certeza”. Não havendo essa certeza, não antevendo consequências favoráveis por completo, o decisor sofre de “ansiedade clínica, o *sine qua non* para a patologia comportamental” (JORDAN, 1960).

Na realidade, o socorrista actua sem a certeza de que a sua decisão será a correcta, de que os seus actos e medidas tomadas terão o melhor resultado, ou sequer de que sejam adequadas e o resultado o desejável, e ainda sem a certeza de que não haverá consequências indesejáveis. O “espaço vital” da teoria da tomada de decisão é, neste caso, diferenciado e implica, ao contrário do que poderia ser comum noutro campo de decisão, a própria vida do objecto dos seus cuidados.

*Não tenho nenhum caso em especial, são tantos... Sou muito frio, lido muito bem com a situação de morte. Não fico traumatizado, não vou para casa sonhar – a minha esposa, se lhe conto estas coisas, fica apavorada –, e eu não falo.*

*Durmo tranquilamente, não sonho com aquilo. Há uma situação que me perturba um bocadinho. Com sete anos, vi o meu pai enforcado e então às vezes, quando chego a uma situação de enforcado, é normal que me venha a imagem do meu pai. Mas fico tranquilo, ajo por completo.*

*(E nestes casos, o que se pode fazer é), independentemente do tempo, suporte básico de vida e chamar logo o suporte avançado de vida. Todos eles resultam mal.*

Tenha-a ou não, um socorrista actua – ou prefigura a situação – em “condições de certeza psicológica” e pouco mais. É por avaliação do meio e circunstâncias em que funciona, em princípio suportado por um sistema de apoio e complementaridade para suprir as suas falhas e concluir a tarefa para que não basta ou não pode desempenhar. É também, eventualmente, parte de um grupo, em que deve confiar e apoiar-se.

*A gente chega a um certo acidente, a pessoa está encarcerada, sente os destroços todos em cima dela, membros amputados... E ela a falar com a gente, a gritar... É fazer logo tamponamento da parte da hemorragia, um garrote da parte da amputação, administrar um bom oxigeniozinho e chegar ao hospital e ela ainda estar viva. Aí já é a parte dos senhores doutores.*

*Chegamos ao final, a gente fica supersatisfeito, atendendo ao tipo de serviço que é. Constrangedor, sem dúvida. E a gente chega com uma vítima viva a uma unidade hospitalar. Acho que é das coisas mais fabulísticas que a gente pode ter.*

*As pessoas, os familiares, em cima de nós... Se a gente não mostrar tranquilidade, sabedoria, à pessoa que esteja a ver aquilo e a dizer 'sim senhora, eles estão a fazer bem'...*

*Aí está o factor indecisão. Não pode haver, porque quem estiver ao nosso lado, a ver, vai dizer 'ele não presta para nada'.*

O seu trabalho desenvolver-se-á regularmente em modelo de decisão com base no reconhecimento de padrões (KLEIN, 2003), quando recorre à sua experiência “sob a forma de um repertório de padrões”, de que resultam “tipos de reacções típicas para aquele tipo de situação”. Tendo um padrão a que se adequar, “as pessoas podem ter decisões extremamente rápidas” e obter o êxito na sua actuação – operando com um misto de intuição e análise.

Klein (1999) analisou a actuação de bombeiros, no caso vertente das suas conclusões, para determinar que o êxito da sua actuação assentava na comparação de padrões, a componente intuitiva da decisão, e na simulação mental, em sucessão, até descobrirem uma “opção confortável” para enfrentar o incêndio.

“Uma estratégia meramente intuitiva assente apenas na comparação de padrões seria demasiado arriscada, porque às vezes a comparação de padrões gerava opções erradas. Uma estratégia completamente deliberativa e analítica seria demasiado lenta; os fogos estariam descontrolados pela altura em que os comandantes acabassem de deliberar” (KLEIN, 1999).

Transposto para o igualmente urgente acto do socorrismo, muitas vezes, havendo o grupo de apoio e complemento, criado o cenário de tarefa em sincronia, o socorrista depara-se com actuação solitária, sobretudo se em caso de multi-vítimas.

*(Antigamente) funcionávamos sozinhos, hoje são equipas; só sabem trabalhar com uma ambulância atrás e querem tudo... Daí o problema da resolução imediata: chegar, ver, 'calculo que seja isto e portanto faz-se isto, isto e isto, e andando'...*

*Depois, o protocolo da improvisação. O protocolo não é fixo, cada emergência é uma emergência, numa emergência múltipla não há dois feridos iguais. É aí que é preciso saber – o primeiro é aquele...*

*Ficamos sempre com a sensação de que fizemos o que podíamos e às vezes o que não podíamos. Um socorrista às vezes arrisca-se, com as coisas que não são assim muito protocolares.*

*Quando foi a queda da placa do Cais Sodré, houve uma vítima que ficou com uma vergulha – uma placa que partiu – e esmagou-lhe a glote. Resultado, por cima era impossível entubá-lo e ele estava a morrer asfíxiado, porque não ventilava.*

*Houve um socorrista que pegou num bisturi e fez-lhe uma traqueotomia. Um socorrista está proibido de o fazer - mas ou ele fazia, ou a vítima morria. Tinha simplesmente um ferro ali, não estava preso por mais nada. Não podia levantar as duas placas. O que tinha que fazer era pô-lo a ventilar, teve a sorte de ter um médico atrás dele, ele percebeu que estava alguém... e o médico disse 'fez muito bem, continue'.*

*O socorrista é o primeiro a chegar a um problema, ele é quem tem que decidir – o médico está em segunda linha. Acho mau não termos o que há noutros países, os paramédicos, paus para toda a obra, que sabem fazer de tudo, não têm altas especialidades.*

*E quando um socorrista arrisca e dá para o torto, come pela medida grande. Creio que houve um ou dois casos. Abafados, não havia muito a cultura da (negligência médica).*

*Infelizmente, a grande maioria dos médicos não sabe trabalhar em socorro imediato. Tenho um caso com um grande cirurgião (...) Assistimos a um atropelamento, e ele, 'vais tu, só sei trabalhar dentro de um bloco operatório. Essa coisa de fazer talas com papel de jornal e pôr uns chapéus-de-chuva para segurar uma tala e fita gomada ou lenço para segurar uma ferida, isso é com vocês. Vocês é que sabem fazer isso'.*

A rede nacional de socorristas no activo, ou quantos podem ser activados em caso de emergência nacional ou regional, é um factor a considerar em qualquer situação requerendo gente capaz de actuar eficazmente com o mínimo de recursos (CVP, 2011).

Num recente exercício de Protecção Civil de âmbito regional os bombeiros voluntários eram, por definição, considerados no desenvolvimento do plano de operações (SNPC, 2008).

Como é decorrente da sua própria condição, e do princípio de que um socorrista ajuda quem está mais perto ou onde pode actuar dando primazia à sua segurança, no exercício de Protecção Civil em causa – um cenário de sismo de magnitude 6,7 na escala de Richter, com epicentro perto de Benavente, Santarém – considerava-se a sua indisponibilidade, pelo menos por problemas de contacto e na fase inicial do socorro a desenvolver. A título de exemplo, refira-se que no Sardoal se contabilizou a potencial ajuda de cerca de 50 bombeiros voluntários numa corporação com 20 profissionais ao serviço (ANPC, 2008).

O trabalho de socorro de urgência assenta no voluntarismo e no voluntariado, como regularmente provado em exercícios mas mais dificilmente comprovável em situação no terreno, pois os eventuais relatórios de cumprimento ou não são feitos ou são remetidos ao segredo dos gabinetes.

Mas, para o caso em análise, em muito dependerá do “uso da experiência para reconhecer padrões-chave que apontem para a dinâmica da situação” (KLEIN, 1999). Ou seja, muito do que for feito e decidido terá fundo de intuição, esse pressentir que levará à acção sentida como mais correcta e adequada.

Os socorristas fazem recolha e comparação de informação, por treino e por necessidade de auto-avaliação e correcção. Às vezes, quando a coisa corre mal para a sua vítima, surge a necessidade de autojustificação e validação das decisões tomadas e medidas executadas.

Sendo que o Protocolo define e estabelece procedimentos, o socorrista, para lá da sua capacidade técnica e meios ao seu dispor, deverá no fundo agir por intuição, mesmo que ela seja envolta numa análise rápida e racional do caso.

Serão os padrões – sinais e sintomas, eventuais queixas da vítima ao seu cuidado e sua interpretação – o terreno de actuação confortável e em segurança de que deverá dispor

que determinarão a qualidade do seu trabalho. Antes, terá havido prontidão, disponibilidade e coragem para a actuação requerida, de acordo com as normas.

Não será paralelo exequível, mas os socorristas lidam de algum modo com uma representação de “escolhas clínicas”, se bem que pré-definidas e estabelecidas pelos seus protocolos orientadores.

Para os médicos, contando com especialistas em áreas complementares e de meios de diagnóstico e de uma potencial panóplia de métodos de apoio à decisão, as técnicas de modelos de decisão visam criar uma “representação quantitativa de um conjunto de escolhas clínicas” (ROBERTS e SONNENBERG, 2000), com margem para avaliação rápida do “efeito da incerteza ou variações nos pressupostos”.

Ao contrário dos clínicos, contudo, os socorristas não ponderam nem poderiam ponderar a correlação entre a bioética e o processo de decisão médico (COHEN, ASCH e UBEL, 2000) quando intervêm em manobras para ressuscitação em caso de paragem cardiopulmonar. Nunca a validade das manobras será, no caso destas intervenções, posta em causa – e, seja qual for o diagnóstico de que possa ter conhecimento, a decisão sobre o doente a seu cargo, o seu próprio parecer. A menos que não consiga desenvolver mais esforço nesse sentido ou tal for superiormente determinado, o socorrista deve apenas manter as tentativas de reanimação do doente até ao seu limite de resistência ou até à entrada em hospital.

Embora sintam, literalmente, a alegria ou o pesar (BARON, 2007, p. 265) por resultado dos seus actos, aos socorristas não deverão também aplicar-se as teorias nesse sentido, se bem que actuem e tenham que fazer escolhas em ambiente de incerteza. Deparando-se com a necessidade de acção imediata, por “escolhas clínicas” que lhe não competiram, ao socorrista caberá talvez e apenas tentar – ou, depois, sentir que tentou – obter a melhor resolução da incerteza em que desempenhou o seu mester. Em termos finais, poderá admitir-se que, no campo dos dilemas sociais, apenas ajam “no conhecimento abstracto de que a sua acção é moralmente correcta” (BARON, 2007).

Em síntese, pelas suas próprias limitações e âmbito restrito da sua missão, os socorristas poderão ser a epítome da pessoa actuando por “planeamento moral”, como Baron (2007) o definiu: “viver sem uma ideologia moral e sem de algum modo tentar servir outrem é, de certo modo, como viver sem amor ou música”.

Mas, seja qual for a sua própria avaliação da situação e das técnicas e medidas a aplicar, o socorrista terá sempre que tomar a decisão e actuar no imediato.

## **Capítulo VII:**

### **O processo de tomada de decisão imediata**

A inteligência do inconsciente (GIGERENZER, 2007), o sentir entranhado e intuitivo, o decidir intuitivamente mesmo antes de disso ter consciência e agir em consonância, serão dos factores fundamentais no processo de actuação do socorrista.

Esse processo, à partida, está ancorado em actuações e métodos protocolados – tanto para ganhar tempo na corrida da assistência de emergência quanto para o defender, delimitando a sua margem de trabalho e intervenção.

Os processos comumente entendidos de tomada de decisão, racional, pós exame e ponderação de factores e estabelecimento de critérios, parecem colidir com o princípio da decisão intuitiva e imediata. Aqui, lidar-se-á com a medida que teria que ser ou já estava decidida mesmo que nos permitíssemos debater-nos com dúvidas sobre o caminho e a medida a aplicar.

O universo em estudo neste trabalho, limitado e reduzido ao levantamento individual de casos – os piores, os melhores e porquê, as medidas tomadas e a importância das acções protocoladas e as reflexões e sequelas percebidas dos casos em que cada um tinha intervindo – prender-se-á de algum modo com a presunção de que, em casos de actuação de emergência, (os actores /as pessoas) não se debatem em escolhas e com um leque de opções (KLEIN, 1999).

Os socorristas actuam, parecendo óbvias as medidas a tomar – as abordagens protocoladas do ver, ouvir e sentir e, depois, ou fazer compressões torácicas, ou tamponar, ou imobilizar a vítima ou doente a seu cuidado. Dê por onde der, há ainda que esperar por uma ambulância ou VMER<sup>31</sup> e/ou transportar o mais rapidamente possível para o hospital, consoante as circunstâncias.

Os casos mais complexos põem-se-ão ao socorrista actuando solitário, por força do acaso, ou por incapacidade momentânea e relativa dos seus colegas de equipa. Isso

---

<sup>31</sup> Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

sucedeu com um dos entrevistados, pois só ele tinha capacidade física para aplicar compressões torácicas eficientes, de uma equipa de três pessoas dedicadas ao doente. As manobras são fisicamente exigentes, de rápida redução da capacidade de quem as aplica, e tanto ou mais complexas consoante a fragilidade e estado físico geral da pessoa a quem são aplicadas.

Ainda assim, como a prática o parece demonstrar, qualquer codificação de factores que tenderão a ajudar à tomada de uma decisão, seja grande ou pequena, venal ou vital o objecto sobre o qual incidirá a escolha, a decisão final poderá ser diferenciada ou mesmo contra todos os dados previamente definidos como fundamentais.

Nem sempre decidimos bem sobre aquilo em que por bem devíamos ter poder de escolha. Por vezes se escolhe o mais fácil, o mais rapidamente obténível, o que parece mais simples de conseguir e manter. Lugar-comum, o óptimo é inimigo do bom e o socorrista dificilmente poderá contar com um campo de actuação confortável para a sua intervenção.

Em primeiros socorros, há que ser eficaz e no momento exacto – mas salvar a vida de alguém poderá passar por provocação de mazelas posteriores. A alternativa, nos derradeiros momentos de decisão do socorrista, pode ser sacrificar alguém a uma hesitação ou a uma incapacidade de actuação.

Neste caso, tratou-se de uma actuação solitária:

*A minha decisão na altura foi não ligar muito ao que os técnicos disseram, é grave (fazer compressões torácicas) se ele não estiver parado (em paragem cardiorrespiratória). Mas, parado por parado, pensei eu, é melhor do que nada. E actuei.*

Na realidade, o socorrista tem o Protocolo de acções a empreender e, quando tal se lhe puser, a capacidade de decidir actuar contra ele ou à sua margem – será a sua avaliação de momento, a sua própria capacidade de intervenção que o ditarão.

*As coisas estão ligadas, intuição e protocolo, não nos desligamos do protocolo. Uma hemorragia abundante na cabeça – o que é que o protocolo diz? Diz que vamos deitá-lo, levantar as pernas. Se o deito e levanto as pernas a hemorragia vai aumentar.*

*Há sempre aqui uma negociação que temos que fazer. Não o vou pôr sentado, porque ele depois perde os sentidos. Vamos arranjar uma posição de compromisso para salvaguardar as coisas.*

Dos exemplos de exercícios sobre o processo de tomada de decisão (KLEIN, 2003), há o caso do jovem apaixonado que tinha duas namoradas e que, para conseguir fazer a sua escolha em razoabilidade, fez o que qualquer homem de boa lógica e bem aconselhado faria – enumerar prós e contras de ambas as jovens senhoras, para um cômputo final e concludente de qualidades da candidata preferível.

Claro que, para benefício pelo exemplo, a intuição lhe ditaria o contrário do resultado da soma das parcelas e critérios (KLEIN, 2003) – ele já tinha feito a escolha sobre o objecto da sua paixão maior. Só que o não sabia ainda quando começou a definir parâmetros de escolha.

Para o socorrista, não é um problema como decidir sobre a mulher dos seus sonhos que excitará a sua imaginação – pode ser uma vida que lhe foi posta pelo acaso literalmente nas mãos, para que a tente salvar.

*Veja-se um indivíduo num acidente rodoviário grave, pode ficar tetraplégico (com as compressões torácicas, havendo lesão da coluna). Mas, para não o ficar, morre. Mesmo que ele fique tetraplégico... Tem uma lesão na medula e eu vou agravá-la – mas ele não respira, tem um minuto, ou dois ou três, para morrer.*

*E eu não o devo deixar morrer, pela minha filosofia de vida.*

*Hoje, digo que (o socorrista) deverá pensar na altura – porque tem que assumir a responsabilidade. A decisão é na minha opinião uma coisa fantástica, não só no socorrismo. Porque a tomada de decisão é um acto único e pelo qual tomamos a responsabilidade.*

*Por vezes, pode até não ser muito bem aceite – ouvimos quem quisermos, um batalhão de pessoas. Mas é naqueles segundos.*

O socorrista, dir-se-ia, tem as tarefas simplificadas por aquilo que o Protocolo lhe permite fazer e pelos meios de que dispõe no momento da sua intervenção. A sua actuação tem que ser rápida, actualmente mais apoiada em princípio numa chamada telefónica

continuada para o 112, convertida se necessário for em acompanhamento e apoio técnico indirecto à distância.

Outra instância que se lhe porá será, consoante os casos, acompanhamento especializado pelo Centro de Informação Antivenenos (CIAV, a funcionar desde 1982) – desde que tenha os dados que lhe permitam despistar um caso deste âmbito, permitindo-lhe, mais uma vez, a fundamental poupança de tempo na assistência a prestar.

Nem sempre foi assim, como o contaram mais veteranos dos entrevistados, e mesmo hoje nem sempre é assim. O socorrista tem que actuar, de imediato, basicamente pelo Protocolo mas mediante o que considera mais apropriado, nas circunstâncias e nas condições dadas. Alguns dos entrevistados, por exemplo, discordaram de indicações recebidas pelo atendimento pelo 112 – mas cumpriram os passos prescritos.

A teoria ficou numa qualquer sala de formação de primeiros socorros, uma vida antes, e o socorrista trabalha sem o “paradoxo do livre arbítrio” (GIGERENZER, 2007) mas sobretudo entregue à sua “capacidade motora inconsciente”, tenacidade e resistências, física e anímica.

*No dia em que o INEM começou em Faro, acabava às 20 horas porque não pagavam horas extraordinárias aos médicos.*

*Um vizinho meu morreu na praia de Faro. Chamaram o INEM e o INEM não foi. 20 e 25. E o moço morreu por isso. Os populares que estavam não conseguiram estancar a hemorragia. Os bombeiros, quando chegaram... A hemorragia era tão grande que ele acabou por falecer.*

*(E o caso de) um moço que se espetou de mota de lado num carro. Quando eu cheguei, ele já tinha sido retirado do buraco do carro.*

*Na altura, era muito problemática a teoria do capacete, hoje é mais simples. Ninguém sequer tinha grande habilidade.*

*De qualquer maneira, comecei a reanimar o moço. Ele reanimou, tirei o capacete e veio massa encefálica atrás. Se eu não o fizesse, ele viria a morrer à mesma. No fundo, ele morreu por (complicações) neurológicas, a massa encefálica saiu. Se o não fizesse, ele morria por asfixia.*

*Tudo o resto, são coisas mais simples.*

A intuição na abordagem da sua vítima é provavelmente a “soma qualificada” de conhecimentos e talentos, de algum modo o somatório do que foi aprendido, transformado em mnemónicas de auto-preservação e autocondução, transposto para o momento em que o socorrista é chamado a actuar. Segundo Klein (2003), será por excelência a actuação por intuição, esse “modo como traduzimos a nossa experiência em acção”.

*Um socorrista tem que ser, cada vez mais, um grande amigo da vítima. Não vai mentir-lhe, não vai agravar a situação. Vai tratá-la como um amigo. Vai tocá-la. É muito caminho andado, a vítima ter confiança no socorrista. Dizer à vítima que está ali para o ajudar... Não mentir à vítima, dá-lhe uma força anímica extraordinária.*

*Quando entregamos a vítima aos médicos, no hospital, ela olha para nós quando nos vamos embora – ‘Adeus e as melhoras’ – é uma sensação... A vítima teve confiança em nós, é quase como quem diz – ‘E deixas-me aqui sozinho??’ Acontece muito.*

*Eu tento depois não saber das vítimas mas, se volto ao hospital nessa noite e calho a ver no corredor, ‘Então, já está quase resolvido?!?’ Quando não, não tento saber.*

*Um socorrista deve ser honesto, tem que ter nascido para isto. O poder inventivo é extraordinário num socorrista – mas tem que gostar do que está a fazer. Não inventa doidices, o que inventa é uma tala com um jornal, nem que seja a outra perna a servir de tala. Mas ele tem que ter nascido para isso. Física e psiquicamente.*

A actuação do socorrista define-se à partida pela limitação das escolhas, onde quase nunca se aplicará o princípio de que tão pior será quanto mais escolhas houver. Ou, para ser objectivo, o seu trabalho é a prova cabal de que o paradoxo da liberdade de escolha (GIGERENZER, 2007) existe mas não o deverá abranger.

Fosse-lhe tal permitido, o socorrista já não actuaria no universo em que predominam os benefícios da simplicidade e imediatez. Queria poder contar, como qualquer técnico mais ou menos qualificado, com instrumentos, diagnósticos e equipas de suporte – e um seguro contra processos por eventual falha na sua intervenção.

As suas limitações cognitivas existem por definição num quadro tão dramático quanto aquele que poderá incluir a vida ou a morte da pessoa a quem deve ajudar. Terão que ser exacerbadas no caso por caso e desde logo ultrapassadas – o socorrista vê, ouve e sente, actua em conformidade nas circunstâncias dadas e com o material ao seu dispor.

Sendo o socorrista experiente, será caso para inferir que a primeira opção de actuação será sempre a “melhor opção”. A mais rápida intervenção com os meios ao seu dispor para reverter a crise que identificou na vítima a que deverá ajudar. E quanto mais grave e urgente for a acção requerida, mais celeridade e eficácia caracterizarão as medidas que desenvolver.

Caso contrário, conforme instituído no código regente da assistência de emergência, a alternativa é o fracasso. Em caso de dúvida, intervém-se pela via mais simples e directa.

Raros foram os socorristas entrevistados que se ativeram ao princípio de que o Protocolo é para seguir e não se discute – embora houvesse um ou outro caso, pois consideram que “se ele existe é por boa razão”. Todos andaram na escola que reza que o grande segredo do socorrismo é a capacidade de improvisar, de usar os objectos mais improváveis para, por exemplo, suprir a falta de equipamentos.

Contudo, das entrevistas saiu o maior peso da importância dada à intervenção imediata na abordagem do doente/vítima quando, por sorte, se chega a tempo de ser útil. E, também, o peso de alguns casos na sua vida e trabalho e do meio em que são chamados a actuar. Estão quase sempre sob olhar curioso dos mirões, muitas vezes entregues a si próprios em ambiente que pode ser tido circunstancialmente como hostil ou inibidor.

*Foi uma paragem cardiorrespiratória num café, com montras, tinha muitas pessoas. Não bloquearam o meu trabalho mas deixaram-me bastante nervosa. Se fosse meu familiar, também não gostaria de que estivessem lá tantas pessoas a assistir.*

*Não é possível dizer às pessoas (que se afastem), a curiosidade delas é mais forte. A proprietária do café nem nos queria deixar fechar as persianas. Fui lá eu depois fechá-las.*

*Era uma pessoa com antecedentes, já tinha doenças, hipertenso... Quando lá chegámos já estava em paragem. Fizemos tudo o que podíamos fazer mas não*

*conseguimos. Tempo total, incluindo o Suporte Avançado de Vida, mais de 30 minutos.*

*Ajudar-nos? Ninguém. O que queriam era olhar.*

O saber-saber constitui o cerne da actuação do socorrista, que resultará no saber-fazer para poder intervir sem ceder à dúvida, medo e até mesmo à exaustão – mas nenhum caso é linear e, havendo-a, a cooperação da equipa é vital para o êxito da intervenção.

Em caso algum dos focados houve margem declarada para dúvida de diagnóstico da situação, no quadro proposto do processo de tomada de decisão imediata baseada no Modelo de Reconhecimento de Padrões (*Recognition-Primed Decision Model*) de Gary Klein (1999). Considere-se aqui, por definição, a conjugação de dois processos, a avaliação da situação para determinar da via de acção a empreender e a conceptualização dessa via de acção, imaginando-a nos seus vários passos.

Reportando ao poder da intuição, Klein (2003) refere que a chave para que ela resulte é a súpula da “experiência com significado”, que “nos permite reconhecer padrões e construir modelos mentais”. Quando em equipas bem rodadas, os socorristas sentem e pressentem o momento da sua parcela de intervenção.

O estudo de pessoas actuando sob pressão levou Klein (1999) a concluir que, no caso dos bombeiros, os seus comandantes tomavam 80 por cento das suas decisões em menos de um minuto, e os jogadores de xadrez numa média de seis segundos, em condições especiais. O que resultou mais surpreendente, para o seu estudo, foi que a noção do trabalho sob pressão é relativa, dado que se applicava a todo o universo de casos sob estudo.

Em síntese, tal como Klein (1999) apontou, os processos de decisão imediata, natural, em ambiente e contexto real, suportados por reconhecimento de padrões, reportam-se a situações tidas ou efectivamente sendo de alto risco – e só podendo ser tomadas por alguém conhecedor e experiente na matéria.

*Logo a seguir ao curso TAT<sup>32</sup>, com um colega meu, tivemos um caso. A vítima encontrava-se em paragem e eu consegui reanimar. Chegámos lá, se calhar no*

---

<sup>32</sup> Técnico Auxiliar de Transporte, o escalão complementar do socorrismo de base, já com aptidão para manuseio de algum material, como fornecimento de oxigénio.

*momento certo, começámos a fazer manobras, estávamos fresquinhos do curso, sabíamos tudo na pontinha da língua.*

*Felizmente, quando o carro médico chegou, o senhor já estava consciente.*

*O importante foi o trabalho de grupo, correu muito bem. Estivemos em manobras talvez 40 minutos. É muito estafante, sozinho não se aguenta, alternámos. Se calhar, ao fim de 10, 15 minutos, se não trocarmos, as compressões já não são tão eficazes. E já nem nós temos força para fazer a compressão.*

*Às vezes, nem vale a pena – para que vamos sacrificar-nos a nós e à vítima, se a compressão não está a ser eficaz? Vai daí, rodamos, isto não é um trabalho individual, é um trabalho de grupo.*

As operações desenvolvidas pelo socorrista para assistir alguém – vítima de acidente, acometido por mal súbito ou noutras quaisquer circunstâncias – envolvem os diversos passos protocolados. Saldam-se pela conclusão simples de ter ou não podido salvar a pessoa de momento as funções vitais da pessoa e, nos casos mais simples, de lhe ter dado apoio capaz, emocional no plano pessoal e de orientação do socorro necessário que entretanto pediu.

Nos tempos em que vivemos, de telemóvel em punho, está em princípio garantido o socorro mais acompanhado à distância que será possível. Há contudo casos que se contam, de incidentes em locais remotos e sem rede das comunicações eficientes. O socorrista de passagem poderá depender, no fundo, da sorte de a pessoa a quem assiste não estar em situação demasiado grave ou de por ali passar mais alguém. Esse socorrista acidental poderá mais adiante pedir ajuda em seu nome e retransmitir as informações o mais adequadas possíveis.

Assim, a hierarquização dos passos e medidas a tomar pelo socorrista – seja actuando fortuitamente e com pouca prática, seja trabalhando em equipa rodada e testada – será feita, em princípio e teoricamente, por um enumerado de actos e acções assentes em reconhecimento de padrões, para diagnóstico e intervenção imediatos.

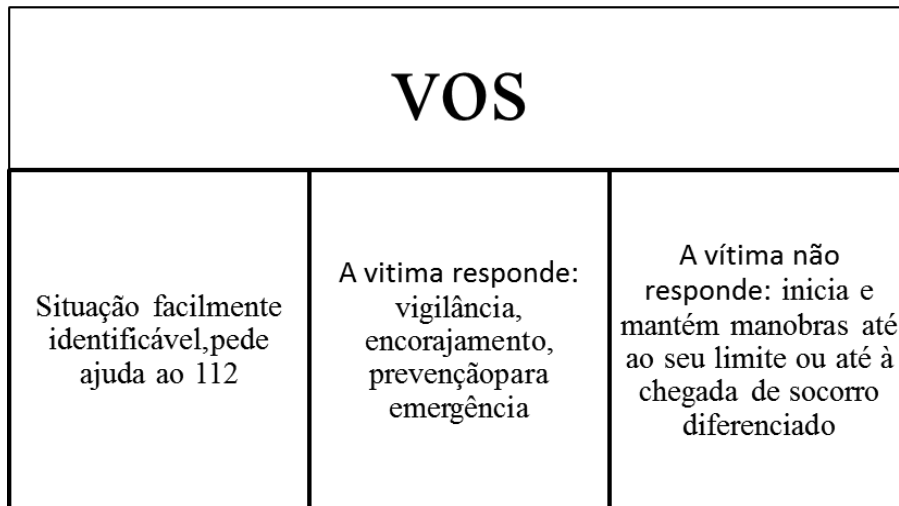


Figura 4 – Passos iniciais do primeiro socorro

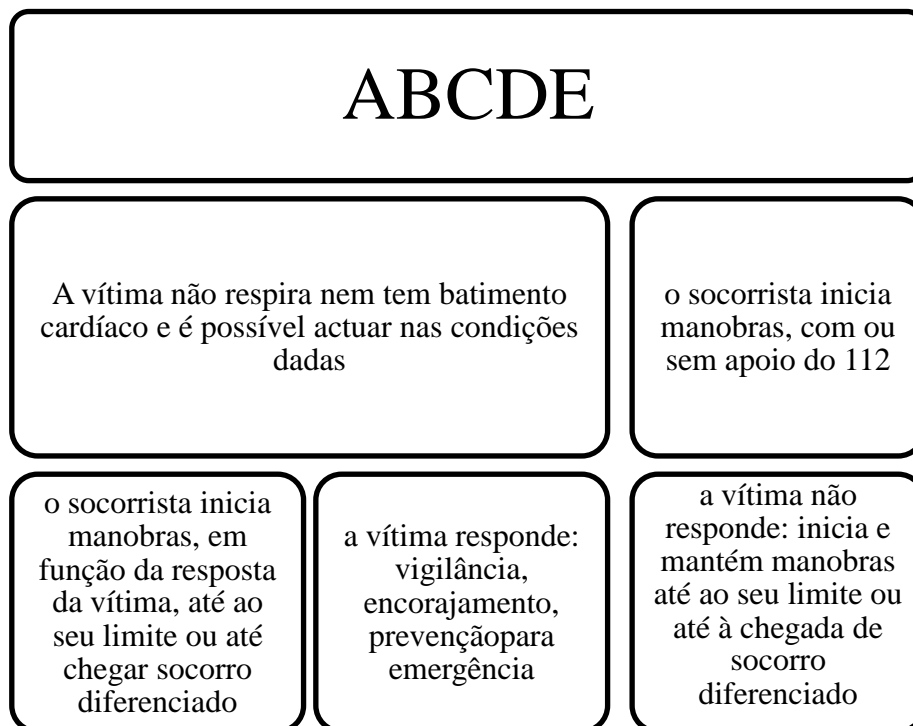


Figura 5 – Ordenamento dos passos de actuação, em função do Protocolo (versões simplificadas)

No trabalho dos socorristas, embora ela esteja subjacente pela pré-ordenação dos passos e medidas a tomar no âmbito do Protocolo, raramente há tempo ou informação bastante para se seguir a via da estratégia da escolha racional (KLEIN, 1999).

Muito regularmente terá que actuar tão prontamente que, se houver correcção a fazer nos passos que encetou, eles deverão estar também protocolados – dependerá de ser

ou não possível reverter a situação grave em que se encontra a pessoa a quem assiste. A única excepção será porventura a sua própria capacidade física ou resistência anímica para desempenhar a tarefa.

*(... Não foi comigo, mas...) um miúdo, numa brincadeira com outro, com uma arma de caça submarina, espetou-lhe o arpão num olho. Os socorristas procederam como devia ser e levaram-no para Santa Maria. Quando entraram no balcão toda a gente fugiu. Médicos, enfermeiros, ninguém quis tomar conta daquilo. Ficaram só os bombeiros e os polícias, até que apareceu um médico com calo, 'vamos lá por ordem no bordel!, cirurgião, oftalmologista...' O miúdo acabou por falecer.*

*Outro caso, comigo directamente, estava a entrar de serviço no quartel e começo a ouvir uns gritos lancinantes dali detrás. Metemo-nos numa ambulância e, quando vou a sair a porta, aparece um miúdo de bicicleta, 'venha ali depressa, que há ali um acidente'.*

*Um miúdo caíra de um terceiro andar. Com crianças é muito complicado, desaprendemos tudo num instante.*

*A mãe tinha chegado e tinha-lhe pegado ao colo, ela não queria largar o miúdo, de 3, 4 anos. Imobilizámo-lo, metemo-lo na maca. Ela depois queria ir, não deixei. Havia coisas que se deveriam fazer durante a viagem que não é bom familiares assistirem. Entubações, procurar veias para canalizar, etc. Nem sempre as coisas correm muito bem, e na ambulância não há muito espaço.*

*Veio a falecer três dias depois, com fractura do baço. Não tinha hemorragias externas, detectámos uma hemorragia interna grande mas não sabíamos onde.*

*Não deixar ir a mãe... Se a levo, ela vai-me prejudicar o trabalho, vai ser uma entropia no sistema. Acho que decidi bem.*

*As crianças morrem muito, em acidentes, quedas em altura. Sempre que foi acidentes de automóvel, entreguei pessoas vivas. Nalguns casos, vim a saber que faleceram depois, em consequência do acidente.*

Sendo embora por filosofia actividade benemérita, nem sempre o trabalho dos socorristas é bem acolhido ou entendido. Correm perigo, de contágios impensáveis ao próprio risco físico, por necessidade de intervenção em ambiente de violência e tensão.

Nem por isso deixarão de fazer o seu trabalho e, nalguns casos, decidem avançar contra todas as normas da prudência e a regra de ouro da sua actuação – acima de tudo, estará a sua própria segurança.

*Num bairro de barracas complicado que já não existe no Restelo, uma vez fui lá buscar um indivíduo debaixo de tiro. Estavam zangados uns com os outros, e havia um ferido, que fomos lá buscar.*

*Daquilo de que tenho conhecimento, havia pedidos da polícia para irmos a bairros complicados. 'Nós não vamos lá, nós polícia, porque nos partem a ambulância. Se forem vocês não acontece nada.' Não viam com bons olhos uma ambulância de polícia, que eram os gajos que lhes iam bater a seguir. Se calhar, debaixo da bata branca levava uma arma...*

*Quando foi o assalto à embaixada da Turquia<sup>33</sup>, houve camaradas meus que foram lá, debaixo de fogo, e nenhum deles ficou ferido. Um deles trouxe a mulher do embaixador às costas, que veio a falecer.*

*No 2 de Maio, um camarada meu teve que ir com escolta policial para recolher um homem que tinha sido morto pela polícia mas ainda não se sabia cá fora que ele estava morto. Saiu como ferido grave e foi tipo tartaruga, com os escudos a protegerem e a tirarem a maca.*

*É mais a carolice de ir buscar alguém. Noutro caso, polícias e socorristas, fomos recebidos à pedrada. Um polícia foi atingido com uma pedra que entrou entre o escudo e o corpo. Mas nas nossas ambulâncias ninguém tocou. As da polícia foram altamente vandalizadas.*

*Tenho a impressão de que nos convencemos de que o colete (com a cruz vermelha) é à prova de bala. Não é, se tivermos que levar um tiro levamos mesmo.*

---

<sup>33</sup> No ataque à embaixada da Turquia em Lisboa em 1983 por um comando do Exército Revolucionário Arménio, em que morreram sete pessoas, a mulher do diplomata, um polícia português e os cinco assaltantes. Foi a primeira intervenção do Grupo de Operações Especiais (GOE) da PSP.

*Coisa boa, é chegar lá e conseguir salvar alguém, entregá-lo com vida, são e salvo.*

De algum modo, a decisão do socorrista não envolve grandes dúvidas sobre as medidas extremas a tomar – há que garantir a obtenção, mediante manobras de ressuscitação, ou que manter as funções vitais da vítima ou doente a seu cargo – circulatória e ventilatória. Tudo o resto, independentemente da gravidade da situação, será acessório.

Em casos específicos haverá margem para “a angústia da análise” (JANIS e MANN, citados por KLEIN, 1999), não quanto aos seus resultados finais e trabalho requerido, sim quanto a consequências marginais previsíveis de antemão da decisão tomada. Será o caso das sequelas das compressões torácicas em pessoas sofrendo de lesões da coluna – mas, aí, a alternativa poderá ser a consideração de abandonar a vítima ao seu medo de acaso e à morte quase certa em tempo mínimo.

Ainda neste caso, os mais inexperientes dos socorristas poderão ser aqueles que mais rápida e facilmente terão tomado a decisão fulcral – há que salvar a vida da vítima por todos os meios. Eventualmente, os mais experientes debater-se-ão com a certeza de que, feitas as compressões sobre um corpo lesionado gravemente, as sequelas poderão ser tremendas.

No socorrismo, a prática traz tanto a perfeição como a experiência dos perigos agravados em que se podem assumir actores inimputáveis – só lhes cabe tentar salvar a vida. Mas aqui também a questão fundamental da decisão sobre a via a adoptar estará simplificada – a alternativa é a morte da pessoa.

O quadro de oportunidade de salvar alguém pode ir de três a quatro minutos em paragens cardiorrespiratórias ou um pouco mais em hemorragias abundantes. A decisão e a sua execução, seja qual for a medida tomada, terá essa janela de oportunidade para manobras e salvamento mais ou menos eficazes.

Isto caso a conseguisse formular e decompor: o socorrista não tem tempo para isso, a sua intervenção acaba por ter que ser imediata, instintiva e padronizada.

*A qualidade indispensável para um socorrista é ser bom observador e persistente. Conseguir em pouco tempo avaliar a situação e ser persistente... Porque reverter um indivíduo que está em paragem por vezes leva, não digo horas, mas...*

*Por mim, nunca deixei de fazer - se estivesse cansado, vinha outro. Mas nunca me aconteceu desistir.*

*Aconteceu com (muitas) pessoas... Com um indivíduo que acabou por ser confirmado cadáver pelo médico, com uma senhora ao pé da avenida de Ceuta. Essa já era cadáver declarado, fizemos as manobras todas e o médico nem foi lá. Pelo rádio disse “Tantos minutos, nem vale a pena”. Qualquer reversão era impossível.*

O distanciamento requerido forçosamente para intervenções nestes casos dramáticos é necessário também no dia-a-dia, nas coisas mais comezinhas do trabalho do socorrista.

Muitos ressentem-se das situações em que se envolvem, seja porque a vítima que assistem é uma criança, um velho, uma pessoa com quem, por qualquer razão circunstancial, sentiram laço imediato, transcendendo as manobras de socorro. Dos entrevistados, uns sentem as marcas, anos depois; outros ainda não digeriram os sentimentos gerados pelo caso.

Se são vitais a sua capacidade de comunicação e instilação de esperança, apoiando, garantindo acompanhamento atento da vítima ou doente assustado, desde que consciente, também o é por isso a capacidade de abstracção, do ver “cada caso como um caso”, de ajudar numa e noutra urgência e de logo depois partir para outra emergência, quando ela se lhe puser.

*Uma senhora já de 50/60 anos tentou-se suicidar com medicamentos. Quando começaram a surtir efeito, arrependeu-se. Na altura, não havia as tecnologias que há hoje, as maneiras de fazer que há hoje, antídotos. As ligações para o CODU não eram o que são hoje. A senhora foi levada para Santa Maria.*

*Voltei ao hospital e, quando vou a sair do segundo caso, disse assim ao meu colega - “ Vou ali ver aquela senhora que trouxemos há bocado”, e ele disse - “Não. Para*

*não criares afectividade com a vítima”. Ia-me complicar a vida a mim, sentir remorsos...*

*“Não te metas nisso. Se a conhecesses de antes, tudo bem. Assim é um anónimo que entregámos”, foi o que ele disse. Não sei se ela sobreviveu.*

Para melhor entendimento dos processos de decisão e actuação dos socorristas, era necessário colher um levantamento da apreciação individual dos socorristas ouvidos, sobre o que consideram importante ou determinante no desempenho da sua missão – e como se verá, o enquadramento do protocolo reveste-se da maior importância, enquanto conjunto de medidas e técnicas padronizadas e previamente estruturadas por um modelo multicritério.

## Capítulo VIII:

### Balanço das entrevistas, apontamentos de crise e seu enfrentamento

A série de entrevistas, de que tem-se vindo a observar extractos, foi completada com um inquérito, tentando determinar as leituras do socorrista sobre o que considera mais importante para o exercício das suas funções. Assentou-se no pressuposto de que o trabalho do socorrista se orienta por um Protocolo e pela plena disponibilidade, sempre que requerido ou surpreendido por uma situação de emergência.

Ao contrário de Klein (1999), o quadro da entrevista foi processada de modo directo e simples, sem conferência por uma segunda pessoa presencialmente e sem cruzamento de dados e factos por uma equipa. Foram desenvolvidas ao longo de meses, cotejadas e conferidas quanto a pormenores e casos coincidentes, sendo embora um esforço individual. Todas foram identificadas e referenciadas, tentando-se o equilíbrio entre voluntários e membros de equipas de bombeiros. Todos os entrevistados operam no mesmo patamar de formação (TAT, técnico auxiliar de transporte), sendo embora de gerações diferentes quanto à formação de base, dado que se procurou uma parcela de maior veteranaria para tentar aferir da evolução da abordagem do socorro de emergência. Foi usada apenas uma parcela dos depoimentos, em apoio dos aspectos referidos no quadro da dissertação, e contabilizada toda a parcela dos inquéritos complementares.

As questões colocadas em inquérito tinham resposta sim/não e concordo/discordo. A alternativa, talvez, englobou a síntese da experiência havida, um compromisso convencionalizado como meio-sim e meio-não, confirmando que a via tida por correcta e/ou protocolada pode ser infringida e que, por vezes, isso pode resultar pelo melhor:

1. Cumprir os passos PAS, VOS/ABCDE<sup>34</sup> ajuda o socorrista a cumprir a sua função de forma mais competente;

---

<sup>34</sup> Elementos básicos do trabalho de socorrista, com alguns dados chave do Protocolo: PAS: prevenir, alertar, socorrer; VOS, ver, ouvir e sentir; e com o ABDCE, a hierarquização das funções e sinais de maior risco,

2. O socorrista deve confiar mais nos procedimentos padrão do que na sua intuição,
3. Pode-se agir de forma mais capaz se tivermos algum material conosco,
4. Tenho sempre o mínimo e material comigo,
5. Dependi sempre de outras pessoas para o meu desempenho no local,
6. Sinto-me preparado para qualquer situação de emergência,
7. Ser socorrista dá-me reconhecimento e valor,
8. Já lamentei ter-me tornado socorrista / já deixei de exercer essa função em dada situação.
9. Tem medo de *perder a mão*, por falta de prática.

As respostas tenderiam a ser simples, mas nalguns casos o respondente sentiu necessidade de completá-la ou esclarecê-la. Num caso ou noutro, o socorrista não quis responder a uma ou outra pergunta, razão do diferencial não corresponder exactamente a 20.

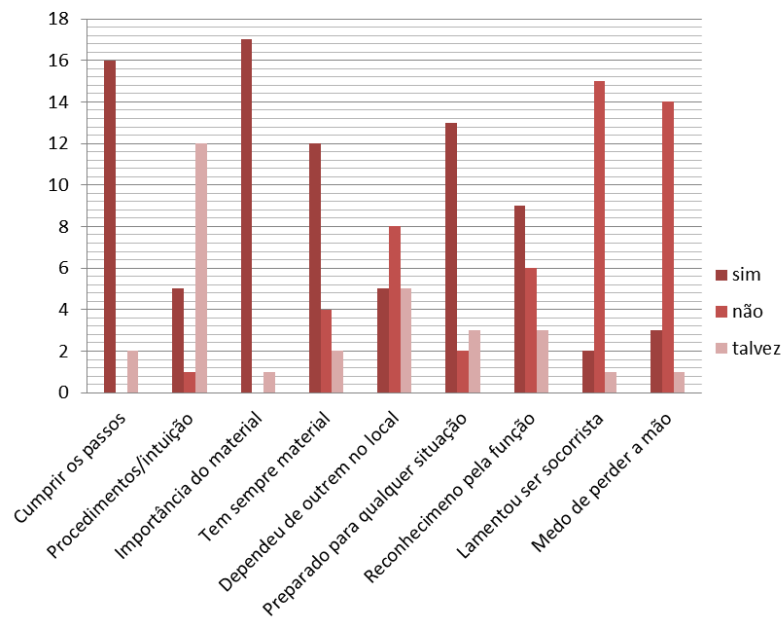
A necessidade de desenvolvimento da ideia, com comentários adicionais, aconteceu nomeadamente na ponderação da intuição, em eventual sobreposição aos procedimentos padronizados, e no valor reconhecido por outrem do trabalho do prestador de socorro. Os resultados de algum modo traduzem essa ponderação ou hesitação pelos entrevistados, sobretudo porque implicou a atribuição de maior peso ao que entende pela sua intuição, o admitir sinais que excedem o quadro de intervenção de acordo com o Protocolo.

Não estava englobada no inquérito, embora fizesse parte das entrevistas, a questão do *stress* pós traumático (ver capítulo IX). Todos reconheceram de algum modo a existência de sequelas dos casos em que estiveram envolvidos, alguns abertamente identificando sofrimento deles decorrente, com maior ou menor duração.

Boa parte dos entrevistados chorou ou ficou com os olhos marejados de lágrimas, ao referir-se aos casos que maior angústia envolveu, fosse em particular pela vítima que assistiu ou pela sua incapacidade de resolver a situação com que se confrontou. Na esmagadora maioria, a subsequente ajuda do foro psicológico recebido foi prestada apenas por familiares, amigos ou camaradas socorristas.

---

ou seja, a permeabilidade da via aérea, a função ventilatória, a função cárdio-circulatória, a função neurológica, a exposição/prevenção de hipotermia.



**Figura 6 – Gráfico de contabilização das respostas a inquérito complementar às entrevistas**

Do inquérito, resultou óbvia a importância atribuída ao cumprimento dos passos protocolados. Mas, como demonstra a coluna 2, o contraponto dos procedimentos com o factor tido por intuição, caso por caso, tem grande variação – os mais experientes são quem mais latitude de acção admite e atribui grande importância a essa componente do seu trabalho.

Há contudo que considerar que a amostra foi reduzida e envolveu dois tipos de socorristas, uma maioria dos socorristas no activo e uma minoria de voluntários com muita experiência, diferida no tempo, incluindo um já sem acção efectiva neste campo.

Considerando sagrado o Protocolo, em casos excepcionais foi admitido que tudo deve ser condicionado à avaliação e melhor critério do socorrista no momento e no local. Haverá talvez que equacionar neste campo a margem de manobra em que o socorrista opera, sentindo-se apoiado numa equipa e com procedimentos regulamentados. Em último caso, se a sua intervenção fracassar, poderá sempre ter-se atido ao Protocolo.

Essa conferência de passos e intervenções havidas é feita *a posteriori*, em *debriefing*, pelo menos nos incidentes percebidos como mais dramáticos ou traumatizantes – o socorrista necessita de validação das suas decisões e actuação, seja para celebrar o êxito seja para explicar o fracasso.

A despeito da confiança plena nos procedimentos e na importância do mínimo de material para o desempenho das suas funções, cada caso se coloca ao socorrista de modo diferente. Como disse um deles, “podemos sempre improvisar”. Foi esmagadora a preponderância da importância da disponibilidade do material atribuído ao socorrista, no quadro das suas capacidades de intervenção.

A crença generalizada pareceu ser a de que, seja qual for a situação de emergência, poderá sempre adaptar-se, improvisar-se e executar no melhor dos modelos a sua missão – dar tudo por tudo com o que tiver à mão.

Aí, como sugeriram alguns, enquadrando-se no espírito do seu trabalho, “é que se porá a questão da decisão” sobre o que melhor fazer para assistir a vítima ao seu cuidado. Interessante, também, é a margem de importância dada a outrem no eventual apoio num incidente, num dado local – a maioria considera que desempenha ou poderá desempenhar o seu trabalho sem recurso a peões voluntários ou necessidade de ajuda.

Daí, talvez, que a esmagadora maioria se sinta preparada para enfrentar uma qualquer situação envolvendo primeiros socorros. Os respondentes pela negativa são do quadro dos menos experientes ou dos que dão por garantida alguma *perda de mão*, isto é, duvidam já da sua capacidade de actuação ainda eficaz e por métodos de improvisação, apenas por falta de prática sistemática.

Ainda em leitura desses resultados, note-se o paralelismo do receio de “perder a mão” na prestação dos cuidados de emergência – é igual para sim e não, quando entre os entrevistados houve maioria de socorristas a tempo inteiro.

Parte da explicação poderá radicar-se no facto de, nos bombeiros, alguns desempenharem por maiores ou menores períodos de trabalho o combate a fogo, por exemplo. Alguns poucos dos mais velhos consideram que perderam definitivamente a mão, por falta de prática. Um deles, embora fazendo só os seus piquetes semanais, todos os dias passa pelo seu quartel, para ver se pode também ajudar – além de dar dois dedos de conversa e ouvir as estórias das emergências do dia.

Há contudo alguma dificuldade em ler os resultados do que se refere ao reconhecimento pela função exercida - a maioria considera que ele é importante, embora diga que tudo o que faz é por si mesmo e pelo seu sentido de realização. Uma minoria considera que, pelo contrário, é até um trabalho menosprezado – o grupo aqui incluído no “talvez”, pelos depoimentos recolhidos.

Os entrevistados incluíram duas parcelas diferenciadas mas sensivelmente iguais de veteranos, embora alguns de algum modo desligados da actividade a que se dedicaram intensamente durante anos seguidos. Têm ampla experiência em épocas em que as comunicações e o material disponível eram muito inferiores aos actuais. Os outros veteranos estão em pleno período de ouro da sua actividade – jovens, empenhados em formação contínua e alternância de trabalho, entre fogo e cuidados de saúde, com plena pujança física para o esforço que lhes pode ser pedido.

A alguns dos entrevistados foi difícil extrair relatos mais marcantes e os passos seguidos, em função da sua avaliação da situação e decorrente tomada de decisão. De outros resultou ameno cavaqueio, em crescendo emocional ao abordarem os casos que mais os marcaram. Durante as entrevistas, alguns chegaram à ponderação de que, no conjunto, não tinham ainda equacionado estruturadamente o seu trabalho, os métodos seguidos e as decisões assumidas, quando difíceis ou em caso de fracasso dos seus esforços.

Sendo embora um universo reduzido de entrevistados, na maioria homens, no conjunto acabou por constituir-se, de algum modo surpreendentemente, um manancial de casos e decisões, métodos e abordagens primárias ricos de conteúdo e de histórias dramáticas mas comuns de primeiro socorro.

No anedotário dos casos referidos, há um incidente em que, tirado o capacete e o fato de protecção contra fogo, os peões repararam que aquele bombeiro que tão valorosamente enfrentara em grupo um pico de incêndio era uma mulher (“Oh, é uma senhora!”); não é de valor estatístico, pelo número reduzido de entrevistados, mas as mulheres ouvidas eram regra geral mais altas do que os seus colegas.

A mesma bombeira que deixou soltar os cabelos depois de tirado o capacete, para refrescar-se, dias antes da entrevista que deu para este trabalho ficou de mão dada com uma mulher encarcerada num veículo, acompanhando-a até à morte. Tinha ainda dificuldade em falar desse incidente.

Alguns contaram como se depararam com a escolha difícil de actuar, sozinhos, em meio adverso; outros descobriram que, sob a capa comezinha do trabalho rotineiro e do colete com uma cruz vermelha, a sua missão era apoiar pessoas em dor de solidão, mergulhadas na pobreza e abandono.

Em apanhado genérico, os socorristas declararam-se vocacionados e empenhados em manterem a sua missão fundamental – ajudar, salvar – independentemente do custo físico e emocional dessa opção. Todos conhecem, por outro lado, colegas que ficaram pelo caminho, por não suportarem ou a rotina dos dias em que nada de grave acontecia a ninguém na sua esfera de acção ou, pelo contrário, não resistirem ao sofrimento e dor com que se deparavam no exercício da sua profissão.

Refira-se aqui que, em termos gerais, foi preponderante a visão do socorrismo mais como uma espécie de profissão de fé do que como uma via de mero trabalho profissional.

Em síntese, o socorrista, seja voluntário com pelo menos um piquete por semana seja trabalhador numa corporação, esmagadoramente não põe em causa a sua opção, de algum modo correspondendo ao conceito de congruência<sup>35</sup> na sua vida e vivências.

*Primeiro do que tudo, é um gosto, vem de família. Mãe, pai e irmão são socorristas. Sempre foi inculcado em casa o espírito de entreatajuda no âmbito da emergência pré-hospitalar.*

*Quando entro na ambulância, todas as noites, nunca me passou pela cabeça que as coisas vão correr mal. Vão correr bem. Só não vão correr bem se o ambiente e nós tivermos algum factor externo.*

Nalguns casos, aparece um quase quadro de compulsão, pois o socorrista faz turnos de voluntariado depois de cumprir o seu horário e, por absurdo, manifesta cansaço e frustração porque nada está a acontecer ou sucedeu na área de intervenção da corporação vizinha. Esse fastio porque uma situação de emergência surgiu em comarca fora do seu âmbito foi manifesto durante as diversas idas a um aquartelamento, sobretudo na aproximação da época estival de fogo, e num ou noutro caso de acidente rodoviário, em que meios foram enviados de outros locais.

Depois, há os dias em que parece que quase nada acontece – e os outros em que mais do que um dos entrevistados foi chamado, repetidamente, para um serviço. Uma entrevista de meia hora levou boa parte de uma tarde de trabalho de um socorrista, minutos

---

<sup>35</sup> Congruência, significando a harmonia sentida nos vários aspectos da vida ou vivências, quanto a equilíbrio de motivos, causas e resultados. No conjunto, deverá traduzir alguma medida de satisfação e auto-realização.

a minutos de cada vez, entrecortados por idas “rápidas” que se prolongavam por uma hora no mínimo.

*Não é só o espírito de ajudar... É lindo ajudar, conseguir salvar, não por mim mas porque alguém superior a mim o entendeu. Na vida de quase 30 anos de socorrismo, salvei três pessoas, porque foi presencial, com reanimação.*

*Mas tenho medo de mortos. Dizem-me assim, ‘olhe, por favor, o senhor é socorrista, aqui no terceiro andar está uma pessoa que parece que está morta’. Sou o primeiro a entrar pela janela. Agora, dizem-me que ‘há aqui uma pessoa há três horas, já foi declarada como morta’. Não vou lá.*

*Se calhar, não sou capaz de entrar num cemitério sozinho a meio da noite... Mas se me disserem que no cemitério está uma pessoa que se deixou dormir, e se calhar está morta, sou capaz de lá ir.*

O socorrista, assim confrontado com os factos somente depois de chegar ao local, por melhor que tenha sido a informação prévia ou coincidente com a sua ida em socorro, acabará por confrontar-se com os seus medos e incapacidades; muitas vezes, sob a pressão de peões que, por ignorância ou medo, em nada ajudam ou tentam ajudar.

De regresso ao quartel, a casa, seja qual for o nível em que tenham actuado, deverão confrontar-se, primeiro do que tudo, com o que avaliam da sua própria leitura da situação e actuação. Nem sempre haverá tempo para racionalizar e decompor a experiência vivida e, às vezes, as lições aprendidas diluem-se no manancial de casos do dia.

As corporações queixam-se dos seus défices: alguns dos bombeiros contaram como pedem nos hospitais material de que necessitam para o seu trabalho, alguns cometendo até pequenos desvios processuais, ao entregarem material para troca ao INEM. Se o não fizessem expeditamente, improvisando aqui também, teriam que esperar pela reposição em tempo que não se compadece com o conhecimento que as equipas que o operam no dia-a-dia têm das suas faltas e deficiências para o melhor desempenho com o que dispõem.

Dos depoimentos colhidos sobre o que o socorrista arrasta depois de saldada a sua intervenção, sintetiza-se de seguida o sentir e as tensões implicadas no desempenho da missão de salvamento. Como se verá pelo apanhado seguinte, os casos em socorrismo

podem deixar um sentimento difuso, angústia recorrente, um pesadelo que se repete – um quadro de sintomas de *stress* pós-traumático.

## Capítulo IX: *Stress pós-traumático*

*“Eu cá não o sinto, mas dou comigo a chorar quando me lembro”*

A percepção do perigo leva a extremos de *stress*, conforme experimentado no aquartelamento norte-americano de Camp Mackall, o Laboratório de Treino de Resistência, em testes com pretensos prisioneiros de guerra (SHERWOOD, 2009).

Durante os falsos interrogatórios, a batida cardíaca dos “presos” ia acima dos 170 por minuto durante mais de meia hora, mesmo sem qualquer actividade física, e os seus organismos segregavam mais quantidade de hormonas de *stress* do que pilotos aterrando em porta-aviões, tropas em vias de emboscada no Vietname, pára-quedistas prestes a lançarem-se no vazio ou pacientes aguardando por grandes cirurgias (SHERWOOD, 2009).

Só aquilo bastaria para “desligar o sistema imunitário” dos soldados e causar um estado catabólico (resultando em metabolismo destruidor). Segundo esse estudo, acabada a selecção, as tropas especiais serão também definidas pela sua capacidade de produção de neuropeptida Y, um aminoácido que serve o organismo na regulação da pressão arterial, da fome, da aprendizagem e da memória (SHERWOOD, 2009).

Num estudo comparativo, não só as tropas especiais produziam mais neuropeptida Y como retomavam os níveis normais mais rapidamente; esta faz de tranquilizador natural, controlando a ansiedade e compensando os efeitos de hormonas do *stress* do tipo da adrenalina (SHERWOOD, 2009).

Em Portugal, há grupos eventuais de terapia de curta duração organizados, bem como o acompanhamento casual de socorristas sujeitos a circunstâncias extremas ou a incidentes repetidos em curtos períodos.

*Já apanhei de tudo o que pode imaginar, tiros, facadas, queimados, em decomposição, acidentes graves, muito graves, mota, sem ser de mota. De tudo. Em todos os serviços que a gente faz, levamos sempre um bocadinho para casa; de vez em quando desabafo com a minha mulher, 'olha, hoje fui buscar um rapaz de 18 anos que foi assaltado e deram-lhe uma facada num olho, ficou sem uma vista'. São aquelas coisas que não saem da cabeça, vamos relacionar a idade dele... Por causa de um telemóvel que custa meia dúzia de tostões. Nem que custasse uma fortuna. E conto essas coisinhas em casa.*

No meio, fala-se do recurso a álcool ou tranquilizantes mas não haverá despistagem ou controlo.

*Durante muito tempo, fiquei a pensar se algumas manifestações que tive a posteriori sobre os acontecimentos se enquadravam no que lia sobre o SSPT. E nunca encontrei muita ligação. Hoje penso que eram mesmo – eu fazia era uma rejeição.*

*Era quase um complexo de inferioridade, isso acontecer comigo? Nã! Entretanto, quando me enfronhei mais, após o sismo da Argélia, e foi o cenário mais marcante, mais catastrófico que tive...*

*Comecei a sonhar de forma muito esquisita com o meu pai, falecido há 20 e tal anos na altura, e sempre nos locais que mais me marcaram na Argélia, de onde tirámos vários cadáveres, entre os quais uma menina de 2 anos, uma senhora de 30 e outra de 60.*

*O meu pai, que era vendedor de automóveis, a fazer trabalhos de pedreiro, a cimentar o chão ao lado da casa, que estava a cair, e com peixes vivos que eu gosto muito de pescar e de comer, o sargo.*

*Na outra noite fui buscar o mesmo sonho, acordava um bocado estremunhado, afectado com tudo aquilo. Comecei a ver que alguma coisa não estava bem. Sonho muito com o meu pai e nessa altura sonhava todas as vezes com o meu pai.*

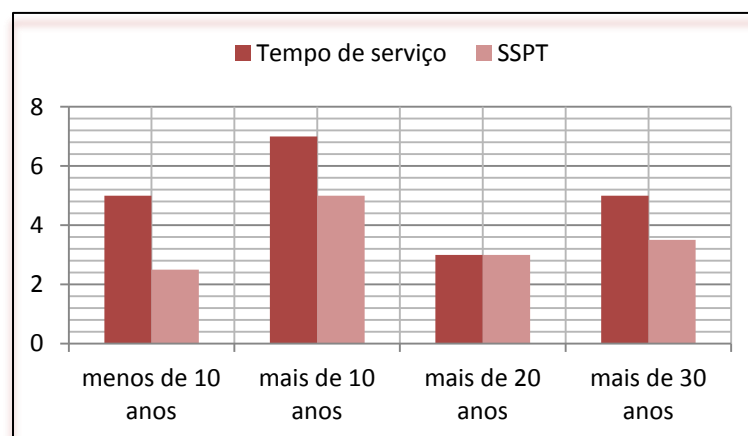
*Achei que não era normal e pedi ajuda. Fui até aos meus colegas que tinham estado comigo na Argélia, manifestações muito parecidas. E então o Serviço*

*Nacional de Bombeiros e a Protecção Civil entenderam fazer terapia, individual e de grupo.*

*Hoje penso estar bem, o que noto às vezes e se calhar... Se houver um incidente e uma desavença qualquer, à noite, vou transpor esse incidente para essa desavença. Mais por aquilo que leio, do que vejo, a experiência não é tão grande assim... Se transpusermos a situação para outras forças, como os polícias, e os suicídios de pessoas que aparentemente não têm problemas nenhuns. Na nossa área não há levantamento, nem pessoas que lidem (com o SSPT).*

Do bloco de entrevistas e inquéritos, resultou um levantamento que tentava equacionar, de algum modo, o tempo de serviço de socorrismo e a percepção das sequelas sentidas, sofridas ou determinadas pelos entrevistados.

Houve os que não falam dos seus problemas com ninguém, nem mesmo com os colegas; houve os que só falam com os colegas e não com a família, para não assustar ninguém; houve os que se socorrem da família para desabafar. Houve uma minoria que considera que sofre de SSPT e a maioria não valorou esse factor. Alguns receberam já assistência, outros preferiram não aprofundar a questão.



**Figura 7 – Comparação entre os períodos de trabalho como socorrista e a percepção da síndrome de stress pós-traumático pelos socorristas**

*Um bom socorrista, em qualquer área do socorro, tem que ter muita formação, uma grande formação psicológica. Depois tudo o resto - calma, à-vontade, parar*

*para pensar e às vezes o ignorar algumas coisas, embrenhar pelo cenário, comove. A comoção pode lá estar mas não pode ir sequer à mente.*

*Conheço casos de bloqueios completos (...) estavam a fazer um mergulho para procurar uma pistola a pedido da Judiciária, com a qual tinha sido cometido um crime. Eles sabiam que era quase uma missão impossível, estava a mais de 50 metros de profundidade.*

*Há um sinal na espia, imperceptível para o bombeiro, que era o mais experiente, por acaso, e que estava no bote com o agente da PJ. Ele puxa a espia e já não tem sinal.*

*Aqueles momentos que se seguiram foi uma total desordem. Ele não sabia o que havia de fazer. Ora vestia o equipamento, ora tirava. Ouvi o agente da PJ e ele não imaginava que um bombeiro profissional entrasse num desnorte daqueles.*

*Um bombeiro que trabalhava comigo na altura e foi para um acidente. Era o cunhado. Estava à civil, mandei-o sair, ele foi buscar equipamento não sei onde e aparece já semiprotégido.*

*Pega numa das ferramentas de desencarceramento, parecia que era outra pessoa que estava ali. Tentei-o tirar de lá duas vezes, à terceira ameaçou-me. Tirei-lhe a ferramenta e disse-lhe 'vais sair do teatro de operações, se não mando-te prender'. Não disse nada, sentou-se e ali ficou na beira do terreno. Tiraram o cunhado (dele), estava cadáver, e ele não saía dali. Fui ter com ele, 'comandante, eu ameacei-o, há bocado, não foi?', 'isso foi há bocado, já passou'. Foi aquele momento. Era e é um bombeiro extraordinário, calmíssimo, mas não era a mesma pessoa.*

O socorrista só pode e deve actuar em alguma medida das suas capacidades e competências e nos termos do Protocolo que o enquadra; tanto pior se estiver sozinho. De algum modo mais dramaticamente, na confusão gerada nos casos em que há múltiplas vítimas ou pessoas a ajudar ou estranhos a complicarem o cenário de actuação, a adrenalina está lá.

Num outro estudo militar norte-americano, duas equipas do Comando da Defesa Aérea foram postas em confronto, com a missão de assegurar a defesa dos Estados Unidos

“contra um ataque hostil e depois expostas a situação de *stress* intenso” num simulador manual de Centro de Direcção da Defesa Aérea (SWEETLAND e HAYTHORN, 1960).

A ideia era despistar “padrões de resposta característicos” e, como primeira conclusão, deu-se com que “quando a realidade é demasiado complexa para poder ser enfrentada, um sistema homem-máquina construirá um modelo de realidade”, continuamente alterado pelo sistema de molde a configurar as mudanças da realidade e de proficiência (SWEETLAND e HAYTHORN, 1960).

De acordo com esse estudo, há também que “um sistema, aparentemente de modo inconsciente, opera a um nível que se mantém relativamente constante para a tarefa em vista e excederá esse nível raramente e somente por curtos intervalos”. É que “o principal efeito de colocar o sistema em esforço é provocar uma mais cuidadosa (reavaliação da lista de actos ou medidas permitidos) do que aumentar o nível de esforço” (SWEETLAND e HAYTHORN, 1960).

*Foi em Santa Comba Dão, morreram 18 pessoas que vinham de ver as amendoeiras em flor... O autocarro virou-se, as pessoas ficaram esmagadas. Lembro-me de ver os corpos todos num corte de ténis, as coisitas das pessoas, e a GNR a mexer nas coisas, a identificar, “BI, ok, és tu”... Alguns estavam irreconhecíveis. Marcou-me. Na segunda-feira não consegui ir trabalhar. Mal feito, os meios não foram os mais correctos, a nossa ambulância foi a única a tirar os mortos de onde estavam, depois tinha que os tirar para outra, para os levar.*

*Vamos falando, desabafando, por algum tempo já se contou a história...*

*Uma socorrista deixou de ser voluntária por causa (de um incêndio em Castelo Branco). Os avós tiveram um problema, tentámos remediar a situação e levá-la lá, para estar ao pé de nós e resolver o problema dos avós... A partir daí, perdemos o contacto, nunca mais quis ouvir falar em fogos florestais, quase que nem queria falar connosco. Ela viveu o alerta, sabia que ia para a terra dela mas não sabia que o fogo estava a atingir os avós.*

*Todos dizem, ‘eu não tenho (SSPT)’, mas lá aparece uma história e... Às vezes, uma pessoa pensa, será que eu vou conseguir resolver? Basta não conseguir lá chegar, querer fazer alguma coisa e não conseguir por um motivo qualquer, porque não temos material, porque aquilo precisa de mais alguma coisa...*

(Uma vez, lembrou-se este socorrista, foram precisas oito horas para desatascar um carro pesado, com recurso a maquinaria própria. Depois, falou do devastador sismo de Fevereiro de 2010 no Haiti)

*Se para tirar um carro que está ali sossegado, se não tirar hoje, tiro amanhã... Imagine o que é não conseguir retirar uma pessoa a quem até se consegue ver ou tocar-lhe na mão... E não haver nada para cortar (os escombros de betão em que está retida).*

Os socorristas, segundo as entrevistas feitas e conversas acessórias, raramente contam com apoio de despistagem ou para tentativa de diagnóstico e acompanhamento das sequelas dos casos que mais os traumatizam, eventualmente com excepção no INEM.

Grande parte do problema é descarregada em conversas mais ou menos francas com os colegas. Aparentemente, porque só eles percebem as meias palavras dos casos mais dolorosos ou porque eles mesmos também os viveram ou tiveram casos similares.

*(...) tudo aquilo me matou, falei com a minha irmã, que tem muito mais experiência do que eu, com o meu pai, falei, desabafei; não tenho o hábito mas naquela altura tinha mesmo que ser.*

*E deixou-me esta marca. Serve para uma pessoa aprender. São coisas que vamos coleccionando daqui e dali. Apoio concreto não (houve), senti que me causou uma marca na cabeça, que me fez pensar na situação. O que eu poderia melhorar, como socorrista?*

Alguns dos problemas socorrem-se com recurso a mais trabalho, num ciclo contínuo. Regra geral, é entendido que o socorrista nasceu para aquilo e rege-se por um protocolo:

*Em socorrismo não há receitas, há directrizes. Os actos de socorro são muito simples e praticados por pessoas normais. Actos de heroísmo, se os houver, são sem querer.*

*Uma coisa são as histórias que se contam, outra coisa é... Nunca ouvi um colega meu dizer, 'Se não fosse eu, naquele acidente...' Pelo contrário, vi (trabalhar)*

*homens extraordinários, de uma simplicidade maravilhosa. Nunca vi nenhum deles reivindicar um grande êxito.*

Os *picos de adrenalina* constroem-se consoante os casos de intervenção. Potencialmente dominam-se, e tanto melhor se houver a confiança na equipa; ou têm que se gerir sozinhos, quando se é o único presente.

*(...) estava na casa da minha sogra, que tinha um campozinho de futebol por trás. E vejo um miúdo negro inanimado. Puseram-no num banco. Foi a minha primeira actuação, ainda tinha dúvida se era paragem.*

*Não há que hesitar, na altura a metodologia era outra, e havia a pancada pré-cordial, que hoje não há. Os casos que consegui recuperar foi com pancada pré-cordial, que hoje está proibida. Por isso não sei se viro as costas e faço, porque foi o meu êxito.*

*Vejo o miúdo, estava perfeitamente em paragem, não ventilava, não respirava, quando o vejo a espumar... Estava a jogar à bola e teve um qualquer problema cardíaco. O coração parou numa determinada cadência passível de recuperação e calhou...*

*Naquela altura, era mais grave do que hoje e dizia-se 'vejam bem se está em paragem', hoje já se diz 'não há grandes dúvidas, se não respira insiste'. Era um bocado melindroso, há 30 anos, 'vejam bem, não vão contrariar os movimentos cardíacos'.*

*Eu hesito, não hesito, mas o miúdo está morto... Já tinha um socorrista ao pé de mim. 'é preciso ajuda?' Aquilo foi rápido, nem completei o protocolo todo, assim que fiz as pancadas pré-cordiais, dei cinco insuflações e comecei a fazer compressões, ele mexeu-se. O 112 nessa altura era só a Polícia.*

*O miúdo... Continuei muito tempo a vê-lo por lá a jogar à bola. Foi uma felicidade, não há maneira de explicar.*

Essa medida de felicidade que se revive mesmo anos depois será, em jeito de conclusão acessória ao apanhado que se segue, a mais profunda justificação da missão de socorrismo.



## CONCLUSÕES

Os socorristas são, regra geral, pessoas que estão ou surgem providencialmente no momento certo para acudir a alguém, com uma janela de oportunidade de até quatro minutos para actuarem com hipótese de êxito nos casos de paragem cardiorrespiratória ou hemorragia súbita ou abundante. O êxito das suas acções e manobras “está na maioria dos casos directamente relacionado com a rapidez, destreza e qualidade das técnicas aplicadas” (CVP, 1999).

Esta dissertação funda o seu estudo num levantamento do desempenho de socorristas e dos seus métodos de decisão, sabendo que não há nem socorrista perfeito nem modelo de perfeição neste mester.

Para o seu desenvolvimento utiliza uma *metodologia* de investigação baseada em duas abordagens: uma apresentada por Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt (1998) e outra por William Trochim (2001), sob a perspectiva fundamental de Marina Marconi e Eva Lakatos (2010).

Com base nas abordagens referenciadas conjugou-se o conhecimento necessário existente sobre o tema e a oportunidade de testar e contrastar conceitos e métodos no apoio à tomada de decisão, definindo como *objectivo geral*: analisar os processos de decisão e a actuação subsequente dos socorristas, em casos e cenários sem tempo para grande reflexão e sem margem de erro por indecisão.

Decorrente deste objectivo foi possível definir como *objectivos específicos*: (1) Demonstrar que os socorristas actuam por reconhecimento de padrões e que estes são fundamentais na sua intervenção no salvamento ou salvaguarda de vidas e (2) Demonstrar que, por efeito da tensão e esforço a que são sujeitos, padecem de *stress* pós-traumático.

Neste contexto foi definida a seguinte *pergunta central de investigação*:

*Como actuam, se avaliam e se sentem ou ressentem os socorristas em situação de emergência, tendo em consideração o seu processo de tomada de decisão imediata?*

Com base nesta questão foram então elaboradas quatro *questões derivadas* a que foi possível responder com a investigação produzida, baseada em entrevistas e inquéritos subsequentes, especialmente construídos, que foram aplicados a uma *amostra* representativa e seleccionada, face aos objectivos da dissertação, de socorristas – quase todos com experiência intensa e prolongada no tempo, tanto no plano nacional como até em participação em missões de ajuda humanitária no estrangeiro.

As entrevistas obedeceram inicialmente a um quadro-base e foram completadas com um inquérito, para evitar interpretações erróneas e involuntárias do narrado pelos socorristas ouvidos; por outro lado, durante a sua análise e tratamento, foi adaptada a técnica de “triangulação” (NORTHCUTT e McCOY, 2004, pp. 237–239), de forma a evitar ainda uma análise individual em função de uma opinião pessoal sobre este assunto.

Estes instrumentos permitiram determinar a hierarquização de passos dados e os processos de decisão sobre as medidas de socorro, consoante os casos vividos e tidos por determinantes na execução das suas funções.

Assim, sabendo-se que nos primeiros socorros não há nem decisões nem soluções óptimas<sup>36</sup> nem talvez em nada se possa equacionar, à partida, quanto a uma qualquer “álgebra moral e cautelar” (conforme propugnou Benjamin Franklin), as conclusões obtidas relacionadas com o socorro de urgência, no que concerne às questões derivadas levantadas, são:

**Questão derivada 1:** *Como actuam os socorristas em situação de emergência, tendo em consideração o seu processo de tomada de decisão imediata?*

O socorrista actua em campo de voluntariado e com espírito de missão; considera-se “nascido” para essa profissão. Em caso de necessidade, tratando-se de voluntários em organizações de ajuda de urgência, devota mais do que o tempo de trabalho pré-estabelecido no exercício da sua profissão, aqui surgindo como quase “profissão de fé”, por necessidade, vocação e capacidade de ajudar outrem.

---

<sup>36</sup> “Des ‘solutions optimales’ n'existant que très rarement lorsque qu'on raisonne sur plusieurs dimensions de préférence, c'est la recherche des meilleurs compromis entre points de vue de nature conflictuelle qui tout naturellement s'impose.” (BANA E COSTA, 1992).

O modelo de socorrismo moderno, segundo este trabalho abordando genericamente a sua evolução desde o fim do século XIX, em meios e técnicas, quase despojou o prestador de socorro de capacidade real de decisão e intervenção.

O socorrista está cingido por e ao Protocolo, aos Algoritmos prescritos e, também e por cúmulo, à análise por uma série de actores extemporâneos, coarctando eventualmente a sua capacidade de decisão.

Sendo o socorrista, em princípio, uma pessoa com formação básica em técnicas e diagnóstico – aqui significando a identificação de sinais e sintomas, no que se definiu já como um processo de reconhecimento de padrões para decisão e intervenção imediata – a sua actuação processa-se em ambiente de caos e incerteza, num quadro de decisão imediata, natural e comportando o factor intuição. Este quadro poderá ser tão mais bem-sucedido quanto maior for a experiência do socorrista e, naturalmente, tanto quanto mais rica for a sua formação de base; contudo, o seu plano de actuação é sempre entendido com “primeiro elo” de uma cadeia de socorro, assente em meios e equipamentos mínimos ou mesmo nenhuns.

**Questão derivada 2:** *Como avaliam as suas próprias decisões e atuações?*

No que concerne à decisão e seus processos, pelas entrevistas efectuadas, concluiu-se que a margem de manobra se configura limitada. Não seria de espantar que predominasse “o Protocolo”, pois constitui um apanhado o mais fiável possível do que pode acontecer e do que pode ou deve ser feito em consonância e rapidamente para salvamento da vítima.

O universo de entrevistas foi limitado e colheram-se poucas opiniões discordantes ou denotando maior predisposição para improvisar ou arriscar com base em conhecimento ou entendimentos acessórios. Nestes casos, quando cotejadas *a posteriori* com parecer técnico mais abalizado, para conferência cruzada de dados e de conclusões, a síntese foi de que o melhor foi mesmo não ter havido improvisado e actuação extra Protocolo.

O socorrista actua em emergência, quase sempre com poucos ou nenhuns dados que lhe permitam escalonar a sua intervenção e, por natureza, em situação de emergência. Assim, a sua decisão e intervenção imediata são determinadas pelo Protocolo e desenvolvidas em “janela de oportunidade” inicial mínima, depois reforçadas com possível apoio por técnicos ou no local, em contacto telefónico com o CODU ou serviço afim, ou

mesmo conformada com a sua intuição em caso de leitura conflitual.

Só depois de executadas as manobras tidas por fundamentais na abordagem da vítima ou doente, pode dispor de tempo para alterar a sua via de intervenção; neste quadro, a situação de emergência já está enfrentada e potencialmente resolvida.

**Questão derivada 3:** *Como se sentem, ou ressentem, das decisões tomadas, das medidas ou das manobras executadas?*

A ter havido actuações extra Protocolo, a situação da vítima em análise poderia ter sido clinicamente agravada e é aqui que se porá, por definição, o problema da intervenção por um socorrista – e a sua margem de decisão imediata natural e por força da sua intuição – e, também, a sua capacidade de responsabilização, dado que conhecerá os riscos inerentes. Não se consideraram intervenções externas, fora do plano de actuação do socorrista. Contudo, este apanhado não permite tirar conclusões das margens de erro subjacentes a qualquer acto ou decisão de nenhum socorrista, por limitação do universo. É referido aqui apenas para alerta dos imponderáveis com que o socorrista – e também o socorrido – se poderão defrontar, enfrentar e disso se ressentirem.

Em complemento do reforço da formação já prestada aos bombeiros e voluntários nisso interessados, serão de reformular os programas de preparação para que as forças de segurança possam prestar primeiros socorros no decurso das suas intervenções, tanto aos seus próprios elementos quanto ao público em geral e, a par, ponderar a criação da carreira de paramédico pelo menos nas corporações de bombeiros e serviços de ambulâncias.

**Questão derivada 4:** *Quais são as consequências para eles mesmos, sentidas ou apercebidas, em função do resultado obtido?*

O socorrismo terá a sua primeira razão de ser em situações de *caos* e *incerteza*, dele dependendo a sobrevivência da vítima ou doente nos minutos iniciais em que se lhe poderão salvar as funções vitais. Por isso, o *reconhecimento de padrões* de sinais e comportamentos, e eventualmente de sintomas, aliado a *técnicas* bem testadas pelo prestador do primeiro socorro, poderá ser a súpula de uma actuação bem-sucedida.

A par de maior e mais universal formação técnica e melhor dotação de meios, de acordo com as necessidades identificadas pelas próprias corporações de bombeiros ou

organizações benévolas de socorro de urgência, deverá ser feito um *rastreio* e *acompanhamento* do *stress* pós-traumático no universo nacional de socorristas.

Os socorristas entrevistados declararam na maioria que se ressentem ou ressentiram por determinadas situações e casos em que intervieram, sobretudo quando o socorrido lhes é ou era próximo – parente ou camarada de trabalho. Nos casos referenciados neste universo, houve sempre registo de morte da pessoa assistida e daí resultou sequela tão mais grave quanto o laço de parentesco era estreito (um pai) ou a ocorrência fora particularmente violenta, em acidente grave envolvendo um camarada.

Sob o ponto de vista profissional, alguns declararam a sua frustração por incapacidade em técnicas ou meios de actuação e mesmo em aconselhamento por técnicos do sistema de ajuda de emergência. A sequela é considerada tão mais grave para o seu desempenho quanto se sentem inseguros quanto ao resultado, se a situação se repetir no que consideraram falta de resposta atempada ou adequada na orientação, embora já na fase subsequente à sua intervenção de urgência – não sabiam responder sobre o que crêem que farão futuramente, embora em princípio se remetam ao protocolado. Os seus processos de decisão são à partida enformados pelo Protocolo, que consideram de importância vital para a execução da sua missão e, ou suportados pela envolvente de camaradagem do grupo, quando assim enquadrados, ou pela expectativa de acompanhamento pelo CODU.

Sob o ponto de vista pessoal e emocional, alguns desistiram mesmo do exercício do socorrismo e outros receiam bloqueios com base em incidentes que os perturbaram. Alguns temem sobretudo “perder a mão”, isto é, por falta de prática, perder a capacidade de actuação eficiente e eficaz, o aspecto fundamental da missão do socorrista – agir de imediato e com a manobra correcta, sabendo sempre Ver, Ouvir e Sentir o que será determinante para a sua intervenção.

Respondidas as questões derivadas pode-se responder à ***pergunta central da investigação***, estabelecida em “*Como actuam, se avaliam e se sentem ou ressentem os socorristas em situação de emergência, tendo em consideração o seu processo de tomada de decisão imediata?*”, afirmando que:

Os socorristas actuam por definição em ambiente de incerteza e caos, intervindo em situações de emergência e sendo as suas capacidades mínimas a garantia do Suporte Básico de Vida de uma vítima de acidente ou de doença súbita;

Actuam por reconhecimento de padrões em processo de decisão natural, apoiados em Protocolo que considera sinais e sintomas e estabelece manobras e técnicas, embora com margem de adaptação por intuição no que se refere à definição do problema, e em meios e técnicas no que se refere à forma de intervenção;

Consideram-se vocacionados e em exercício de missão, por necessidade exacerbada de ajuda a outrem, não vendo de modo geral nenhuma cambiante de heroicidade no seu trabalho mas admitindo que ele comporta valores de grande coragem e generosidade, normalmente identificados nos outros e não em si;

Ressentem-se particularmente da dor e fragilidade das pessoas a quem assistem ou ajudam, sendo porque acompanharam até à morte a pessoa a quem não foi possível salvar ou porque nada podem fazer para resolver a situação, sobretudo nos casos de velhice e abandono. Os mais graves dos casos serão reportados a parentes ou colegas mas todos os incidentes graves lhes causam memórias penosas, pesadelos ou tristeza. Quase sem excepção, os entrevistados choraram ou ficaram com os olhos marejados ao relatarem incidentes que os envolveram.

No geral, os seus processos de decisão suportam-se no Protocolo e, em alguns casos, a mera definição do tema desta dissertação levou-os a ponderarem a questão, que nunca tinham decomposto para melhor entendimento e exercício da sua missão.

Poder-se-á ainda concluir do trabalho efectuado que:

■ sendo vocacionalmente uma actividade voluntária e graciosa, o socorrismo é também um trabalho e uma vertente profissional – é o caso dos bombeiros, que ou operam na Área Saúde, ou na Área Fogo, ou noutros serviços de menor impacto, se bem que não de somenos importância, como o transporte de doentes ou salvamentos e ajuda em casos de emergência excluindo pessoas.

Neste campo, eventuais escrutínios e constrangimentos incluem a vertente empresarial de serviços, potencialmente impondo ao socorrista a ponderação de factores alheios à mera função abstracta da sua actuação estruturalmente benévola;

■ mesmo estando o hospital e o socorro clínico qualificado a pouco tempo de distância, o papel do socorrista, seja actuando fortuitamente seja em resposta de equipa de

um serviço de bombeiros, por exemplo, é de importância vital.

Não estando no local o mais depressa possível quem possa assistir, de nada ou de muito pouco deverão servir os melhores serviços hospitalares ou as ambulâncias medicalizadas, pois se perderam os minutos iniciais e fundamentais em manobras de reanimação. Um modelo de prevenção poderia ser testado, a deslocalização de ambulâncias nas zonas referenciadas como de maior ocorrência de acidentes, em conjugação com um sistema optimizado de comunicações e apoio telefónico como já prestado pelo CODU e CIAV. Prevenindo emergências, locais, regionais ou nacionais, deveria ser organizada urgentemente uma listagem de pessoas e meios disponíveis ao nível local.

■ não há uma política ou uma filosofia de primeiros socorros em Portugal, um grave défice até oficialmente reconhecido. A hipótese de actuação fortuita com êxito parece muito limitada, embora mesmo por lei se imponha o dever de prestar socorro.

Houve já em Portugal iniciação aos primeiros socorros nas escolas, devendo ser retomado esse ensino e potenciadas iniciativas de cariz particular ou de organizações de voluntários, para divulgação das mais simples práticas de socorro de urgência.

Programas ocasionais mas sistematizados deveriam ser organizados, no plano nacional, a par de exercícios frequentes de simulação de catástrofe ou emergência, considerando, por exemplo, que o país é área de forte sismicidade e sujeito a temporais.

■ o socorrista, mesmo treinado e em formação contínua, precisa de actualização sistemática e de informação sobre meios eventualmente ao seu dispor, como a distribuição dos DAE em Portugal.

Preparado embora à partida para se servir do que estiver à mão e improvisar, a delicadeza dos casos com que se pode confrontar e a cada vez maior informação ao seu dispor, agravadas pelo escrutínio público e popular cada vez mais criticador, torna o seu trabalho potencialmente mais difícil do que a capacidade intrínseca de que possa dispor;

■ não pode ser feito o cotejo de casos paralelos estudados, à excepção dos bombeiros analisados por Gary Klein, que inclui alguns aspectos do socorro de urgência no campo específico denominado da Saúde, durante salvamentos de vítimas de fogo.

Nos poucos casos abordados nas entrevistas, os bombeiros fizeram o duplo trabalho de salvar do fogo e prestar o primeiro socorro, mas com entrega imediata aos socorristas credenciados posicionados no local; em todo o caso, foram poucas as ocorrências referidas, pois o universo das entrevistas era à partida centrado em socorristas da chamada área Saúde.

Debatendo-se as corporações com deficiências e défices, de pessoal e materiais, será de reforçar as dotações para as organizações de actuação local, primeira fonte de ajuda e apoio à população.

Este estudo colocou *desafios*, científicos e técnicos, nomeadamente não ter sido encontrada nenhuma obra exaustiva de enquadramento neste campo, para além da abordagem feita com os bombeiros pelo autor de referência Gary Klein (1999), que marginalmente tratou casos de primeiro socorro a vítimas, mas estudou particularmente o reconhecimento de padrões no combate ao fogo.

Foi compensadora em extremo a resposta dos entrevistados, fortuitamente garantindo um universo de experiências de grande riqueza e abrangência dos quadros do socorro de emergência na sua forma mais simples, que era o âmbito pretendido. Mas o seu universo foi limitado à partida, pelas características e tempo estabelecido para esta dissertação. Foram por isso processadas paragens para conferência e triangulação dos dados e depoimentos colhidos, reduzindo o âmbito e número de pessoas passíveis de entrevista.

Este estudo apresentou como *limitações*, embora não determinantes para o que se entendeu como acompanhamento e definição do processo de tomada de decisão percebido pelos socorristas, o não ser possível acompanhar uma saída de bombeiros-socorristas em serviço. Não foi ainda possível obter dados mais actuais sobre ocorrências e estatísticas de acidentes ou intervenções de socorro de emergência, além das publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística ou pelos serviços de Bombeiros.

Finalmente, depois de ponderados os factores conexos referenciados neste levantamento da actividade dos socorristas em Portugal *recomenda-se* o levantamento estruturado de danos e prejuízos por falhas no sistema e um estudo preliminar sobre os

custos reais para o país, directos e indirectos, da falta de prevenção ou deficiências do sistema de ajuda de emergência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANATALINO, João – **A Maçonaria e as Santas Casas de Misericórdias** [Em linha]. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://recantodasletras.uol.com.br/ensaios/1868231>>.
- ANPC – **Exercício PROCIV/IV 2008** [Anexo 4, Respostas dos SMPC]. Lisboa: Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2008. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.prociv.pt>>.
- ARI – Training Small Unit Leader Adaptive Thinking Skills. ARI Newsletter, Vol. 17, Issue 1 (April 2007). U.S. Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ari.army.mil>>.
- BANA E COSTA, Carlos António – Structuration, Construction et Exploitation d'un Modèle Multicritère d'Aide à la Décision: Lisboa: Instituto Superior Técnico / Universidade Técnica de Lisboa. 1992. Tese de Doutoramento em Engenharia de Sistemas.
- BARON, Jonathan – **Thinking and Deciding**. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2007.
- BELLMAN, Richard – **Decision Making in the Face of Uncertainty 1 (Uncertain Outcome)** [Em linha]. The Rand Corporation (P528, -2-), September 1954. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.rand.org/pubs/papers/P0593.html>>.
- BRITANNICA – **Encyclopædia Britannica**. Chicago, IL: Encyclopædia Britannica, Inc., 2010.
- CDC – **Research Agenda Injury 2009-2018** [Em linha]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, January 2009. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.cdc.gov/injury/researchagenda/index.html>>.

- CHAPMAN, Gretchen B.; SONNENBERG, Frank A. (Eds) – **Decision making in health care: Theory, Psychology and Applications**. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2003.
- COHEN, Joshua; ASCH, David A.; UBEL, Peter A. – Team medical decision making. In G. B. Chapman & F. A. Sonnenberg (Orgs.). **Decision making in health care: Theory, psychology and applications** (pp. 267-285). Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- CRANDALL, Beth; WEARS, Robert L. – Expanding Perspectives in Misdiagnosis. The American Journal of Medicine, Vol. 121 (2008) S30-S33. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.amjmed.com>.
- CVP – CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – **Boletim Oficial de 1925** (Comemorativo do 60º Aniversário da Cruz Vermelha em Portugal). Lisboa: Centro Tipográfico Colonial, II Série Vol. IX (1926).
- CVP – CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – **Manual de Socorrismo**. 5ª ed. Lisboa: Escola de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa, 2005.
- GIGERENZER, Gerd – **Gut Feelings: The Intelligence of the Unconscious**. New York, NY: Penguin Books, 2007.
- HARGREAVES, D. H. – A phenomenological approach to classroom decision-making. Cambridge Journal of Education, Vol. 7 N° 1 (1977) 12-20. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://ultibase.rmit.edu.au/Articles/nov01/fehring1.htm>.
- INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Anuário Estatístico de Portugal 2008** [Em linha]. Informação à Comunicação Social, 29 Janeiro 2010. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ine.pt>.
- INEM – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **A Estrela da Vida: Símbolo do INEM**. 5ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2007.
- INEM – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **PND AE, Anexo V, Guia de Implementação do Programa em Locais de Acesso ao Público** [Em linha], 2010. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.inem.pt>.

- INEM – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – Via Verde para a Vida [Em linha]. Boletim trimestral do INEM, Agosto 2009. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.inem.pt>.
- JORDAN, N. – **Decision-Making under Uncertainty and problem solving: a gestalt theoretical viewpoint** [Em linha]. The Rand Corporation, December 1960. [Consult. em 2010-12-11]. Disponível em WWW: <URL:http://www.rand.org>.
- KLEIN, Gary – Naturalistic Decision Making [Em linha]. Human Factors, June 2008. [Consult. em 2011-11-01]. Disponível em WWW:URL:http://www.ara.com/KleinDiv/documents/Klein\_NDM\_HFESJournal\_2008.pdf>.
- KLEIN, Gary – **Sources of Power – How People Make Decisions**. 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
- KLEIN, Gary – **The Power of Intuition: How to Use Your Gut Feelings to Make Better Decisions at Work**. New York, NY: Currency/Doubleday, 2003.
- KNIGHT, Frank H. – **Risk, Uncertainty and Profit**, 1921. In LEMPert, Robert J.; POPPER, Steven W.; BANKES, Steven C. – Shaping the Next One Hundred Years: New Methods for Quantitative Long-Term Policy Analysis [Em linha]. Rand Pardee Center, 2003. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.rand.org>.
- KNIGHT, Frank H. – **Risk, Uncertainty and Profit**. In The Place of Profit and Uncertainty in Economic Theory [Em linha]. pt. I, cap. I-26. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:http://www.econlib.org/cgi-bin/searchbooks.pl?searchtype=BookSearchPara&pgct=1&sortby=R&searchfield=F&id=87&query=uncertainty&andor=and&x=3&y=7>.
- LEHRER, Jonah – **How We Decide**. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company, 2009.
- LEMPERT, Robert J.; POPPER, Steven W.; BANKES, Steven, C. – **Shaping The Next One Hundred Years**. Santa Monica, CA: RAND Frederick S. Pardee Center for Longer Range Global Policy and the Future Human Condition, 2003.

- LOPES, Carlos [coronel médico, sócio da Cruz Vermelha Portuguesa] – **Manual de Socorros Urgentes a Feridos em Caso de Desastre ou de Doença Súbita**, (XXIX), 1939
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2010.
- MSNBC – **911 dispatcher helps save his own son** [Em linha]. By Drew Mikkelsen / KING 5 News, February 13, 2010. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.msnbc.msn.com/id/35374253/ns/local\\_news-seattle\\_wa/](http://www.msnbc.msn.com/id/35374253/ns/local_news-seattle_wa/)>.
- NORTHCUTT, Norvell; McCOY, Danny – **Interactive Qualitative Analysis: A systems method for qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004.
- PIRES, Carlos M. Lopes (Ed.) – **Stresse Pós-Traumático: Modelos, Abordagens e Práticas** [Em linha]. Lisboa: Associação dos Deficientes das Forças Armadas, 2006. [Consult. em 2011-11-01]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.adfa-portugal.com/livros/Livro\\_stress.pdf](http://www.adfa-portugal.com/livros/Livro_stress.pdf)>.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.
- ROBERTS, Melina S.; SONNENBERG, Frank A. – Decision Modeling Techniques [Chapter 2]. In Chapman G B and Sonnenbert F A (Eds). **Decision Making In Health Care: Theory, Psychology and Applications**. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2000.
- SANTOS, Maria Emília; SOUSA, Liliana de; CASTRO-CALDAS, Alexandre – **Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálicos em Portugal** [Em linha]. Acta Médica Portuguesa, Vol. 16 (2003) 71-76. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/2/071a076.pdf>>.
- SHERWOOD, Ben – **Lessons In Survival, The science that explains why elite military forces bounce back faster than the rest of us** [Em linha]. Newsweek, 14 February 2009. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.newsweek.com/2009/02/13/lessons-in-survival.html>>.
- SNPC – SERVIÇO NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL – **A Protecção Civil em Casa**. Lisboa: Ministério da Administração Interna, Serviço Nacional de Protecção Civil,

2010. [Consult. em 2010-12-11]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.prociv.pt/ InformacaoPublica/RecInformativosPedagogicos](http://www.prociv.pt/InformacaoPublica/RecInformativosPedagogicos)>.
- SUN, Patricia – **Intuitive Risk Taking** [Em linha]. The Intuition Network, Conversations on the Leading Edge of Knowledge and Discovery with Dr. Jeffrey Mishlove. [Consult. em 2011-11-08]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.intuition.org/txt/sun168.htm>>.
- SWEETLAND, A.; HAYTHORN, W. W. – **An analysis of the decision-making functions of a simulated air defense direction center** [Em linha]. The Rand Corporation, May 1960. [Consult. em 2010-12-11]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.rand.org>>.
- TAVRIS, Carol; ARONSON, Elliot – **Mistakes Were Made (But Not by Me): Why We Justify Foolish Beliefs, Bad Decisions, and Hurtful Acts**. Orlando, FL: Harcourt Inc., 2007.
- THOMAZ, João Pedro da Cruz Fernandes – O Apoio à Tomada de Decisão na Avaliação do Desempenho de Pessoas: Contributos para o Processo de Decisão Militar em Tempo de Paz. Lisboa: Instituto Superior Técnico / Universidade Técnica de Lisboa. 2005. Tese de Doutoramento em Engenharia e Gestão Industrial.
- THOMAZ, João Pedro da Cruz Fernandes; LEITÃO, Mónica Alexandra Lopes da Silva – **Localização de um Centro de Informação e Recrutamento de Voluntários para as Forças Armadas Portuguesas em Lisboa**. Lisboa: Universidade Lusíada, 1998.
- TROCHIM, William K.; DONNELLY, James P. – **The Research Methods Knowledge Base**. 3rd ed. Cincinnati, OH: Atomic Dog Publishing, 2007. Disponível na WWW: <URL: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/index.htm>>.
- VELLOSO, Carlos – **Manual de Primeiros Socorros** (Aprovado pela Cruz Vermelha Portuguesa). Lisboa: Autor, 1974.
- VELLOSO, Manuel – **Entrevista** (concedida à autora). Lisboa, 2010.
- VELLOSO, Paula Marinela Vitória Reis; RIBEIROS, Maria Célia Gonçalves; NUNES, Nuno Miguel Martins; OLIVEIRA, Ana Paula Rodrigues de – **Formação Complementar de Socorrismo**. Lisboa: Escola de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa, 2004.
- WILLIAMS, Walter – **Credo dos Jornalistas**. Columbia, MI: Escola de Jornalismo do Missouri-Columbia, 1908.

ZSAMBOK, Caroline. E.; KLEIN, Gary (Eds.) – **Naturalistic Decision Making**.  
Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1997.

**FONTES DE INFORMAÇÃO EM LINHA:**

<http://forunsdasaude.wordpress.com/category/foruns-da-saude/socorrismo/>

<http://ordemsoberanamilitardemalta.blogspot.com/>

<http://rand.org> (boletins por assinatura)

<http://ultibase.rmit.edu.au>

<http://www.bombeiros-portugal.net>

<http://www.britannica.com>

<http://www.cruzvermelha.pt>

<http://www.econlib.org>

<http://www.econlib.org>

<http://www.ine.pt>

<http://www.inem.pt>

<http://www.intuition.org>

<http://www.legion-recrute.com/pt>

<http://www.newsweek.com>

<http://www.msnbc.msn.com>

<http://www.portaldocidadao.pt>

<http://www.prociv.pt>

<http://www.projecto-socorrismo.blogspot.com>

<http://www.rand.org>

## ÍNDICE DE REFERÊNCIAS

### Capítulo 1

A protecção civil em casa, Ministério da Administração Interna, Serviço Nacional de Protecção Civil, em

<http://www.prociv.pt/InformacaoPublica/RecInformativosPedagogicos>

Anuário Estatístico de Portugal 2008, Informação à Comunicação Social, 29 de Janeiro de 2010, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Bombeiros (N.º) por Localização geográfica; Anual - INE, Inquérito ao Ambiente - Acções dos Corpos de Bombeiros, [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

CDC Research Agenda, Injury, 2009-2018, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, Georgia, January 2009

Criado conselho de supervisão para redes de emergência e segurança,

[http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/noticias/11\\_2010/NEWS\\_criado+conselho+de+supervisao+para+redes+de+emergencia+e+seguranca.htm](http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/noticias/11_2010/NEWS_criado+conselho+de+supervisao+para+redes+de+emergencia+e+seguranca.htm)

Em <http://www.bombeiros-portugal.net/about10464.html#ixzz168RV2nmz> (7)

Em <http://www.projecto-socorrismo.blogspot.com> (8)

SANTOS, Maria Emília, SOUSA, Liliana de, CASTRO-CALDAS, Alexandre, EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS EM PORTUGAL, ACTA MÉDICA PORTUGUESA 2003; 16: 71-76, Escola Superior de Saúde do Alcoitão; Laboratório (7), disponível em

[www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/2/071a076.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/2/071a076.pdf)

Via Verde para a Vida, boletim trimestral do INEM, Agosto de 2009, em

<http://www.inem.pt> (6)

### Capítulo 2

911 dispatcher helps save his own son, By DREW MIKKELSEN / KING 5 News, KING5, updated 1:49 p.m. ET Feb. 13, 2010, disponível em

[http://www.msnbc.msn.com/id/35374253/ns/local\\_news-seattle\\_wa/](http://www.msnbc.msn.com/id/35374253/ns/local_news-seattle_wa/), acesso em 2011-11-08

A Estrela da Vida, símbolo do INEM, 5ª edição, Instituto Nacional de Emergência Médica, 2007

ANATALINO, João, A MAÇONARIA E AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS, <http://recantodasletras.uol.com.br/ensaios/1868231>

CRANDALL, Beth, BS, WEARS, Robert L., MD, MS, Expanding Perspectives in Misdiagnosis, *The American Journal of Medicine*, (2008) Vol 121 (5A) S30-S33 (10)

Em [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/ms/pt/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/activities/112/ms/pt/index_en.htm), acesso em 08-11-2011

[http://www.prociv.pt/SistemaNacional/TelecomunicacoesEmergencia/Pages/VeiculosdeComunica%  
munica%c3%a7%c3%b5es.aspx](http://www.prociv.pt/SistemaNacional/TelecomunicacoesEmergencia/Pages/VeiculosdeComunica%c3%a7%c3%b5es.aspx), acesso em 08-11-2011

Índice de gravidade (N.º) dos acidentes de viação com vítimas por localização geográfica, 2007, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (10), acesso em 09-11-2011

Óbitos por acidentes de transporte (N.º) por Sexo; Anual (1), em <http://www.ine.pt> (10), acesso em 08-11-2011

*Os combates das enfermeiras pára-quedistas, As Grandes Operações da Guerra Colonial, 1961-1974* (9), reedição *O Corredor da Morte (Guiné)*, Cofina Media Books, 2010

PNDAAE, Anexo V, Guia de Implementação do Programa em Locais de Acesso ao Público, em <http://www.inem.pt>, acesso em 11-12-2010

#### **Capítulo 4**

BREVES APONTAMENTOS de Primeiros socorros em caso de acidente ou doença súbita. Policopiado, sem data, com chancela da CVP pp20-21 (24)

Cruz Vermelha Portuguesa, Boletim Oficial de 1925, Comemorativo do 60º Aniversário da Cruz Vermelha em Portugal, volume IX da II série, Centro Tipográfico Colonial, 1926 (26)

LOPES, Carlos, coronel médico, sócio da Cruz Vermelha Portuguesa, prefácio de 1913 a Manual de Socorros Urgentes a Feridos em Caso de Desastre ou de Doença Súbita, (XXIX), 1939

VELLOSO, Carlos (1974), Manual de Primeiros Socorros, aprovado pela Cruz Vermelha Portuguesa, edição de autor.

## Capítulo 5

ALECCIA, JoNel, Keeping the beat for CPR? Hum 'Stayin' Alive' Study shows the disco hit helps bystanders remember lifesaving rhythm, 2008 [Consult. em 2011-11-13].

Disponível em [http://www.msnbc.msn.com/id/27221281/ns/health-heart\\_health/t/keeping-beat-cpr-hum-stayin-alive/](http://www.msnbc.msn.com/id/27221281/ns/health-heart_health/t/keeping-beat-cpr-hum-stayin-alive/)

CPR switch: Chest presses first, then give breaths Heart group flips the old "ABC" -- airway, breathing, compressions -- to "CAB" (29), disponível em

[http://www.msnbc.msn.com/id/39715696/ns/health-heart\\_health](http://www.msnbc.msn.com/id/39715696/ns/health-heart_health), acesso em 08-11-2011

Formação Complementar de Socorrismo

Hands-only CPR saves more lives in cardiac arrests , Ariz. study is largest to show that mouth-to-mouth breathing doesn't help, disponível em

[http://www.msnbc.msn.com/id/39524861/ns/health-heart\\_health](http://www.msnbc.msn.com/id/39524861/ns/health-heart_health), acesso em 08-11-2011

## Capítulo 6

BELLMAN, Richard, Decision Making in the Face of Uncertainty 1 (Uncertain Outcome) 21 de Setembro de 1954, The Rand Corporation (P528, -2-). Disponível em

<http://www.rand.org>, acesso em 11-12-2010

Citada em INTUITIVE RISK TAKING with PATRICIA SUN, The Intuition Network, Conversations On the Leading Edge of Knowledge and Discovery, with Dr. Jeffrey Mishlove, disponível em <http://www.intuition.org/txt/sun168.htm>, acesso em 08-11-2011

Exercício PROCIV/IV 2008, anexo 4, Respostas dos SMPC, Autoridade Nacional de Protecção Civil

Fonte JN, disponível em <http://www.bombeiros-portugal.net/about1159.html>, acesso em 08-11-2011

Hargreaves, D. H. (1977). A phenomenological approach to classroom decision-making. Cambridge Journal of Education, 7(1, Lent Term.

<http://ultibase.rmit.edu.au/Articles/nov01/fehring1.htm>)

<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/292162/intuition>

JORDAN, N., Decision-Making under Uncertainty and problem solving: a gestalt theoretical viewpoint, Dezembro de 1960 (p2156, pp4)

KLEIN, Gary, Naturalistic Decision Making, Human Factors, Junho de 2008, Golden Anniversary Special Issue, disponível em  
[http://www.ara.com/KleinDiv/documents/Klein\\_NDM\\_HFESJournal\\_2008.pdf](http://www.ara.com/KleinDiv/documents/Klein_NDM_HFESJournal_2008.pdf),  
acesso em 11-12-2010

KLEIN, Gary, Sources of power pp 31

KLEIN, Gary, Sources of Power, (4, the power of intuition) pp 31

KNIGHT, Frank H. (de Risk, Uncertainty and Profit, 1921), citado em LEMPERT, Robert J., POPPER, Steven W. e BANKES, Steven C. , Shaping the Next One Hundred Years, New Methods for Quantitative, Long-Term Policy Analysis, Prepared for the Rand Pardee Center, 2003 (PP4)), disponível em <http://www.rand.org>, acesso em 11-12-2010

KNIGHT, Frank H. Risk, Uncertainty and Profit, The Place of Profit and Uncertainty in Economic Theory, Part I, Chapter I, (I-I-26), disponível em  
<http://www.econlib.org/cgi-bin/searchbooks.pl?searchtype=BookSearchPara&pgct=1&sortby=R&searchfield=F&id=87&query=uncertainty&andor=and&x=3&y=7>, acesso em 11-12-2010

LEMPERT, Robert J., POPPER, Steven W. e BANKES, Steven C. , Shaping the Next One Hundred Years, New Methods for Quantitative, Long-Term Policy Analysis, Prepared for the Rand Pardee Center, 2003 (PP24-25) disponível em  
<http://www.rand.org>, acesso em 11-12-2010

Quase meio milhão de chamadas falsas para o 112 só em Leiria, disponível em  
<http://www.bombeiros-portugal.net/about6376.html&sid=665785978cccf1c955a8c73ae0edf49a>, acesso em 08-11-2011

## **Capítulo 7**

Em KLEIN, Gary (1999), *Sources of power, how people make decisions*, the MIT Press, Janis and Mann, pp28

GIGERENZER, Gerd, *Gut Feelings, the intelligence of the unconscious*, a penguin book science, 2007

<http://vmeguimaraes.com/?noticias=detalhes&notid=124> (51)

## **Capítulo 9**

SHERWOOD, Ben, *Lessons In Survival, The science that explains why elite military forces bounce back faster than the rest of us*, NEWSWEEK, 14 de Fevereiro de 2009, disponível em

<http://www.newsweek.com/2009/02/13/lessons-in-survival.html>, acesso em 08-11-2011

SWEETLAND, A., HAYTHORN, W.W., An analysis of the decision-making functions of a simulated air defense direction center (p-1988), The Rand Corporation, 11 de Maio de 1960, disponível em <http://www.rand.org>, acesso em 11-12-2010

### **Conclusões**

Des “solutions optimales” n'existant que très rarement lorsque qu'on raisonne sur plusieurs dimensions de préférence, c'est la recherche des meilleurs compromis entre points de vue de nature conflictuelle qui tout naturellement s'impose, em BANA E COSTA, C.A. (1992) cap0, pag2, par2, em Structuration, Construction et Exploitation d'un Modèle Multicritère d'Aide à la Décision, *Tese de Doutoramento em Engenharia de Sistemas*, Universidade Técnica de Lisboa, IST, Lisboa

FRANKLIN, Benjamin, citação em Bana e Costa (ver anexo)

## ANEXOS

### Da álgebra moral e cautelara

(...) And, though the weight of the reasons cannot be taken with the precision of algebraic quantities, yet when each is thus considered, separately and comparatively, and the whole lies before me, I think I can judge better, and am less liable to make a rash step, and in fact I have found great advantage from this kind of equation, and what might be called **moral and prudential algebra**.

*Em carta de Benjamin Franklin, de 19 de Setembro de 1772, em resposta ao seu amigo Joseph Priestley, citada por BANA E COSTA (1992), em Conclusion : Aperçu général et voies de recherche future, pp 43, "Structuration, Construction et Exploitation d'un Modèle Multicritère d'Aide à la Décision", Tese de Doutoramento em Engenharia de Sistemas.*

(...)

### Socorrista

É o termo utilizado para designar qualquer pessoa que tenha recebido um certificado (cartão) de uma entidade competente, a certificar que está qualificada para prestar os primeiros socorros. Em Portugal foi pela primeira vez usado em 1947, quando da criação da Secção Técnica das Formações Sanitárias da CVP.

Neste anexo incluem-se os dados abaixo para esclarecimento do quadro de formação actual de cidadãos em geral e a sua evolução no período de um ano, por força da actualização de meios e técnicas ao dispor.

Os cartões de primeiros socorros, emitidos pela Cruz Vermelha Portuguesa - Escola de Socorrismo, são concedidos aos candidatos que, tendo frequentado um curso teórico-prático, tenham ficado aprovados num exame final. O cartão atribuído só é válido por dois anos para assegurar que os socorristas estejam bem treinados, sejam examinados

regularmente, se mantenham actualizados em termos de conhecimentos teóricos e prática de técnicas.

A CVP possui uma rede Nacional de Formadores, abrangendo todo o território Nacional.

### **Síntese de caracterização dos Cursos de Primeiros Socorros para particulares disponíveis em 2011**

Segundo a Cruz Vermelha Portuguesa (<http://www.cruzvermelha.pt/>, consult. em 2011-11-10)

#### **O perfil de um futuro socorrista deve apresentar (CVP, 2011):**

Capacidade de comunicação;

Aptidão para lidar com situações de *stress*;

Capacidade de prestação de assistência rápida.

A Cruz Vermelha Portuguesa, através da Escola de Socorrismo, é a Instituição pioneira e de referência na divulgação e ensino de Primeiros Socorros em Portugal.

Desde 1947 que difundimos este ensino como uma responsabilidade cívica primária, sendo baseado em programas homologados internacionalmente, de qualidade e actualização técnica constantes.

Os primeiros socorros são uma forma simples de salvar vidas e de motivação para a prevenção de acidentes.

#### **Curso SBV/DAE**

Suporte Básico de Vida / Desfibrilhação Automática Externa

6 horas | 6 formandos | 60€ (isento de IVA)

“A formação mínima em Primeiros Socorros, enquadrada na política CVP do socorro de proximidade”.

Objectivo

Formar e treinar elementos da população capazes de responder eficazmente a uma situação de paragem cárdio-respiratória, com eventual recurso a desfibrilhação automática externa (DAE).

Destinatários

População em geral, que pretenda obter conhecimentos de suporte básico de vida.

Conteúdos Programáticos

Apresentação teórica do SBV | práticas SBV adulto | apresentação teórica do DAE| práticas SBV e DAE | avaliação.

Horários-Tipo

1 dia = 6 horas

Confere Certificado de Formação (após aproveitamento),

Certificação: INEM e European Reference Centre for First Aid Education.

Observações: O curso não confere a credenciação de Socorrista, apenas assegura que o formando está apto para actuar em situação de paragem cárdio-respiratória.

### **Curso CEPS / CURSO EUROPEU DE PRIMEIROS SOCORROS**

12 horas | 10 formandos | 120€ (isento de IVA)

“Um curso de referência a nível Europeu. Com uma elevada componente prática, prima pelo upgrade de eficácia na aprendizagem e actualização técnica. Inclui desfibrilhação automática externa”.

Objectivo

Difundir conhecimentos gerais de primeiro socorro para que o formando fique habilitado para identificar as situações e executar as técnicas de primeiros socorros adequadas, visando a estabilização da vítima de acidente ou doença súbita até à chegada dos meios de socorro.

População em geral de pretenda adquirir conhecimentos em primeiros socorros.

Horários-Tipo

2 dias = 6 horas

Certificado de Formação (após aproveitamento)

Certificação: Curso certificado pelo European Reference Centre for First Aid Education

Conteúdos Programáticos

Sistema Integrado de Emergência Médica | Princípios Gerais do Socorrismo | 4 Passos em Primeiros Socorros | Suporte Básico de Vida | Desfibrilhação Automática Externa | Hemorragias | Feridas | Queimaduras | Lesões na Cabeça, Pescoço ou Dorso | Lesões nos Ossos, Músculos ou Articulações | Intoxicações | Dor Precordial | Acidente Vascular Cerebral| Avaliação

3 dias = 4 horas/dia (pós-laboral)

Confere: Cartão de Socorrista

**NÃO CONFERE COMPETÊNCIA PARA OPERACIONAL DAE**

Curso válido por 3 anos

### **Curso CSP / SOCORRISMO PEDIÁTRICO**

15 horas | 12 formandos | 110€ (isento de IVA)

#### Objectivo

Difundir medidas preventivas de acidentes frequentes no grupo etário pediátrico até aos 15 anos, bem como conhecimentos e técnicas simples de socorrismo pediátrico que visem a estabilização da situação de uma criança vítima de acidente ou doença súbita no domicílio ou durante a actividade escolar/lazer.

Colaboradores de estruturas de apoio à criança, por exemplo: Escolas, Infantários / Ateliers de Tempos Livres, Colónias de Férias, Associações de Pais

#### Horários-Tipo

5 dias = 3h/dia

Certificado de Participação

**NÃO CONFERE COMPETÊNCIA PARA OPERACIONALIDADE**

#### Conteúdos Programáticos

Princípios Básicos | Os Quatro Passos em Primeiros Socorros | Suporte Básico de Vida | Desfibrilhação Automática Externa | Hemorragias | Feridas | Queimaduras | Intoxicações | Lesões na Cabeça, Pescoço ou Dorso | Lesões nos Ossos, Músculos ou Articulações | Lipotímia | Epilepsia | Diabetes | Hipertermia | Alterações Gastrointestinais | Efeitos do Calor e Frio |

#### Avaliação

3 dias = 5h/dia

Confere: Cartão de Socorrismo Pediátrico

Curso válido por 3 anos

### **Curso TAT / TRIPULANTE DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE**

35 horas | 12 formandos | 160€ (isento de IVA)

“O curso destinado a quem pretende integrar a tripulação de ambulâncias”.

#### Objectivo

Formar socorristas afectos às empresas, associações e demais instituições cuja actividade potencial ou uma das vertentes de funcionamento seja o transporte de doentes de âmbito não urgente e/ou inter-hospitalar, para constituição das tripulações das suas ambulâncias.

Validade do curso: 3 anos.

#### Conteúdos Programáticos

Sistema Integrado de Emergência Médica | Princípios Gerais do Socorrismo | Anatomia e Fisiologia | Socorro Psicológico | Exame Geral da Vítima | Alterações Cárdio-Respiratórias (Suporte Básico de Vida) | Oxigenoterapia | Choque | Hemorragias | Intoxicações | Alterações do Estado de Consciência | Parto de Emergência | Efeitos do Ambiente | Traumatismos | Técnicas de Extração | Levantamentos e Transportes | Avaliação  
Confere Cartão TAT (emitido posteriormente pelo INEM)

Certificação - A Cruz Vermelha Portuguesa é reconhecida pelo INEM como entidade idónea para ministrar o curso TAT.

### **Curso TSP / TÉCNICOS DE SOCORRISMO DE PROXIMIDADE**

(Inclui Curso de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa)

30 horas | 12 formandos | 140€ (isento de IVA)

“O Curso TSP expande o conceito de socorrista, reforçando as habilitações dos formandos com competências complementares que permitem actuar em locais geograficamente desfavorecidos face à acessibilidade aos serviços de Emergência ou locais de grande concentração de pessoas”.

#### Objectivo

Formar socorristas no seio de empresas, comunidades ou autarquias, para que assegurem a assistência, apoio, levantamento, eventual encaminhamento e transporte de doentes súbitos ou vítimas de acidente.

#### Destinatários

Cidadãos em geral que:

Pretendam colaborar com equipas para intervenção de emergência em cenários geograficamente desfavorecidos no acesso aos serviços de Emergência.

Pretendam colaborar na resposta a qualquer situação de Emergência que ocorram no seio da sua comunidade.

#### Conteúdos Programáticos

Sistema Integrado de Emergência Médica | Conceitos Genéricos | Exame da Vítima | Suporte

Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa | Oxigenoterapia | Choque | Hemorragias | Intoxicações | Socorro Psicológico | Situação de Sinistro Múltiplo I | Alterações do Estado de

Consciência | Efeitos do Ambiente | Parto de Emergência | Traumatismos | Remoção de Emergência | Situação de Sinistro Múltiplo II | Avaliação

Validade do curso: 3 anos

INCLUI CURSO SBV/DAE

## **RECERTIFICAÇÃO DE TRIPULANTES DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE**

21 horas | 12 formandos | 90€ (isento de IVA)

“O curso destinado a quem pretende integrar a tripulação de ambulâncias”.

Objectivo

Esta acção destina-se a recertificar Tripulantes de Ambulância de Transporte (TAT) detentores do cartão de TAT emitido pelo INEM, dentro do prazo de validade.

Cartão TAT (emitido posteriormente pelo INEM)

Conteúdos Programáticos

Apresentação | Teste diagnóstico | Correção comentada do teste | Princípios gerais | Plano de acção | SIEM | Exame da vítima Alterações cardio-respiratórias | Emergências médicas | Emergências traumatológicas | Evacuação | Situações de sinistro múltiplo | Revisões | Avaliação

Validade do curso: 3 anos

**(Plano de formação em 2010, por consulta em Dezembro de 2010, [www.cvp.pt](http://www.cvp.pt))**

**FORMAÇÃO BÁSICA (FOR)**

- curso com a duração de 24h.
- sistema integrado de emergência médica, - princípios gerais de socorrismo, - plano de acção do socorrista, - exame geral da vítima, - alterações cardiorrespiratórias, - choque, - hemorragias, - intoxicações, - feridas, - queimaduras, - efeitos do ambiente, - lesões articulares, musculares e ósseas, - traumatismos, - alterações do estado de consciência,
- situações de sinistro múltiplo;

**SOCORRISMO RODOVIÁRIO (CSR)**

- curso com a duração de 15h
- protecção do cenário do acidente, - evacuação do acidentado, - observação dos sinais vitais, - controlo de hemorragias graves, - situações de inconsciência, - alterações ventilatórias, - paragem circulatória, - crise cardíaca, - traumatologia

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

- curso com a duração de 6h

**TRIPULAÇÃO DE AMBULÂNCIA (TAT)**

- curso com a duração de 35h

(<http://www.legion-recrute.com/pt> ;

<http://www.cruzvermelha.pt>;

<http://www.bombeiros-portugal.net/about10464.html#ixzz168RfpSRF>)

(...)

**ACREDITAÇÃO DE ENTIDADES**  
**REGULAMENTO GERAL DE ACREDITAÇÃO DE ENTIDADES**  
**PARA FORMAÇÃO**

(...)

**INTRODUÇÃO**

A acreditação consiste numa operação de validação técnica global e reconhecimento formal da capacidade formativa de uma entidade. A formação é um serviço que se diferencia dos restantes pela elevada intervenção que tem sobre o destinatário. No âmbito da formação, desde a estratégia e planeamento inerente até à sua concepção e avaliação, estão envolvidos processos de actividade que devem estar em consonância com as normas da qualidade. Entende-se por isso que um sistema que pretenda validar a qualidade da formação deve ser adequado às suas particularidades enquanto serviço, evitando limitar ou oprimir os factores em que reside. Acreditar entidades formadoras significa credibilizar, interna e externamente, a oferta formativa proporcionando melhores oportunidades de participação e condições para um maior protagonismo materializados em parcerias ou redes de conhecimento de âmbito nacional ou transnacional. Significa igualmente acreditar no papel decisivo da formação profissional na superação do *deficit* de qualificação profissional com que Portugal se confronta quando comparado com os países mais desenvolvidos da Comunidade Europeia e na capacidade, competência e profissionalismo dos seus agentes. O processo de acreditação inclui o acompanhamento da Entidade através de visitas de observação local no sentido de incentivar progressivamente o aumento da qualidade e da adequação formativa, por forma a que, gradualmente, sejam atingidos os padrões de excelência visados pelo sistema.

**OBJECTIVO**

O presente Regulamento Geral de Acreditação constitui o documento que contém as regras aplicáveis a todas as Entidades acreditadas ou que pretendam vir a ser acreditadas, na área da formação em emergência médica para os produtos pedagógicos descritos no âmbito da acreditação.

### **APRESENTAÇÃO DO DFEM**

Ao abrigo da Portaria nº 647/2007 de 30 de Maio e do Decreto-lei 220/2007 de 29 de Maio, **cabe ao Departamento de Formação em Emergência Médica (DFEM) assegurar a formação dos elementos do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) nas suas componentes técnicas de emergência e de socorro, definir as estratégias de formação e acreditar Entidades externas ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para procederem à realização de acções de formação assim como gerir e acompanhar a qualidade dessas mesmas formações.** Também o Decreto-lei nº 188/2009 de 12 de Agosto determina que fica o INEM responsável pela regulamentação, formação e monitorização do programa de Desfibrilação Automática Externa, DAE.

### **ÂMBITO DA ACREDITAÇÃO**

O âmbito da acreditação gerido pelo DFEM abrange a actividade formativa dos seguintes produtos pedagógicos e respectivas recertificações:

- Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e/ou Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (SBV-D);
- Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS);
- Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT).

Compete a cada Entidade definir e comunicar ao DFEM o âmbito de acreditação a que se candidata de acordo com as regras estabelecidas para a sua actividade formativa. Ao DFEM incumbe a decisão de acreditação face ao solicitado.

A Entidade pode candidatar-se a mais do que um âmbito demonstrando essa vontade através do preenchimento da minuta do pedido de acreditação. Para cada um dos âmbitos formativos solicitados, terá a Entidade de cumprir com o determinado no dossier de acreditação.

O âmbito da acreditação inclui também os locais onde vão ser desenvolvidas as actividades formativas que deverão ser alvo de especificação clara no processo de candidatura. Tal

facto prende-se com a capacidade que o DFEM possui de poder desencadear auditorias de acompanhamento formativo se assim o entender. (...)

(em Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. REGULAMENTO GERAL DE ACREDITAÇÃO DE ENTIDADES PARA FORMAÇÃO, Janeiro de 2010 Departamento de Formação em Emergência Médica)

(...)

**<http://www.projecto-socorrismo.blogspot.com/>**

A Petição Dia Nacional do Socorrista, para Assembleia da República foi criada e escrita pela comunidade **Projecto Socorrismo**.

Esta petição encontra-se alojada na internet no site Petição Pública que disponibiliza um serviço público gratuito para petições online.

(do Projecto Socorrismo: Somos um grupo de três alunos do 12º ano da Escola Secundária de Bocage em Setúbal que, ao longo deste ano lectivo 2009/2010, irá desenvolver um Projecto sobre Socorrismo no âmbito da disciplina de Área Projecto. O nosso interesse neste tema prende-se com o facto de pretendermos ingressar no ramo da Saúde. Este Blogue tem como objectivo dar a conhecer o avançar deste grande Projecto que promete, desde já, envolver e interagir com toda a comunidade escolar, bem como com a cidade de Setúbal. Fiquem para ver... Autores: - Gonçalo Madeira - Mariana Gamas - Rodrigo Mareco; Escola Secundária de Bocage, Setúbal  
email: [projecto-socorrismo@hotmail.com](mailto:projecto-socorrismo@hotmail.com)

(...)

### **Comunicado do Conselho de Ministros de 18 de Novembro de 2010**

I. O Conselho de Ministros, reunido hoje na Presidência do Conselho de Ministros, aprovou os seguintes diplomas:

## **1. Resolução do Conselho de Ministros que cria o Conselho de Utilizadores do Sistema Integrado das Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP) e aprova o respectivo Regulamento Interno**

Esta Resolução cria o conselho de utilizadores do Sistema Integrado das Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP) e aprova o regulamento interno deste conselho, após estar terminado o processo de instalação da rede SIRESP e seleccionados os fornecedores dos equipamentos terminais que permitem a utilização do serviço.

O SIRESP consiste num sistema único nacional de comunicação das forças e serviços de emergência e de segurança, que permite a intercomunicação e interoperabilidade entre as forças de segurança e, em caso de emergência, a centralização do comando e coordenação. Este sistema contribui para a qualidade, fiabilidade e segurança das comunicações e ainda para a racionalidade dos meios e recursos existentes.

As entidades que utilizam de forma partilhada este sistema são nomeadamente as seguintes: as Associações Humanitárias de Bombeiros Voluntários, a Autoridade Marítima Nacional (AMN), a Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC), a Autoridade Florestal Nacional (AFN), a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), o Exército, a Força Aérea, a Marinha, a Guarda Nacional Republicana (GNR), a Polícia Judiciária (PJ), a Polícia de Segurança Pública (PSP), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), o Instituto da Conservação da Natureza e da Biodiversidade (ICNB), o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o Serviço de Informações de Segurança (SIS) e o Estado-Maior-General das Forças Armadas, como a entidade utilizadora do SIRESP no universo da Defesa.

Assim, o conselho de utilizadores caracteriza-se por ser um órgão consultivo da entidade responsável pela supervisão do SIRESP, sendo composto por um representante do Ministro da Administração Interna e por representantes das entidades utilizadoras. Nestas entidades, incluem-se não só as forças de segurança mas ainda empresas encarregues da gestão de serviços públicos essenciais – como a produção e distribuição de energia eléctrica ou de água -, bem como entidades empresariais portuárias, aeroportuárias e prestadoras de serviços de transporte colectivo.

Estabelece-se que cabe ao conselho de utilizadores do SIRESP pronunciar-se, nomeadamente, sobre a qualidade de serviço e das comunicações, sobre o desenvolvimento de novas funcionalidades e prestações e sobre formas de cooperação dos utilizadores, quer ao nível da partilha de experiências, quer ao nível de apresentação de sugestões.

(em

<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ConselhoMinistros/ComunicadosCM/Pages/20101118.aspx> /

[http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/noticias/11\\_2010/NEWS\\_criado+conselho+de+supervisao+para+redes+de+emergencia+e+seguranca.htm](http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/noticias/11_2010/NEWS_criado+conselho+de+supervisao+para+redes+de+emergencia+e+seguranca.htm))

(...)

### **Síndrome de Esmagamento ou de Bywaters**

En cas d'attaque terroriste, l'effondrement de structures après une bombe ou une explosion peut infliger des lésions d'écrasement ou un syndrome de Bywaters. Une lésion d'écrasement est une compression des extrémités du corps ou d'autres parties du corps qui entraîne une tuméfaction musculaire et/ou des troubles neurologiques des parties touchées. Les extrémités inférieures (74 %), les extrémités supérieures (10 %), et le tronc (9 %) sont les parties le plus souvent touchées. Le syndrome de Bywaters est une lésion d'écrasement localisée qui affiche des manifestations systémiques. Ces effets systémiques résultent d'une rhabdomyolyse traumatique (destruction des cellules musculaires) et de la libération d'éléments cellulaires potentiellement toxiques et d'électrolytes dans le système sanguin. Le syndrome de Bywaters peut entraîner des blessures localisées aux tissus, un dysfonctionnement des organes et des anomalies métaboliques telles que l'acidose, l'hyperkaliémie et l'hypocalcémie. L'expérience antérieure, lors de tremblements de terre ayant causé des dommages structurels majeurs, a démontré que l'incidence du Syndrome de Bywaters est de 2 à 15 %, avec 50 % des sujets atteints du Syndrome de Bywaters développant une insuffisance rénale aiguë et plus de 50 % nécessitant une fasciotomie. 50 % des sujets souffrant d'insuffisance rénale aiguë doivent être placés sous dialyse.

(EM LÉSIONS PAR EXPLOSION lésion d'écrasement et syndrome de Bywaters,  
DÉPARTEMENT AMÉRICAIN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES HUMANITAIRES  
Avril 2008 Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC)

**ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS**

## Suporte Básico de Vida

Reanimação Cardio-respiratória **Adulto**

**Reavie periodicamente**  
Peça ajuda se necessário

**Se inconsciente e respira**  
coloque a vítima na posição lateral de segurança

**Vigie permanentemente**

**Garanta condições de segurança**

**Consciente?**  
- Toque na vítima  
- Chame por ela

**SIM**

**NÃO**

**Grite por ajuda**  
sem abandonar a vítima

**Permeabilize a via aérea**

**Procure sinais de circulação**  
Durante **10 segundos** procure:  
- **Ver** se o tórax expande  
- **Ouvir** o ar a passar  
- **Sentir** o ar na sua face

**SIM**

**NÃO**

**Ligue 112**  
- Responda às perguntas  
- Execute as ordens

**Inicie manobras**  
- 30 compressões  
- 2 insuflações

**ENB**  
ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS  
Quinta do Espinho - Barcelos  
Rua Doutor António Martins  
2710-040 SINESIA  
P O R T U G A L  
Tel.: 219 229 040  
Fax: 219 229 026  
E-mail: geral@enb.pt  
www.enb.pt

**ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS**

## Suporte Básico de Vida

Reanimação Cardio-respiratória **Criança**

**Reavalie periodicamente**  
Peça ajuda se necessário

**Se inconsciente e respira**  
coloque a vítima na posição lateral de segurança

**Vigie permanentemente**

**EN**  
ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS  
Quinta de Anjos - Barcelos  
Rua Doutor Américo Mota  
2710-040 S. JOÃO  
P.O. Box 11  
Tel. 219 219 000  
Fax. 219 100 000  
Email: bombeiros@enb.pt  
www.enb.pt

**Garanta condições de segurança**

**Consciente?**  
- Toque na vítima  
- Chame por ela

**SIM**

**NÃO**

**Grite por ajuda**  
sem abandonar a vítima

**Permeabilize a via aérea**

**Procure sinais de circulação**  
Durante **10 segundos** procure:  
- Ver se o tórax expande  
- Ouvir o ar a passar  
- Sentir o ar na sua face

**NÃO**

**Efectue 5 insuflações**  
**Apresenta sinais de circulação?**

**SIM**

**NÃO**

**Inicie manobras**  
- 15 compressões torácicas  
- 2 insuflações

**Se sozinho, efectue as manobras durante 1 minuto, após o qual pode deixar a criança e pedir ajuda ligando 112**



---

<sup>i</sup> LOPES PIRES, Carlos M. (Ed.), STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO – MODELOS, ABORDAGENS & PRÁTICAS, Janeiro de 2006, [www.adfa-portugal.com/livros/Livro\\_stress.pdf](http://www.adfa-portugal.com/livros/Livro_stress.pdf) · PDF ficheiro

<sup>ii</sup> WILLIAMS, Walter, Credo Dos Jornalistas, Escola de Jornalismo do Missouri-Columbia, 1908

<sup>iii</sup> Idem

<sup>iv</sup> GEORGE, Alexander, “The “Operational Code”, a neglected approach to the study of political leaders and decision making”, memorando preparado para o United States Air Force Project Rand, The Rand Corporation, Setembro de 1967

<sup>v</sup> Por mero recurso ao conceito apresentado por LEITES, Nathan, A study of Bolshevism, Free Press, Glencoe, Illinois, 1953. Código operacional foi uma ideia precursora e depois desenvolvida, mas aqui usado apenas enquanto súmula de preceitos e máximas de tática e estratégia políticas caracterizando a abordagem clássica da política pelos bolchevistas. Interpretando ainda a sua definição do “carácter bolchevique” utilizado para obtenção da súmula do código, cada socorrista é “único, embora se assemelhe aos outros em aspectos importantes”. Aqui também se cruzam as regras de conduta e as normas de comportamento, que criam a identidade do socorrista, pessoa a quem idealmente se confia e poderá confiar a missão de salvar a vida de alguém – de uma ou de muitas vítimas - no exercício da sua missão e cumprimento da sua vocação.

<sup>vi</sup> GEORGE, Alexander, “The “Operational Code”, a neglected approach to the study of political leaders and decision making”, memorando preparado para o United States Air Force Project Rand, The Rand Corporation, Setembro de 1967

<sup>vii</sup> THOMAZ, João Pedro da Cruz Fernandes, LEITÃO, Mónica Alexandra Lopes Silva, Localização de um Centro de Informação e Recrutamento de Voluntários para as Forças Armadas Portuguesas, Universidade Lusíada, 1998.

<sup>viii</sup> BREEN, Bill, What’s your intuition?, em [fastcompany.com](http://www.fastcompany.com), 19 de Dezembro de 2007, <http://www.fastcompany.com/magazine/38/klein.html>

<sup>ix</sup> JORDAN, N, Decision Making under Uncertainty and Problem Solving: A Gestalt Theoretical Viewpoint, Logistics Department, The Rand Corporation, P-2156 (9), December 1, 1960