

RODOVIDA

A sinistralidade rodoviária em notícia

Fevereiro 2009 • Distribuição gratuita

Publicação da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT)

SISTEMA DE ALERTA

Vantagens e carências das campanhas de prevenção rodoviária

DANOS DOS ACIDENTES

A nova tabela de avaliação do dano garante indemnizações mais justas

ENTREVISTA

Manuel Pizarro, secretário de Estado da Saúde



Salvar mais vidas com uma rede de referenciação de trauma

No socorro às vítimas dos acidentes de viação, escassos minutos podem fazer a diferença entre a vida e a morte. É por isso que a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia defende a criação de uma rede nacional de referenciação de trauma, para que estas vítimas sejam logo encaminhadas para o hospital mais apto a responder à sua situação clínica

SUMÁRIO

SISTEMA DE ALERTA

5 «Operação stop» à guerra civil nas estradas

6 Redução dos acidentes requer condutores conscientes

AS NOSSAS VIAS

8 Melhorias nas estradas têm reduzido sinistralidade

DESTAQUE DE CAPA

10 Especialistas defendem criação de rede nacional de referência de trauma

13 Urgências do Hospital de São João têm equipa fixa de médicos

ESPAÇO ENTREVISTA

14 Correia da Cunha, director clínico do Centro Hospitalar Lisboa Norte

15 Manuel Pizarro, secretário de Estado da Saúde

PÓS-ACIDENTE

16 Nova tabela avalia com mais justiça os danos dos acidentes

18 Ortopedistas querem ajudar dentro e fora dos hospitais

FORÇA DA LEI

19 Penalização dos condutores: o que prevê a lei portuguesa?



10 MAIOR ORGANIZAÇÃO EM PROL DA VIDA

Os profissionais que socorrem as vítimas dos acidentes de viação, fora e dentro dos hospitais, defendem que está a faltar em Portugal uma rede nacional de referência de trauma. Uma definição mais eficaz dos centros adequados para receber e tratar estas vítimas evitaria a perda de tempo, que pode fazer a diferença entre a vida e a morte.

6 O VALOR DA SENSIBILIZAÇÃO E DA FORMAÇÃO

Entidades como a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) ou a Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) empenham-se no lançamento de campanhas e acções de formação para que os condutores alterem os comportamentos perigosos. O director da PRP, José Trigo, diz que as campanhas portuguesas deveriam ser mais dirigidas a públicos específicos.

8 REDE VIÁRIA NACIONAL MENOS PERIGOSA

Apesar de ainda ser elevada, a sinistralidade rodoviária tem vindo a diminuir e isto também se deve às melhorias nas estradas. Nas vias que passaram de itinerários principais a auto-estradas, por exemplo, registou-se uma redução significativa do número de acidentes.

15 CONTRIBUTO DA REFORMA DA REDE DE URGÊNCIAS

O secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, admite que «ainda há muito trabalho a fazer em termos de organização e formação dos profissionais» para socorrer com maior eficácia as vítimas dos acidentes de viação. E salienta que a reforma na rede de urgências, que está em curso, melhorará o atendimento às situações de trauma.

FICHA TÉCNICA



Propriedade
Rua dos Aventurosos, lote 3.10.10 – loja B • Parque das Nações • 1990-024 Lisboa
Tel.: 218 958 666 • Fax: 218 958 667 • spot@mail.telepac.pt/spot@spot.pt • www.spot.pt

Edição
Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º H • 1150-023 Lisboa • Tel.: 219 172 815 • geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Coordenação: Madalena Barbosa • **Redacção:** Ana João Fernandes e Rute Barbedo • **Fotografia:** Celestino Santos • **Design:** Diana Chaves
Impressão: Ideias Simples, Lda. • **Tiragem:** 25 000 exemplares • **Distribuição:** gratuita

Sinistralidade rodoviária: já podemos ficar descansados?



Carlos Marques
Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

O fenómeno da sinistralidade rodoviária não pode passar despercebido ao cidadão comum. É um flagelo que incomoda a todos, apesar de, teimosamente, alguns condutores não alterarem o seu comportamento de forma proporcional.

Os ortopedistas portugueses, através da sua sociedade científica (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia – SPOT), conscientes do papel social da mesma, decidiram promover uma discussão alargada deste tema.

Ao convívio estreito com os inúmeros problemas resultantes deste flagelo, a nível pessoal, familiar e social, acresce o conhecimento técnico inerente à profissão que coloca os ortopedistas num patamar privilegiado para abordar o tema.

Dando continuidade a um painel de discussão organizado em Outubro passado, no decorrer do seu Congresso Nacional, a SPOT decidiu dissecar o tema nas suas mais variadas vertentes, convidando diferentes especialistas que actuam na área a participar nesta publicação.

Devido à melhoria nos diferentes indicadores da sinistralidade, em 2007, o Governo português recebeu um prémio europeu. Em 2008, verificou-se nova melhoria. No entanto, há alguma polémica quanto à contabilização desses indicadores, ficando a dúvida se foram utilizados os mesmos critérios da restante Europa. Não pretendemos entrar nessa polémica, mas consideramos que o rigor deve imperar.

Existe uma dimensão comportamental e cultural que urge ser alterada. Têm-se feito várias campanhas, com o objectivo de sensibilizar a população para alguns comportamentos menos correctos. Mas será que são suficientes e eficazes? Vale a pena insistir num modelo que, aparentemente, tem obtido poucos resultados? O que pode conseguir a campanha de prevenção «Se conduzir, não beba», quando as campanhas publicitárias para o consumo de álcool são arrasadoras?

A vigilância/intervenção policial tem sido eficaz? O que será mais importante: a punição ou a presença dissuasora da polícia? Multar ou obrigar os transgressores a serviços para a comunidade, por exemplo, passando algum tempo em contacto com os sinistrados, em hospitais, para que percebam o que a sua inconsciência

momentânea pode provocar?

E depois de o acidente ocorrer, tudo corre bem? É suficiente que o INEM seja rápido a socorrer as vítimas e a transportá-las para o hospital? Todos os hospitais estão preparados para receber os grandes traumatizados?

Está na ordem do dia a discussão da Rede Nacional de Urgências. O cerne da questão é a optimização de recursos humanos e materiais. Se não é difícil perceber que não pode haver uma maternidade em cada cidade ou vila deste País, também terá de ser discutido, sem tabus ou interesses escondidos, que um ortopedista, em presença física ou de chamada, não pode fazer um centro com competências para tratar um politraumatizado.

Há que diferenciar e classificar os vários hospitais e urgências, para que possamos ter uma rede diferenciada de tratamento dos sinistrados. O objectivo é evitar cenários do género: um sinistrado vai para um hospital; passado algum tempo (horas), é transferido para outro e, depois, ainda terá de ir para um hospital «fim de linha». Desta forma, perde-se o tempo certo para fazer alguns tratamentos.

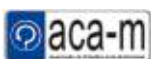
A SPOT pretende chamar a atenção para a importância e necessidade de se criar uma Rede Nacional de Referência de Trauma; para a necessidade da formação pré-hospitalar e hospitalar; para a necessidade de estabelecer protocolos de actuação entre os diferentes intervenientes; e para a importância da comunicação fácil e eficaz entre todos os actores deste «teatro de guerra».

Pensamos que, com coordenação, comunicação e organização, poderemos melhorar, ainda mais, os indicadores deste flagelo. Melhorar a nível da mortalidade, mas também da morbilidade, que tem repercussões na economia e na produtividade deste País. A aposta na prevenção traz sempre retorno.

Estamos convictos que esta publicação será um contributo válido para a discussão da sinistralidade rodoviária. Nós, ortopedistas que todos os dias estamos em contacto com esta realidade e detetamos as disfunções, queremos participar na discussão e na busca de soluções para o problema.

Boa viagem!

ENTIDADES QUE COLABORAM NESTA PUBLICAÇÃO



Mortalidade nas estradas baixou em 2008...

O balanço anual da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) revela que, em 2008, morreram 772 pessoas em acidentes de viação. Em 2007, registaram-se mais 82 mortes, ou seja, no período de um ano, a mortalidade nas estradas reduziu em 9,6%. O número de vítimas mortais em acidentes rodoviários tem vindo a baixar desde o ano 2000.

Também o número de feridos graves, entre 2007 e 2008, desceu de 3 116 para 2 587. Segundo a ANSR, contabilizou-se, ainda, um decréscimo nos feridos ligeiros – menos 2 457 relativamente a 2007.

...mas aumentou dentro das localidades

Em contrapartida, o número de acidentes com vítimas mortais dentro das localidades aumentou 8% em 2008, revelou o presidente da ANSR, Paulo Marques Augusto. O responsável adiantou que «terá de haver maior aposta na segurança rodoviária dentro das localidades, sendo necessário o apoio das autarquias na requalificação dos arruamentos urbanos».

Números do ano que passou

772 mortes nas estradas portuguesas

2 587 feridos graves

40 745 feridos ligeiros

9,6% redução da mortalidade rodoviária face a 2007

23 840 condutores foram detidos por infringir o Código da Estrada

Taxas de alcoolemia vão ser revistas

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) está a ponderar reduzir as taxas de alcoolemia para os condutores recém-encartados e também para os de ambulâncias, carros de bombeiros, automóveis de passageiros de aluguer, transporte escolar e transporte de mercadorias perigosas. Actualmente, uma taxa igual ou superior a 0,5g/l é considerada como contra-ordenação grave; igual ou superior a 0,8 g/l é uma contra-ordenação muito grave e uma taxa igual ou superior a 1,2g/l é um crime.

A proposta surgiu de um grupo de trabalho que integrou a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária, mas ainda não foram definidos os novos valores.



Auto-estradas reduzem sinistralidade

O Ministério das Obras Públicas prevê que, com a construção da Auto-Estrada Transmontana e do Túnel do Marão, vias alternativas ao Itinerário Principal (IP) 4, a sinistralidade rodoviária reduza entre 40 a 60%.

O primeiro lanço do Túnel do Marão, cuja construção se vai iniciar ainda este ano, deverá estar concluído em 2010 e os restantes lanços em 2012. Também o primeiro lanço da Auto-Estrada Transmontana, cujo início de obras está previsto para o próximo mês de Março, deverá estar concluído em Novembro de 2010, e os restantes lanços em Julho de 2011.

O troço do IP4 que liga Amarante a Bragança é um dos pontos do País onde se regista maior número de acidentes de viação. Outra concessão rodoviária que, segundo o Governo, terá impacto na diminuição dos acidentes é a do Algarve Litoral, que engloba uma requalificação da Estrada Nacional 125. Na última década, esta via registou uma média de 29 mortos por ano.

A auto-estrada 25, que liga Aveiro a Vilar Formoso, substituiu, há cerca de dois anos, o IP 5. Hoje, sabe-se que os índices de sinistralidade rodoviária melhoraram bastante: a nova A25 é palco de cerca de um quarto das mortes em relação ao anterior IP5. Em 2006, morreram aqui 12 pessoas e, em 2008, este número baixou para três.

SABIA QUE...

- Em 2008, segundo a Associação Portuguesa de Seguros, os encargos das seguradoras com os sinistros superou o valor dos prémios pagos pelos condutores?

- Só a partir de Janeiro de 2010, se passará a contabilizar as mortes ocorridas nos hospitais no prazo de 30 dias após o acidente? Actualmente, só se consideram as verificadas no local do acidente e no caminho para o hospital.

- Mesmo que nada tivesse sido feito, nos últimos sete anos, para melhorar a sinistralidade rodoviária em Portugal, esta teria descido? A redução do número de novos condutores é um dos factores que explica este facto.

- A Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2020, a sinistralidade rodoviária seja a terceira causa de morte no Mundo? Em 1990, era a nona causa.

«OPERAÇÃO STOP» à guerra civil nas estradas

A Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados comemora, este ano, uma década de existência e de luta contra a sinistralidade rodoviária. Apesar de a segurança rodoviária ser o alvo principal das suas campanhas, esta Associação também se dedica à promoção da qualidade de vida nos espaços públicos, sendo a única organização portuguesa que integra a Federação Internacional dos Peões.



2003



2002

Acabar com os Pontos Negros nas Estradas».

No site da ACA-M (<http://www.aca-m.org>), pode ler-se que os «pontos negros são campos de batalha da guerra civil nas estradas». E mais: «São locais que, por irresponsabilidade pública, atraem a tragédia individual e dão-se quando, às falhas colectivas de concepção e de manutenção da estrada (por incuria do Estado), se vêm juntar os erros de individuais da condução.»

Ainda em 2006, com a editora Assírio & Alvim, a ACA-M publicou o livro *Uma Praça Adiada: Estudo de Fluxos Pedonais na Praça do Duque de Saldanha*, que dá a conhecer a forma como esta praça da cidade de Lisboa é utilizada pelos cidadãos que a cruzam. Mais recentemente, no ano passado, publicou a obra *Pedonalidade no Largo do Rato: Micro-poderes*, que apresenta as consequências no tráfego das transformações efectuadas neste Largo da capital.

Há dez anos a lutar pela segurança

Criada em 1999, a Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados é presidida por Manuel João Ramos e visa contribuir para «o fim da guerra civil nas estradas portuguesas, advogando um pacto social que valoriza a segurança e a cidadania nos transportes». Esta organização propõe-se também a defender os direitos humanos e cívicos dos transeuntes portugueses (condutores, passageiros ou peões), apelando à responsabilização cívica colectiva.

«A ideia de fundar a ACA-M surgiu na sequência da petição “Contra a Guerra Civil nas Estradas Portuguesas”, elaborada em 1998, da qual eu fui o primeiro subscritor», lembra Manuel João Ramos. E sublinha: «O problema dos acidentes e dos traumas rodoviários era manifesto e não estava a ser encarado como

um problema, mas como uma fatalidade. Considerámos que tinha de haver uma mudança e, por isso, criámos esta Associação.»

Nos últimos dez anos, o número de mortes nas estradas portuguesas tem vindo a diminuir. Todavia, «ainda não há motivos para acabar com a sensibilização» e a ACA-M continua a lutar contra a sinistralidade rodoviária.

Nos últimos anos, o trabalho desenvolvido por esta Associação tem-se dirigido sobretudo aos peões, mas as suas acções destinam-se, também, a outros públicos específicos, como os jovens recém-encartados, que são os principais responsáveis pela sinistralidade rodoviária e também as principais vítimas.

«Ainda não há motivos para acabar com a sensibilização»

Manuel João Ramos



Actuar em várias frentes

A Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados (ACA-M) tornou-se membro da direcção da Federação Europeia de Vítimas da Estrada e uma acção que tem desenvolvido neste âmbito é questionar o modo de contabilização das vítimas mortais dos acidentes de viação ocorridos em Portugal.

«Este problema tem de ser abordado com planificação sistemática, o que não acontece. Aliás, desde 2001 que a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária continua por aprovar», frisa Manuel João Ramos, presidente da ACA-M. É por isso que a Associação tem actuado em várias frentes, alertando «para aspectos como a desresponsabilização, tanto da sociedade como das entidades administrativas locais e centrais».

Se nem tudo são rosas, a verdade é que há espinhos que têm sido desbravados. Por exemplo, em Lisboa, foi aprovada uma carta dos direitos do peão, que, na opinião de Manuel João Ramos, «pode ser o ponto de partida para uma circulação mais segura dentro das cidades». ■

Sofia Tomé

No dia 16 Novembro de 2008, as entidades subscritoras da Estrada Viva – Liga Contra o Trauma assinalaram, pela sexta vez consecutiva, o Dia Mundial em Memória das Vítimas da Estrada (terceiro domingo do mês de Novembro). A Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados (ACA-M), como uma das entidades que fundou esta Liga, também assinalou a data.

Mas as iniciativas da ACA-M não se esgotam nas actividades que assinalam o Dia Mundial em Memória das Vítimas da Estrada. No ano de 2006, em conjunto com a Deco, a Associação lançou a campanha «Vamos

Redução dos acidentes requer **CONDUTORES CONSCIENTES**

Vários estudos e dados estatísticos indicam que o condutor é o agente que mais contribui para a sinistralidade rodoviária. Por isso, sensibilizá-lo, através de campanhas, e investir na educação e formação rodoviária são medidas que podem contribuir para a redução dos acidentes.



José Miguel Trigo
Carlos Lopes
António Macedo



Rute Barbedo

Tornar o utente das estradas portuguesas mais consciente e seguro na sua condução é o objectivo das campanhas de sensibilização, da fiscalização e das acções de formação levadas a cabo pelas diferentes entidades que actuam no combate aos acidentes rodoviários.

José Miguel Trigo, director-geral da Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP), defende que «a educação rodoviária deve começar na pré-escola», incutindo, desde cedo, conceitos como o respeito e a segurança.

Quanto à formação dos adultos, diz que não basta conhecer o Código da Estrada. «Os comportamentos dos condutores nunca serão os adequados se eles apenas conhecerem os limites máximos de álcool ou de velocidade, mas não souberem por que razão os devem cumprir.»

A PRP tem desenvolvido diversas campanhas de sensibilização, alertando, por exemplo, para o controlo da velocidade, o uso do cinto de segurança e a necessidade do sistema de retenção para crianças (as chamadas «cadeirinhas»).

Além disso, promove diversas acções de formação em condução (na área da enge-

nharia da segurança rodoviária, condução defensiva, condução de motociclos, etc.). Paralelamente, criou o Centro de Formação «Educação Rodoviária e Cidadania», destinado à formação de professores e reconhecido pelo Ministério da Educação.

Contudo, ao nível das campanhas de prevenção rodoviária, «não se tem apostado o suficiente em Portugal», lamenta José Trigo. «Tem sido complicado substituir as campanhas generalistas por campanhas com vista a obter a alteração de comportamentos específicos.» Por outro lado, falta avaliar os efeitos destas acções.

Grande parte das campanhas é financiada pelo Governo, para quem, na opinião de José Trigo, «o mais importante é a notoriedade, no entanto, o que mais importa é a eficácia das campanhas na mudança de comportamentos». Ao mesmo tempo, «as campanhas veiculadas pelos *media* seriam mais bem sucedidas se fossem articuladas com outras iniciativas paralelas», acredita.

Reduzir o número de mortos de 772 para 579

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) tem investido em acções ao nível local. Nos últimos meses, organizou sessões

«Tem sido complicado substituir as campanhas generalistas por campanhas com vista a obter a alteração de comportamentos específicos.»

José Miguel Trigo

«Temos de obter uma evolução sustentável, o que não se consegue apenas através de medidas a curto prazo, mas tentando incutir uma cultura de segurança rodoviária.»

Carlos Lopes

OS ALERTAS DAS CAMPANHAS



As duas primeiras campanhas foram lançadas em 2003 e a terceira em 2002, pela Prevenção Rodoviária Portuguesa. A última é da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e foi divulgada nas épocas de Páscoa e Natal de 2008.

informativas, alertando para o problema da sinistralidade rodoviária, nos diferentes distritos do País, com a colaboração dos respectivos governos civis. Carlos Lopes, director da Unidade de Prevenção Rodoviária da ANSR, expõe o motivo que levou à escolha deste modelo de actuação: «A prevenção rodoviária implica um conjunto de responsabilidades espalhadas por toda a sociedade.»

Nestas acções, foi possível «replicar» local-

mente as políticas projectadas para o âmbito nacional, que constituem os objectivos da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária, elaborada pela ANSR e actualmente em discussão pública. Este documento envolveu o trabalho de 12 ministérios, de 30 entidades públicas e de 110 técnicos relacionados com esta área.

«Se umas entidades desenvolverem acções desligadas das outras, o seu objectivo perde-

-se», explica o presidente da ANSR, Paulo Marques Augusto. Por isso, a Estratégia pretende contrariar essa dispersão de esforços.

O documento define o compromisso de, até 2015, colocar Portugal no 10.º lugar da tabela europeia, em termos de sinistralidade rodoviária, e de reduzir as 772 mortes registadas em 2008 para 579. Será possível? «Os objectivos são difíceis, mas alcançáveis», afiança Carlos Lopes, lembrando que Portugal já conseguiu passar da cauda para o meio do ranking europeu, no que respeita a estes acidentes.

Uma das medidas previstas na Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária é a inclusão de orientações sobre segurança nos conteúdos programáticos das escolas portuguesas. Carlos Lopes indica o porquê da medida: «Temos de obter uma evolução sustentável, o que não se consegue apenas através de medidas a curto prazo, mas tentando incutir uma cultura de segurança rodoviária.»

Ainda assim, a importância das acções que surtem efeitos imediatos não é descurada. «Não podemos menosprezar os efeitos da fiscalização. As campanhas não são contínuas como a fiscalização que tem um impacto brutal. Mas a conjugação destas duas iniciativas é importante, porque os cidadãos recebem a mesma mensagem de fontes distintas.» ■

FORMAÇÃO DE SEGUNDA FASE AOS CONDUTORES

Será a carta de condução suficiente para que se saiba circular com segurança nas estradas? A pergunta já foi colocada em vários países da Europa, como a Suíça, a Áustria e o Luxemburgo, onde a formação prática de segunda fase aos condutores é obrigatória.

Em Portugal, ainda não há formação de segunda fase, mas está prevista para este ano a introdução deste tipo de ensino para os condutores de veículos pesados de passageiros e mercadorias, em todos os países-membros da União Europeia.

A CR&M – Formação Activa de Condução é uma das organizações nacionais creditadas para ministrar esta formação de segunda fase. Em cada ano, passam cerca de quatro mil condutores por esta escola, inclusive de organizações como a EDP, a ASAE ou a DGV, e, «até hoje, todos afirmaram que estas acções deviam ser obrigatórias e efectuadas desde a escola de condução», diz António Macedo, gerente da CR&M.

Para sustentar esta afirmação, o porta-voz conta que, em 2005, a companhia farmacêutica Jansen Cilag fez um estudo onde verificou que os funcionários que participaram nestes cursos apresentaram quebras de até 30% na sinistralidade, de até 60% na gravidade dos acidentes e de cerca de metade na taxa de culpabilidade.

Quando esta escola surgiu, em 1993, «poucas pessoas entendiam a necessidade da condução defensiva», partilha o gerente da CR&M. Contudo, admite que, nessa altura, era necessário reparar algumas «deficiências» no ensino da condução.

«Nos anos 90, em Portugal, muitas pessoas obtinham a sua carta de condução através de métodos pouco claros e o ensino ainda era feito com vista a passar no exame e não a aprender a conduzir», explica António Macedo. Além disso, as estatísticas atribuíam a Portugal uma das maiores taxas de sinistralidade rodoviária da Europa.

Hoje, além de pretender formar a população em geral, a CR&M também tem em atenção alguns grupos profissionais. Esse treino passa por simulações de experiências de colisão, de capotamento e pela condução de motos, ligeiros e pesados. A organização tem concretizado, ainda, acções de sensibilização em escolas, universidades, empresas e autarquias.



PONTOS DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA

Num estudo elaborado pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) para o Ministério da Administração Interna, foram identificados os segmentos críticos que a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária deveria contemplar.

Muitos deles relacionam-se com a educação e a sensibilização. Eis alguns exemplos:

- Controlo da velocidade, da condução sob o efeito de álcool e de substâncias psicotrópicas;
- Formação, atenção às condições de acesso ao título de condução e à avaliação dos condutores, bem como à educação para a segurança do ambiente rodoviário;
- Fiscalização da segurança do parque automóvel;
- Rapidez na aplicação das coimas;
- Segmentação dos públicos-alvo das campanhas de comunicação.

MELHORIAS NAS ESTRADAS têm reduzido sinistralidade

Nos últimos 15 anos, foram construídos mais de 2 000 quilómetros de auto-estrada e acredita-se que este investimento tem contribuído para a redução da sinistralidade. Mas, dentro das localidades, onde os peões são as principais vítimas, ainda há muitos problemas por resolver.

Rute Barbedo

Na maior parte dos acidentes rodoviários, a «culpa» não é da estrada. Estudos recentes indicam que as rodovias são o único motivo do sinistro em apenas 3% dos casos. Contudo, há «pontos negros» que devem ser transformados em locais seguros de circulação.

Por outro lado, «as infra-estruturas induzem comportamentos», podendo contribuir para a ocorrência de acidentes, explica o presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), Paulo Marques Augusto. Quando associadas a outros factores (humano e veículo), as vias contribuem para 40 a 75% dos acidentes, conforme os estudos.

Se «a estrada tem uma importância decisiva na sinistralidade», a aplicação regular de auditorias e de inspecções de segurança, a melhoria da sinalização, as intervenções na área adjacente à faixa de rodagem, os traçados mais homogéneos e a adaptação das estradas às suas funções e velocidade são medidas que podem ajudar a reduzir o número de acidentes.

O representante da ANSR explica que, por vezes, o condutor não percebe a necessidade de reduzir a velocidade quando está a passar, por exemplo, de uma estrada nacional para uma via urbana. «Apenas se observa a

sinalização que transmite a obrigatoriedade de circular a 50 km/h, mas, na prática, nada muda», diz. Solução? Deve-se introduzir na via dispositivos de acalmia de tráfego, como rotundas, semáforos ou passeios, que ajudem o condutor a entender a necessidade de circular mais lentamente.

«Ainda há muito a fazer em relação a este tipo de adaptações, sobretudo nas infra-estruturas dos meios municipais», defende Paulo Marques Augusto, dando conta das recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que identificam a velocidade como o factor determinante na concepção das estradas.

Nos casos em que a rodovia é o principal motivo do acidente, tal «deve-se à falta de homogeneidade do traçado», afirma António Martins, director do Departamento de Segurança Rodoviária da Estradas de Portugal (EP). Por isso, as «mudanças bruscas das características geométricas da estrada ou de elementos nela integrados devem ser evitadas», pois, «o tempo de reacção à travagem em consequência de um estímulo inesperado é superior em cerca de 35% ao tempo de reacção a um estímulo esperado», justifica.

Estradas devem minorar erro humano

«Os engenheiros rodoviários devem pensar em estradas tolerantes», ou seja, vias que re-



AUTO-ESTRADAS: FONTE DE SEGURANÇA

Olhando para as auto-estradas portuguesas, Victor Santiago, director da Brisa, com responsabilidades no domínio da segurança rodoviária, salienta, entre os aspectos que contribuem para a segurança rodoviária, as melhorias nos traçados e nos materiais dos pavimentos.

Também «a conservação das vias representa uma parte muito importante do trabalho desenvolvido pela Brisa em prol da segurança rodoviária», diz Victor Santiago. Aliás, esta é uma das vertentes em que esta empresa mais investe. A operação é outra faceta importante, através da qual é possível dar corpo ao conceito de «auto-estrada inteligente». O Centro Operacional da Brisa insere-se neste campo, sendo responsável pela resposta a uma média de 276 chamadas diárias, cujos principais motivos são o apoio em caso de acidente e a assistência mecânica.



Na Avenida Marginal, que liga Lisboa a Cascais, a introdução de semáforos de controlo de velocidade, entre outras medidas, contribuiu para uma redução significativa do número de acidentes



Paulo Marques Augusto
António Martins
Victor Santiago

«Ainda há muito a fazer, sobretudo nas infra-estruturas dos meios municipais»

Paulo Marques Augusto

duzam a possibilidade de erro do condutor e permitam a sua resolução atempada, minorando as consequências, defende António Martins. Por outro lado, as intervenções pós-construção «devem ser proactivas e não reactivas», isto é, devem ser levadas a cabo antes e não depois da ocorrência de acidentes.

Minorar a gravidade dos acidentes rodoviários nas travessias urbanas é um dos objectivos presentes no contrato de concessão entre a Estradas de Portugal e o Estado, onde foram estabelecidas metas de redução da sinistralidade indexadas a um regime de prémios e penalidades. Esta medida «advém do facto de muitas vítimas serem peões» e estes acidentes se deverem, essencialmente, «à velocidade dos veículos motorizados», esclarece o responsável da EP.

João Cardoso, chefe do Núcleo de Planeamento, Tráfego e Segurança do Departamento de Transportes do Laboratório Nacional de Engenharia Civil (LNEC), considera que «é nas redes urbanas que existe maior necessidade de melhoria das condições de segurança rodoviária». Para este responsável, «o nível

de segurança de uma estrada depende do equilíbrio entre as solicitações que os utentes colocam numa determinada zona e a capacidade da mesma para as acomodar».

Face ao crescente incentivo para o uso da bicicleta, o investigador do LNEC acrescenta que «é urgente reconhecer a necessidade da remodelação prévia das infra-estruturas rodoviárias». O objectivo é separar os que se deslocam de bicicleta dos veículos motorizados, fora das zonas onde a velocidade permitida é baixa, conferindo-lhes maior protecção.

Rede viária nacional menos perigosa

A conversão dos itinerários principais (IP) em auto-estradas tem contribuído para a redução da sinistralidade. Há dois anos, o IP5 deu lugar a A25 e a mortalidade nesta estrada reduziu em quatro vezes. Nos dois anos anteriores à conversão, 25 pessoas perderam a vida no IP5.

A introdução de separadores centrais, de semáforos de controlo de velocidade e o aumento da aderência do pavimento na Avenida Marginal, que liga Lisboa a Cascais,

também resultou numa redução significativa do número de sinistros.

O troço do IP4 que liga Amarante ao Alto do Espinho contou com um investimento de 1,5 milhões de euros em obras de melhoria, o que levou a uma importante diminuição da sinistralidade que aí se registava. Em 14 anos, 250 pessoas morreram e 380 ficaram gravemente feridas nesta via. Só em 2004, registaram-se 33 mortes, mas, em 2008, depois das obras, houve apenas cinco mortes.

Para breve, estão previstas intervenções na estrada nacional 125, no Algarve, considerada uma rodovia de elevado risco. Há cerca de um ano, o Governo anunciou o lançamento de mais duas concessões rodoviárias: uma estrada entre Viseu e Coimbra e uma estrutura de ligação entre a A8 e a A1.

No mês passado, foi assinado o contrato de concessão Baixo Tejo, que prevê 70 quilómetros de estrada na margem Sul do rio Tejo, 32 dos quais serão totalmente novos e incluirão o IC32 e a estrada regional 377-2. Será, ainda, construído o acesso ao novo aeroporto de Lisboa (a A33). ■

Especialistas defendem criação de REDE NACIONAL DE REFERENC

O Ministério da Administração Interna considera que 2008 foi um ano excepcional a todos os níveis da sinistralidade rodoviária. Ainda assim, perderam-se 772 vidas e quem actua em ambiente pré e intra-hospitalar questiona se parte dessas baixas não poderia ter sido evitada se existisse um sistema de socorro às vítimas de trauma mais organizado.



Nos pontos de referência de uma rede de trauma, «deve haver equipas multidisciplinares, prontas a actuar 24 horas por dia, com conhecimentos de reanimação, intensivismo, emergência, cirurgia, traumatologia, etc.», diz Jacinto Monteiro, presidente da SPOT

Rute Barbedo

Menos 82 mortes, 529 feridos graves e 2 457 feridos ligeiros fizeram de 2008 o ano menos trágico de sempre nas estradas portuguesas. Embora sejam números positivos, há muitas vidas que se perdem nos acidentes de viação e outras que ficam limitadas para sempre.

Jacinto Monteiro, presidente da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) e director do Serviço de Ortopedia do

Hospital de Santa Maria, em Lisboa, defende que «ainda se morre em demasia por causa dos acidentes rodoviários». E é na assistência aos sobreviventes que este especialista detecta a principal falha.

Ainda assim, Jacinto Monteiro reconhece que «Portugal já melhorou substancialmente» na abordagem às vítimas dos acidentes de viação, pois, «ainda há poucos anos, perdia-se uma infinidade de tempo que não fazia qualquer sentido, sobretudo porque, para estas pessoas, as primeiras horas são decisivas».

Para melhorar o panorama actual, este or-

topedista sugere a criação de uma rede de referência de trauma organizada, profissionalizada e integrada. «É necessário agilizar esta rede para uma actuação rápida em prol da saúde das vítimas das estradas, sobretudo as politraumatizadas», frisa.

Em Portugal, «apenas alguns hospitais centrais têm capacidade para uma abordagem adequada destas vítimas», explica Jacinto Monteiro. Isto quer dizer que só estes hospitais poderiam ser admitidos como pontos de referência de uma rede de trauma. Nestas unidades, deve haver equipas multidisciplina-



IAÇÃO DE TRAUMA



MAIOR PROXIMIDADE ENTRE HOSPITAIS E INEM

«O INEM tem crescido muito nos últimos anos e, à medida que os médicos começaram a conhecer melhor os intervenientes neste processo, sentiu-se uma grande aproximação», constata Raquel Ramos, coordenadora do centro de formação da delegação regional de Lisboa do INEM.

Esta responsável explica que, hoje, os profissionais do meio hospitalar percebem melhor as «limitações do INEM». «Nós não temos acesso a exames complementares de diagnóstico e radiografias, por exemplo. Por outro lado, não somos especialistas em tudo e só podemos realizar diagnósticos de suspeição.» Portanto, «muitas vezes, se existe erro, não é um erro negligente, mas devido à conjuntura».

Para esta profissional do INEM, a comunicação entre os diferentes níveis melhoraria com o estabelecimento de protocolos de cooperação, estágios em emergência pré-hospitalar para os profissionais que actuam nesta fase ou aprendizagens aprofundadas sobre algumas especialidades. O objectivo é «que todos falem a mesma linguagem».

Dos cursos práticos para os elementos do INEM, Raquel Ramos destaca o Módulo de Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas Encarceradas, uma parceria com os bombeiros, que visa o treino na fase de estabilização das viaturas e desencarceramento das vítimas. Trata-se de um aspecto «muito importante de formação das equipas, pois revela a existência de articulação no pré-hospitalar».



Jacinto Monteiro
Jorge Mineiro
Raquel Ramos
Duarte Caldeira

res, prontas a actuar 24 horas por dia, com conhecimentos de reanimação, intensivismo, emergência, cirurgia, traumatologia, etc. E, até hoje, «isto não tem existido, porque os recursos estão dispersos».

A falta de esclarecimento à população e o facto de não se redefinirem as redes hospitalares têm sido «falhas de sucessivos governos». Para Jacinto Monteiro, «as pessoas têm de perceber por que razão não vale a pena terem um centro de trauma ao pé de casa».

Dada a rede viária portuguesa e a capacidade de evacuação e estabilização das víti-

mas por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a distância do local do acidente ao hospital não é vista como um problema. «Vir de Vila Real de Santo António para Lisboa não é nenhum drama, desde que se salve uma vida», diz o médico.

Carências ao nível hospitalar

Jorge Mineiro, director da Sociedade Portuguesa de Trauma (SPT), acredita que, no sistema de socorro às vítimas dos acidentes de viação, o meio hospitalar é o mais carenciado. «Portugal melhorou extraordinariamente a emergência pré-hospitalar. Contudo, a maioria das urgências hospitalares não evoluiu na mesma dimensão», afirma.

A falta de organização, de meios técnicos e humanos, de rapidez e eficiência é apontada como o principal problema de muitos serviços de urgência (SU) em Portugal. Além

disso, o socorro às vítimas de trauma grave requer uma abordagem multidisciplinar, com base em equipas fixas e experientes», diz Jorge Mineiro. «É que a frequência com que o profissional lida com uma situação patológica rara e grave é baixa. Se este profissional só estiver uma vez por semana no SU, a probabilidade de voltar a ver uma situação semelhante pode levar anos!»

Para o futuro, este especialista acredita na possibilidade de uma via verde para o trauma, uma vez que este modelo parece estar a resultar noutras áreas. No entanto, primeiro «é preciso organizar a rede com equipas fixas, dando-lhes meios e treino e só depois criar a via verde».

Uma das iniciativas que visa a standardização de procedimentos nas unidades de urgência nacionais é a divulgação das normas de boas práticas na área do trauma, o que acontecerá ainda este mês, no 1.º Congresso da Ordem dos Médicos.

Quanto à definição de uma rede de trauma, Jorge Mineiro salienta também a necessidade de «criar meios e melhorar a comunicação entre os diferentes centros do País, que ainda é deficitária».

«O INEM já tem recursos tecnológicos para melhorar a articulação com os hospitais e cir- ➔



Actuar em rede

Uma cadeia de cuidados ininterrupta e bem organizada, desde o local do acidente até um hospital preparado para situações emergentes de trauma, poderá salvar mais vidas

**ESTUDOS COMPROVAM
NECESSIDADE DE MELHORIA**

Está prevista para este mês de Fevereiro a divulgação dos resultados preliminares de um estudo que analisa os índices de gravidade das lesões das vítimas mortais por trauma na Grande Lisboa. Os dados finais deste estudo da Sociedade Portuguesa de Trauma (SPT), em parceria com o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), serão comparados aos de um estudo realizado em 1997, onde se concluiu que muitos dos óbitos por trauma eram mortes não esperadas.

«Tenho muita esperança de que este trabalho demonstre que vale a pena insistir na profissionalização dos serviços de urgência nacionais, para diagnósticos mais rápidos e intervenções mais eficazes, quando os primeiros minutos e horas são essenciais para salvar uma vida», revela Jorge Mineiro, director da SPT.

A Sociedade Portuguesa de Trauma é a única organização nacional que tem vindo a desenvolver estudos deste tipo e nesta área. Há seis anos, a tese de doutoramento *Índice de Gravidade no Politraumatizado*, do ortopedista Jorge Mineiro, gerou polémica. Quando se compararam resultados do serviço de urgência de um hospital central de Lisboa aos de outro equivalente em Stoke on Trent, no Reino Unido, a probabilidade de morrer em consequência de um traumatismo grave no hospital português foi duas vezes maior, mesmo perante um índice de gravidade menor.

«Embora estas conclusões tenham demonstrado a necessidade de uma política eficaz na organização dos sistemas de trauma na comunidade, na região e no País, pouco foi feito até agora», sublinha o autor da tese.



GOVERNO QUER MELHORAR SOCORRO ÀS VÍTIMAS ATÉ 2015

Uma das medidas previstas na Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária (ENSR), actualmente em discussão pública e a cumprir-se até 2015, é a melhoria do socorro às vítimas, sobretudo no que toca à «prontidão» e ao «estabelecimento de uma rede especializada de estruturas hospitalares».

Por outro lado, pretende-se «colocar Portugal entre os dez países da União Europeia com mais baixa sinistralidade rodoviária, medida em mortos a 30 dias [depois do acidente] por milhão de habitantes». Actualmente, as mortes em meio hospitalar não são contabilizadas para estas estatísticas.

A cumprirem-se as metas da ENSR, «serão poupadas cerca de 1 350 vidas» até 2015. Além disso, a economia do País também parece beneficiar, uma vez que os gastos com cada vítima mortal assumidos pela União Europeia variam entre 1 e 1,5 milhões de euros.

→ cuitos preferenciais de comunicação, como acontece nas Vias Verdes do acidente vascular cerebral (AVC) e do enfarte agudo do miocárdio, em que o doente é encaminhado para centros de tratamento específico», exemplifica Raquel Ramos, coordenadora do centro de formação da delegação regional de Lisboa do INEM.

Contudo, no campo do trauma rodoviário, Raquel Ramos admite que, por vezes, o INEM não tem noção das vagas hospitalares disponíveis quando transporta uma vítima. «Se houvesse uma base de dados *online* com essa informação, facilitaria imenso todo o processo», sugere.

Relativamente ao funcionamento da rede de trauma, esta responsável não tem dúvidas: «O importante é existir uma cadeia de cuidados para assegurar que o doente chega devidamente estabilizado ao local de tratamento.» Mas aponta uma carência do sistema actual: a falta de *feedback* dos profissionais do hospital para o INEM. «Essa informação seria importante para podermos melhorar a nossa actuação.»

«O maior problema de saúde por resolver»

No campo da emergência médica, os corpos de bombeiros têm uma relevância particular, uma vez que, anualmente, asseguram mais de 700 mil intervenções no âmbito da sinistralidade rodoviária.

O presidente do Conselho Executivo da

Liga dos Bombeiros Portugueses, Duarte Caldeira, acredita que «poderiam ser salvas mais vidas se os decisores políticos e os cidadãos em geral tivessem verdadeira consciência de que a sinistralidade rodoviária é o maior e mais complexo problema de saúde pública que o País tem por resolver».

Por outro lado, este responsável acredita que os bombeiros poderiam ver a sua actuação melhorada se houvesse mais tripulantes com formação adequada e melhores ambulâncias. «É indispensável investir na qualificação dos bombeiros e na modernização de equipamentos.»

Duarte Caldeira aponta, ainda, falhas à relação entre os bombeiros e o nível hospitalar: «Existem hospitais com uma cultura de boa relação com o pré-hospitalar, mas não são todos. Infelizmente, há profissionais de saúde que não percebem que a sua acção à entrada do

hospital é uma sequência do trabalho desenvolvido no local dos sinistros pelas equipas do pré-hospitalar.» Por isso, considera que, neste campo, «há um longo caminho a percorrer».

Na articulação com o INEM, este representante dos bombeiros nota o desenvolvimento de uma «verdadeira parceria, no sentido de clarificar responsabilidades, competências e recursos». E, para a melhoria do serviço prestado aos cidadãos, crê que contribuem o actual processo de definição da Rede Nacional de Ambulâncias, a formação e a consolidação de procedimentos operacionais.

A esta uniformização alia-se a necessidade de definir a rede nacional de referência de trauma, que Duarte Caldeira considera ser «uma medida urgente». Além disso, resultaria em «vidas humanas salvas». «E que melhor retorno pode haver para qualquer investimento?», questiona. ■

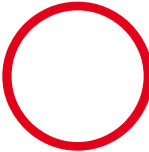
MENOS MORTALIDADE COM SERVIÇOS DE TRAUMA ORGANIZADOS

«As medidas políticas que beneficiam a organização dos serviços de trauma ajudam à redução da mortalidade (...)» Esta conclusão pode ler-se no documento *Guidelines for essential trauma care*, divulgado em 2004, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal afirmação sustenta-se em estudos que indicam diminuições da mortalidade na ordem dos 15 a 20% (ou mais) nos sistemas de saúde que já adoptaram esta política. Contudo, os bons resultados só são observáveis a longo prazo.

Urgências do Hospital de São João têm **EQUIPA FIXA DE MÉDICOS**

O Hospital de São João, no Porto, tem 32 médicos que trabalham, em exclusividade, no serviço de urgência, lado a lado com enfermeiros, auxiliares de acção médica e administrativos. Um caso raro em Portugal. Responder de forma mais rápida, organizada e dedicada foi o objectivo traçado por este Hospital há três anos, para socorrer as situações em que um minuto pode fazer a diferença entre a vida e a morte.

Rute Barbedo

 Serviço de Urgência do Hospital de São João segue o modelo mais dedicado do País, ao contar com uma equipa de 32 médicos que trabalham unicamente nesta unidade. Este Serviço recebe entre 450 a 500 doentes adultos por dia e, ao contrário do que ainda acontece na maioria dos hospitais, onde cada médico dedica 12 a 24 horas por semana ao serviço de urgência, aqui, todos os profissionais fazem parte do quadro.

Apelidados de «médicos urgencistas», estes profissionais identificam, avaliam e resolvem um largo espectro de doenças e situações. São seleccionados com base nas suas competên-



Artur Paiva: «A dedicação de equipas médicas fixas numa unidade de urgência tem sido muito procurada pelos hospitais»

cias, capacidades e vocação. Nos casos mais complicados, contam com a consultadoria dos médicos de especialidade do Hospital.

«A opção por um modelo dedicado, ou seja, pela dedicação de equipas médicas fixas numa unidade de urgência, tem sido muito procurada pelos hospitais. Aliás, esta é uma tendência crescente no nosso País», adianta José Artur Paiva, director da Unidade Autónoma de Gestão de Urgência e Medicina Intensiva do Hospital de São João.

Com quatro vias verdes para a entrada de doentes com acidente vascular cerebral (AVC), doença coronária, sepsis (infecção generalizada) e trauma, o objectivo desta unidade é encurtar o tempo de espera para aumentar o de vida.

Contudo, este serviço de urgência ainda não é totalmente dedicado. «Nas áreas da Ortopedia e Cirurgia Geral, o *know-how*, as competências e as capacidades dos urgencistas ainda não são suficientes para substituir a avaliação dos especialistas nestas áreas», admite Artur Paiva. Por isso, este ano, os urgencistas terão formação em Cirurgia e em Ortopedia e Traumatologia, para tentar alargar o modelo dedicado a estas áreas.

Actualmente, neste serviço do Hospital de São João, os casos de trauma são abordados por um grupo restrito de profissionais (cirurgiões gerais, ortopedistas, intensivistas e enfermeiros especializados). Porém, Artur Paiva admite

que, embora o Serviço esteja «muito bem no que diz respeito ao trauma grave, precisa de melhorar a abordagem às situações menos preocupantes de trauma».

Reflectindo sobre a extensão deste modelo dedicado a outras unidades de saúde do País, este médico afirma que nem todos os hospitais têm essa capacidade. Além disso, «mais importante do que ter um modelo dedicado em todos os serviços de urgência seria proceder à avaliação dos resultados dos diferentes modelos em funcionamento», defende. «Este é o caminho para a creditação de serviços de urgência e para a necessária titulação, certificação e recertificação dos profissionais urgencistas», acrescenta.

Artur Paiva explica que o modelo dedicado é o mais adequado para hospitais centrais, de «fim de linha», onde os recursos humanos e materiais são suficientes e cobrem as várias especialidades médicas. ■

O «RELÓGIO» DO MODELO DEDICADO

50 minutos é o tempo médio de espera para observação dos utentes do Serviço de Urgência do Hospital de São João

10 minutos é o tempo para análise do electrocardiograma de um doente encaminhado pela via verde coronária, nesta unidade

10 minutos é o tempo médio que os doentes em situação muito urgente esperam para serem atendidos

0 é o número que indica o tempo de espera dos doentes emergentes que chegam à Urgência do Hospital de São João

4 horas foi a redução no período de estadia dos doentes na Urgência que o Hospital de São João alcançou com o modelo dedicado

J. A. Correia da Cunha

Director clínico do Centro Hospitalar Lisboa Norte

«As unidades de trauma não são uma utopia!»

Com a abertura de uma unidade de trauma prevista para este ano, o maior Centro Hospitalar do País, que integra o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Pulido Valente, acredita vir a melhorar a abordagem às vítimas das estradas portuguesas. J. A. Correia da Cunha explica de que forma uma actuação conjunta de intensivistas pode reduzir as mortes e as sequelas resultantes dos acidentes rodoviários.



Rute Barbedo

Como caracteriza a actual abordagem das situações de trauma no nosso País?

O trauma requer intervenção imediata, através de uma cadeia de cuidados ininterrupta, desde os primeiros socorros até ao hospital, como acontece com as Vias Verdes do enfarte agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral (AVC). No caso do trauma, uma actuação rápida salva vidas.

Mas o circuito de transferência do exterior para os hospitais ainda não foi optimizado. É preciso aperfeiçoá-lo e criar unidades que recebam, preferencialmente, as vítimas de trauma. Aos hospitais cabe ter uma porta aberta, nas urgências, para que o doente seja rapidamente encaminhado até à especialidade que a sua situação clínica pede.

De que forma o Centro Hospitalar Lisboa Norte recebe estes doentes?

O nosso sistema não está optimizado, mas

tem vindo a melhorar. Estamos a percorrer um caminho e, ainda este ano, pretendemos ter uma unidade de trauma, onde o doente será assistido por uma equipa multidisciplinar com competências em cuidados intensivos.

O politraumatizado, sobretudo, requer a abordagem de diversas áreas da Medicina, por isso, deve ser tratado por uma equipa que tenha uma visão global e integrada do doente. Sabemos que não podemos prosseguir no caminho da hiperespecialização, porque, antes de sermos especialistas, somos médicos.

Este Centro Hospitalar tem recursos humanos suficientes para constituir equipas de socorro às situações de trauma?

Há sempre recursos humanos, mas tem de haver planeamento. Estamos a alargar o número de pessoas preparadas para actuar na unidade de trauma. E, de facto, a parte mais difícil prende-se com o *know-how* dos profissionais, porque comprar equipamentos e organizar o espaço é o mais fácil.

destas unidades pelo País. Por outro lado, assistimos a uma redução dos números da sinistralidade rodoviária. Temos de ver o que já foi feito lá fora, proceder aos devidos ajustes e perceber que números se adequam ao nosso País. As unidades de trauma não são uma utopia! Podem resultar apenas do alargamento da aplicação das competências que muitos hospitais já têm. É o caso dos hospitais polivalentes, como o Centro Hospitalar Lisboa Norte.

A existência destas unidades facilitará a comunicação entre os hospitais e as entidades que actuam no pré-hospitalar, como o INEM e os bombeiros?

Certamente que sim. Da minha experiência, devo dizer que o contacto para fora do hospital não é fácil. Mas mecanismos de articulação rápidos e efectivos só podem facilitar a comunicação. Contudo, tanto quanto sei, não estão em funcionamento em nenhum ponto do País na área do trauma.

EQUIPA DE TRAUMA — UM EXEMPLO

Na generalidade dos hospitais dos países mais desenvolvidos, as equipas de trauma integram as seguintes categorias profissionais:

- Chefe de equipa;
- Responsável pelas chegadas por via aérea (cirurgião, anestesista, emergencista ou outro);
- Médico assistente;
- Enfermeiro;
- Responsável pelos registos (normalmente, um enfermeiro);
- Assistente nas chegadas por via aérea (terapeuta especialista na área respiratória, enfermeiro ou outro);
- Imagiologista;
- Patologista clínico.

Fonte: *Guidelines for essential trauma care* (regras para os cuidados essenciais ao doente traumatizado), divulgadas em 2004, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De quantas unidades de trauma precisaria Portugal para socorrer mais eficazmente estas vítimas?

Quando pensamos nisso temos em conta a nossa excelente rede viária, que permite uma menor distribuição

Não é paradoxal pensar-se numa rede de trauma quando o número de sinistros nas estradas está a diminuir?

Os acidentes rodoviários nunca deixarão de existir. Por outro lado, as unidades de trauma não receberão apenas vítimas desses acidentes, pois há outras situações que podem levar ao trauma, como as de catástrofe ou os acidentes no trabalho, por exemplo. Em poucos anos, os três a quatro politraumatizados que o nosso Centro Hospitalar recebia por semana passaram a metade. Mas sabemos que esse número nunca há-de chegar ao zero. ■

Manuel Pizarro

Secretário de Estado da Saúde

«A organização dos serviços de urgência está melhor»

Manuel Pizarro reconhece que, no socorro às vítimas dos acidentes de viação, ainda há muito trabalho a fazer em termos de organização e formação dos profissionais. O representante do Ministério da Saúde salienta que a resposta ao trauma será mais aprofundada com a reforma da rede de urgências que está em curso.



Madalena Barbosa

A Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) defende que, em Portugal, está a faltar uma rede de referência de trauma e centros especializados para socorrer de forma mais rápida e eficaz as vítimas dos acidentes de viação. Nota as mesmas carências?

A prossecução da reforma da rede de urgências cria a infra-estrutura necessária para que essa organização mais sistemática da resposta ao trauma venha a ser aprofundada. Hoje, a organização dos serviços de urgência está melhor, do ponto de vista dos espaços, dos recursos humanos e dos equipamentos. O socorro pré-hospitalar cresceu exponencialmente, em meios técnicos e humanos. Mas os progressos não nos devem impedir de aceitar que há, ainda, um largo trabalho a fazer na organização do sistema e na formação dos profissionais.

O que planeia fazer o Ministério da Saúde para que a resposta ao trauma seja mais eficaz?

O processo de requalificação das urgências, que estamos a desenvolver, tem também esse objectivo. A definição dos três níveis de serviço de urgência – básico, médico-cirúrgico e

polivalente – visa permitir a articulação coerente da rede e a orientação dos doentes. Por definição, os serviços de urgência polivalente constituem eixos centrais na área do trauma.

A organização da rede de urgências inclui a construção ou remodelação de instalações, a aquisição de equipamentos, a formação de profissionais e o alargamento dos meios de socorro pré-hospitalar. Entre 2005 e 2008, o número de viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER) passou de 33 para 40; o número de viaturas de suporte imediato de vida passou de zero para 26; o número de viaturas de suporte básico de vida passou de 30 para 59 e o número de ambulâncias contratadas com corporações de bombeiros passou de 334 para 398.

Que intervenientes devem integrar uma rede de referência de trauma?

Esta rede tem de contar com a participação dos serviços do Ministério da Saúde. Na primeira linha, estão o INEM e as instituições com que colabora no quadro do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). A rede de urgências é fundamental, tal como os hospitais que as organizam, e não podemos esquecer o papel das forças de segurança e da protecção civil. As organizações profissionais e as

sociedades científicas devem ser chamadas a uma intervenção mais activa, porque o conhecimento técnico é essencial à formulação das políticas e à alocação de recursos, para conseguirmos os melhores resultados.

A colaboração das sociedades científicas pode ajudar-nos a colmatar uma das nossas principais carências: a obtenção de informação sistematizada que permita avaliar o que fazemos. Temos um bom registo da nossa capacidade de resposta, mas precisamos de saber mais sobre a sua qualidade e sobre os ganhos em saúde que dela resultam.

A Organização Mundial de Saúde aconselha a existência de um centro de trauma por cada 1,5 a 2 milhões de pessoas. Tendo em conta a nossa realidade, de quantos centros precisaria Portugal?

Com a rede de serviços de urgência polivalente (SUP) estaremos a caminhar nessa direcção. Estamos a desenvolver serviços desse tipo em Faro, Évora, Viseu, Vila Real e Braga, aos quais se juntarão os

centros urbanos de Lisboa, Coimbra e Porto, onde existe mais do que um SUP, mas que devem funcionar de modo articulado. Claro que o desenvolvimento desses serviços é um processo continuado e a sua capacidade de resposta só será cabal depois das melhorias que estão em curso. A maior dificuldade situa-se no plano dos recursos humanos e, sobretudo, na resposta ao neurotrauma.

Uma actuação mais organizada de todos os intervenientes no socorro aos sinistrados pode reduzir o número de mortes e de incapacidades para toda a vida?

Esse é o aspecto que mais interpela a necessidade de continuarmos a melhorar. Recentemente, nos 20 dias da Campanha de Natal, entre 15 de Dezembro e 4 de Janeiro últimos, os meios do SIEM foram activados para responder a 1 150 acidentes de viação com vítimas. Activámos 1 832 meios, incluindo 287 VMER, 98 viaturas de suporte imediato de vida e, por 13 vezes, os helicópteros. Esta é uma excelente capacidade de resposta, mas precisamos de saber mais sobre os resultados. Manifesto o nosso empenho no reforço da colaboração entre todos os parceiros que já referi. É o único caminho para que continuemos a melhorar. ■

Nova tabela **avalia** **com mais justiça** os danos dos sinistros

Até há pouco tempo, não havia em Portugal uma tabela médico-legal de avaliação das incapacidades resultantes dos acidentes de viação. As indemnizações atribuídas eram, por vezes, mal calculadas. A situação alterou-se o final de 2007, com a introdução da Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

Ana João Fernandes

Decreto-lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro. Este é o diploma, em vigor desde Janeiro de 2008, que consagra a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (TIC). Trata-se de uma tabela de avaliação médico-legal dos danos corporais, aplicável principalmente às vítimas dos acidentes rodoviários, para que possam ser avaliadas e indemnizadas com maior precisão jurídica (dado que a reparação do dano corporal se traduz, em regra, na fixação de uma indemnização).

Até há um ano, apenas havia uma Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI). «Esta tabela foi elaborada de acordo com as regras do direito laboral, para ser utilizada exclusivamente na avaliação das vítimas dos acidentes de trabalho e doenças profissionais», explica Duarte Nuno Vieira, presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal e vice-presidente da Associação Internacional de Avaliação do Dano Corporal.

«Como não havia mais nenhuma tabela oficial em Portugal e muitos médicos não tinham a adequada formação pericial nem conheciam outras tabelas, acabavam por usar a TNI no âmbito do direito civil. O problema é que os princípios jurídicos, bem como os parâmetros de dano a serem avaliados e indemnizados em direito civil, não têm nada a ver com o direito laboral», acrescenta.

No âmbito do direito laboral, o que está em causa é, essencialmente, a avaliação da incapacidade para trabalhar, resultante de um acidente

ou de uma doença profissional, que determina a perda da capacidade de ganho. A incapacidade para os actos e gestos correntes do dia-a-dia também é contemplada em direito civil. «Vigora o princípio da reparação integral, isto é, todos os danos, desde que tenham dignidade para merecer a tutela do direito, devem ser avaliados e reparados», diz Duarte Nuno Vieira.

A utilização de uma tabela vocacionada ao direito laboral para avaliar os danos dos acidentes de viação «dava origem a erros susceptíveis de prejudicar os sinistrados ou as seguradoras, consoante as circunstâncias», admite o especialista. Mas, agora, com a TIC «os peritos passam a dispor de um instrumento pericial que possibilita a avaliação dos défices funcionais».

«Não existem avaliações perfeitas»

A Tabela de Avaliação das Incapacidades Permanentes em Direito Civil (TIC) foi co-redigida pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, destina-se a ser utilizada exclusivamente por médicos especialistas ou por peritos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal e inspira-se na tabela europeia *Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique*.

«A União Europeia resolveu harmonizar e criar uma única tabela médica de avaliação do dano corporal, que venha a ser obrigatória para todos os países», esclarece Duarte Nuno Vieira. Por isso, «a tabela europeia, em vigor desde Janeiro de 2006 para os funcionários das instituições comunitárias, contempla as linhas gerais e as principais incapacidades, possibilitando a cada país uma margem de adaptação à sua realidade».

O presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal reconhece que não existem tabelas perfeitas e que incluem todas as se-

INFORME-SE NA INTERNET!

- Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro: http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_352_2007.htm)

- Valores orientadores de Proposta Razoável para Indemnização do Dano Corporal Resultante dos Acidentes de Automóvel (portaria n.º 377/2008, de 26 de Maio): http://www.mf.gov.pt/legislacao/Port377_08.pdf



Peritos médicos avaliam danos

Tendo em conta os valores de referência das sequelas contempladas na Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, os peritos avaliam a dimensão do dano e atribuem uma indemnização.

quelas pós-traumáticas. «As tabelas devem conter as sequelas de referência e as mais frequentes, podendo o verdadeiro perito, por meio de uma “solução analógica”, encontrar o valor de uma sequela não contemplada na tabela através do valor de referência de uma outra sequela que imponha limitações semelhantes.»

«É importante termos uma boa tabela, mas o fundamental é termos bons peritos. Só há boa justiça se houver boa perícia», afirma Duarte Vieira. E acrescenta que os peritos médicos portugueses (são cerca de 100) têm um diploma de avaliação de dano corporal.

Este especialista admite que «a tabela europeia tem ainda muitas deficiências que, naturalmente, vão sendo corrigidas». O Ob-

servatório Permanente da Tabela reúne semestralmente, para introduzir alterações e correcções.

«Como a Medicina evolui a um ritmo vertiginoso, as tabelas devem acompanhar essa evolução, sendo revistas, no mínimo, anualmente ou, no máximo, de dois em dois anos.»

Indemnizações mais justas e rápidas

Os valores das indemnizações do dano corporal não são iguais em todos os países da União Europeia (UE). Em Portugal, «os valores definidos têm em conta a prática dos tribunais nacionais, mas fez-se uma comparação com os valores dos outros países da UE», afirma José Alvarez Quintero, presidente da Comissão Técnica de Automóvel da Associação Portuguesa de Seguradores e administrador das seguradoras Fidelidade Mundial e Império Bonança do grupo Caixa Seguros.

«Na medida em que o nosso rendimento é inferior à média europeia, naturalmente as



Duarte Nuno Vieira
José Alvarez Quintero



CONDUTORES SÃO OS MAIS DESPROTEGIDOS

Os condutores representam a maioria das vítimas mortais e feridos graves dos acidentes rodoviários.

Apesar desse facto, a maioria dos condutores não tem um seguro de acidentes com capitais suficientes. O seguro obrigatório só protege os ocupantes do veículo segurado e os terceiros. Ou seja, no caso de um despiste, por exemplo, estes condutores não terão direito a indemnização pelos danos físicos que sofrerem.

Alvarez Quintero, do grupo Caixa Seguros, defende que, embora mais caro, «compensa ter um seguro de acidentes para o condutor com capitais elevados, porque confere maior protecção». Por exemplo, «se uma pessoa falecer ou ficar parapléjica devido a um acidente grave, a sua família terá direito a uma indemnização adequada». E é importante não esquecer que muitos dos condutores que falecem em acidentes têm entre 40 a 50 anos e famílias formadas.

indemnizações também são inferiores. Se olharmos para o que não depende do nível de riqueza, mas só para os danos corporais e morais, há, de facto, uma relativa igualdade entre o que é praticado em Portugal e nos outros países europeus», completa.

Alvarez Quintero considera que a tabela e os valores indemnizatórios agora vigentes «são mais justos e transparentes». Aliás, «uma vantagem é o facto de serem valores públicos, ou seja, todas as pessoas podem conhecer o valor da indemnização a que terão direito».

Desde a publicação da portaria n.º 377/2008, de 26 de Maio, que regula os valores das indemnizações, as seguradoras têm prazos mais apertados para dar resposta. «Quando uma pessoa com danos corporais pede à companhia de seguros para ser indemnizada, a mesma tem 45 dias para apresentar uma proposta razoável ou uma resposta fundamentada, de acordo com a tabela», exemplifica Alvarez Quintero. ■

EXEMPLOS DO NOVO REGIME DE INDEMNIZAÇÃO DOS DANOS CORPORAIS EM PORTUGAL

	Sequela	Pontos	Indemnização
Lesões Graves ¹	Tetraplegia	95	Até € 328.500
	Amputação das duas mãos	75	Até € 237.000
	Amputação de uma perna	50	Até € 145.000
Lesões ligeiras ²	Fractura do punho	5	Até € 4.025

1 - Em vítimas com idade inferior a 20 anos

2 - Em vítimas de 45 anos e incapacidade permanente parcial de 5%

Ortopedistas querem ajudar dentro e fora dos hospitais

A Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) pode ajudar no tratamento pré-hospitalar dos politraumatizados. Esta é a convicção do seu secretário-geral, Luís Correia, que propõe mesmo que esta sociedade médica ministre formação aos profissionais que socorrem as vítimas no local do acidente.



Luís Correia, secretário-geral da SPOT

tardar os cuidados», considera o médico.

É que, «é necessário adequar as referências e o transporte das vítimas dos acidentes de viação para evitar transferências inconvenientes». Ora, «se o tipo de lesão for correctamente diagnosticado, essa referência pode ser melhorada», defende Luís Correia.

Afinal, «a recuperação ou o agravamento do estado de uma vítima pode estar dependente de pequenos actos praticados». Por isso, Luís Correia considera que a SPOT «pode e deve ser parceira do INEM, para que haja um conhecimento melhorado da rede hospitalar de referência».

Uma actuação mais eficaz no pós-acidente

O apoio da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia pode passar, ainda, pela formação dos profissionais da assistência pré-hospitalar. «Os médicos e técnicos do INEM poderão lidar melhor com o traumatismo dos membros e/ou vertebromedulares se fizerem uma formação connosco ou patrocinada por nós. Assim, poderão adquirir a capacidade de estabilizar e fixar fracturas, bem como de iniciar uma antibioterapia», acredita Luís Correia.

O secretário-geral da SPOT afirma que «é possível fazer os tratamentos do foro ortopédico no local do acidente ou durante a viagem para o hospital». Com isto, o responsável não quer dizer que os profissionais do pré-hospitalar não tenham já alguma formação, mas «pode-se sempre actuar melhor».

Acreditando na viabilidade do «papel social» da SPOT, Luís Correia diz que a formação aos profissionais dos organismos de assistência pré-hospitalar ministrada por esta Sociedade «teria de ser institucionalizada». Ou seja, a ideia é chegar a um acordo com quadros directivos do INEM, dos bombeiros e da Protecção Civil.

«Se a nossa vontade de colaborar com acções de formação for aceite, será fácil planeá-la. A SPOT tem capacidade organizacional e disponibilidade para o fazer. O mais difícil é ultrapassar as barreiras e criar vias de comunicação entre todos os interessados», sublinha o ortopedista. ■

Ana João Fernandes

A Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) quer ser um parceiro social na abordagem do trauma, contribuindo para o planeamento do transporte e referência das vítimas dos acidentes rodoviários, na prevenção de consequências graves e na formação dos profissionais que lidam com estas situações. Quem o diz é Luís Correia, ortopedista e secretário-geral da SPOT, que afirma a vontade desta sociedade médica em colaborar com o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e com o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) na forma como as vítimas dos acidentes devem ser assistidas e para onde devem ser encaminhadas.

ORTOPEDISTAS NA LUTA CONTRA A SINISTRALIDADE

«70 a 80 por cento dos politraumatizados têm lesões no aparelho locomotor e necessitam de tratamento do foro ortopédico.» É assim que Luís Correia, secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), explica o facto de os ortopedistas terem uma forte preocupação para com a sinistralidade rodoviária. Por isso, esta sociedade médica quer ajudar a reduzir a sinistralidade rodoviária, fomentando medidas preventivas. Luís Correia dá um exemplo: «Podemos divulgar os números reais de mortos e de feridos graves. É que a maior parte das pessoas tem noção dos números da mortalidade, mas desconhece que o número de feridos graves é, no mínimo, três vezes maior.» É importante não esquecer que muitos dos feridos graves ficam com sequelas para o resto das suas vidas.

«Se for discutida uma rede de referência com a SPOT, que conhece exactamente o que se pode fazer em cada centro hospitalar, evitam-se as transferências e as sobreposições de transferências dos doentes, que podem re-

Penalização dos condutores: O QUE PREVÊ A LEI PORTUGUESA?

Já todos sabem que não respeitar o Código da Estrada pode sair caro. As penalizações são aplicadas conforme a infracção e o histórico do condutor e vão desde as coimas até à pena de prisão, passando pela apreensão da carta de condução.

Sofia Tomé

Quem infringe o Código da Estrada está sujeito a penalizações. «Mesmo que não ocorra um acidente, os infractores podem ser penalizados pela via administrativa, com coimas e com a limitação do seu direito a conduzir, ou pela via penal, pela aplicação de prisão ou multa», explica o advogado Jerónimo Coelho dos Santos.

A coima é a sanção aplicada, por regra, às infracções leves. No caso das infracções graves e muito graves, além da coima, é aplicável uma sanção acessória de inibição de condução de um mês a um ano (infracção grave), de dois meses a dois anos (infracção muito grave) ou de três meses a três anos (conjunto de infracções).

«Um condutor que cometa uma infracção grave ou muito grave num período de cinco anos e que já tenha sido punido pela prática de três contra-ordenações muito graves ou cinco contra-ordenações, entre graves e muito graves, fica sem a carta de condução, só po-

«A violação das regras das estradas não tem de gerar punição, devendo ser motor de aprendizagem e de aumento da segurança»

Jerónimo Coelho dos Santos



dendo obter outro título passados dois anos», diz Coelho dos Santos.

O desrespeito pelas regras da condução rodoviária pode ser qualificado e punido como um crime. Nos termos do artigo 292.º do Código Penal, quem conduzir com 1,2 gramas de álcool no sangue ou mais está a praticar um crime, assim como quem conduz sob o efeito de estupefacientes. Já o artigo 291.º da mesma lei proíbe a condução perigosa, seja devida às condições do condutor ou à violação das regras do Código da Estrada.

«O artigo 292.º presuppõe que conduzir sob o efeito do álcool ou de substâncias psicotrópicas cria perigo para terceiros. À ofensa da integridade física de uma pessoa, atirando-a para o hospital ou levando-a à morte, são aplicadas normas penais relativas à violação desse bem

jurídico. Ou seja, se houver morte, serão aplicadas as normas legais do homicídio», esclarece o advogado.

Se uma condução perigosa colocar em risco a vida ou a integridade física de alguma pessoa, é considerada um crime «punível com uma pena que pode ir até aos três anos de prisão, e com a inibição de conduzir por um período que pode ir dos três meses aos três anos», refere Coelho dos Santos. ■

PUNIR NÃO GERA SEGURANÇA RODOVIÁRIA

O advogado Jerónimo Coelho dos Santos considera que as sanções praticadas em Portugal são «pesadas» e algumas «caem no exagero». Por isso, defende que a melhoria na segurança rodoviária não deve assentar no agravamento das sanções, mas na implementação de uma nova cultura.

«As sanções, em particular as coimas, têm vindo a aumentar. Não é desta forma que se reduz a sinistralidade, mas sim com uma cultura de responsabilidade colectiva e individual. A responsabilização não tem de ser unicamente jurídica, podendo também ser ética. A violação das regras das estradas não tem de gerar punição, devendo ser motor de aprendizagem e de aumento da segurança», defende este advogado.

Mas como se poderá mudar a actual cultura? «Com acções pedagógicas das autoridades, dos que administram empresas com motoristas profissionais e, necessariamente, de cada condutor. A política punitiva há muito que se mostra esgotada e incapaz de aumentar a segurança rodoviária de que precisamos», responde Coelho dos Santos.



Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia



Na luta contra a sinistralidade rodoviária

Rua dos Aventureiros, lote 3.10.10 – loja B
Parque das Nações • 1990 - 024 Lisboa
Tel.: 218 958 666 • Fax: 218 958 667
spot@spot.pt • www.spot.pt