

CIÊNCIAS SOCIALMENTE APLICÁVEIS:

INTEGRANDO SABERES E
ABRINDO CAMINHOS

DAVID GARCÍA MARTUL

(Organizador)

VOL II



EDITORA
ARTEMIS

2021

CIÊNCIAS SOCIALMENTE APLICÁVEIS:

INTEGRANDO SABERES E
ABRINDO CAMINHOS

DAVID GARCÍA MARTUL
(Organizador)

VOL II



EDITORA
ARTEMIS

2021



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição- Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comercial. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisângela Abreu
Organizadora	Prof.Dr.David García Martul
Imagem da Capa	ciempies
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”, Cuba*
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, *Universidade Federal de Uberlândia*
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, *Universidade Federal da Paraíba*
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano, Peru*
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, *Universidade do Estado de Mato Grosso*
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla, Espanha*
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, *Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, *Universidade Nova de Lisboa, Portugal*
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, *Universidade Aberta de Portugal*
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, *Universidade Federal da Grande Dourados*
Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Carlos III de Madrid, Espanha*
Prof.^a Dr.^a Deuzimar Costa Serra, *Universidade Estadual do Maranhão*
Prof.^a Dr.^a Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal*
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, *Universidade de São Paulo*
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, *Universidade Federal de Roraima*
Prof.^a Dr.^a Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México*
Prof.^a Dr.^a Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste/ Universidad Tecnológica Nacional, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca, Espanha*
Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República, Uruguay*
Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara, México*
Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona, Espanha*
Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*
Prof.^a Dr.^a Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, *Instituto Politécnico da Guarda, Portugal*
Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Iara Lúcia Tescarollo Dias, *Universidade São Francisco*
Prof.^a Dr.^a Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura, Peru*
Prof.^a Dr.^a Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Ivan Amaro, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*
Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío, Chile*



Prof.ª Dr.ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Javier Antonio Alborno, *University of Miami and Miami Dade College, USA*
Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha, Espanha*
Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros
Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid, Espanha*
Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Colômbia*
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Dr.ª Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás
Prof.ª Dr.ª Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo
Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof.ª Dr.ª Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodriguez, *Universidad Santiago de Compostela, Espanha*
Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe
Prof.ª Dr.ª Mar Garrido Román, *Universidad de Granada, Espanha*
Prof.ª Dr.ª Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto
Prof.ª Dr.ª Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana "José Antonio Echeverría", Cuba*
Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras
Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras
Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia
Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
Prof.ª Dr.ª Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
Prof.ª Dr.ª Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
Prof. Dr. Turpo Gebera Osbaldo Washington, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru*
Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa
Prof.ª Dr.ª Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande
Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências socialmente aplicáveis [livro eletrônico] : integrando saberes e abrindo caminhos: vol. II / Organizador David García Martul. – Curitiba, PR: Artemis, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
Edição bilíngue
ISBN 978-65-87396-45-3
DOI 10.37572/EdArt_300821453

1. Ciências sociais aplicadas – Pesquisa – Brasil. I. García Martul, David.

CDD 300

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

PRÓLOGO – VOLUME II

La redacción de un prólogo nunca es una tarea fácil, más aún cuando se trata de la presentación de un libro de temática interdisciplinar y transdisciplinar en el campo de las ciencias sociales aplicadas. Es interdisciplinar porque los trabajos que aquí se presentan utilizan un amplio abanico de técnicas de investigación para investigar su objeto de estudio especializado. Así es común encontrar trabajos que por la técnica empleada podríamos pensar son propios de la Antropología y la Sociología. Sin embargo, por el objeto de estudio tratado nos ha parecido más pertinente situarlo en el campo de la Comunicación. Por tanto, hemos dado relevancia al objeto de estudio frente a la metodología investigadora para determinar el campo temático de cada trabajo.

También consideramos que **Ciências Socialmente Aplicáveis: Integrando Saberes e Abrindo Caminhos** es un libro transdisciplinar porque los resultados de las investigaciones son aplicables a muy distintos campos del conocimiento; es decir, una investigación sobre alfabetización mediática puede muy bien ser aplicada tanto al campo de la Educación como a los campos de la Comunicación y la Sociología.

Sin embargo, previa labor de preparación de este prólogo hemos llevado a cabo una labor de análisis de contenido temático de cada uno de los trabajos aquí presentados. Su resultado ha sido un índice desarrollado por un metódico trabajo de selección de los descriptores más acordes a la temática y objeto de estudio de cada capítulo. Para la selección de los descriptores hemos seguido una herramienta, consensuada por la comunidad internacional, como es el Tesouro de la UNESCO; pues en él, se presenta de forma homogénea y normalizada la manera de designar cada uno de los campos del conocimiento. Y si bien debemos considerar toda herramienta de descripción como condicionada por el contexto ideológico, plasmado por sus sesgos y matices socioculturales, de la institución que lo edita pero que aporta un instrumento de navegación por las distintas materias que conforman el mapa de conocimiento de nuestro libro.

Es pues con ello que hemos procurado, de forma estructurada y sistemática, facultar al lector para introducirse en los heterogéneos contenidos del libro de una manera progresiva, armónica y lógica.

En este **Volumen II** se incluyen trabajos en las áreas de Políticas Públicas-Gestión de Conflictos, Empresa-Marketing y Turismo. Se ha optado por el criterio de reunir materias relacionadas con el estudio del desarrollo de estrategias ligadas con actividades económicas.

En el campo de Políticas Públicas-Gestión de Conflictos incluimos ocho trabajos de investigación que tratan desde aspectos ligados con la aplicación de políticas de

gobernanza hasta aspectos más específicos acerca de la aplicación de la gestión política en situaciones de riesgo y conflictos.

El segundo bloque de materias en este volumen es el referido a trabajos relacionados más estrictamente con las iniciativas económicas y empresariales. En este bloque vemos cómo las políticas y estrategias empleadas en la gestión del ámbito de lo público pueden ser aplicadas en iniciativas empresariales y de marketing para la creación de una plusvalía en el sector privado. En este campo contamos con un primer grupo de trabajos ligados a la gestión corporativa. En un segundo grupo veremos herramientas empleadas en la aplicación de políticas corporativas y conductas del consumidor que pueden ser de interés para la más eficaz gestión de políticas corporativas, así como algunos casos prácticos de análisis en este sentido. Finalmente incluimos trabajos acerca del marketing como producto efectivo de las políticas de gestión corporativa.

Finalmente afrontamos un tercer y último bloque de seis trabajos en el campo del Turismo como actividad económica específica, con prácticas eminentemente empresariales sin menoscabo de las implicaciones que sobre la sociedad ejerce.

Esperamos que el presente volumen de **Ciências Socialmente Aplicáveis: Integrando Saberes e Abrindo Caminhos** les resulten de interés pues busca proporcionar una foto fija del estado de la investigación a través de un grupo heterogéneo de trabajos aplicados y previamente evaluados sobre distintos temas comprendidos en este campo. Con ello procuramos al mismo tiempo sugerir futuras líneas de investigación a desarrollar a partir de los textos aquí publicados para todas aquellas personas ligadas a la actividad académica.

David García Martul
Universidad Rey Juan Carlos

SUMÁRIO

POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DE CONFLITOS

CAPÍTULO 1 1

O DIÁLOGO ENTRE OS ATORES DO ESTADO E A SOCIEDADE CIVIL COMO FORÇA MOTRIZ DA GOVERNANÇA DA AML: REFLEXÕES A PARTIR DO PONTO DE VISTA DOS GOVERNOS MUNICIPAIS

João Martins de Oliveira Neto

Joaquim Manuel Croca Caeiro

Pedro Miguel Moreira da Fonseca

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214531

CAPÍTULO 2 19

ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL NO INTUITO DE MELHORIA NO ATENDIMENTO A POPULAÇÃO

Priscila Marinho da Silva

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214532

CAPÍTULO 3 38

AVALIAÇÃO E RESULTADOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM FAVOR DA PRODUÇÃO NACIONAL DE JOGOS DIGITAIS

Ueli Sonderegger Matos

João Victor Boechat Gomide

Juvêncio Braga de Lima

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214533

CAPÍTULO 4 64

JUSTIÇA RESTAURATIVA COMO POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE SEGURANÇA CIDADÃ

Daniele Cristina Bahniuk Mendes

Nei Alberto Salles Filho

Thais Cristina dos Santos

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214534

CAPÍTULO 5 71

O BENEFÍCIO DO AUXÍLIO-RECLUSÃO: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE O BENEFÍCIO COMO POLÍTICA SOCIAL E COMO AGENTE EFETIVADOR DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

Tamara Rita Servilha Donadeli Neiva

Daniela de Figueiredo Ribeiro

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214535

CAPÍTULO 6 86

ARBITRAJE DE CONFLICTOS Y DRAMA SOCIAL: APORTES DEL TRABAJO SOCIAL FORENSE EN SOCIEDADES DESIGUALES

Claudia Sandra Krmpotic

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214536

CAPÍTULO 7 96

GESTIÓN DEL RIESGO PARTICIPATIVA COMO MEDIO HACIA LA TRANSFORMACIÓN ADAPTATIVA DE COMUNIDADES Y TERRITORIOS VULNERABLES. CASO CALETA SAN PEDRO, REGIÓN DE COQUIMBO, CHILE

Carmen Paz Castro Correa

Juan Pablo Sarmiento

Josefa Espinace

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214537

CAPÍTULO 8 108

LA ORGANIZACIÓN DEL SOCORRO EN EL ACCIDENTE FERROVIARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

José Antonio Iglesias-Vázquez

Mario López-Pérez

Viviane Ferreira-Leite

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214538

GESTÃO, EMPRESAS E MARKETING

CAPÍTULO 9 125

ANÁLISIS DEL ENFOQUE DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA

Pablo Edison Ávila Ramírez

Alexandra Auxiliadora Mendoza Vera

Gina Gabriela Loor Moreira
Martha Margarita Minaya Macías
Janeth Virginia Intriago Vera
Rubén Hernán Andrade Álvarez
Milton Geovanny Zambrano Rivera
Henry Marcelino Pinargote Pinargote
Jhonny Antonio Ávila Ramírez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3008214539

CAPÍTULO 10 141

RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA: INFLUÊNCIAS DO TEMA NA
FORMAÇÃO EM PUBLICIDADE E PROPAGANDA

Giovana Cristina Pavei
Robson Freire

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145310

CAPÍTULO 11.....160

A GESTÃO DA MUDANÇA NO MERCADO DE TRABALHO

Maria dos Anjos Pereira
Elisete Martins

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145311

CAPÍTULO 12..... 172

A ESCOLHA DE UMA UNIVERSIDADE VISTA SOB O PRISMA DA TEORIA DO
COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR

Vera Lucia Telles Scaglione
Lizika Pitpar Goldchleger

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145312

CAPÍTULO 13.....186

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN ACADÉMICA - ADMINISTRATIVA DE LA EDUCACIÓN
SUPERIOR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ECONOMÍA POLÍTICA. CASO DE
ESTUDIO: ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

Carlos Benjamín Ricaurte Yépez
Grace Maribel Parra Vintimilla
Oscar Iván Granizo Paredes
José Manuel Pozo Rodríguez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145313

CAPÍTULO 14201

ECONOMIAS À ESCALA E A IMPORTÂNCIA DO CAPITAL HUMANO NO SECTOR DE MOLDES EM PORTUGAL: UMA ABORDAGEM MICRO COM DADOS EM PAINEL

Fátima Diniz

Elias Soukiazis

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145314

CAPÍTULO 15..... 227

OS DESAFIOS DA SUSTENTABILIDADE - DA TEORIA À PRÁTICA: O CASO PILARES DA SAÚDE

Manuel Aníbal Correia Monteiro

João Paulo Peixoto

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145315

CAPÍTULO 16241

RETRATOS DO MUNDO CORPORATIVO: TECENDO REFLEXÕES A PARTIR DA ANÁLISE DE FILMES

Felipe Gouvêa Pena

Juliana Oliveira Braga

Miriam de Fátima Moreira Felício Braga

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145316

CAPÍTULO 17..... 252

ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS - O MELHOR MODELO PARA ANÁLISE DE BALANÇO

Moises da Silva Martins

Rosane Aparecida Ferreira Bacha

Edilene Mayumi Murashita Takenaka

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145317

CAPÍTULO 18..... 266

A MORE EFFECTIVE AUDIT AFTER COSO ERM 2017 OR AFTER ISO 31000: 2009?

Alcina Augusta de Sena Portugal Dias

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145318

CAPÍTULO 19 278

TRANSTORNO DE COMPRA COMPULSIVA (TCC): ATUALIZANDO A LITERATURA SOBRE OS COMPRADORES COMPULSIVOS SOB A ÓTICA DO COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR

Rafael Moreira Guimarães

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145319

CAPÍTULO 20..... 300

RETAILBALL - UMA CHAVE PARA O SUCESSO

Maria Clara Luxo Correia

Lara Sofia Mendes Bacalhau

Nuno Fortes

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145320

CAPÍTULO 21..... 318

IMÓVEIS CORPORATIVOS NA CIDADE DE SÃO PAULO: TENDÊNCIAS DO MERCADO

João da Rocha Lima Jr.

Carolina Andrea Garisto Gregório

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145321

CAPÍTULO 22..... 328

AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA DE FAMÍLIAS PRODUTORAS DE MARACUJÁ BRS PÉROLA DO CERRADO RESIDENTES NO ASSENTAMENTO OZIEL ALVES III

Marco Aurélio de Carvalho Vieira e Silva

Ana Maria Costa

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145322

CAPÍTULO 23..... 346

HOME BIAS - OS CONDICIONALISMOS AO INVESTIMENTO ALÉM FRONTEIRA

Lara Sofia Mendes Bacalhau

Maria Elisabete Duarte Neves

João Soares

Rute Mendes

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145323

CAPÍTULO 24.....365

RENAULT - EXPANSÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO DA MARCA NO BRASIL

Hugo Faria

Maria Madalena Eça de Abreu

Lara Sofia Mendes Bacalhau

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145324

CAPÍTULO 25.....372

ORGANO GOLD & OG CARES FOUNDATION – “EVERYONE DESERVES A CHANCE”,
GIVE BACK – UM CASO DE MARKETING EMPRESARIAL E MARKETING SOCIAL DE
MÃOS DADAS

Joana Rodrigues

Lara Sofia Mendes Bacalhau

Maria Madalena Eça de Abreu

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145325

CAPÍTULO 26.....387

MARKETING DIGITAL – PASSADO, PRESENTE E FUTURO – AS TENDÊNCIAS E O
CASO DA ICLIO

André Viegas

Lara Sofia Mendes Bacalhau

Maria Madalena Eça de Abreu

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145326

CAPÍTULO 27401

TIMWE – UM PARCEIRO DIGITAL DE SUCESSO NO MARKETING SOCIAL-PÚBLICO
E EMPRESARIAL

Sónia Rocha

Lara Sofia Mendes Bacalhau

Maria Madalena Eça de Abreu

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145327

CAPÍTULO 28.....416

E-COMMERCE: A INFLUÊNCIA DO MARKETING DIGITAL NO COMPORTAMENTO DE
CONSUMO

Carmelinda Parizzi

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145328

CAPÍTULO 29..... 428

A CULTURA TURÍSTICA COMO MINIMIZADORA DOS IMPACTES NEGATIVOS DO TURISMO

Cecília de Melo Correia Baptista
Luís Manuel Mota dos Santos Figueira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145329

CAPÍTULO 30 448

EMPREENDEDORISMO RURAL E APOIO INSTITUCIONAL: O CASO DE ESTUDO DE UMA ALDEIA NO INTERIOR DE PORTUGAL

Maria Lúcia de Jesus Pato

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145330

CAPÍTULO 31..... 463

DINÂMICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NA SERRA DE MONTEMURO

Teresa Sequeira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145331

CAPÍTULO 32 482

A CARTA GASTRONÓMICA DA REGIÃO DA COMUNIDADE INTERMUNICIPAL DAS BEIRAS E SERRA DA ESTRELA COMO INSTRUMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TURISMO GASTRONÓMICO NUMA REGIÃO DO CENTRO DE PORTUGAL

Cristina Rodrigues
Adriano Costa
Anabela Sardo

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145332

CAPÍTULO 33..... 502

E-TURISMO: HERRAMIENTA CLAVE PARA EL DESARROLLO TURÍSTICO EN EL ECUADOR

Pablo Edison Ávila Ramírez
Alexandra Auxiliadora Mendoza Vera
Gina Gabriela Loor Moreira
Martha Margarita Minaya Macías
Janeth Virginia Intriago Vera

Renelmo Wladimir Minaya Macías
Rocio Alexandra Mendoza Villamar
Jhonny Antonio Ávila Ramírez
Milton Geovanny Zambrano Rivera
Henry Marcelino Pinargote Pinargote

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145333

CAPÍTULO 34 515

TURISMO SEXUAL EN MÉXICO, ENFOQUE CRIMINOLÓGICO

Martha Fabiola García-Álvarez
Luz Adriana Nápoles-Durán
Carla Monroy-Ojeda
Dante Jaime Haro-Reyes
Jorge Humberto Medina-Villarreal

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30082145334

SOBRE O ORGANIZADOR 526

ÍNDICE REMISSIVO 527

LA ORGANIZACIÓN DEL SOCORRO EN EL ACCIDENTE FERROVIARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Data de submissão: 18/06/2021

Data de aceite: 09/07/2021

José Antonio Iglesias-Vázquez

Jefe del Servicio de Docencia e Investigación
FPUSG-061

Profesor asociado Departamento de
Psiquiatría, Radiología, Salud Pública,
Enfermería y Medicina de la
Universidad de Santiago de Compostela
Grupo de Investigación CLINURSID
Santiago de Compostela (España)
antonio.iglesias.vazquez@sergas.es
ORCID: 0000-0003-1313-9071

Mario López-Pérez

Enfermero asistencial
Fundación Pública Urgencias Sanitarias de
Galicia-061 (FPUSG-061)
Doctor en Atención Integral de la Salud por
la Universidad de Santiago de Compostela
Chantada (España)
mariochantada@hotmail.com

Viviane Ferreira-Leite

Enfermera asistencial. FPUSG-061
Ovar (Portugal)
vivi-fl@hotmail.com

desastres se definen como aquellas situaciones en las que existe una desproporción entre las necesidades de atención y las capacidades de los dispositivos de asistencia habituales. Para los servicios de emergencia, se puede considerar como la prueba más compleja a la que se pueden enfrentar, incluso después de una preparación exhaustiva y periódica. Afortunadamente se tratan de eventos infrecuentes, pero que representan una auténtica prueba de esfuerzo. El caos y la desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles son las características iniciales más significativas, y su resolución es, sin duda, un problema de la organización. El peso de la gestión y coordinación de la respuesta sanitaria, así como de la atención inicial a las víctimas, se sustenta en los servicios de urgencias prehospitalarios en primer lugar, y en las alertas y preparación de la posterior respuesta hospitalaria. El accidente ferroviario de Angrois en Santiago de Compostela el 24 de julio de 2013 se convirtió en una evaluación para el sistema sanitario en su conjunto, siendo que: se resolvió en un corto período de tiempo, con una atención inicial y final adecuadas, propiciando como consecuencias una disminución de la mortalidad global y las secuelas. Al mismo tiempo, se ofreció la oportunidad de ver en un contexto real todos los ejercicios de preparación realizados durante años y la posterior ejecución de un análisis detallado del rendimiento, para mejorar los recursos, profesionales, así como las técnicas y la formación necesarias para su consecución.

RESUMEN: Los incidentes de múltiples víctimas (situación de excepción) y los

PALABRAS CLAVE: Desastres. Accidente ferroviario. Triage.

THE ASSISTANCE ORGANIZATION IN THE SANTIAGO DE COMPOSTELA RAIL ACCIDENT

ABSTRACT: A Mass Casualty Incident (MCI) is any incident in which emergency medical services resources, such as personnel and equipment, are overwhelmed by the number and severity of casualties. Although infrequent, when they occur, they represent a major challenge and a real stress-test for the healthcare system. The misbalance between the needs and the resources, and an initial chaos are the common and more remarkable characteristics of all of them. Sequentially, healthcare is provided by the Emergencies Medical Systems (EMS) at the first glance, and later, the definitive treatment will be provided by the hospital services. The train crash in Angrois on the 24th of July 2013, resulted in the largest MCI in the recent history of Spain, and supposed a global exam for the healthcare system, solved in a relatively short period of time with the appropriate care, as evidenced by the decreased mortality and morbidity. In addition, this MCI has shown the result of the long period of previous training, and allowed a detailed debriefing addressed to finding out the improvement areas in our performance.

KEYWORDS: Mass casualty incident. Railway crash. Triage.

1 INTRODUCCIÓN

El incidente de múltiples víctimas (IMV), entendido como la situación de urgencia en la que existe una desproporción entre las necesidades de atención a las víctimas y la capacidad del dispositivo asistencial habitual, se considera como la situación más compleja a la que puede ser sometido un sistema de emergencias en su conjunto.

La desproporción entre necesidades y disponibilidad de recursos es por tanto, la característica principal de la situación, a la que en la mayoría de ocasiones hay que añadir la confusión derivada de la dificultad en los primeros momentos, para obtener la información necesaria. La capacidad de resolver estas dos situaciones (adecuación de recursos y obtención de la mejor información para una gestión eficiente), será la que determine el resultado de la gestión de la asistencia al IMV, y esta capacidad depende fundamentalmente de una organización efectiva, cuya responsabilidad junto con la de la asistencia sanitaria inicial, recae incuestionablemente, en los servicios de emergencias médicas extrahospitalarios (SEM).

Los aspectos más importantes son la previsión y la organización, que deben estar planificadas por cada organismo implicado en la respuesta, contemplando los procedimientos operativos y las estrategias para proveer y asegurar la competencia en la atención a IMV por parte del personal de emergencias. La resolución de un IMV por tanto, comienza mucho antes de que aparezcan las primeras llamadas de alerta, o se detecten las primeras víctimas. En este sentido todas las actividades formativas y la realización

periódica de simulacros tienen un papel esencial, no solo como ejercicios prácticos, sino en el posterior análisis de la actuación que trae como consecuencia, la potencial implementación de cambios en los procedimientos operativos.

El accidente de tren ocurrido en la curva de la Grandeira en la localidad de Angrois (Santiago de Compostela) el 24 de julio de 2013, ha sido el evento no intencionado que ha originado el IMV más importante de la historia reciente de España, y el accidente ferroviario con mayor número de lesionados documentados de la historia de nuestro país. Experiencias recientes en España con IMV como el ataque terrorista de Madrid en la estación de tren de Atocha el 11 de marzo de 2004, o el accidente de aviación de la compañía Spanair en el aeropuerto de Barajas de Madrid del 20 de agosto de 2008, han permitido mejorar nuestra preparación y entrenamiento previos para afrontar una situación de esta naturaleza, si bien las lecciones aprendidas en cada IMV no siempre son aplicables a los que suceden con posterioridad. El accidente de Angrois, fue clasificado como un IMV de nivel III, en la clasificación que establece el Plan de Emergencias Sanitarias de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061), con un número potencial de víctimas de 218.

La respuesta óptima a un IMV de nivel sanitario III depende esencialmente de actuaciones a dos niveles; por un lado desde la Central de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCUSG-061), atender la catástrofe, implica dimensionarla adecuadamente y enviar todos los dispositivos necesarios al lugar del accidente, mantener una comunicación interna efectiva con el punto del impacto, los centros de referencia y los diferentes colectivos de emergencias implicados. También es imprescindible una adecuada comunicación externa, que permita gestionar la información, la continuidad de cuidados de los familiares de los accidentados así como la organización de voluntarios, a la vez que se mantiene la asistencia de las emergencias habituales. En segundo lugar, en el punto de la catástrofe, debe constituirse el mando sanitario de forma inmediata, delimitar las áreas de evacuación, rescate y estabilización de las víctimas, clasificarlas adecuadamente (triage) para priorizar tanto el rescate y traslado a zona de estabilización, como el tratamiento in situ de los pacientes que lo necesiten. Finalmente debe realizarse la evacuación ordenada, informando a la CCUSG-061 para que identifique el centro útil, y los traslade con la mayor agilidad posible, sin colapsar los centros de referencia. Este es un punto fundamental, ya que estos centros deben mantener la capacidad de resolución adecuada para el resto de la demanda sanitaria habitual, no pudiendo pararse esta por la atención a las víctimas de un IMV.

Las experiencias de IMV previos han puesto de manifiesto que uno de los mayores riesgos en este tipo de situaciones es la asignación inadecuada de recursos a pacientes

que no los precisan (sobretriage), estableciendo una relación lineal entre la mortalidad y el sobretriage. Por ello una adecuada intervención inicial que comprenda el rescate, clasificación y estabilización iniciales homogéneos, es uno de los elementos críticos que determinan el resultado global de la intervención.

1.1 LA CENTRAL DE COORDINACIÓN SANITARIA

La CCUSG-061 es un centro de regulación médica de emergencias que facilita la adecuada articulación entre la atención extrahospitalaria en el lugar y la asistencia hospitalaria. En el contexto de un IMV toma especial relevancia esta función, ya que es la responsable de la distribución de pacientes entre los diferentes centros hospitalarios, lo que implica identificar el centro útil para lo cual es necesario conocer la necesidad asistencial de cada víctima, la capacidad operativa en tiempo real de cada centro hospitalario, y las alternativas disponibles, para evitar la saturación de los mismos.

En la CCUSG-061 se cuenta con la presencia de facultativos que desempeñan diferentes funciones:

- Un jefe de sala que asume la coordinación y funcionamiento general, entre cuyas tareas principales se incluye la redistribución de funciones del personal en función de las necesidades asistenciales.
- Un médico de emergencias (MER) al que se derivan las alertas que son clasificadas inicialmente como emergencias.
- Médicos coordinadores que gestionan las alertas que inicialmente no son clasificadas como emergencias. Cuando la capacidad de gestión del MER es sobrepasada por las necesidades, el jefe de sala en primera instancia y los médicos coordinadores si fuese preciso, pueden asumir la asistencia de las emergencias.

La alerta en la CCUSG-061 es recibida inicialmente por un teleoperador personal entrenado específicamente para obtener la información esencial para proveer la asistencia; básicamente la localización y el número de heridos. A su vez el teleoperador dispone de un sistema de clasificación informatizado diseñado por los médicos de la CCUSG-061 que permite clasificar la gravedad de la situación con un interrogatorio telefónico rápido, sencillo, objetivo y homogéneo. Una vez clasificada la gravedad, y en función de la misma, el teleoperador transfiere la llamada al personal sanitario, que puesto en contacto con el alertante, realiza el interrogatorio médico dirigido y deriva el recurso asistencial necesario para su asistencia efectiva.

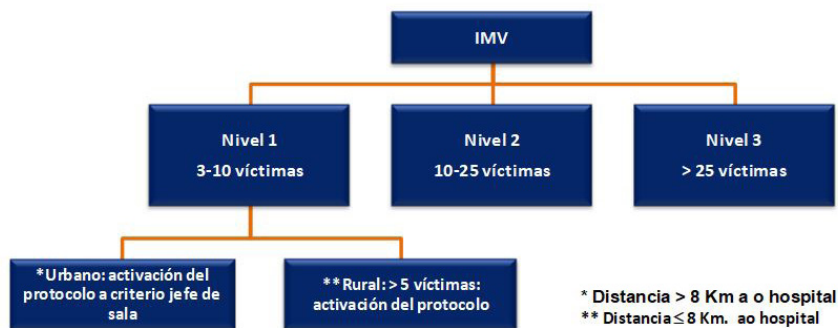
La información de los recursos disponibles es facilitada al personal sanitario por los locutores, que disponen de la información en tiempo real de la localización y la distancia en tiempo a cualquier punto de la comunidad, de cada uno de los dispositivos móviles, entre los cuales, se incluyen:

- Las ambulancias asistenciales de soporte vital avanzado (AA-SVA) dotadas de dos técnicos de transporte sanitario (TTS), y un médico y enfermero especialistas en emergencias.
- Los helicópteros medicalizados dotados de piloto, copiloto, médico y enfermero.
- Las ambulancias asistenciales de soporte vital básico (AA-SVB), dotadas con dos TTS.

Una vez que se ha detectado un IMV, el Jefe de Sala activa el protocolo y procedimiento operativo de la CCUSG-061 que comprende la alerta a la dirección de la FPUSG-061, y la reorganización funcional dentro de la propia CCUSG-061, para garantizar la asistencia al IMV sin menoscabo de la asistencia a las demandas habituales.

Para ello, el Jefe de Sala asume la gestión del IMV apoyado inicialmente por un locutor, y su función como Jefe de Sala es asumida por el MER que se encargará del control de la sala para el resto de demandas, conjuntamente con el resto de personal.

Figura 1. Activación de protocolo de gestión de IMV en CCUSG-061 personal en servicio.



El responsable de la gestión del IMV movilizará inicialmente una AA-SVA, o un helicóptero medicalizado de la Red de Transporte Sanitario Urgente de Galicia (RTSUG-061), que una vez en el lugar del incidente, se constituirán en puesto de mando sanitario (PMS). Otros recursos que movilizará inicialmente, son las AA-SVB de la RTSUG-061 más cercanas al lugar del incidente, así como los arcones de material específico para IMV, cuya dotación y distribución a lo largo de la Comunidad Autónoma, están definidas dentro del plan de emergencias sanitarias. La activación y movilización de recursos adicionales

de la RTSUG-061 de zonas limítrofes, de recursos de Atención Primaria (AP) e incluso de equipos hospitalarios, dependerá del nivel del IMV.

En lo que se refiere a la comunicación externa, se informará al hospital de referencia de la declaración de emergencia por IMV, solicitando la disponibilidad de camas, estado de los servicios de urgencia, y cuidados críticos, para, si es necesario, alertar de igual forma otros centros (públicos como privados) de la zona, contemplados para la dispersión de los heridos.

Sin embargo la gestión del IMV no comprende tan sólo los recursos exclusivamente sanitarios, como refleja el Plan Territorial de Emergencias de la Comunidad Autónoma de Galicia (PLATERGA), que definido por la Axencia Galega de Emerxencias (AXEGA) y publicado en el Diario oficial de Galicia (DOG), incluye tanto las funciones de cada cuerpo de emergencias, incluyendo el SEM, como la coordinación entre los diferentes servicios y la responsabilidad de cada uno de ellos en la intervención en un IMV. Se trata del documento fundamental que deben seguir todas las instituciones implicadas en la atención al IMV y el que designa la cadena de mando y las diferentes funciones a desarrollar.

El PLATERGA determina la constitución de un PMS para la coordinación efectiva entre los diferentes organismos intervinientes, que permita establecer las rutas más adecuadas para la llegada y salida de las ambulancias, redistribuir el tráfico si es necesario y la gestión de otro tipo de recursos necesarios para la atención al IMV, incluyendo coordinación de voluntarios, donantes de sangre y apoyo psicológico a las víctimas.

Sobre este marco general, la noche del 24 de julio de 2013 se recibió la primera llamada de alerta en la CCUSG-061, a las 20:42:12, informando de un descarrilamiento de un tren en Angrois (Santiago); esta llamada fue seguida de otras tres en menos de un minuto, que corroboraron la información detallando la localización en la curva de la Grandeira (Angrois, Santiago de Compostela). En estas llamadas ya se comunicó el descarrilamiento de uno de los vagones y la presencia de numerosas víctimas, aparentemente muertas en la vía del tren. En el segundo minuto tras el accidente, uno de los pasajeros ocupantes, informó que el accidentado, era el tren Alvia con ruta entre Madrid y Ferrol. La activación de la primera AA-SVA con base en Santiago de Compostela, y la del resto de recursos disponibles con base en la capital de Galicia, tuvo lugar en el segundo minuto después del accidente.

La identificación y clasificación del IMV se produjo a los 3 minutos y 52 segundos tras el accidente, tras los que se declaró la situación de IMV de nivel III (más de 25 víctimas). Así, se activó el protocolo correspondiente incluyendo la activación inmediata de la dirección del SEM, la división de la CCUSG-061 en dos sub-salas (una dedicada específicamente al IMV y la otra a la atención ordinaria), y la activación como hemos visto,

de todos los recursos propios de la zona del IMV. La primera información procedente de un recurso sanitario movilizado al lugar del accidente se recibió a los trece minutos del mismo, y la llegada del primer recurso medicalizado del SEM y su constitución como mando sanitario (PMS) tuvo lugar a los 23 minutos y 4 segundos.

1.2 EL CONTROL DEL ESCENARIO

La tarea principal del equipo asistencial de la primera AA-SVA que accede a un IMV es la de introducir impulsos organizativos integrados con el resto de intervinientes que estructuren tanto el equipo como la escena. Inicialmente las labores asistenciales quedan reservadas para el resto de equipos sanitarios que accedan al incidente, siempre en función de la magnitud del suceso. Por ello, este primer recurso se constituye en mando sanitario avanzado, asumiendo la responsabilidad de coordinar la asistencia en el lugar del accidente, establecer las diferentes zonas (rescate, evacuación y estabilización), determinar el responsable del triage (clasificación), y mantener la comunicación efectiva con la CCUSG-061 para que esta gestione globalmente el IMV y determine el centro de referencia al que debe ser derivado cada paciente en función de sus necesidades.

El médico de esta unidad, será el mando médico (MM) y el profesional de enfermería, el de responsable del triage. El resto de equipos asistenciales, tanto de la FPUSG-061, como de otros niveles asistenciales que se incorporen al evento, deberán en todo caso seguir las indicaciones del MM. En cualquier caso, dimensionar adecuadamente lo ocurrido e informar lo antes posible a la CCUSG-061 es prioritario; para ello se debe establecer un canal de comunicación directo, válido y exclusivo para la gestión del incidente.

También es imprescindible una coordinación efectiva con los representantes de otras instituciones presentes en el punto, ya que serán cuestiones esenciales para la resolución adecuada del IMV, esta coordinación y colaboración interdisciplinar es de vital importancia para la organización de la escena, la cual debe ser delimitada en base a balizamientos, en distintas áreas o sectores funcionales, a saber:

- Área de salvamento, o rescate.
- Área de socorro, donde se desarrolla la asistencia sanitaria y se comienza con la dispersión de los damnificados
- Área de base, de concentración logística, donde se organizan y esperan las ambulancias.

Como hemos visto anteriormente, en el IMV de Angrois, la primera llamada se recibió a las 20:42, y la llegada de la última víctima al centro de referencia (Complejo

Hospitalario Universitario A Coruña-CHUAC)) a las 00:59, para un total de tiempo transcurrido de 4 horas y 17 minutos. Durante el mismo, se recibieron 1.697 llamadas en la CCUSG-061, con un pico máximo entre las 22 y las 23 horas (474 llamadas). La gestión de este IMV comprendió la movilización de un total de 9 AA- SVA, 23 AA-SVB, 32 ambulancias de apoyo y 2 ambulancias de transporte colectivo, todo ello para prestar asistencia in situ a un total de 156 pacientes, y trasladarlos a los diferentes centros de referencia, en función de su gravedad y las lesiones detectadas. La activación de recursos ordinarios y extraordinarios se hizo desde la CCUS-061 de forma secuencial conforme el MM informaba de la situación global y de cada una de las víctimas; la primera pre-alerta de los centros de referencia, tuvo lugar en el minuto 20 y 39 segundos (Tabla 1).

Tabla 1: Cronología de eventos principales

HORA	TIEMPO	COMENTARIO
20:42:12	0:00:00 0:01:02	Alertas por descarrilamiento del Tren ALVIA, vagones descarrilados, fallecidos.
20:43:59	0:01:17 0:04:39	AA-SVA1 Santiago, AA-SVB2 Santiago.
20:44:35	0:02:23 0:07:12	Confirman datos, localización y magnitud del accidente
20:46:04	0:03:52	Plan de Emergencias SEM3. Director de Coordinación del SEM
20:46:51	0:04:39	5 AA-SVA y una segunda AA-SVA
20:51:05	0:08:53 0:19:41	Geolocalización del accidente
20:51:10	0:08:58 0:12:52	Activación de ambulancias de apoyo (6) y dos AA-SVB adicionales
20:53:26	0:11:14	Llegada al punto primera Ambulancia (AA-SVB)
20:56:04	0:13:52	AA-SVB: 10 vagones, 2 incendiados.
20:56:15	0:14:03 2:09:28	Recursos adicionales al punto del accidente, activación de recursos de apoyo para cubrir las emergencias habituales.
21:05:16	0:23:04	Organización de asistencia in Situ. Planificación Norias evacuación
21:13:23	0:21:11	Primera llegada víctimas a hospital
21:17:11	0:34:59	Primer retorno ambulancia a punto. Inicio noria
21:30:47	0:48:05	Constitución foco 2 y 2º mando sanitario
22:22:42	1:40:30	Todos los heridos clasificados y estabilizados
22:51:28	2:09:16	Pacientes críticos evacuados de ambos focos.
00:05:57	3:23:45	Ultima evacuación de herido del punto
00:59:18	4:17:06	Ultima llegada de victima a centro de referencia

¹ AA-SVA

² AA-SVB

³ SEM

Este despliegue de medios, se realizó sin desatender las urgencias habituales y dando cobertura suplementaria al resto de Galicia. A tales efectos, gracias a la participación de todo el personal activo y localizado de la FPUSG-061, además de los voluntarios que se ofrecieron a colaborar. En concreto en la CCUSG-061 participaron 2 jefes de sala, 2 médicos especialistas en gestión de emergencias, 13 médicos coordinadores (3 en labores de apoyo), 15 teleoperadores, 7 locutores y 2 enfermeros de consulta. Ofreciendo asistencia en el punto del accidente, la participación fue de 34 médicos (18 de ellos de la FPUSG-061), 33 enfermeros (18 de la FPUSG-061) y 96 TTS (Tabla 2).

Tabla 2: Perspectiva global y recursos utilizados

LUGAR	EVENTO	TOTAL
CCUSG-0611	Llamadas recibidas en la CCUSG-061	1.697
	Médicos CCUSG-061	17
	DUE2 CCUSG-061	2
	Teleoperadores	15
	Locutores	7
PUNTO DEL ACCIDENTE	AA-SVA3	9
	AA-SVB4	23
	Ambulancias de apoyo	32
	Ambulancias colectivas	2
	Médicos SEM5 en el punto	18
	Médicos no SEM en el punto	16
	DUES SEM en el punto	18
	DUES no SEM en el punto	15
TTS6	96	

¹CCUSG-061: Central de Coordinación de Urgencias Sanitarias-061

²DUES: Diplomado Universitario en Enfermería

³ AA-SVA: Ambulancias asistenciales de soporte vital avanzado

⁴ AA-SVB: Ambulancias asistenciales de soporte vital básico

⁵SEM: Sistema de Emergencias Médicas

⁶TTS: Técnicos en transporte sanitario

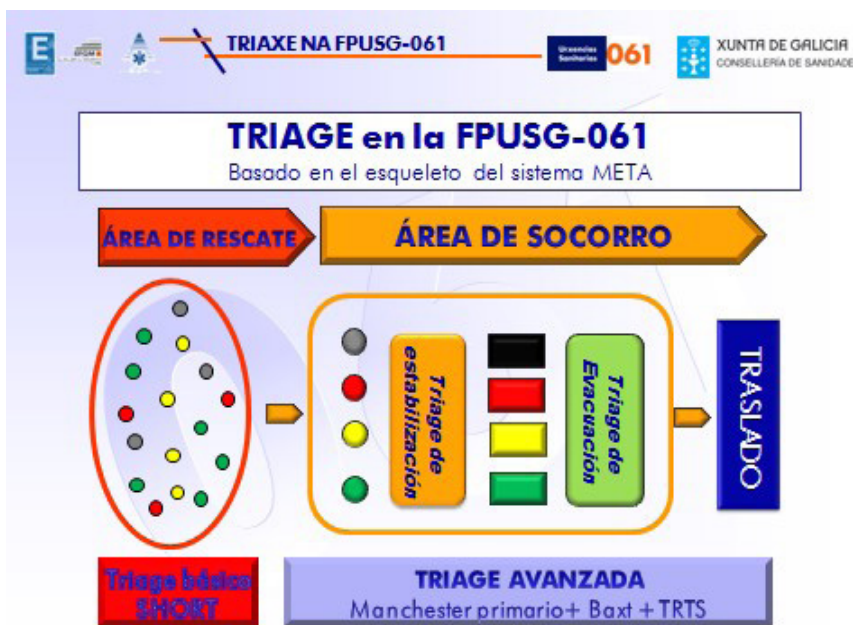
La activación de la dirección del SEM, incluyó el establecimiento en la CCUSG-061 del puesto de coordinación sanitario integrado por el Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), el Director del SEM y el Director de la CCUSG-061. En el punto del accidente, el PMS integrando los diferentes servicios de emergencias, con la presencia de la Dirección Asistencial del SEM.

1.3 LA CLASIFICACIÓN (TRIAGE)

En un contexto de IMV el triage tiene un papel fundamental para poner orden en el comienzo de toda la cadena asistencial. Su aplicación práctica consiste en una serie de procedimientos sencillos, rápidos, dinámicos, repetitivos y continuos sobre cada una de las víctimas, con reproductibilidad inter-observador. El objetivo general, es lograr que la asistencia sanitaria, prestada con los recursos disponibles y no los deseables, sobre todo en los primeros momentos del IMV, consiga la supervivencia del mayor número posible de víctimas, y la reducción del número de lesiones posteriores.

El triage es un proceso continuo y unidireccional de la cadena asistencial del IMV, para el cual, según el momento, el área de intervención, y el objetivo específico de la priorización (para el rescate, para la estabilización o para la evacuación), se utilizarán distintas herramientas. (Figura 2).

Figura 2 Esquematización del proceso de triage en la FPUSG-061



Lleva implícito un etiquetado, con la asignación un código entendible por todos los intervinientes implicados -un color-, que favorece el proceso de continuidad asistencial con la transmisión de la información relevante entre los diferentes escalones y profesionales. (Figura 3).

Figura 3 Tarjetas de Triage en la FPUSG-061.

The image shows two triage cards for FPUSG-061. The left card is for 'TRIAGE ESTABILIZACIÓN' and the right is for 'PACIENTE'. Both cards include a header with 'Nº 0000', a clock for time recording, and a 'Urgencias Sanitarias 061' logo. The left card features decision points: 'CAMINA', 'NO RESPIRA TRAS APERTURA DE VA', 'FR > 30' vs 'FR < 10', 'RC > 2 seg.' vs 'FC > 120', and 'TODO LO DEMÁS'. It also includes gender and age selection icons. The right card is for 'PACIENTE' and includes a detailed physical exam grid (A-D, Y-D-N, A-Y-D-N), vital signs, diagrams for head, chest, abdomen, and limbs, and intervention icons. It also includes a table for 'PRIORIDAD DE EVACUACIÓN (TRTS)' with columns for '1-10 quirúrgica' and '1-10 quirúrgica', and fields for 'CENTRO', 'RECURSO', and 'ID'.

Una vez organizado el control del escenario en Angrois, la primera intervención asistencial necesaria definida fue el triage. El modelo de la FPUSG-061 es un procedimiento multinivel, que toma como punto de partida el sistema “META” adoptando dentro de este modelo, algoritmos de decisión diferentes. El primer nivel es el triage básico, llevado a cabo por los primeros intervinientes del SEM que se realiza en el punto de impacto (área de salvamento, triage de rescate), con el fin de organizar la escena, y realizar una priorización para el rescate y traslado al puesto sanitario avanzado (PSA), situado en el área de socorro. Si no fuese posible o necesario realizar el Triage básico SHORT, el personal sanitario responsable del triage asumiría el mismo desde el inicio, aplicando directamente el triage avanzado.

El triage avanzado, es una intervención en dos fases, la primera dirigida a clasificar las víctimas para su estabilización (triage de estabilización), y la segunda para identificar las víctimas que precisan cirugía inmediata y ordenar la evacuación de las mismas (triage de evacuación). Para el de estabilización se utiliza un algoritmo basado en el Triage de Manchester, y para la evacuación, el Baxt Trauma Triage Rule asociado al Triage Revised Trauma Score.

El registro de todas las fases del triage y las acciones realizadas sobre la víctima se conserva en una tarjeta específica, que incluye recordatorios de los algoritmos y un doble

registro con identificación numérica única, que permite remitir una copia al centro útil, y utilizar la otra que permanece en poder del SEM, para el seguimiento posterior del paciente.

1.4 ASISTENCIA SANITARIA EXTRAHOSPITALARIA Y EVACUACIÓN

La categoría obtenida en el triage de estabilización agrupará las víctimas en cuatro grupos ordenados por prioridad asistencial, y el MM deberá (en función de los recursos disponibles) asignar a personal a tareas de asistencia entre las diversas zonas de atención dentro del PSA. Debe priorizarse la eficiencia sobre la efectividad, para intentar salvar al máximo número de víctimas posible. Por ello se priorizan los procedimientos más resolutivos, analizando su coste/beneficio en cuanto a consumo de recursos humanos y logísticos., reservando las intervenciones más complejas a las fases (si las hay) en las que el balance recursos disponibles y víctimas ya se haya equilibrado.

Se establecerá un plan de necesidades para la evacuación teniendo en cuenta los recursos disponibles en el lugar, y las necesidades observadas en los pacientes, informando antes del inicio de las evacuaciones a la CCUSG-061, para que ésta asigne el destino de cada paciente. El responsable de evacuación organizará la noria de ambulancias, estableciendo el punto de carga de las ambulancias en una zona próxima y funcional entre el área de socorro y el área de base, realizando un registro filiado de los pacientes trasladados.

Los principales centros de referencia disponibles para la asistencia al IMV de Santiago, incluían un Complejo Hospitalario con un servicio de urgencias único y dos hospitales de nivel III dotados con un número suficiente de quirófanos y camas de cuidados críticos localizados a menos de 10 minutos del lugar del accidente, un dispositivo de urgencias de AP dotado con 3 médicos y 3 enfermeros, y un hospital concertado de nivel II dotado con quirófanos y servicio de radiología. A una hora de distancia del punto del accidente se disponía de 4 hospitales adicionales de nivel III cada uno de ellos con su servicio de radiología, quirófanos y unidades de críticos.

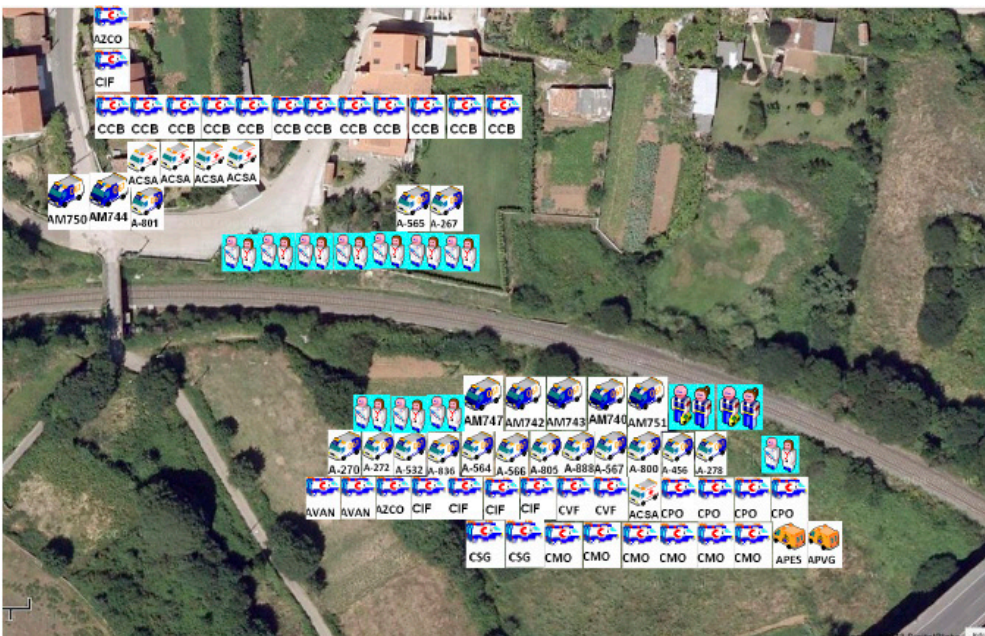
Transcurridos 48 minutos desde el accidente, se identificó un segundo foco de víctimas, donde el médico responsable de otra AA-SVA se constituyó en segundo MM. Para agilizar el acceso de las ambulancias y la recirculación de las mismas, y optimizar el proceso de asistencia a los enfermos, se habilitaron dos accesos diferenciados a cada uno de los focos de estabilización y evacuación (Figuras 4 y 5), de forma que una vez evacuados los pacientes desde el área de rescate hasta la de estabilización, en función de la gravedad detectada, la CCUSG-061 informada a través del MM, identificó los diferentes centros útiles para su evacuación. La pre-alerta de los diferentes centros de referencia de la comunidad autónoma permitió mantener un flujo constante de pacientes evitando el colapso de ninguno de ellos, de forma que desde el momento del accidente hasta el

rescate, traslado de las víctimas a cada una de las áreas de estabilización y evacuación, clasificación y tratamiento iniciales transcurrió 1 hora y 40 minutos desde el momento del accidente, finalizando la evacuación del último de los pacientes críticos a las 2 horas y 9 minutos y la evacuación del total de las 156 víctimas en 3 horas y 23 minutos.

Figura 4: Rutas de acceso y evacuación



Figura 5: Distribución de recursos en ambos focos



En lo que se refiere a las víctimas, y su derivación, se trasladaron un total de 156 víctimas, entre ellas 37 pacientes críticos (clasificados como rojos), 34 de gravedad intermedia (clasificados como amarillos) y 85 de gravedad leve (clasificados como verdes). Los centros identificados como útiles fueron el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, (CHUS, Hospital de nivel III) donde se derivaron la gran mayoría de los pacientes críticos (35 sobre un total de 37), el Punto de Atención Continuada (PAC) de Santiago que ubicado frente al servicio de urgencias del CHUS recibió un total de 28 pacientes, todos ellos leves, el Hospital La Rosaleda, centro concertado con servicio de urgencias y traumatología que recibió 10 pacientes de gravedad intermedia y 15 con gravedad leve, y fuera de la ciudad, a una distancia de 65 km., el Hospital Miguel Domínguez de Pontevedra, dotado de servicio de urgencias y quirófano de traumatología que recibió 3 pacientes, ninguno de ellos crítico, el Complejo Hospitalario de Pontevedra de nivel III que recibió un paciente crítico, 2 intermedios y 7 leves, el Hospital do Salnés de nivel II que recibió un paciente intermedio y dos leves, y el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña de nivel III al que se derivaron 2 pacientes intermedios, dos leves y el último paciente crítico, con quemaduras graves por ser centro de referencia para esta patología. (Tabla 3).

Tabla 3: Pacientes y centros útiles.

CENTRO ÚTIL	LEVE	MODERADO	CRÍTICO	TOTAL
Hospital La Rosaleda (nivel II)	15	10		25
Hospital Pontevedra (nivel III)	7	2	1	10
Hospital do Salnés (nivel II)	2	1		3
Hospital Dominguez (nivel II)	1	2		3
Hospital A Coruña (nivel III)	2	2	1	5
Punto de Atención Continuada de Santiago (Atención Primaria)	28			28
Hospital Clínico Universitario de Santiago (nivel III)	30	17	35	82

1.5 RESPUESTA HOSPITALARIA

La respuesta hospitalaria es fundamental para la resolución definitiva de un IMV. Deben tenerse en cuenta varios factores, no solamente la distancia, sino la capacidad para asumir pacientes por parte de los servicios de urgencias y críticos, la capacidad diagnóstica con medios radiológicos y la disponibilidad de equipos quirúrgicos. Todo ello unido a la necesidad de contar con profesionales, no solo asistenciales, sino también de soporte, suficientes para hacer frente al aluvión de heridos. Tan o más importante es realizar una adecuada distribución entre diferentes centros, valorando la gravedad y las necesidades especiales (medulares, quemados), evitando trasladar el IMV a un único

centro de referencia, y considerando que al igual que sucede con el SEM, la actividad habitual de cada uno de los hospitales, no debe ser interrumpida en la medida de lo posible.

En el accidente de Angrois, y tras la prealerta por parte de la CCUSG-061, el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), activó su propio plan de emergencias, con aviso a las 20:51 al Gerente, directivo de guardia, jefe de guardia y urgencias, que se encargaron de organizar la logística necesaria para la recepción de heridos en primer lugar, pero también de familiares. Los primeros heridos llegaron al centro a las 21:10; tras su llegada se realizó un segundo triage clasificando en críticos/inestables y estables, para los cuales se habilitó una planta completa disponible del hospital.

La organización de la asistencia en el CHUS incluyó:

- La reorganización del servicio de urgencias.
- La ubicación en una sala cercana de los familiares de las víctimas con constante flujo de información.
- El establecimiento de un sistema de identificación y localización de los heridos.
- La gestión de las donaciones de sangre.

De los 113 heridos recibidos en el CHUS, 58 fueron dados de alta tras la valoración, 28 ingresaron en unidades de críticos (17 en reanimación, 8 en la unidad de cuidados intensivos y 3 en la unidad de cuidados intensivos pediátrica), 18 en plantas de hospitalización convencional (neurología, neurocirugía, traumatología, cirugía torácica y cardiología), 1 permaneció en observación en el servicio de urgencias y 8 fallecieron a lo largo de su estancia en urgencias.

Se realizaron un total de 409 estudios radiológicos. 2 resonancias nucleares magnéticas. 124 tomografías computerizadas (68 cerebrales, 20 cervicales, 29 tóraco-abdominales, 2 de peñasco, 3 de orbita/facial y 1 de columna dorsal). De ellas 49 en la propia sala de urgencias. Radiología simple en 283 estudios, 167 en la sala de urgencias y 45 en el PAC, incluyendo 65 radiografías de tórax, 31 de parrilla costal y 28 de columna cervical.

Las lesiones diagnosticadas más frecuentes fueron:

- 19 traumatismos cráneo-encefálicos graves.
- 15 fracturas faciales.
- 23 traumatismos torácicos cerrados.
- 43 fracturas de huesos largos, pelvis y columna vertebral.
- 2 amputaciones traumáticas.
- 5 traumatismos abdominales cerrados.

La actividad quirúrgica requirió de 11 quirófanos operativos, 6 de traumatología, 4 de neurocirugía y 3 de cirugía general. Las técnicas más frecuentemente aplicadas

fueron craneotomías, amputación de miembro, reducción de fracturas colocación de halo y sutura de scalps.

Por último, se debieron de realizar una serie de actuaciones posteriores que deben ser tenidas muy en cuenta a la hora de planificar el desarrollo posterior de la situación como fueron:

- Traslado de los pacientes a sus centros sanitarios de su comunidad una vez estabilizados.
- Gestión de las ortoprótesis.
- Estudios radiológicos evolutivos.
- Apoyo psicológico a los heridos y familiares.
- Visita de autoridades.

2 CONCLUSIONES

1. La gestión de un IMV debe ser coordinada con el resto de servicios de emergencias intervinientes, pero siempre manteniendo un PMS para manejar la actuación sanitaria de una manera rápida y eficaz.

2. Las centrales de coordinación sanitaria juegan un papel fundamental en la movilización de recursos, gestión de comunicaciones y transmisión de órdenes e información. Es el lugar principal de trabajo y coordinación de la dirección del SEM, por el control global de la situación y de los recursos, tanto humanos como materiales.

3. La clasificación de los pacientes de forma seriada y diferenciada en los diferentes lugares donde se inicia el manejo, se estabiliza, se traslada y entrega, tare como consecuencia una evacuación ordenada y unos mayores índices de supervivencia y disminución de secuelas.

4. La movilización de recursos humanos y materiales representa un punto crítico en la atención a un IMV. Todos deben conocer su papel y reconocer su mando jerárquico. Es imprescindible disponer de un plan de emergencias sanitario actualizado y revisado, en consonancia con el plan de emergencias general de la comunidad.

5. La respuesta hospitalaria debe basarse en procedimientos internos coordinados siempre alimentados con la información facilitada por el SEM. La agilidad de la misma repercutirá en el éxito de la gestión del IMV.

6. Otros aspectos básicos a tener en cuenta para la correcta gestión de un IMV debe ser la gestión de los voluntarios, de los familiares y de los donantes de sangre. No se debe olvidar el pale institucional y de los medios de información.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Alvarez et al. Activación do protocolo AMV na Central de Coordinación. In: Plan de Emerxencias. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. Mabel Aguayo, CB. ISBN: 978-84-693-4323-4;43-52.

Blanco-Ons Fernández P, Sánchez-Santos L, Rodríguez-Nunez A, Iglesias-Vázquez JA, Cegarra-García M, Barreiro-Díaz MV. Paediatric out-of-hospital resuscitation in an area with scattered population (Galicia-Spain). *BMC Emerg Med.* 2007; 7: 3. Published online 2007 May 14. doi: 10.1186/1471-227X-7-3.

Baxt WG, Jones G, Fortlage D. The trauma triage rule: a new, resource-based approach to the prehospital identification of major trauma victims. *Ann Emerg Med.* 1990 Dec;19(12):1401-6.

Bledsoe BE, Wesley AK, Eckstein M, Dunn TM, O'Keefe MF. Helicopter scene transport of trauma patients with nonlife-threatening injuries: a meta-analysis. *J Trauma.* 2006 Jun; 60(6):1257-65; discussion 1265-6.

Challen K, Walter D. Major incident triage: comparative validation using data from 7th July bombings. *Injury.* 2013 May;44(5):629-33. doi: 10.1016/j.injury.2012.06.026. Epub 2012 Aug 9. PMID:22877789.

Frykberg ER. Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope. *J Trauma* 2002; 53:201-12.

Hirshberg A, Holcomb JB, Mattox KL. Hospital trauma care in multiple casualty incidents: a critical view. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 647-52.

Peláez Corres MN et al. The SHORT method. Initial extrahospitalary triage when faced with multiple victims. *Emergencias* 2005;17:169-175.

WHO. WHO Annual Report on Health Action in Crises. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/UrgSanitarias/PDF-1949-ga.pdf>

SOBRE O ORGANIZADOR

DAVID GARCÍA MARTUL (david.martul@urjc.es) (ORCIDId: <https://orcid.org/0000-0002-0160-9374>). Profesor del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Sociología de la Facultad de Comunicación de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Graduado en Historia en la Universidad de Santiago de Compostela y Graduado en Documentación en la Universidad Carlos III de Madrid. Doctor Europeo en Documentación por esta última universidad. Ha impartido docencia en numerosas universidades tanto en España, Universidad Carlos III de Madrid y Universidad Rey Juan Carlos, como en Universidades Europeas como la School of Journalism, Media and Cultural Studies de la University of Cardiff, en la University of Sheffield, la University of Brighton en Reino Unido o la HoogeSchool de Rotterdam. También ha sido docente en la Universidad de Guadalajara (México) y la UNAM. Ha participado en proyectos de investigación internacionales tanto con países europeos como africanos (con la Universidad Cheik Anta Diop y la Universidad de Cabo Verde) en el campo de la cooperación interuniversitaria para el desarrollo de herramientas de alfabetización digital. Cuenta con más de 60 trabajos de investigación científica en los campos de la Alfabetización Digital y Mediática, Documentación y Comunicación.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Accidente ferroviário 108, 109, 110

Aluguéis corporativos 318, 319

Ambiente 3, 6, 7, 8, 10, 65, 66, 76, 99, 129, 144, 145, 146, 150, 155, 161, 167, 195, 200, 228, 232, 233, 237, 246, 248, 289, 309, 320, 329, 332, 337, 342, 370, 422, 428, 432, 433, 438, 441, 444, 450, 483, 488, 489, 521

Análise envoltória de dados 252, 253, 257, 259, 264

Antivalores 516, 519, 524

Apoio institucional 53, 448, 451, 452, 460, 461

Aptidões dos gestores 300

Arbitraje social 86, 89, 94

Atendimento ao público 19, 21, 33, 34, 37

Atualização de literatura 278

Audit 266, 267, 269, 273, 274, 276

Auxílio-reclusão 71, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

B

Big data 387, 388, 390, 391, 394, 395, 398, 399

C

Campo Benfeito 448, 449, 452, 453, 454, 456, 459, 460, 462, 466, 471, 472, 473

Carreira 241, 242, 245, 246, 247, 250

Cidadã 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Cohesión social 96, 98, 99, 105, 107

Comportamento do consumidor 172, 173, 177, 178, 183, 184, 278, 287, 282, 416, 421, 422, 423, 427

Comunicación 91, 93, 104, 110, 113, 114, 134, 137, 138, 200, 503, 505, 510

Comunidade Intermunicipal das Beiras e Serra da Estrela 482, 483, 484, 489, 493

COSO 128, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277

Cultura 10, 17, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 69, 70, 76, 127, 135, 139, 153, 163, 168, 187, 245, 287, 308, 310, 312, 347, 351, 363, 388, 395, 423, 428, 430, 431, 432, 433, 434, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 455, 457, 458, 459, 463, 466, 467, 468, 469, 474, 478, 479, 480, 487, 488, 491, 500, 508, 512, 516, 522

Custos de informação 346, 348, 349, 350, 351, 352, 355, 360, 362

D

Dados em painel 201, 346, 354, 357

Decisiones 94, 98, 99, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 197, 503, 508

Demonstrações contábeis 252, 253, 254, 256, 260, 261, 263, 264

Desastres 98, 99, 106, 108, 109

Desenvolvimento de jogos 38, 41, 42, 45, 47, 48, 50, 53, 59, 60

Desenvolvimento local 15, 328, 334, 343, 344, 444, 457, 459, 463, 480, 501

Desenvolvimento sustentável 228, 329, 339, 408, 428, 443, 463, 468, 469, 479, 480, 488, 489

Desplazamiento 515, 516, 519, 524

Desporto 10, 300, 301, 302, 303, 305, 306, 307, 310, 311, 312, 313, 315, 316

Diagnóstico situacional 186

Diversidade 68, 69, 166, 176, 241, 242, 248, 249, 250, 251, 315, 408

E

E-commerce 248, 416, 417, 418, 419, 424, 426

Economia da cultura 51, 439, 463, 480

Economias à escala 201

Economia social 170, 440, 463, 466, 469, 470, 478

Educación superior 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 197, 198, 199, 200, 506

Empreendedorismo 184, 340, 448, 449, 450, 451, 455, 457, 460, 461, 463, 465, 466, 467, 478, 480

Empreendedorismo rural 448, 449, 450, 451, 457, 460

Empresas 38, 40, 41, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 74, 98, 126, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 139, 145, 146, 151, 155, 156, 157, 162, 163, 164, 168, 185, 195, 201, 237, 238, 240, 243, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 278, 294, 300, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 322, 347, 349, 350, 351, 365, 366, 370, 376, 386, 387, 388, 392, 393, 394, 395, 409, 413, 415, 417, 418, 419, 420, 425, 426, 427, 433, 436, 438, 449, 450, 451, 460, 479, 489, 502, 503, 505, 507, 508, 510, 514

Ensino Universitário 141

ERM 2017 266, 267, 269, 270, 272, 273, 274, 275, 277

Escolha de universidade 172

Estado e sociedade civil 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14

Estrategia 4, 98, 105, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 138, 195, 198, 503

Estratégia de Internacionalização da Marca 365
Extensão do self 172, 173, 174, 177, 180, 182, 183
Externalidades do capital humano 201

F

Financial frauds 266, 267
Função de produção 201, 258
Función cognoscitiva 186, 196
Funciones universitarias 186, 199
Función ideológica 186, 198

G

Games 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 62, 63
Gastronomia típica 483, 484, 487
Gerencia 125, 126, 127, 128, 131, 135, 138, 139, 140, 190
Gestão de Equipas Empresariais-Comerciais 300
Gestão pública 10, 19, 76, 481
Gestión del riesgo 96, 99, 106
Globalización 139, 187, 189, 199, 503
Governança 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 250, 431, 436, 439, 446, 448, 469
Governança da AML 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

H

Home bias 346, 347, 349, 350, 351, 352, 353, 360, 361, 362, 363, 364

I

Imperativo tecnológico 241
Indústria criativa 38, 40, 57, 58
Información 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 122, 123, 127, 128, 135, 136, 190, 193, 200, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 511, 512, 523
Innovación 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 125, 126, 129, 139, 140, 186, 188, 200, 506, 514
Innovación social 96, 98, 99, 100, 101, 103, 105
Investimento estrangeiro 346, 347, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 360
ISO 31000 266, 267, 272, 273, 274, 275, 277

J

Justiça 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 76, 80, 83, 163, 167, 469

L

Liderança 33, 300, 303, 304, 310, 311, 313, 314, 315, 316, 367, 368, 385, 386

M

Marketing de conteúdo 387, 391, 420

Marketing de rede 372, 376, 384, 385, 386

Marketing digital 372, 387, 388, 390, 393, 395, 397, 398, 399, 416, 417, 419, 420, 424, 426, 427

Marketing multinível 372, 376

Marketing público 300, 365, 372, 387, 388, 395, 397, 401

Marketing relacionado com causas 372

Marketing social 372, 401, 408, 409, 413, 414

Marketing turístico-público 387

Mercado de trabalho 160, 161, 166, 169, 248

Mercado imobiliário 319

Metodologias ativas 241, 242, 250

Mobile Marketing 387, 388, 392, 401, 402, 409, 410, 411, 414

Modelos de análise de decisão 252

Mudança 19, 53, 70, 77, 160, 161, 163, 166, 168, 169, 184, 244, 251, 310, 314, 344, 375, 388, 409, 445, 469

Município 9, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 24, 34, 64, 67, 68, 69, 449, 457

O

Organização 4, 5, 10, 11, 16, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 48, 67, 70, 74, 142, 144, 145, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 237, 238, 239, 245, 256, 261, 294, 306, 311, 312, 313, 315, 330, 344, 372, 374, 412, 413, 419, 420, 429, 431, 442, 446, 450, 454, 457, 468, 483, 485, 500

P

Participação 1

Percepción social del riesgo 96, 99, 100, 102, 104, 105

Pesquisas relevantes 278

Pilares 167, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 239, 242, 484
Planeamento 8, 9, 16, 227, 228, 229, 231, 232, 234, 235, 237, 238, 239, 314, 437, 438, 439, 441, 449, 452, 486
Políticas culturais 38, 40, 42, 44, 51, 56, 58, 468, 481
Política social 15, 71, 168, 345
Políticas públicas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 17, 18, 38, 40, 42, 43, 44, 47, 51, 56, 58, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 92, 256, 294, 339, 340, 345, 431, 434, 436, 437, 440, 463, 468, 479, 518
Portugal 1, 2, 10, 15, 16, 17, 108, 161, 166, 168, 201, 202, 203, 204, 212, 223, 225, 226, 227, 230, 232, 240, 266, 300, 314, 346, 348, 353, 354, 365, 368, 372, 375, 379, 387, 395, 401, 408, 428, 429, 430, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 451, 454, 457, 461, 463, 464, 466, 470, 472, 473, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 489, 490, 499, 500
Previdência social 71, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 84
Produtor de maracujá 328
Publicidade e Propaganda 141, 143, 144, 146, 147, 148, 152, 156, 157, 158

Q

Qualidade em saúde 19, 37

R

Região de Montemuro 448, 449, 454, 460, 477
Responsabilidade social 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 170, 365, 366, 369, 372, 401, 408, 413, 414, 415
Responsabilidade Social Corporativa 141, 142, 143, 145, 149, 152, 157, 158, 401, 408
Restaurativa 64, 65, 67, 68, 69, 70, 89

S

Saúde 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 37, 75, 76, 166, 169, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 239, 240, 283, 332, 336, 342, 345, 372, 374, 376, 401, 408, 409, 412, 441, 454
Sector de moldes 201
Segurança 6, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 75, 76, 166, 169, 243, 253, 307, 311, 318, 394, 441, 444, 472, 488
Sexual 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524
Situação socioeconômica 328, 330, 331, 336

Sociedades desiguales 86

Sudamérica 86

Sustentabilidade 2, 144, 147, 148, 150, 157, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 330, 428, 433, 437, 444, 457, 468, 478, 486, 497

T

Tecnología 25, 26, 39, 45, 76, 93, 185, 187, 189, 190, 200, 201, 241, 242, 243, 244, 245, 250, 300, 307, 344, 394, 399, 409, 414, 427, 428, 433, 437, 438, 444, 450, 460, 479, 503, 506

Tendências 70, 136, 191, 201, 281, 291, 318, 319, 387, 388, 390, 391, 395, 398, 400, 422, 435, 446, 487, 488, 500

Território 2, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 26, 102, 196, 366, 411, 428, 433, 436, 437, 438, 443, 444, 446, 451, 457, 463, 464, 465, 473, 475, 478, 479, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 495, 497, 498, 513, 520

Territórios baixa densidade 463

Trabajo Social Forense 86, 87, 90, 95

Transformación adaptativa 96

Transtorno da Compra Compulsiva 278, 294

Triaje 109

Turismo 40, 192, 200, 340, 395, 397, 398, 400, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 449, 457, 460, 468, 478, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 491, 497, 499, 500, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 516, 519, 520, 523, 524

Turismo gastronómico 482, 483, 484, 485, 486, 497, 499

V

Víctima 89, 111, 114, 115, 118, 516, 517, 518, 519, 521, 522, 524



**EDITORA
ARTEMIS**