

Dever de Lealdade

O presente número da nossa revista tem um tema dominante – a sinistralidade rodoviária.

Numa primeira abordagem parecerá estranho que dentre todos os temas que o mês de Abril nos trouxe – do aborto ao acto médico - seja este o escolhido para a ROM. A explicação, como tudo na vida, é simples.

Foi solicitado à Ordem a colaboração com a iniciativa do Dr. Jorge Sampaio – a última Presidência Aberta sobre o tema mencionado.

Não pudemos deixar de responder positivamente. Todos os que de nós fazem urgência sabem o drama quotidiano do politraumatizado.

Todos sabemos o muito que há a fazer na área da emergência tanto a pré como a hospitalar propriamente dita. Alguns de nós sabem como são terríveis os nossos números, não só o dos acidentados mas também os números de morbilidade e mortalidade perante o trauma. Talvez não se fale muito deste aspecto particular no decurso da Presidência. Provavelmente o Presidente irá focalizar-se na prevenção – no fim desta “guerra civil” idiota em que os Portugueses com a sua negligência bem-disposta se deixam morrer às centenas.

Não ver directamente defendidos os nossos pontos de vista, assumir que as nossas preocupações não são prioritárias para todos como nos parecem a nós próprios, não é no entanto razão para não colaborar.

Colaborar, por dever de lealdade para com a Sociedade de que fazemos parte e para com o Presidente que a representa, é prova de emancipação e estar na vida de forma adulta.

Para nós médicos, habituados que estamos no dia a dia do nosso trabalho com a dependência dos que estão fragilizados é fácil a autosuficiência arrogante. É mesmo um enorme risco contra o qual é necessário lutar com doses diárias de humildade.

Para nós médicos, por vezes menos atentos às nossas insuficiências, principalmente se diária e injustamente acusados como infelizmente vai sendo um hábito neste nefasto ciclo vicioso mediático em que vivemos, para nós é sempre mais fácil isolarmo-nos.

É mais fácil a pequena guerra, a guerrilha da minha especialidade contra a tua, do meu serviço contra o do outro, de Lisboa contra o Porto. Está na hora de deixar de lado o que é fácil. Está na hora de, como gente adulta, abrimo-nos para o que nos rodeia e colaborar com todos.

O tempo da picardia acabou. Não é ser fraco perceber a razão dos farmacêuticos quando a tenham, o progresso dos enfermeiros quando real. Não é ser fraco negociar um texto de Acto Médico que possa ser aceitável para todos os actores do palco da Saúde.

Não é ser fraco perceber que não estamos sós e que só impomos como válidos os nossos argumentos se ouvirmos e discutirmos como iguais os argumentos dos outros.

Colaborar nesta matéria com o Presidente da República é um dever de lealdade que nos obriga como cidadãos. O mesmo dever que nos obriga a ser testemunha da nossa ética quando ela nos condiciona à objecção de consciência quando está em causa a vida humana.

O mesmo dever que nos obriga a não confundir uma posição de princípio em defesa da vida, com qualquer tipo de capacidade de paternalizar a sociedade democrática em que vivemos impondo os nossos valores como paradigmas da moral social para a qual contribuímos como cidadãos mas que não decidimos como médicos ou enquanto Ordem.

Há um dever de lealdade que nos liga à defesa da vida e da saúde. Que nos fará estar presente na comemoração a 31 de Maio do dia Mundial contra o Tabaco, mesmo que muitos de nós relativizem o risco e defendam para si o direito a escolher um prazer em troca da saúde.

Meus caros colegas, nesta semana reiterarei a recusa da Ordem dos Médicos em se fazer representar na “Comissão para a Utilização Racional do Medicamento” já que só os médicos o utilizam e como tal só aos médicos e não aos reguladores públicos cabe definir como é o seu uso racional.

Ao fazê-lo tive a certeza que tal atitude não poderia ser interpretada como arrogância autista pois foi de par com a assumpção pública do nosso interesse num fecundo diálogo interprofissional. Assumir o que é seu só é recriminável se feito em protecção do seu interesse, da sua quinta, não quando é em razão da sua essência.

Por esse motivo é que, qualquer que seja a apreciação que os médicos tendam a fazer do veto presidencial que há seis anos impediu a publicação do “Acto Médico”, é dever de lealdade da Ordem, hoje, testemunhar que tem a certeza que tal decisão foi tomada em consciência. Que tal decisão que seguramente hoje vemos já com alguma distância da emoção da época, foi uma decisão assumida por quem tinha o dever de decidir e na interpretação do que considerava ser o “interesse nacional”.

Tenho esperança que ainda seja possível publicar o “Acto Médico”, estou no entanto seguro que tal só será possível com a unidade dos médicos em torno da sua Ordem. Unidos por pragmatismo mas também por dever de lealdade.

Numa matéria desta natureza, o aproveitamento político espertalhão, na tentativa de tirar dividendos para si ou para o seu pequeno grupo, é não só desleal e rústico mas, acima de tudo, imperdoável.

Não tenho também a menor dúvida que qualquer que seja o texto que venha a existir, se vier, este só poderá ser um texto que garanta a dignidade de todos os profissionais da saúde.

A dignidade de todos aqueles, qualquer que seja a sua profissão, que se identificam por uma Ética comum que põe a vida e o doente acima de qualquer outro valor e que assumem tais valores como um dever de cidadania.



S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 ENTREVISTA

Filomena Araújo
Pouco se faz sem estudos epidemiológicos bem estruturados

10 OPINIÃO

Álcool e Sinistralidade Rodoviária
por Rui Tato Marinho

14 A Criança e a Condução Automóvel

por João-Maria Nabais

18 Uma fracção da realidade

por José Cunha da Cruz

24 ENTREVISTA

Pedro Ribeiro da Silva
A saúde é um parceiro fundamental em todo este processo

30 OPINIÃO

Gestão do Risco na Segurança Rodoviária
por João de Deus

34 Risco, Trauma e Sociedade

por António Pedro Dorés

38 Sinistralidade Rodoviária Investigação e Reconstituição de acidentes

por João Dias

42 ENTREVISTA

Paulo de Freitas
Com organização podemos poupar muitas vidas

44 OPINIÃO

Sinistralidade Rodoviária, Trauma, Formação Médica em Emergência - O papel do ATLS® em Portugal
por Pedro Moniz Pereira

48 A Cadeia de Emergência e a sua Operacionalização

por António Marques

52 Implementação de um Sistema Integrado de Cuidados de Trauma

por Salvador da Rocha Massada

56 ENTREVISTA

Adriano Natário
Não queremos que as redes sejam vistas como fórmulas rígidas...

60 OPINIÃO

Reabilitação em Portugal – Uma Visão Pessoal
por David Peres

62 Traumatismos crânio-encefálicos: Que necessidades e que respostas?

por M.^a Emília Santos

66 Aspectos Psicossociais e Stress Pós-traumático em Acidentes Rodoviários

por José Adriano Fernandes e Maria João Heitor

68 INFORMAÇÃO

70 NOTÍCIAS

72 CULTURA

Livros, Exposições e Música

Ficha Técnica

REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 21 – N.º 56 – Abril 2005

PROPRIEDADE:



CELOM

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.

SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:
Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:
José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:
Paula Fortunato

Redactores Principais:
Miguel Guimarães, José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

Impressão:
SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paia, S.A.
Av.ª dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

Inscrição no ICS: 108374
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 1,6 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

Pouco se faz sem estudos epidemiológicos bem estruturados

Após 20 anos a pugnar pela segurança, Filomena Araújo viveu uma situação que além de ter afectado profundamente a sua vida pessoal a fez repensar o seu papel e trabalho enquanto médica: a morte trágica de um filho num acidente de viação colocou-a directamente em contacto com a crueza de um sistema que classifica de pouco eficaz e inexperiente que em nada a diferenciou pelo facto de exercer a profissão médica...

Revista da Ordem dos Médicos – Em 2004, perdeu o seu filho num acidente de viação. Considera que o facto de ser médica a ajudou de alguma forma, quer a lidar com a situação quer no contacto com os serviços de saúde envolvidos?

Filomena Araújo – Não, de todo. O facto de ser médica levou-me a constatar rapidamente a maior crueza do sistema. Já muitas vezes tinha vivenciado situações como a minha mas em que as pessoas envolvidas eram os utentes e eu estava no papel de médica. A prevenção dos acidentes e o papel que os diferentes serviços têm que desempenhar sempre foi uma preocupação para mim. Mas nunca me tinha apercebido da total crueza das coisas e da dificuldade em transpor a rigidez e desorganização geral do sistema de saúde. Essa tomada de consciência foi um choque muito grande. Precisamente por ser médica e ter esse tipo de preocupações relacionadas com a abordagem das pessoas num contexto traumático fiquei muito impressionada com a inexperiência do sector da saúde relativamente à forma de lidar com estes acontecimentos. Percebi de forma abrupta as dificuldades que os profissionais de saúde têm na gestão de situações que são de facto gravíssimas.

ROM - Essa inexperiência diz respeito apenas à forma de comunicação?

FA – Não. O que aconteceu foi uma catástrofe. O acidente que vitimou o meu filho foi algo de uma extrema violência: pelo número de pessoas que envolveu, pelas caracterís-

ticas que teve, pelo inesperado e por ter acontecido numa zona do interior do país onde provavelmente as pessoas não estão tão preparadas para catástrofes. Tudo isto fez com que me apercebesse da ineficácia da pré-emergência, do sistema de informação e de apoio às vítimas e seus familiares, nomeadamente os próprios serviços de saúde de uma maneira geral, não estão preparados para agir em relação às vítimas e na abordagem das famílias de forma a evitar um trauma maior.

ROM - Considera portanto que a informação que é dada às famílias das vítimas após um acidente não é adequada?

FA - Já nem ponho em causa o tipo de informação que é prestada, a qual tem também que ser preparada, mas a questão de como é transmitida é fundamental. A forma como se faz a abordagem pode implicar consequências graves, por isso os profissionais de saúde têm que ter mecanismos próprios para reagirem perante uma catástrofe e para resolverem situações que acarretam muita dor e muito desespero para as vítimas e familiares mas que também são violentas para os próprios médicos e enfermeiros. Tem que existir preparação para a emergência do ponto de vista técnico mas também psicológico. Todos os intervenientes têm que ser capazes de efectuar a gestão das suas competências para atenderem bem os que ainda estão vivos e não deixar traumas. É preciso saber agir rápida e correctamente com as famílias e com as vítimas. A abordagem é feita de uma forma mais que desumanizada.

ROM – Uma abordagem incorreta pode deixar sequelas...

FA – Como lhe referi não tive qualquer privilégio por ser médica, eventualmente antes pelo contrário. Senti essa falha de forma muito grave e só um enorme esforço da família e amigos nos permitiu superar e reagir ao próprio trauma que os serviços de saúde nos provocaram. Foi extremamente angustiante verificar que, numa situação em que eu era a utente que precisava de ajuda, os colegas não tinham capacidade de resposta. Fiquei com muitas dúvidas e incertezas quando me apercebi do descontrolo das redes de referência: porque é que uma vítima é transferida para um centro de saúde sem capacidade de resposta e posteriormente para um hospital de referência, o que não é em termos lógicos o mais adequado? Tudo isto tem que ser organizado pois as famílias não têm que andar a percorrer o país para terem uma informação minimamente completa. Tem que existir uma boa rede de referência e de pré-emergência hospitalar.

ROM – O facto do acidente ter sido no interior do país também foi um factor agravante...

FA – Naturalmente que sim. Mas quem tem um acidente longe do litoral tem que ter garantias de que será socorrido por pessoas treinadas para responder a situações de emergência. Todas as pessoas têm direito à vida, é um direito inalienável independentemente da zona do país onde se encontram. Essa é uma missão dos profissionais de saúde e dos médicos em particular. O interior está desertificado e é menos dotado de serviços adequados de pré-emergência hospitalar. Mas é também onde a mortalidade por acidentes de viação é maior. Provavelmente por não haver capacidade de resposta e porque o próprio ambiente favorece velocidades mais elevadas. Os sinistros nestas zonas são

sempre de maior violência pois estamos a falar de peneplanície onde por vezes há umas pequenas lombas que não diluem a percepção de que se trata de uma recta. Em zonas montanhosas tem-se naturalmente que andar mais devagar e por isso quando há acidentes a relação entre feridos/mortes é menor.

ROM – Há portanto lacunas ao nível da pré-emergência hospitalar...

FA - A questão da pré-emergência tem que ser revista, mas temos que ter a noção que não é possível ter um médico em cada ambulância ou

... quem tem um acidente longe do litoral tem que ter garantias de que será socorrido por pessoas treinadas para responder a situações de emergência.

em cada acidente. Mas temos necessariamente que ter equipas devidamente treinadas e coordenadas por médicos para existir a certeza de que, quando uma ambulância chega ao local do acidente é imediatamente feito o suporte de vida avançado e que as vítimas não terão que esperar até chegar ao hospital da rede de referência, como infelizmente acontece em alguns casos. Esse adiamento da efectivação do suporte de vida avançado é uma das razões para a elevada mortalidade. No interior as distâncias a percorrer são maiores e o tempo é fundamental. Este conceito é básico e a solução do pro-

blema é uma questão de coordenação, de organização e de formação.

ROM – Em termos de ensino o que seria necessário equacionar?

FA – Quando falamos de atendimento de emergência o treino tem que ser ao longo do curso, é preciso estruturar os internatos também nesse sentido. Tem que haver formação na área da abordagem médico-doente, do ponto de vista psicológico, da reactividade, do ponto de vista científico, para conforme a patologia saber-se exactamente o que fazer, etc.. Só assim se podem evitar sequelas às vezes irreparáveis. Os profissionais têm que ter conhecimentos que lhes permitam saber o que dizer pois uma palavra que se diz num momento de crise pode ser extremamente traumatizante. Fundamentalmente, tem que se aprender a comunicar. E isso é algo que diz respeito a todos os profissionais de saúde.

ROM - De que forma esse acontecimento trágico alterou a sua forma de encarar a prevenção dos acidentes? E o seu trabalho como médica?



Filomena Araújo
Chefe de Serviço de Saúde Pública

FA - Quando o acidente aconteceu pensei que toda a minha vida e os 20 anos a trabalhar na área da saúde pública e a pugnar pela integração da prevenção da sinistralidade, não só nos serviços de saúde, mas em todos os sectores da comunidade, tinham sido em vão. Se com as fórmulas normais não tínhamos sequer conseguido diminuir o número de acidentes e se eu não tinha conseguido contribuir para que quem me era muito querido, o meu filho, não tivesse sido afectado por essa epidemia - os acidentes de viação - então nada fazia sentido e eu nunca mais ia trabalhar na área da saúde pública. Senti uma enorme revolta em relação à ineficácia dos serviços e achei que não ia voltar a trabalhar na área da saúde.

ROM - Mas não foi isso que fez...

FA - Apesar desse desespero consegui reflectir que o melhor era utilizar o conhecimento que tenho do ponto de vista da saúde pública e do problema que são os acidentes integrados numa perspectiva social, relacionada com o ambiente, com os comportamentos para tentar mudar este estado de coisas. Eu tinha sentido a nível pessoal que a capacidade

de de resposta que existe não é adequada, que os serviços de saúde não estão preparados para estas catástrofes e que há muito para fazer e para melhorar, por isso tinha a obrigação de tentar e de nunca mais parar de lutar pelo fim desta epidemia. Devia isso a todos nós e em especial ao meu filho que, três dias antes do acidente, dizia em relação à sinistralidade que se estava tudo mal era porque as pessoas não tomavam as atitudes correctas e porque se acomodavam.

ROM - Falou à pouco da necessidade de integrar a questão da sinistralidade em todos os sectores da comunidade...

FA - Sim porque os problemas de saúde pública não se resolvem só pelo sector da saúde, e muito menos só pelos profissionais de saúde pública. Tem que haver uma metodologia baseada nos dados epidemiológicos dos acidentes, sejam eles domésticos ou de viação. São preocupações que todos os cidadãos devem ter porque de facto trata-se de uma epidemia ainda que não seja encarada como tal. Estamos perante um problema social, com um cariz do ponto de vista epidemiológico extremamente relevante. No nosso país este problema ainda é visto apenas como uma questão de polícia, de sanções e comportamentos, e esquecemos o ponto de vista social e da saúde.

ROM - Que papel reconhece aos médicos nestas questões?

FA - A intervenção dos médicos é extremamente relevante para uma abordagem epidemiológica dos acidentes rodoviários. Considero que é preciso desenvolver um plano estratégico que oriente o que cada profissional, no âmbito da sua especialidade, deve fazer nomeadamente para contribuir para a prevenção da sinistralidade. Os serviços de saúde, sejam públicos ou

privados, da pré-emergência, aos centros de saúde e hospitais, têm que ser dada a resposta devida.

ROM - Mas durante muitos anos os acidentes não foram encarados como uma epidemia em termos de saúde pública...

FA - Não, porque não se dava a importância devida à mortalidade e morbilidade existentes e às consequências desta situação: anos de vida perdidos, anos de vida sem saúde, quer para as vítimas directas que ficam com sequelas neurológicas ou ortopédicas para toda a vida, quer para as famílias que normalmente ficam com graves sequelas psíquicas permanentes. Quando se estuda o impacto dos acidentes tem que se ter em conta esses anos de vida perdidos e de incapacidade pois têm custos sociais muito graves e custos directos para os serviços de saúde.

ROM - Há de facto um declínio acentuado da qualidade de vida das vítimas e seus familiares. Que medidas pensa que se devem tomar para evitar esta situação?

FA - Há várias questões importantes... Temos que ter um estudos epidemiológicos bem feitos para sabermos que tipo de resposta devemos proporcionar. Para definir os recursos a afectar é preciso conhecer as necessidades existentes. Não há uma adequação da resposta dada pelos médicos para responder aos problemas efectivos: como não existem estudos epidemiológicos bem estruturados não sabemos quais são as necessidades. A meta de reduzir em 50% os acidentes na próxima década é interessante mas pessoalmente parece-me que podemos não estar a dar a resposta adequada e não estaremos portanto a resolver o problema, mesmo que se reduza o número de sinistros. E o acompanhamento que é dado às famílias também



é fundamental. Não se pode continuar quase exclusivamente a prescrever medicamentos ou passar baixas...

ROM - Como analisa os grupos de apoio/auto-ajuda?

FA – Em primeiro lugar, penso que os profissionais de saúde deviam ter grupos de suporte para os ajudar a intervir nestes traumas para que possam também eles ajudar os utentes. Relativamente às vítimas e às suas famílias, apesar de não estar perfeitamente inteirada das metodologias usadas nos grupos de auto-ajuda, acho que são úteis. Há experiências interessantes de apoio, sempre louváveis, mas que precisam de facto de ser moderadas por pessoas devidamente preparadas, com aprofundamento técnico e científico, porque não estamos a falar de grupos de amigos, trata-se de reuniões que têm que ter um efeito terapêutico. Mas este tipo de resposta não chega. A sociedade civil organiza-se e dará o seu melhor, mas não é suficiente. Tem que haver pessoas devidamente preparadas de grupos com cariz técnico-científico, com investigação e avaliação, que dêem esse tipo de

apoio psicológico. Além disso é necessário que todos os médicos que têm contacto com as vítimas e seus familiares tenham alguma preparação para a abordagem a efectuar. Há profissionais interessados a nível individual mas não existe em Portugal escola para este tipo de apoio. Tal como não temos apoio para outras situações igualmente preocupantes e traumáticas, como por exemplo o stress pós-traumático da Guerra do Ultramar. O Dr. Afonso de Albuquerque andou 30 anos a defender a resolução desta falta de apoio e só ao final de três décadas foi decidida a criação das equipas, as quais ainda não estão a funcionar. O número de jovens que morreram no Ultramar e o número de famílias afectadas é elevado. Mas o número de pessoas que morrem em acidentes de viação é superior. Portanto, no nosso país, há muito mais famílias afectadas e muito mais pessoas com sequelas causadas pela sinistralidade do que pela guerra... É importante que existam grupos de apoio mais estruturados.

ROM – Como resumiria esta problemática da prevenção da sinistralidade rodoviária?



FA – É uma questão de organização e de vontade, de querer discutir a problemática dos acidentes e da saúde, as suas implicações na medicina, o tipo de prestação que estamos a fazer e o que seria desejável. Nenhum médico se pode acomodar pois muito poucas áreas da medicina estarão fora do âmbito da sinistralidade. Este não é um problema que aconteça apenas aos outros. Vamos todos ser afectados.

Uma postura de prevenção activa

Após ter decidido que o que era correcto e desejava fazer era continuar a ter uma atitude activa na defesa da prevenção da sinistralidade, Filomena Araújo envolveu-se em várias iniciativas, nomeadamente na criação da Estrada Viva- Liga contra o Trauma, que envolve dezenas de Associações e Sociedades. Mais recentemente na criação da GARE - Associação para a Promoção de uma Cultura de Segurança Rodoviária: «É preciso lutar contra o trauma numa perspectiva mais que multidisciplinar. Organizamos com um grupo de pessoas de Évora uma associação de intervenção cívica e social para pugnar pela implementação de uma cultura de segurança. A prevenção rodoviária será mais eficaz se existir uma cultura de segurança. Como é um processo social e cultural levará o seu tempo, mas a mudança faz-se dia-a-dia. Para começar a GARE, em parceria com a autarquia, terá um gabinete de apoio rodoviário com funções de fornecimento de informação sobre segurança rodoviária e turística, mas sempre na perspectiva da implementação de uma cultura de segurança.» O contacto desta associação é gare_pt@yahoo.co.uk

Álcool e Sinistralidade Rodoviária



Rui Tato Marinho

Gastroenterologista - Hospital de Santa Maria
Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Os acidentes de viação constituem na União Europeia (UE) um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis anualmente por cerca de 40.000 mortos e 150.000 deficientes. Numa perspectiva mundial, o número de mortos por acidente de viação é superior às provocadas pelo tumor maligno mais frequente (cancro do pulmão). Constitui a principal causa de morte nos jovens europeus e portugueses com idades entre 1 e os 29 anos. Portugal lidera as estatísticas europeias, tendo sido em 2003 o país da Europa dos quinze com a taxa mais elevada de mortos, 150 por milhão e o terceiro da União Europeia dos vinte e cinco, só atrás da Látvia e da Lituânia. O risco de morrer na estrada portuguesa é 250% superior em comparação com a Suécia, Holanda, Reino Unido.¹ Isto apesar do número de mortos se ter vindo a reduzir nos últimos anos, à semelhança do que tem acontecido na Europa em que o número de mortos baixou 7,5% de 2002 para 2003.² Cada acidente fatal é uma catástrofe com grande sofrimento humano e impacto na sociedade. A idade média do morto por acidente de viação ronda os 40 anos, uma das idades mais produtivas da vida, 30 anos antes da idade da morte segundo os números actuais da esperança média de vida. São 30 anos de vida perdidos.³

Todos os dados apontam para que 80 - 90% dos acidentes mortais são causados por erro humano, sendo os dois factores mais importantes o excesso de velocidade e a condução associada ao consumo excessivo de álcool. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o consumo excessivo de álcool é uma ameaça significativa à saúde pública mundial e os problemas associados à ingestão excessiva atingem proporções alarmantes. O álcool cons-

titui um dos mais importantes riscos do ponto de vista global para a saúde, segundo um relatório de Dezembro de 2004:⁴ *"In 2000 alcohol use was responsible for 4.0% of global disease burden, slightly less than the damage caused to society by tobacco use (4.1%) and high blood pressure (4.4%)"*. O alcoolismo reduz a esperança média de vida em 10 - 12 anos.

As estatísticas do consumo de álcool também não nos são muito favoráveis. Como é bem sabido, Portugal é desde há longa data, um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas. Segundo os dados da publicação World Drink Trends (2004) em 2002 fomos o sétimo consumidor mundial com 9,7 gramas de álcool puro per capita por ano. Portugal consome o dobro da média mundial que é de 5,79 gramas. Portugal lidera também o consumo de vinho, sendo o quarto consumidor mundial. Cada português em 2002 consumiu em média 43 litros de vinho, 58,6 litros de cerveja e 1,4 litros de álcool puro em bebidas destiladas.⁵ O problema não reside no consumo de bebidas alcoólicas, mas sim no excesso habitual e promovido até em Portugal: quase 1/5 da população portuguesa excede-se no consumo diário: existem em Portugal aproximadamente 750.000 alcoólicos e 1 milhão de bebedores excessivos.⁶ As doenças provocadas pelo consumo excessivo são cerca de 60 (mentais, hepáticas, cardíacas, musculares, sociais, familiares, oncológicas, sexuais, mortes violentas, etc). Às elevadas taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, segundo os padrões europeus, não será alheia a frequente "alcoólização" da juventude portuguesa: segundo a OMS *"Recent evidence suggests an association between alcohol-use disorders and HIV/AIDS"*.

Segundo a OMS, considera-se consumo excessivo diário mais de 24 gramas de álcool no homem (2 a 3 bebidas) e mais de 16 gramas na mulher (1 a 2 bebidas). Ingestões até estes valores, a partir dos 21 anos poderão até ser benéficos do ponto de vista cardiovascular.

À semelhança do que se passa noutros países, os dados apontam, na actualidade, para padrões de consumo bem marcantes da nossa sociedade como sejam o início precoce do consumo (12 -13 anos), a feminização do alcoolismo (as mulheres jovens tendem a aproximar o consumo do sexo masculino) e o crescente "binge drinking" (consumo excessivo com mais de 4 bebidas no homem e mais de 3 na mulher numa só ocasião).

Estão pois criadas em Portugal as condições para o excesso de acidentes mortais em Portugal, a que não é estranho segundo alguns autores a resistência ao cumprimento da lei.⁷

Estima-se que em cerca de 40 - 50% dos acidentes mortais esteja presente o consumo de álcool (Estados Unidos 50%, França 50%, Brasil 50%). Para alguns tipos de condutores os números atingem os 70-80% (sexo masculino, condutor isolado, na madrugada do fim-de-semana).

A ingestão de "uma bebida alcoólica" equivale aproximadamente à alcoolemia de 0,2 mg/ml. Em França, por exemplo, tem sido tentado transmitir esta ideia. Apesar das diferenças na graduação (vinho 11°C, cerveja 5°C, Porto 20°C, Whisky 40°C), como as quantidades habitualmente consumidas variam também, a ingestão traduzida em quantidade de álcool puro por bebida acaba por ser muito semelhante.

A condução é das actividades humanas mais complexas, já que a multiplicidade e a simultaneidade de tarefas

executáveis são inúmeras (3 pedais, um volante, mudanças, velocímetro, 3 espelhos, outros automóveis pela frente, trás, lado, nível do combustível, estrada, sinalização, etc).

As alterações psicomotoras iniciam-se já com valores de 0,1 – 0,2 mg/ml. Com estes valores, a resposta à situação de emergência, a divisão da atenção e da função visual encontram-se já prejudicadas. O risco relativo de morte, em comparação com a condução sem ingestão de álcool, duplica de 0,2 para 0,5 mg/ml, mas no jovem do sexo masculino (16 – 20 anos) aumenta cerca de 8 vezes.⁸ Com os “legais” 0,5 mg/ml verifica-se a perda de sentido crítico além da redução em 30% da visão periférica. A acidentologia rodoviária é uma área da sociedade que interessa transversalmente a todos os sectores. As autoridades de saúde e a comunidade médica prestam cada mais atenção a esta relevante causa de mortalidade e morbidade. Um importante estudo publicado numa das revistas médicas de maior impacto mundial, indica que a medida mais eficaz a curto prazo para a redução da mortalidade rodoviária é a aplicação rigorosa da lei:⁹ “*Traffic-law enforcement effectively reduces the frequency of fatal motor-vehicle crashes in countries with high rates of motor-vehicle use. Inconsistent enforcement, therefore, may contribute to thousands of deaths each year worldwide*”. No campo específico da alcoolemia sugere-se ainda a redução da taxa limite para 0,2 mg/ml para os jovens (< 21 anos ou carta há menos de 2 anos), para condutores de veículos a motor de duas rodas e para profissionais (transporte de mercadorias perigosas, condutores de veículos de mercadorias (>3,5 toneladas), condutores de autocarros (>8 lugares de passageiros), entre outros) de acordo com as recomendações da Comissão das Comunidades Europeias. Reforçar a lei e aplicá-la é salvar vidas, em particular a dos jovens portugueses (fig. 1).

Ideias Chave

- Os acidentes rodoviários são a pri-

meira causa de mortalidade nos jovens portugueses

- Portugal é um dos maiores consumidores mundiais álcool
- Cerca de 90% dos acidentes são causados por erro humano
- As duas principais causas de acidentes mortais são o excesso de velocidade e a condução associada ao consumo excessivo de álcool
- A medida mais eficaz para a redução da mortalidade rodoviária é a aplicação rigorosa da lei (law-enforcement)
- Sugere-se ainda a redução da taxa limite de alcoolemia para 0,2 mg/ml para os jovens (idade inferior a 21 anos ou carta há menos de 2 anos), para condutores de veículos a motor de duas rodas e para profissionais (transporte de mercadorias perigosas, condutores de veículos de mercadorias (>3,5 toneladas), condutores de autocarros (>8 lugares de passageiros, entre outros) de acordo com as recomendações da Comissão das Comunidades Europeias

Alcoolemia e Condução

- Segundo a OMS, considera-se consumo excessivo diário mais de 24 gramas de álcool no homem (2 a 3 bebidas) e mais de 16 gramas na mulher (1 a 2 bebidas).
- A ingestão de uma bebida alcoólica equivale aproximadamente à alcoolemia de 0,2 mg/ml.

- As alterações psicomotoras iniciam-se já com valores de 0,1 – 0,2 mg/ml.
- O risco relativo de morte duplica de 0,2 para 0,5 mg/ml, mas no jovem do sexo masculino (16 – 20 anos) aumenta cerca de 8 vezes.

1 Community Road Accident Database. Accident Statistics, fatalities, historical series. European Commission, 2004

http://europa.eu.int/comm/transport/care/statistics/series/fatal1991_rate/index_en.htm

2 Road Safety Quick Indicator 2003. European Commission, Directorate general for energy and transport, 2004.

http://europa.eu.int/comm/transport/road/figures/accidents/quickindicator/documents/qi_2003.pdf

3 R. Marinho. Perspectiva médica sobre a taxa de alcoolemia de 0,2 mg/ml. Rev Port Clin Geral 2002;17:471-86.

4 World Health Organization. Executive board 23 December 2004. Public health problems caused by alcohol. http://www.who.int/substance_abuse/en/report_to_secretariat_public_health_problems_alcohol_ebl15

5 Centro Regional de Alcoologia do Sul. <http://www.cras.min-saude.pt/consumosalcool2002.pdf>

6 M. Lucília Mercês de Melo, José Barrias, João Breda. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Direcção-Geral de Saúde 2001.

7 José Gil. Portugal Hoje – O Medo de Existir. 7ª Reimpressão. Edição Relógio D' Água Editores, Lisboa 2004.

8 Relative Risk of Fatal Crash involvement by BAC, Age, and Gender. U.S. Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration 2000. <http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/alcohol/809-050pdf.pdf>

9 Redelmeier DA, Tibshirani RJ, Evans L. Traffic-law enforcement and risk of death from motor-vehicle crashes: case-crossover study. Lancet 2003;361:2177-82.

Texto baseado em exposição efectuada à Assembleia da República no “Fórum Segurança Rodoviária” na Comissão de Obras Públicas, Transportes e Comunicações, em Março e Dezembro de 2004.

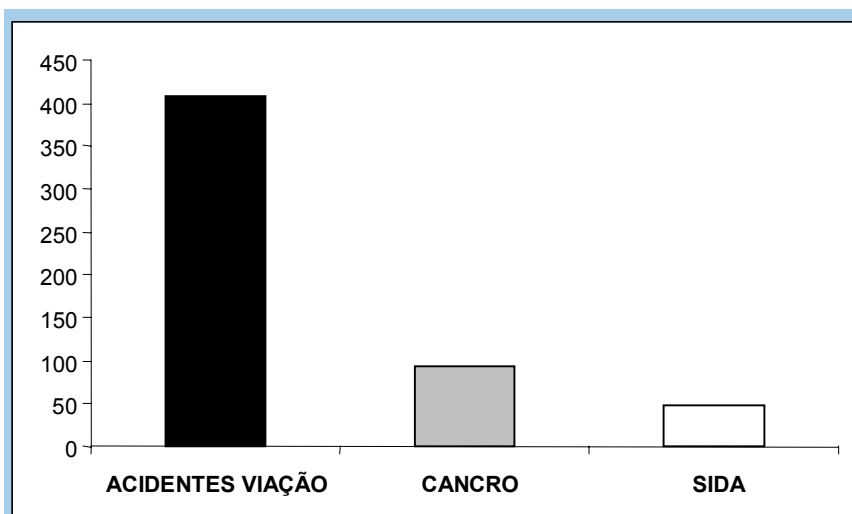


Figura 1 - Mortes em Portugal (1 – 24 anos). Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001.

A Criança e a Condução Automóvel

Todos os anos, milhares de crianças são vítimas de acidentes de vária índole, em decorrência de graves falhas de atenção, e de pouca ou nenhuma informação sobre o quotidiano dos seus dias.



Os acidentes são lesões de diferente grau de gravidade, não premeditados, induzidos muitas vezes

por hábitos e costumes de pouca civilidade, sem intuito de causar trauma ou ferimento, mas que no limite podem ter como resultado a morte. São exemplos entre muitos: os acidentes de trânsito, as quedas, afogamentos, sufocações, queimaduras, intoxicações ou envenenamentos, etc., que na sua larga maioria se conseguem evitar com prevenção e uma útil e adequada explicação. Estudos indicam que simples medidas de precaução podem reduzir substancialmente o número de acidentes. O nosso papel é sensibilizar a sociedade no seu conjunto, de modo a alterar essa forma tradicional de comportamento.

Temos que ter sempre em atenção que todas as crianças e jovens, pela vulnerabilidade específica do seu desenvolvimento psicomotor e do crescimento estatura-ponderal que experimentam nos primeiros anos de vida, até serem adultos, estão sujeitos a riscos acrescidos quando se deslocam no trânsito complicado e muitas vezes ca-

ótico das nossas estradas que se concretizarem podem irreversivelmente perturbar as expectativas legítimas de um futuro normal.

A todos os garotos deve-se começar o mais precocemente possível a sensibilizar para a temática da segurança rodoviária a fim de atingirem um desenvolvimento cognitivo, afectivo e psicomotor necessários à sua plena integração na circulação automóvel. Assim, além de lhes ser concedida primordial protecção na segurança, necessitam de aprender desde muito cedo, como actuar perante situações potenciais de perigo eminente, para reagirem dentro do possível de modo mais seguro e expedito.

Os traumatismos, ferimentos e as lesões resultantes dos acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade, tanto temporária como definitiva, no grupo etário das crianças e jovens, em quase todos os países do mundo desenvolvido.

Segundo APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) os bebés e crianças pequenas, até cerca dos trinta meses de idade (dois anos e meio) ou ainda se possível até mais tarde, devem sempre viajar com a cadeirinha virada para trás já que nesta posição e em caso de choque frontal,

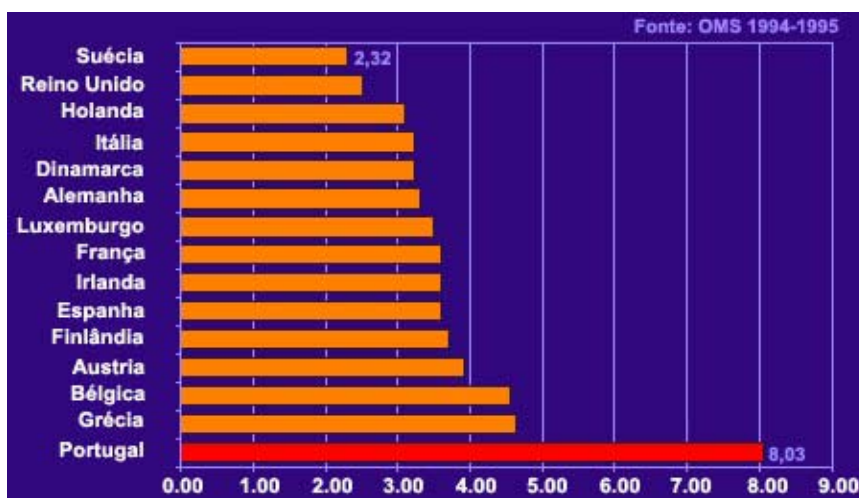
as costas, cabeça e pescoço - zonas muito sensíveis e frágeis - estão uniforme e naturalmente apoiados.

Mortalidade rodoviária por 100.000 crianças (0-14 anos)

Infelizmente, Portugal continua a não ser exemplo para ninguém, onde a taxa de mortalidade (8,03) por acidente rodoviário em crianças [1-14 anos] é o dobro da média comunitária. A este respeito, somos um país mal classificado na União Europeia, incluindo países como a Grécia, Espanha e Itália. Os países que demonstram uma enraizada e melhor cultura de segurança são a Suécia (2,32); Reino Unido (2,9) e Noruega (2,9). Por cada morte, estima-se que outras 5 crianças ficam incapacitadas permanentemente. São ainda milhares os feridos graves e ligeiros que todos os anos são atendidos nas urgências dos hospitais.

Na Suécia, a marca Volvo foi a primeira a desenvolver em 1964 uma cadeira voltada para trás e desde que a maioria das crianças viaja até aos 3 anos de costas para o sentido do trânsito, verificou-se um acentuada descida da mortalidade.

Em Portugal, em média, são atropeladas por ano cerca de 1700 crianças



com menos de 14 anos (dados relativos ao período 1999-2002). Estes atropelamentos causam anualmente 23 mortos e 215 feridos graves. Alguns dos feridos graves ficam com sequelas físicas e emocionais irreversíveis.

Previna-se... qualquer criança tem direito a uma correcta segurança no automóvel

O modo como seu filho é transportado no carro é um factor tão importante como são a velocidade do veículo e as condições do tempo e da estrada. Acidentes com veículos envolvendo, peões e passageiros, são a principal causa de morte das crianças de 1 aos 14 anos.

Antes do carro iniciar a marcha devemos sempre verificar a cadeirinha, o assento (banquinho) elevatório ou os cintos de segurança, pois além de funcionais devem estar bem colocados e ajustados para a melhor protecção das crianças quando viajam de automóvel. Nunca se sai de carro com crianças, sem estes sistemas de retenção, mesmo que seja para ir até a esquina comprar o jornal!

Entretanto, não basta comprar um destes artigos para garantir a segurança do seu filho. É importante usar cadeiras certificadas (esta é a garantia adicional de que o produto está preparado para resistir a um acidente) que sejam apropriadas ao tamanho e ao peso da criança e que se adaptem devidamente ao seu veículo. Vários ensaios demonstram que a maioria das cadeiras e assentos de segurança não é instalada de forma perfeita. E nunca se deve colocar num lugar com *airbag* activo!

Tendo em vista o transporte seguro das crianças no automóvel, convém antes de se comprar um dos modelos à venda, verificar a adaptação dos mesmos à idade da criança e ao automóvel, e assim promover o seu bem-estar e contribuir para a nossa paz de espírito.

Erros mais comuns:

- Usar uma cadeira inapropriada para

a idade, peso e altura da criança;

- Colocar uma criança menor de 2 anos de idade ou com menos de 12 kg numa cadeira de segurança, no sentido da condução;

- Não instalar a cadeirinha ou assento, bem presa ao banco do carro, e não colocar a criança correctamente sentada.
- Instalar a cadeirinha no banco da frente.

Devemos ser mais críticos e exigentes em relação ao transporte escolar - autocarros com cintos adequados e locais de paragem, seguros para largar e recolher as crianças.

Por fim, e enquanto condutor, devemos contar que junto às zonas residenciais, escolas ou parques infantis, com facilidade pode aparecer de repente à nossa frente uma bola, uma criança a correr ou de bicicleta - em velocidade moderada há mais tempo para reagir e menor probabilidade de provocar um atropelamento. Quando andam de bicicleta além do uso de capacete próprio, bem ajustado devem ficar desviados do trânsito automóvel.

A segurança da criança enquanto peão é um problema complexo e o controlo e diminuição do número de vítimas exige a intervenção e o esforço coordenado de pais, condutores, câmaras municipais, governo e autoridades.

Conselhos básicos

Todas as acções de vigilância feitas às condições de transporte das crianças, apontam que na sua maior parte viajam sem segurança alguma ou com falhas de protecção. A maioria dos dispositivos de retenção tem erros de instalação.

A grande percentagem dos acidentes rodoviários que vitimam crianças ocorre dentro das localidades, perto de casa ou da escola, nos pequenos percursos e a baixa velocidade.



João-Maria Nabais
Pediatra

Assim:

- A criança tem que viajar sentada num sistema de retenção adequado (de acordo com a idade, peso e altura), mas sempre o conjunto seguro pelo cinto de segurança;



- O cinto de segurança deve ser um hábito, por menor que seja a distância a percorrer, e por todos deve ser utilizado;

- Estudos americanos mostram quando as cadeiras e cintos de segurança são instalados e correctamente usados, diminuem em 70% os riscos de morte em caso de acidente;

- Sempre que um sistema de retenção tenha sido exposto a um acidente deve ser trocado;

- O modelo a utilizar deve obedecer às normas de segurança actualmente impostas pela legislação comunitária;

- Os pais, médicos, educadores de infância e os professores podem ter um papel essencial na formação destes pequenos utentes, ajudando-os a conhecer, compreender e a evitar esses riscos, especialmente no caminho de casa para a creche, jardim-infantil ou escola.

Os nossos filhos têm que merecer o mesmo nível de protecção como as crianças no resto da Europa. Só com o empenhamento de todos nós será possível contribuir para que Portugal deixe de ser um País onde crescer, viver e circular nos passeios, ruas e estradas corresponda a um risco diário inadmissível quase como se vivéssemos em continua guerrilha subversiva urbana, igual à de uma qualquer nação



do 3º mundo. Temos que ter sempre em consideração que o respeito pela Segurança Rodoviária pode salvar muitas vidas, tanto a nossa, como dos familiares mais próximos e

também a dos outros, e isto é muitíssimo importante se queremos caminhar para uma sociedade mais equilibrada, moderna e evolutiva.

Pretende-se criar condições consistentes e tecnicamente fundamentadas, para uma estratégia global de combate à sinistralidade rodoviária, integrado num Plano Nacional de Prevenção Rodoviária (PNPR), com a intenção duma substancial melhoria no País visando drasticamente reduzi-la para níveis próximos da média europeia, nos próximos 5 anos.

A melhor forma de diminuir o risco de acidente, é desenvolver desde muito cedo uma mentalidade de prevenção, orientada à criança, não só para o cumprimento das regras básicas, mas também sensibilizá-la no respeito pelos outros, para que adopte um comportamento cívico ao utilizar a via pública.

Com o Novo Código da Estrada, que entrou em vigor no dia 26 de Março, torna-se necessário e urgente informar e esclarecer as populações sobre as novas medidas de protecção das crianças em meio rodoviário.

A responsabilidade moral é sempre nossa, no que respeita à perspectiva da saúde e da vida, do que há de melhor no futuro de qualquer sociedade e que são os nossos filhos!

Abril de 05



AGENDA

I.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras

de Maio 2004 a Maio de 2005

(1 conferência por mês)

Local: Sala da Assembleia Municipal – Guarda

Contactos: Telef./Fax: 271 220 212

E-mail: cei@cei.pt

VI Jornadas de Pneumologia em Medicina Familiar

19 e 20 de Maio de 2005

Local: Lisboa - Salão Almada Negreiros - Gare Marítima de Alcântara

Contactos: Av. Miguel Bombarda, 61, r/c Esq.º - 1050-161 Lisboa;

Telef.: 213 584 380; Fax: 213 584 389

E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

VII Congresso da Associação Nacional de Cuidados Paliativos

1 a 3 de Junho de 2005

Local: Coimbra, Hotel D. Luís

Contactos: R. Dr. António Bernardino de Almeida; 4200-072 Porto;

Telef.: 225 073 940 Fax: 225 073 833

X Jornadas de Cardiologia na Clínica Geral da Zona Sul

2 e 3 de Junho de 2005

Local: Lisboa; Hotel Villa Rica

Contactos: Av. Miguel Bombarda, 61 r/c Esq.º, 1050-161 Lisboa;

Telef.: 213 584 380; Fax: 213 584 389

E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

EULAR 2005 – European Congress of Rheumatology

8 a 11 Junho de 2005

Local: Viena (Áustria)

Contactos: Viagens Abreu, S.A. - Dept. Congressos;

Tel.: 222043590 - Fax: 222043693

11th World Congress on Pain

21 a 26 de Agosto de 2005

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

Ecco 13 - The European Cancer Conference

30 de Outubro a 3 de Novembro de 2005

Local: Paris, França

Contactos: congressos@geotur.com

Mestrado em Risco, Trauma e Sociedade

17 de Outubro de 2005 a 9 de Junho de 2006

Local: ISCTE

Contactos: Departamento de Sociologia do ISCTE, Av. das Forças Armadas.

1649-026 Lisboa; Tel.: 217 903 016; Fax: 217 903 017

Email: secretariado.depsociologia@iscte.pt

Informações: <http://home.iscte.pt/~apad/risco/indexrisco.htm>

Uma fracção da realidade

Sobre a problemática da sinistralidade rodoviária, seguramente que nunca estará tudo dito. É pois estribado nesta minha convicção que ousar reflectir “em voz alta” aqui neste conjunto de caracteres alinhados em palavras e linhas, tentando que elas mostrem as minhas preocupações enquanto cidadão empenhado, profissional de saúde activo e voluntário do socorro integrado num corpo de bombeiros.

Falar em português e em Portugal de acidentes rodoviários é falar de quê? Que realidade? Que dimensão? Que números?

Todos os números que consigamos encontrar, oficiais e officiosos, traduzem apenas uma fracção da realidade, da verdadeira grandeza do nosso problema. Mas eu acredito neles, apenas questiono que fracção da realidade eles representam!

(Não me) Atrevo a perguntar sobre os números que ainda não conhecemos, como por exemplo os anos de vida perdidos, os vencimentos não recebidos, as incapacidades acumuladas, os traumas escondidos, a reabilitação esquecida, o preço do socorro, as taxas de (in) sucesso do mesmo, as lições (não) aprendidas...

Passando uma vista de olhos na nossa realidade e nos nossos números (os mais mediatizados) ficamos com a segura ideia que estamos no bom caminho. Os dados provisórios do Obser-

vatório de Segurança Rodoviária da DGV¹ mostram que tivemos em 2004 menos mortos (-17%), menos feridos graves (-11.6%) e menos feridos ligeiros (-7.4%) que em 2003. Estamos portanto a melhorar...baseados nas informações e nos dados colhidos junto das autoridades policiais e nas estatísticas vitais do país. Mas.. (...há sempre um mas!) existem factores de ordem burocrática que tem de ser também analisados. Cito alguns: o acesso à informação, o atraso na compilação, a sub notificação, a definição de morto, ferido grave e ligeiro, etc. (atenção que estes não são apenas problemas só nossos, são de todos os países.)

E que outras novas realidades existem em português?

A maior prende-se com um novo Código da Estrada orientado para o sancionamento mais pesado das manobras perigosas e muito perigosas, elas próprias também reclassificadas.

Inicialmente veremos um resultado positivo em termos da diminuição da sinistralidade e consequentemente uma redução de custos materiais directos e indirectos. As estatísticas mostrarão menos mortos e menos feridos. Sinal de sucesso?

Duvido.A não ser que se regulamentem rapidamente algumas questões deixadas em aberto no novo código. A não ser que os agentes fiscalizados sejam dotados de meios humanos e materiais suficientes para exercerem uma pressão suficientemente regular que leve os utentes (nós!) a modificar definitivamente alguns comportamentos.

Quem estiver atento aos média, sabe que as entidades policiais reclamam mais agentes, mais meios e melhores condições. Quem viajar um bom par de quilómetros pelas nossas estradas apercebe-se com facilidade da carência de meios para uma vigilância e uma regulação no mínimo mais presente. Acredito que é a presença reguladora

da autoridade no terreno mais “implementadora” da boa prática da condução que o peso do sancionamento rigoroso e vigoroso das manobras perigosas através dos tribunais, embora ambas precise de existir. E perflho da opinião que necessitamos de uma pressão social da sociedade civil permanente que nos leve a todos, sem excepção, a modificar comportamentos e os conceitos (preconceitos?) que no nosso entendimento giram à volta da sinistralidade rodoviária. Precisamos, como diz José Gil, de inscrever a sinistralidade (catástrofe) rodoviária no nosso quotidiano.

Em 2004, no Dia Mundial da Saúde, a O.M.S. divulgou dois excelentes documentos^{2,3} sobre esta problemática onde se opta pelo termo “crash” em detrimento de “accident”, justificando e demonstrando que os desastres rodoviários não são “acidentes” imprevisíveis nem inevitáveis e portanto não são acontecimentos incontrolláveis.

Os desastres rodoviários são ocorrências que não são pré-localizáveis no tempo nem no espaço mas são previsíveis se estudadas a partir de dados epidemiológicos bem recolhidos e tratados com rigor científico.

Vejamos, como exemplo, os desastres nos chamados “pontos negros” da nossa rede viária. Existem. Estão catalogados e identificados. A DGV tem a lista e sabe quantas pessoas lá morreram, quantos desastres e a que horas aconteceram, em que condições atmosféricas, em que época do ano, etc., etc. Com base num histórico suficientemente dilatado poderíamos estimar quantas pessoas ainda lá vão perder a vida até serem corrigidos. Arrepiante só de pensar? Eventualmente criminoso se for verdade!

E se disséssemos que aproximadamente 40% das vítimas da nossa sinistralidade (principalmente idosos e crianças) sofrem a “agressão rodoviária” dentro

das localidades e que estes “pontos negros” não constam na lista dos pontos negros?

À atenção dos excelentíssimos autarcas deste país em pré-pré-campanha eleitoral...

A criação de equipas multidisciplinares de investigação deste tipo de ocorrências, à semelhança das que já existem na Finlândia desde 1968, (compostas por um perito em estradas, um inspetor de veículos, um policia, um médico e por vezes um psicólogo), com acesso, coberto pela lei, a dados públicos e privados sobre os veículos, as pessoas e os cuidados de saúde prestados, utilizando protocolos previamente definidos, focando mais a sua atenção na prevenção dos desastres e dos danos pessoais e não no apuramento da responsabilidade civil ou criminal seria um instrumento valiosíssimo na contribuição de soluções para a erradicação dos dito “pontos negros”.

Haverá por aí alguém, com responsabilidade na coisa pública, com vontade para inventar esta roda que já está provado ser eficaz? É um investimento garantido!

Outra ideia defendida (e esta toca-nos a todos nós médicos...) é a mudança qualitativa da intervenção da saúde na sinistralidade. Se alguma vez os médicos e as autoridades de saúde estiveram apenas a jusante dos sinistros pretende-se que sejam agora cada vez mais pró-activos.

Estudos recentes para a Europa³ estimam custos (valores médios) só na prestação cuidados de saúde da ordem dos 7.000 € para as vítimas mortais e 12.000 € para os feridos graves, podendo estes chegar aos 250.000 € no caso de poli-traumatizados graves do crânio+coluna vertebral.

Se aplicarmos esta trágica tabuada aos nossos números (1), podemos estimar um gasto de 57 milhões de Euro só em cuidados de saúde prestados às vítimas mortais e feridos graves em 2004. Com facilidade aceitaremos a estimativa da OMS que a sinistralidade rodoviária nalguns países atinja valores da ordem de um a dois pontos percentuais do seu PIB!^{2,3}.

Precisamos, portanto, de conhecer os nossos verdadeiros números das emergências monitorizando os mortos e outras vítimas. Necessitamos analisar o nosso sistema integrado de emergência em termos de custo benefício para eventual reformulação de objectivos tendo como única preocupação eliminar o desperdício de recursos. Quantas emergências temos? Quanto gastamos por ano nessa rubrica?

O sector da saúde é ele próprio um consumidor de transporte de doentes/sinistrados. Quanto gastamos nos nossos transportes e nas acções de socorro? Quem as paga? Impomos e exigimos regras e boas praticas de condução?

E agora um aspecto menos discutido mas seguramente importante.

A capacidade física e mental dos condutores. Quem a atesta? Como? E quando?

Dentro de pouco tempo, no nosso país, os médicos de família poderão atestar a condição física dos seus doentes/utentes mais idosos (<70 anos) para a condução de veículos da categoria B). Não discuto o argumento que ninguém melhor que o médico que segue regularmente o seu paciente pode pronunciar-se sobre a sua capacidade para a condução.

Basta depois ler a legislação nacional sobre a matéria ou a Directiva 91/439/EEC de 29 de Julho, que estipula o valores mínimos para obtenção da carta de condução em particular no que se refere à avaliação da ausência de potenciais riscos derivados da falta de acuidade visual e auditiva, da incapacidade motora, das doenças cardiovasculares que possam causar perturbações cérebro vasculares agudas, da diabetes mellitus, das doenças mentais e do SNC, do consumo de álcool, das substâncias ilícitas, dos medicamentos e da insuficiência renal significativa. Muito bem. Coisa pouca. Aliás já era feito em alguns sítios por “delegação de competência” da autoridade sanitária. Mas...se constatar a incapacidade posso impor-lhe alguma limitação? Por exemplo circular só de dia ou fixar uma velocidade máxima instantânea menos



José Cunha da Cruz

*Especialista em Medicina Geral e Familiar;
Comandante de Bombeiros – jrcruz@snbpc.pt*

xis km/h? Posso inibi-lo de conduzir?

E um doente/utente com carta válida até aos sessenta anos que sofra um grave traumatismo craniano ou medular aos 45 anos. Quem o obriga a nova avaliação? Quem o referencia à autoridade de saúde ou ao médico de MGF?

Seria engraçado se não fosse trágico que alguns dos nosso grandes problemas nesta área estivessem enunciados num artigo muito recente⁴, divulgado no Boletim da OMS já neste mês de Abril, como se aí estivesse a receita para os nossos males...

Não resisto à tentação de transportar, com a devida vénia, o esquema de proposta global para a problemática da sinistralidade. (adaptado pelo autor).

1-1- Vigilância.

2-2- Prevenção:

2-1 Infra estruturas rodoviárias e ambiente.

2-2 “Design” dos veículos e inspecções periódicas.

2-3 Comportamento humano.

3-Cuidados pré-hospitalares.

4-Cuidados Hospitalares.

4-1 Cuidados intensivos.

4-2 Reabilitação.

A vigilância baseia-se na existência dum sistema credível de recolha e tratamento de dados em tempo útil e de forma exaustiva, cruzando vários subsistemas (autoridades policiais, saúde, seguradoras, etc..) sendo mais barato fazer a actualização e crescimento do existente que criar um novo.

As infra-estruturas desempenham um papel muito importante incluindo além do desenho, a sinalização e condições de piso as necessárias medidas que promovam a efectiva redução da velocidade dentro das populações e dados históricos sobre a sinistralidade em determinados locais.

Se sobre o design dos veículos a principal palavra cabe aos com

bre as medidas de vigilância, inspecção das características técnicas e condições de circulação muito se pode fazer localmente.

No campo do comportamento humano deve merecer especial atenção tudo o que diz respeito ao controlo da velocidade excessiva e a condução sobre influência do álcool. Se existem altas taxas de condução nestas condições além dum quadro legal mais repressivo é necessário empenhar mais recursos na educação e informação.

O capacetes, os cintos e outras medidas restritivas bem como os horários e condições de trabalho dos condutores profissionais não podem ser ignoradas.

Sobre os cuidados pré hospitalares, são feitas considerações muito importantes sobre a rede de cuidados de trauma, triagem e transferências inter-hospitalares tendo em consideração não apenas o número de cirurgias mas também os generalistas e os prestadores não médicos.

Em países como o nosso (“middle-income”), onde já existem serviços de emergência médica, melhoramentos de baixo custo aplicados no treino, no equipamento e na distribuição das infra-estruturas podem fazer diminuir a mortalidade. (50% das mortes acontecem no momento do desastre, 15% num espaço de 4 horas e 35% depois deste período).

A nossa realidade nesta área deveria merecer uma reflexão mais aprofundada e desapaixonada, que não cabendo nestas linhas não posso evitar de aflorar. Os cuidados pré-hospitalares, podemos afirmar são maioritariamente prestados por pessoal dos corpos de bombeiros. Sapadores ou associativos. Assalariados ou voluntários, com diferentes graus de formação, integrados no chamado sistema integrado de emergência médica (SIEM) são coordenados e orientados tecnicamente pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU's).

A medicalização do sistema faz-se no momento do atendimento e triagem com o recurso ao envio de viaturas médicas de emergência e reanimação

(VMER's) de base hospitalar onde possível e quando disponível. Está fora de discussão a taxa de cobertura da população ou do território.

O pré-hospital necessita, sem duvida, de médicos a supervisionar e a intervir nos casos mais graves mas o movimento está em contra – mão!

O investimento focalizado nas VMER's, de base hospitalar, com recurso aos médicos que aceitem fazer esse serviço está condenado ao insucesso e à falência num futuro não muito distante. O movimento deve fazer-se da periferia para os hospitais, estando a base de suporte da actividade situada na periferia, assente em profissionais não médicos (sejam eles quem for! tenham a denominação que tiverem!), enquadrados por médicos, todos confortavelmente instalados numa carreira de progressão por competência técnica (não por antiguidade, embora esta deva também ser contemplada!) de modo a rentabilizar a caríssima formação necessária e a auto sustentar o sistema. É que a realidade do trabalho pré-hospitalar é substancialmente diferente da sua congénere hospitalar. Aquela é uma verdadeira sub-especialidade com disciplinas complexas como o desencarceramento e a desobstrução, a extracção e remoção de espaços confinados e/ou atmosferas perigosas e contaminadas, intervenções em altura ou em meio aquático, etc.

A actividade do socorro pré-hospitalar desenvolve-se muitas vezes em situações ambientais agrestes e adversas, em locais sem acesso, sem condições, sem iluminação com exposição do agente prestador a situações que podem por vezes comprometer a sua integridade física.

Não é, não pode ser uma extensão do hospital por estas razões.

Está antes dele, mais propriamente a caminho dele e necessita, obrigatoriamente, para o sucesso do tratamento dos seus doentes de se articular (...e bem!) com ele.

Em ambiente pré-hospitalar não há tratamentos definitivos. Todos os actos aqui realizados precisam ser validados ou continuados no hospital.

Urge, no meu entendimento, que se criem condições de diálogo interinstitucional, com um planeamento estratégico bem delineado, para a implementação faseada de um serviço de cuidados pré-hospitalares sem elos fracos.

Os cuidados hospitalares ou tecnicamente diferenciados devem estender-se estes sim, até aos Centros de Saúde com serviço de atendimento permanente. De modo a elevar a qualidade da resposta. Em termos de trauma aceito que esta realidade é bem mais difícil de implementar. Na nossa realidade, existem em curso projectos de reorganização de rede hospitalar. Desconheço o planeamento em termos da implementação de “salas de trauma” que já mostraram serem capazes de reduzir a mortalidade e a morbidade associadas ao trauma. Prevejo que devido à sua alta especificidade e necessário apoio em meios humanos assistiremos ainda durante muito tempo às evacuações inter-hospitalares, para situações mais graves. Aliás esta este é o cenário, que segundo a OMS, se encontra nos países desenvolvidos. Cirurgias e enfermeiros nos cuidados intensivos, paramédicos no pré-hospital. Será? Seremos?

Façamos o nosso “trabalhinho de casa” bem feito e todos ganharemos!

Referências bibliográficas:

1. Informação estatística provisória - Continente, Observatório de Segurança Rodoviária, Lisboa, 2005. Direcção Geral de Viação. (www.dgv.pt)
2. Peden e al., eds. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.euro.who.int/transport)
3. Raciopi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2004 (www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/whd4)
4. Mock C. et al., *Human resources for the control of road traffic injury*, *Bolletín of the World Health Organization*, 2005; 83: 294-300.

A saúde é um parceiro fundamental em todo este processo

Pedro Ribeiro da Silva, especialista em medicina geral e familiar e responsável pela área dos acidentes na DGS, considera que os acidentes, devido à mortalidade e incapacidades que provocam, se assumem como uma verdadeira prioridade no domínio da saúde e nas práticas dos seus técnicos e seria importante que a sua prevenção se tornasse uma constante na actuação de todos os médicos. Esta mudança de atitude tem acontecido lentamente e, conforme explicou, terá seguramente reflexos visíveis na diminuição da sinistralidade.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes que está a elaborar, no âmbito da saúde, pretende delinear as áreas de intervenção específicas ou em articulação com várias entidades de forma a potencializar o resultado das acções neste campo em que «a saúde é um parceiro fundamental».



Revista da Ordem dos Médicos - A questão da sinistralidade é decididamente uma questão de saúde pública. Considera que existe uma consciência generalizada de que os acidentes são de facto uma questão de saúde?

Pedro Ribeiro da Silva – Essa é uma questão que não se coloca apenas em relação a Portugal. Um pouco por todos os países acontece o mesmo: os acidentes de viação são um grave problema de saúde pública, não só pelo número de mortos e de feridos provocados, mas também pelo número de anos de vida e de trabalho que se perdem pois atingem em maior proporção uma faixa etária relativamente baixa. Foram feitos estudos em vários países que demonstram que os anos e a qualidade de vida que se perdem em virtude da sinistralidade rodoviária são superiores a patologias consideradas de abordagem prioritária como as doenças cardiovasculares e o cancro. É, portanto, nitidamente um problema de saúde pública só que, de um modo geral, não só na formação pré-graduada como posteriormente, considerávamos a sinistralidade como necessitando de uma abordagem do ponto de vista da saúde apenas após o acidente, como se só aí houvesse lugar à nossa intervenção. Não valorizávamos o próprio acidente como sendo um problema médico relacionando-o apenas com os comportamentos ou o ambiente remetendo a responsabilidade da actuação

para outras entidades como a Direcção-Geral de Viação ou a Prevenção Rodoviária Portuguesa.

ROM – Mas essa perspectiva está a mudar?

PRS – Sim, de facto tem vindo a mudar ao longo dos anos, exactamente porque a sinistralidade é um problema de saúde pública, tem vindo a ser consensual entre a comunidade científica que a saúde tem um importante papel a desenvolver na promoção da segurança e dos comportamentos adequados e na prevenção dos acidentes.

ROM – Que papel reconhece aos médicos em questões como a prevenção da sinistralidade?

PRS – Todos os profissionais de saúde, e não apenas os médicos, têm um papel muito importante na prevenção. Em relação a esta questão, qualquer profissional de saúde tem várias oportunidades para actuar em termos preventivos, que por vezes, não utiliza. Fala-se de dietas e de exercício físico mas não se considera normalmente importante falar sobre a prevenção dos acidentes ou a promoção da segurança. É fundamental colocar na agenda dos médicos das diversas especialidades a questão da prevenção dos acidentes como componente da sua prática.

Ao nível das diversas instâncias internacionais os acidentes têm vindo a ser progressivamente considerados como um problema major sobre o qual é fundamental actuar massiva e eficazmente. É o caso da União Europeia que tem um grupo de trabalho específico sobre acidentes e actualmente nós integramos o *draft group* que está a produzir o plano europeu de comunicação sobre acidentes. O mesmo se passa com a OMS, que atribuiu o dia Mundial da saúde de 2004 aos acidentes. Para potenciar as actividades relativas aos acidentes a OMS solicitou aos países a designação de um focal point tendo-me sido atribuída essa função relativamente a Portugal.

ROM – Essa prevenção pode concretizar-se de que forma?

PRS – Entre os pediatras, por exemplo, só ultimamente, se generalizou a informação sobre os sistemas de retenção nos veículos automóveis e os acidentes domésticos com crianças. Essa preocupação é relativamente recente e provavelmente não inclui uma percentagem tão grande de especialistas como seria desejável. Outro problema que a saúde tem em relação à sinistralidade rodoviária e onde pode desempenhar um importante papel preventivo é em relação ao uso do medicamento: há vários aspectos que podem ser factores condicionantes do acidente e um deles é que muitos fármacos alteram a capacidade de condução. Eventualmente muitos médicos, ao

prescreverem esses medicamentos, não alertam com a veemência que deviam para esse efeito secundário. Os psicotrópicos, anti-alérgicos e alguns fármacos do foro cardiovascular, por exemplo, quando são prescritos, podem tornar necessário que as pessoas fiquem sem conduzir alguns dias, ou fazerem-no com restrições, até se constatar como reagem ao medicamento. O médico tem nesta situação alguma responsabilidade e as suas indicações sobre os cuidados a ter com a condução são fundamentais. O *follow up* destas situações

permitirá ao médico ter a noção do eventual perigo que a toma daquele medicamento possa ter para aquela pessoa relativamente à condução de veículos. Pode ser indicado que não se conduza durante alguns dias e quando se recomeçar a conduzir isso seja feito muito mais devagar do que habitualmente. Há estudos que demonstram que, em alguns países, o uso de medicamentos é uma causa tão grave de acidentes como o álcool.

Todas as questões devem ser analisadas: sabe-se, por exemplo, que há milhares de portugueses que sofrem de apneia do sono. Se associarmos essa patologia à possibilidade de ocorrência de um acidente de automóvel, o que está em causa na precisão do seu diagnóstico não é apenas uma questão de bem estar do doente ou relacio-



Pedro Ribeiro da Silva
Técnico da Divisão de Promoção e
Educação para a Saúde da Direcção-Geral
da Saúde

nada com o sono, é um grave factor de risco e importa fazer a sua prevenção relativamente á sinistralidade automóvel. Também a acuidade visual e a adequação da sua eventual correcção é um importante factor relativamente aos acidentes rodoviários.

ROM – Essa questão dos medicamentos tem relevância no nosso país?

PRS – Em Portugal esse problema tem uma relevância crescente pois em termos percentuais o consumo de psicotrópicos tem aumentado. Além disso somos um dos países da Europa onde se dorme menos. Se juntarmos à fadiga o efeito cumulativo dos medicamentos temos provavelmente um efeito negativo superior ao do álcool. Se adicionarmos ainda o facto de no nosso país existirem muitas pessoas a trabalhar por turnos a situação agrava-se. Muitas vezes, quando se prescreve um medicamento que tem esse tipo de efeitos, não investigamos se a pessoa trabalha por turnos, se dorme o suficiente, se conduz logo de manhã, se demora uma ou duas horas em filas de trânsito para chegar ao emprego... Tão ou mais importante do que falar de estilos de vida saudáveis é conhecer as características individuais e o dia-a-dia da pessoa em relação à condução e à prevenção dos acidentes.

ROM – Então o primeiro passo a dar em termos de agenda da saúde para os acidentes é, naturalmente, a prevenção...

PRS – Claro que tudo começa pela prevenção. Mas o primeiro ponto em que a saúde deve actuar em relação aos acidentes é nas questões epidemiológicas: para se ser mais eficaz na promoção da segurança é necessário ter boas estatísticas, ter dados que sejam bem trabalhados. Só sabendo que tipo de acidentes é que ocorrem, de que forma é que ocorrem, que lesões originam, etc. é que podemos ser mais eficazes na sua prevenção. Os dados devem ser recolhidos com a participação de pessoas da área da saúde pois existem alguns aspectos fundamentais para os quais as outras entidades não estão sensibilizadas.

ROM – Como analisa esta questão no âmbito do Plano

Nacional de Saúde que determinou a necessidade de um plano de acção que englobasse a «contribuição da saúde»?

PRS – A construção do Plano Nacional de Saúde teve precisamente a ver com o facto de em relação a diversas áreas existir uma certa dispersão da abordagem. O plano tem a função de incluir os diversos programas e actividades, pugnar pela sua articulação e estabelecer prioridades, definindo formas de interligação das acções. Os acidentes foram definidos como uma das áreas prioritárias. Estabeleceu-se que o PNS ao nível das suas áreas prioritárias iria ser desenvolvido em programas nacionais e o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes está a ser elaborado por mim e pela pediatra Elsa Rocha.

ROM – Mas existe já um Plano Nacional de Prevenção Rodoviária...

PRS – Esse Plano é da Direcção Geral de Viação e a Direcção Geral de Saúde faz parte da comissão de acompanhamento. A DGV trabalha essa área há muitos anos e concebeu esse Plano e estabeleceu as suas prioridades. O ano passado uma das prioridades estabelecida foram os peões, porque se chegou à conclusão que mais de 20% das pessoas que eram vítimas de acidentes de viação eram peões.

ROM – Mas que questões de saúde são realmente englobadas nesse Plano?

PRS – O trabalho desenvolvido no âmbito do Plano Nacional de Prevenção Rodoviária tem envolvido questões como o uso de medicamentos e a condução, por exemplo. DGV, DGS e Infarmed elaboraram e distribuíram conjuntamente mais de meio milhão de desdobráveis com informações sobre prevenção e segurança para população e profissionais de saúde.

ROM – De que forma é que se articula o Plano da DGV com o Programa que está a ser elaborado pela DGS?

PRS – Com a inclusão dos acidentes como uma questão prioritária no Plano Nacional de Saúde estabeleceu-se uma clara mudança de perspectiva. A elaboração de um Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da área da saúde, que se pretende que seja sinérgico com todos os outros planos e entidades que existem e que trabalham a questão da sinistralidade, vai trazer uma visão englobante e organizada. Mas este Programa é apenas referente a questões de saúde e será uma mais valia e um complemento em relação ao Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, onde essa análise se centra



em outros aspectos. O programa não é detalhado em termos de acções, o que estabelece são as grandes áreas de intervenção. Serão formados pequenos grupos de trabalho que as vão desenvolver, a nível regional, local, hospitalar, etc.

ROM – O Programa será aplicável a que níveis?

PRS – O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes abrangerá todos os níveis onde se pode melhorar a nossa actuação de forma a diminuir a mortalidade e a deficiência em resultado da sinistralidade rodoviária: a recolha, análise e divulgação de dados, a prevenção dos acidentes e a promoção da segurança, a área do socorro pré-hospitalar (potencializar a articulação entre o INEM, os bombeiros e as urgências e pensar sobre o tipo de formação específica para quem participa na fase pré-hospitalar), a área hospitalar, a reabilitação e o acompanhamento das vítimas e dos familiares.

ROM – Em termos de Epidemiologia o que vai ser previsto?

PRS – Como referi, um maior número de dados, mais fiáveis, permitem uma actuação mais eficaz. Não temos feito essa recolha do ponto de vista da saúde, temos nos limitado a trabalhar com dados recolhidos por outras entidades. Será criado um grupo de trabalho que envolva pessoas da estatística, epidemiologia, traumatologia e saúde pública. Para que os dados sejam mais completos a vítima deve ser acompanhada ao longo do seu percurso: desde a fase pré-hospitalar à reabilitação. Muitas vezes os dados em termos de morbilidade e mortalidade perdem-se porque não sabemos o que aconteceu depois das vítimas saírem do hospital. Esse acompanhamento comporta vários aspectos positivos: apoio psicológico e recolha de dados mais completa e adequada. É fulcral articular melhor os dados de que dispomos pois a perspectiva da saúde é diferente das perspectivas meramente estatísticas, será, também, necessário fazer alterações do ponto de vista metodológico.

ROM – Está directamente ligado ao Programa pan-europeu para acidentes. Considera que harmonização da legislação respeitante a trânsito a nível europeu poderia minorar a sinistralidade?

PRS – Consideramos que para conseguir diminuir a sinistralidade que é uma realidade multifactorial importa actuar a diversos níveis: muitos acidentes podem ter a ver com o ambiente, com estradas mal desenhadas ou com uma sinalização pouco correcta. Não é apenas através da legislação e da informação que conseguimos melhorar a situação. Por essa razão, este grupo analisa os



acidentes na sua globalidade. A partir dos dados que temos podemos potenciar os efeitos, desenvolvendo um trabalho multisectorial que torne sinérgica as actuações de todas as entidades envolvidas, porque esse é o interesse global em que todos estamos interessados - diminuir drasticamente a sinistralidade. Não se pretende entrar em áreas que não nos digam respeito mas queremos fazer tudo o que se pode fazer em termos de saúde e colaborar com outras áreas se for possível, desde arquitectos, engenheiros aos responsáveis das autarquias, etc. Essa articulação a nível europeu permitiu-nos perceber que há muitas diferenças e a harmonização da legislação, pode ser um passo importante.

ROM – Estas alterações são com certeza morosas...

PRS – A grande alteração já foi efectuada: considerar os acidentes como uma prioridade e incluí-los na agenda dos médicos. Mas naturalmente que um processo que implica a mudança de conceitos e comportamentos demorará tempo... Perante um médico que todos os dias tem pessoas acidentadas no seu hospital, não é fácil fazer com que a prevenção dos acidentes seja encarada como uma prioridade. Mas a saúde é um parceiro fundamental em todo este processo e, a seu tempo, a consciência da importância da prevenção quotidiana será um facto..

Gestão do Risco na Segurança Rodoviária

Existe um conjunto de actividades em que a segurança dos cidadãos pode ser colocada em risco por via de uma série de circunstâncias que incluem por um lado a condição humana e por outro as condições envolventes do meio onde as mesmas se desenvolvem.

A aviação, as centrais nucleares, a saúde e a circulação rodoviária fazem parte deste lote de situações para as quais devemos dedicar uma particular atenção com vista a minimizar, tanto quanto possível, os riscos inerentes ao decorrer das mesmas. De todas elas a aviação é aquela que tem desenvolvido maiores esforços no sentido da identificação e correcção dos aspectos que possam conduzir à ocorrência de acidentes e este trabalho levou à percepção de que uma percentagem significativa é evitável e prevenível.

Não é por acaso que 2004 constituiu o ano em que menos acidentes ocorreram na aviação civil.

Na saúde estamos muito mais atrasados mercê duma cultura de culpabilização individual sistemática ao invés duma procura dos factores que causam falhas no sistema e que também aqui seriam, em boa parte, evitáveis.

Na medicina a tradição de responsabilizar os profissionais de saúde enraizou-se na sociedade como sendo a fonte de todos os problemas. É emocionalmente mais satisfatório encontrar um culpado que responsabilizar as instituições. Esta abordagem é claramente do interesse dos gestores e também legalmente a mais conveniente.

Felizmente começa a estar na ordem do dia, nomeadamente nas instituições europeias, a discussão sobre a gestão do risco e a segurança dos doentes assim como a alteração da terminologia em que a expressão “erro médico” até agora atribuída a todo e qualquer acontecimento nefasto passará a designar-se por acidente de saúde ou efeito adverso. Para que estes objectivos possam ser alcançados é fundamental instituir uma cultura de denúncia das situações que possam pôr em risco a saúde dos doentes.

Foi esta atitude que permitiu colocar a aviação civil com índices de segurança invejáveis.

Se aqui foi possível este notável desenvolvimento, se na saúde nos estamos a encaminhar para lá, é nossa obrigação fazê-lo também no que à segurança rodoviária diz respeito.

Tentemos, à luz destes conceitos, transpôr para este tema algumas das linhas de pensamento e actuação usadas noutras áreas e dar assim o nosso contributo.

I - Situação actual

a) Falhas activas

Correspondem a actuações em que as regras de seguran-

ça são violadas individualmente pelos agentes envolvidos nomeadamente os condutores mas também os peões. Estes actos assumem formas variadas desde o excesso de velocidade, ao excesso de álcool ou todas as manobras perigosas que não respeitam o código da estrada. Estas falhas activas são transversais a toda a sociedade e integram-se na tão portuguesa forma de pensar que “acidentes só acontecem aos outros”.

Este aspecto fundamental só poderá ser modificado quando as mentalidades caminharem no sentido da assumpção da cidadania como um processo de convivência com os outros, de partilha de responsabilidades e de aceitação dos direitos de todos.

Estes actos têm uma longa história e tradição e para os alterar será necessário um profundo trabalho educativo para que as novas gerações podem vir a adquirir uma cultura de segurança nas estradas.

Estes padrões de comportamento atingem todos os condutores, todas as classes sociais e a sua generalização põe em risco a vida de todos os cidadãos.

b) Condições latentes

As condições latentes são obviamente as doenças do sistema. Resultam de decisões erradas no planeamento e perfil das vias de comunicação, da má sinalização das estradas, da sua má manutenção, da não colocação ou colocação errada de rails de segurança, entre outras.

Todos nós poderemos dar inúmeros exemplos destes erros. As condições latentes podem permanecer “adormecidas” por longo tempo até se combinarem com falhas activas criando uma “oportunidade” de acidente.

Contrariamente ao erro individual, cuja especificidade levará mais tempo a corrigir, estas situações podem ser identificadas e alteradas antes que o acidente ocorra. Entender estas premissas leva a uma atitude proactiva ao invés de reactiva.

II - Responsabilidade

a) Individual

A responsabilidade individual passa inevitavelmente pelo cumprimento estrito do código da estrada. Sem esta prerrogativa não será possível alterar o curso dos acontecimentos. Mas não se fica por aqui. É necessário criar uma cultura de relato e denúncia de todos os defeitos estruturais, de sinalização, locais de baixa visibilidade, zonas de má drenagem de água e de todas aquelas situações que possam de algum modo colocar em risco a circulação rodoviária. Temos de ter em mente que a constatação destas insuficiências, embora pos-

sam não ter conduzido ainda a qualquer acidente, são fonte de perigo e devem ser prevenidas.

b) Coletiva

A responsabilidade colectiva é partilhada por várias entidades. Desde logo pelas autoridades policiais que deveriam fazer uma investigação profunda às causas dos acidentes e não procurar unicamente um culpado. Porque esta atitude é limitativa e não conduz à criação de formas mais seguras de circulação. Podemos compreender que atribuir responsabilidades não ao individuo mas às condições latentes, em última análise ao Estado, coloca problemas de indemnização que os governos não quererão assumir mas, até por isso, será a única forma de corrigir as falhas do sistema.

Em segundo lugar as associações de cidadãos têm um papel fulcral pois deveriam ser elas a proceder à recolha e denúncia de todos os “pontos negros” das estradas deste país e fazê-lo chegar a quem possui competência para intervir activamente na sua correcção e, se fosse caso disso e utilizando a sua influência, participar aos “media” o seu incumprimento.

Por último também nós médicos, como classe, temos a nossa quota parte de responsabilidade. Quando passamos um atestado médico para carta de condução devemos ter a consciência da importância do acto porque o facilitismo só introduz no sistema individuos cujas condições de saúde o desaconselhariam.

III - Futuro

a) Educação / Punição

Se até agora pretendemos procurar a melhor forma de atingirmos o diagnóstico, pois o seu alcance só será conseguido quando todos os participantes se envolverem seriamente e quando o levantamento de todos os pontos críticos for efectuado, resta-nos colocar a questão do que fazer perante o cenário actual.

No plano individual há que investir com firmeza e sem hesitações no aspecto formativo e educacional das novas gerações. É nelas que reside o futuro. E, se a propósito de muitos outros assuntos, já conseguimos novas atitudes perante o quadro de integração na União Europeia, há que proceder, também aqui, a uma mudança de mentalidades. Quando se desenvolvem campanhas de prevenção/formação/educação devem definir-se os objectivos que se pretendem alcançar, falar a mesma linguagem tendo em conta o público alvo.

Quando nos dirigimos a alunos do ensino primário, aos jovens adolescentes que se iniciam nos veículos de duas rodas ou aos jovens adultos que pela primeira vez conduzem um carro, devemos transmitir uma mensagem atractiva na forma, simples no conteúdo e adequada ao estrato etário a que se destina.

Este processo, embora fundamental, leva tempo. Para os adultos com convicções e comportamentos enraizados, poucas alternativas restam que modifiquem actuações, senão as acções punitivas, que terão de manter-se, e as



João de Deus

Vice-Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos; Vice-Presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares

fiscalizadoras que deverão ampliar-se.

b) Correcção

A modificação das condições latentes assume também um papel nuclear na melhoria da segurança rodoviária. É fulcral a existência de uma entidade que centralize toda a informação, proveniente das mais diversas fontes, analise as queixas, estude os relatórios dos acidentes, verifique as denúncias de erros do sistema, para que de forma rápida e eficaz possam proceder-se às correcções e minimizar os riscos. É necessário que uma verdadeira engenharia rodoviária possa assegurar este controle. Teremos uma engenharia rodoviária suficientemente desenvolvida deste País?

Instituíram-se, e muito bem, inspecções periódicas obrigatórias aos veículos. Para quando avaliações médicas periódicas, credíveis e com prazos razoáveis?

Avaliar as aptências físicas e psicológicas de um condutor quando pela primeira vez se candidata a licença de condução, depois aos 40 anos de idade e a seguir aos 65 anos parece tudo menos razoável. Avaliar, por exemplo, acuidades visuais sem avaliar o campo visual parece tudo menos credível. Nós médicos temos aqui uma importante palavra a dizer na reestruturação dos exames para carta de condução. Porque não criar entidades médicas creditadas pela Ordem para estas avaliações?

Em conclusão, haja estudo, vontade política, consciencialização dos cidadãos, capacidade de executar alterações e poderemos esperar um futuro menos trágico nas estradas portuguesas.

Risco, Trauma e Sociedade

“O estudo do fenómeno da automobilização das sociedades tem um cariz marcadamente transdisciplinar.”

Manuel João Ramos em
A Automobilização do Pensamento Selvagem

Quando, face a uma colisão, despiste ou atropelamento, falamos de “acidente” estamos a construir a sua “naturalidade”, a delegar no acaso, no destino, a responsabilidade social e individual pelo que de disfuncional ocorre nas estradas. Na estrada, como perante a maior parte das situações de potencial consequência traumática (catástrofes naturais ou induzidas pela acção humana – guerras, tsunamis, incêndios, fomes, e mesmo crimes ecológicos) continuamos a pensar com recurso a categorias forjadas para um tempo em que as fomes, pestes, guerras e outros males eram percebidas como um castigo divino, ou uma obra do demónio. Nenhuma ciência, por si só, é capaz de inverter estas reminiscências, que povoam a modernidade no seu próprio bojo. Porém, passaram a ser notórias as formas de impotência humana no seu trabalho de submissão da natureza, traduzida na célebre teoria social do risco de Beck 1986.¹

Da mesma maneira que o nosso cérebro mantém vivas as reminiscências do réptil, também o modo como percebemos, gerimos e representamos o risco e as suas consequências traumáticas, com recurso às técnicas e às metodologias científicas, evidencia que nesses instrumentos e nesses recursos sobreviveram determinações ancestrais, alojadas no nosso inconsciente colectivo e no nosso património memorial.

Foi esta constatação que nos fez preparar a realização de um mestrado de investigação transdisciplinar, centrado nas ciências sociais, mas com uma explícita intenção de o abrir às ciências de saúde, aquelas onde é mais evidente – do lado das vítimas – a nefasta consequência humanitária da falta de cooperação no prevenir e no gerir uma rede de trauma, capaz de fazer face a situações que temos continuado a tomar como “fatais como o destino”.

Este mestrado nasceu da urgência moral (e, portanto, política) de ultrapassar o autismo e o provincianismo a que uma excessiva especialização pode conduzir. Pretendemos produzir instrumentos intelectuais de compreensão das crises traumáticas e avaliar os meios requeridos para lhes responder de forma estruturada e englobante.

Mestrado de investigação não quer dizer dirigido a investi-

gadores, mas antes a profissionais que possam colaborar com investigadores, conjuntamente empenhados em explorar as fronteiras do saber que separam e unem os campos das ciências sociais e das ciências da saúde. O que há a descobrir estará, muito provavelmente, à superfície, como o ouro estaria em El Dourado. Será necessário saber distinguir o que há de precioso naquilo que já cada um sabe, mas que só em conjunto se revelará. Cabe aos académicos produzir as condições de oportunidade para testar as capacidades disponíveis: as suas – o que é o menos – e a dos mestrandos, queiram eles tornar-se excelentes e informados profissionais em qualquer campo de aplicação, abertos à ciência viva, experimental e experimentada.

O mundo vive uma extraordinária mutação tecnológica, em que a novos materiais se reúnem pastas geneticamente elaboradas e circuitos electrónicos para tantas finalidades, que nos parecem infinitas, como a nossa ignorância. A ficção científica está a tornar-se realidade, ao mesmo tempo que cada vez mais partes dos nossos corpos são substituídas por outras mais funcionais, ameaçando permitir-nos viver por mais de um século de cada vez. Para gerir e entender tudo isso é precisa cada vez mais inteligência. Inteligência das profissões técnico-científicas, cada vez mais volumosas. Inteligência dos cérebros computadorizados, que assaltam o nosso quotidiano profissional e pessoal. Inteligência emocional, para fins organizacionais em sistemas cada vez mais abertos, para fins sociais em sociedades complexas, em que o modernismo encobre a barbárie, em que os processos de modernização encobrem o empirismo dos poderes fácticos. Inteligência ética, indispensável à felicidade individual e colectiva.

Para que nos servirá sermos excelentes tecnicamente, se não formos capazes de nos integrarmos nas ondas de transformação técnicas e sociais, políticas e institucionais, que se viverão nas próximas décadas, em modo acelerado, como no cinema mudo? De que servirão cursos de aplicações, sem que os respectivos potencialidades e limites possam ser sistematicamente avaliados à luz de objectivos mais abstractos e gerais, que a todos dizem respeito e de todos merecem respeito. É nesse sentido, para que por uma vez, em casa de ferreiro o espeto não seja de pau, o mestrado a que aludimos endereçou convites a diversas entidades, públicas, privadas e associativas, para que colaborem no acompanhamento e avaliação do curso, dos professores e dos alunos, para que seja possível à coordenação – com outro distanciamento – realizar os ajustamentos que forem necessários e possíveis, a cada momento, que é a melhor forma de aprendizagem que se conhece: o empenhamento firme em seguir convicções, até ao fim.



António Pedro Soares

A saúde tem sido encarada, no Ocidente, como um serviço social, da mesma maneira que qualquer serviço público com *back-office* para processar (não papel, mas) pessoas com patologias. Vejam-se as urgências: chega um candidato a doente, passa várias barreiras de segurança e chega à área médica. Um “Sr. Dr. dói-me muito a cabeça!” vale mais do que um traumatismo craniano de alguém que não pode reclamar a atenção. Já não é a caridade o valor fundador da ética hospitalar, evidentemente, mas também não é tanto a prevenção da saúde como o são o controlo financeiro e os negócios. Novíssimas práticas terapêuticas, como a premiada alimentação racional para portadores de cancro ou técnicas paliativas da dor, revelam-nos a importância da distração substituída pelas orientações mono-disciplinares. Tal como noutras áreas sociais, a pressão política por via dos controlos administrativos de índole financeira descobrem partidários de velhas e novas práticas, ao mesmo tempo competidores para prestarem cuidados às populações e concorrentes, em particular na luta por conseguirem obter recursos logísticos e profissionais para executarem o que sabem poder vir a salvar vidas.

O mestrado que coordenamos define-se por assumir o empenho em ver realizados projectos inovadores, concretamente as redes de trauma, sem prejuízo de vir a estender os seus interesses, porque se sabe que apenas a colaboração articulada entre peritos de saúde, logística e ciências sociais (incluindo ciências económicas) será capaz de produzir a capacidade desejada. Quer dizer: é para efeitos práticos que é preciso criar uma linguagem comum, recursos de tradução, que são afectivos – na camaradagem das aprendizagens – e efectivos – através dos conceitos e teorias mobilizados para as aulas e para as teses de mestrado. Por isso se diz, nada mais prático que uma boa teoria, uma teoria com capacidades de orientação prática, que tem que ser testada em termos académicos para poder ser transmitida, em volume suficiente para transformar um núcleo primário de entusiastas de um projecto operacional e conhecedor dos respectivos objectivos, capaz, portanto, de se adaptar instantaneamente às vicissitudes e contingências da vida.

O risco é planetário, mas também local; o trauma é imenso, pode ser prevenido se deixar de ser secreto (toda a gente sabe, mas cala e consente); a sociedade admite – e pede – profundas transformações. Se o preço do petróleo não para de aumentar, há que transformar radicalmente as fontes de energia, como há décadas se sabe. Será que se pode aproveitar para reconstruir as infraestruturas logísticas (incluindo a cultura cívica perante os riscos dos transportes) de modo a atingir o objectivo de baixas zero? Se isso fosse possível, em vez dos números de mortos, passariam à primeira prioridade os números de feridos graves, e novas batalhas seriam atribuídas a novas gerações. Nessa altura, será que os automóveis continuarão a manter o mesmo fascínio, ou serão excluídos como o foram as centrais nucleares?

Os fogos florestais manterão a sazonalidade? E as guerras poderão acabar quando os cereais que sobram no Ocidente poderem alimentar os povos com fome? A protecção civil será mais forte do que os militares, na logística, claro?

Adivinhar o futuro não é a nossa vocação. Construir o presente, porém, exige de nós capacidade de antecipação dos nossos próprios desejos, com vista à sua realização em ambientes hostis, como são sempre os ambientes sociais rotineiros e institucionalizados. O nosso primeiro exercício não será queixarmo-nos dos outros por não saberem o que nós sabemos (sabemos?). O nosso horizonte é vago e longínquo, os nossos pés assentes na terra, com objectivos de curtíssimo prazo (organizar um mestrado), de curto prazo (produzir linguagens de tradução entre os profissionais de saúde e os profissionais das ciências sociais), de médio prazo (fornecer técnicos altamente qualificados à rede de trauma e outras instituições adjacentes) e de longo prazo (participar numa rede de investigação e profissionalização multidisciplinar interactiva e ligada aos desejos expressos, mas sobretudo latentes, dos seus alunos).

António Pedro Soares

Manuel João Ramos

Coordenadores do Mestrado “Risco, Trauma e Sociedade”, 2005/06, organizado pelo Departamento de Sociologia do ISCTE
<http://home.iscte.pt/~apad/risco/indexrisco.htm>

¹ Beck, Ulrich, *Risk Society*, Oxford, Sage, 1986.

Sinistralidade Rodoviária Investigação e Reconstituição de acidentes

Em 2003 ocorreram em Portugal, de acordo com as estatísticas oficiais, 41495 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 1356 mortos, 4659 feridos graves e 50559 feridos ligeiros. Estes números, embora dramáticos, não espelham a realidade portuguesa. Começando pela definição de vítima mortal de acidente rodoviário, em Portugal não é considerada a definição internacional, que define como vítima mortal uma fatalidade que ocorre no local do acidente ou até 30 dias após o acidente. Nas estatísticas nacionais, considera-se simplesmente como vítima mortal, quem faleceu no local do acidente ou no seu transporte até à unidade de saúde. Além disso existem “cláusulas de exclusão” que distorcem a verdadeira realidade dos acidentes rodoviários em Portugal, em particular no que respeita a vítimas mortais. A redução destes números dramáticos passa pela investigação aprofundada das causas dos acidentes e pela tomada de medidas fundamentadas que visem a sua redução.

As causas dos acidentes rodoviários e os factores com elas relacionados podem ser agrupados no triângulo da segurança: condutor, veículo e via. Para se conseguir uma redução efectiva dos acidentes rodoviários deve-se actuar simultaneamente nos três vértices do triângulo. O álcool e a velocidade excessiva são talvez, as duas causas dos acidentes rodoviários mais publicitadas, mas na realidade são apenas algumas das causas mais importantes. As causas dos acidentes incluem aspectos tão diversificados como, sono e fadiga, consumo de substâncias psicotrópicas e estupefacientes, um parque automóvel envelhecido e com um nível de segurança activa e passiva insuficiente, estradas mal concebidas, com manutenção deficiente ou mal sinalizadas ou um comportamento, muitas vezes, irresponsável e perigoso dos peões.

A investigação e reconstituição de acidentes rodoviários são uma área não só de interesse técnico-científico mas sobretudo de interesse social. A investigação e reconstituição de acidentes são usadas para a determinação das causas dos acidentes, mas também podem ser usadas como suporte à definição de políticas e procedimentos com vista a reduzir as elevadas taxas de sinistralidade rodoviária. A investigação aprofundada de acidentes rodoviários é uma área multidisciplinar, que deve envolver investigadores de diferentes áreas, como psicólogos no que respeita aos factores humanos e comportamentais, médicos no que respeita a factores como o sono ou a influência do álcool ou drogas, e engenheiros no que respeita aos aspectos relacionados com o veículo ou a via. Por outro lado, num acidente, influem não apenas uma causa mas um conjunto de factores que devem ser devidamente ponderados e analisados. Por exemplo, um condutor idoso com problemas de visão, que se deslocava numa via sem prioridade foi colhido mortalmente por um veículo conduzido por um jovem que seguia em excesso de velocidade. O cruzamento tinha visibilidade reduzida e o jovem estava sob o efeito de drogas, circulando ao amanhecer sem luzes. Um acidente deste tipo requer uma análise cuidada e multidisciplinar de modo a poderem avaliar-se com rigor as causas e as responsabilidades não só do acidente, mas também da fatalidade ocorrida. A reconstituição dos acidentes rodoviários visa a determinação das condições em que estes ocorreram nomeadamente a determinação da posição dos veículos na via, a sua velocidade e as manobras realizadas por estes. A reconstituição de acidentes, baseia-se nas leis da física e da mecânica requerendo conhecimentos aprofundados de

engenharia automóvel, incluindo, dinâmica de veículos, propriedades e comportamento de estruturas de veículos ao impacto, análise de danos, ferimentos e biomecânica, factores humanos e fotografia entre outros. Actualmente é possível estimar com erro reduzido as velocidades, posições e ângulos dos veículos no momento do acidente. A dificuldade associada a todo o processo da reconstituição, não está só relacionada com a complexidade do acidente ou com o número e tipo de veículos envolvidos, mas essencialmente com o aparecimento de documentos incompletos aliados a uma apresentação heterogénea da informação recolhida sobre o acidente. Nos refe-





ridos documentos incluem-se os croquis, que na maior parte dos casos ou contêm dados incompletos ou se mostram confusos, e as fotografias tiradas, que normalmente são insuficientes, uma vez que não contemplam todos os ângulos do veículo de forma a tentar abranger todos os pormenores necessários para uma reconstituição mais rigorosa, nomeadamente, deformações, destroços deixados no pavimento, rastros de travagem, marcas de tinta, sangue, etc. A recolha da informação é uma tarefa, em geral, das autoridades e há que melhorá-la introduzindo novos procedimentos e metodologias mais fiáveis.

A reconstituição do acidente requer a utilização de modelos computacionais dos veículos e respectivos ocupantes e da via. No caso do acidente envolver ciclistas, motociclistas ou peões torna-se necessário recorrer a modelos biomecânicos do corpo humano. Com estes modelos é possível determinar forças e acelerações e correlacioná-las com as lesões sofridas pelas vítimas descritas nos relatórios médicos ou autópsias. O contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento destes modelos é de grande interesse e uma das áreas onde é importante, uma colaboração aprofundada entre investigadores de medicina e de engenharia. Estes modelos, além da área da reconstituição de acidentes, podem ser usados no projecto dos veículos e das vias permitindo melhorar a segurança rodoviária. Com estes modelos é possível, por exemplo, no caso de um atropelamento, determinar a velocidade a que o veículo circulava no momento do acidente e o local onde o peão foi atropelado.

A criação de equipas multidisciplinares de investigação de acidentes, que envolvam médicos, engenheiros, psicólogos e as autoridades, é de grande importância para o conhecimento detalhado das causas dos acidentes rodoviários em Portugal. Estas equipas já existem há muitos anos noutros países, mas no entanto, em Portugal, que é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de sinistralidade, não existem. Só com estas equipas será possível conhecer com rigor e detalhe as causas dos acidentes rodoviários no nosso país.

João Dias

Professor do Departamento de Engenharia Mecânica do Instituto Superior Técnico

Com organização podemos poupar muitas vidas

Paulo Freitas, membro da C. C. E. M., considera que a problemática do trauma deve ter uma abordagem prática, nacional e suprapartidária, pois, como refere «o problema da sinistralidade diz respeito a todos. A sua incidência é tão elevada que mais tarde ou mais cedo, cada um de nós ver-se-á directamente envolvido...» A solução para um sistema mais eficaz no tratamento dos sinistrados tem, em seu entendimento, duas vertentes essenciais: melhor organização e mais comunicação entre profissionais e instituições.

Revista da Ordem dos Médicos - Quais as principais dificuldades sentidas na emergência hospitalar, no que se refere ao atendimento de politraumatizados?

Paulo de Freitas – Neste momento a nossa rede hospitalar recebe os doentes politraumatizados sem que, muitas vezes, seja efectuada uma referência adequada: os doentes são transferidos entre instituições, duas e três vezes, e acabam por chegar a hospitais que até podem não ter vagas ou condições para os receber e tratar nas melhores condições. O que se pretende, e nesse sentido a Ordem dos Médicos vai realizar em Setembro uma reunião sobre este

tema, é criar um sistema, vulgarmente chamado de sistema de trauma, com centros de trauma na zona norte, centro e sul do país. Dessa forma poder-se-á coordenar melhor o socorro e encaminhar a vítima, não só para o hospital mais perto, mas para o hospital mais próximo e com capacidade para o tratar integralmente, evitando-se assim transferências secundárias e terciárias.

ROM – A criação de centros de trauma em pontos chave do país é uma opção viável em termos de meios e recursos necessários?

PF – Considero um falso problema a questão das verbas necessárias: é muito mais dispendioso efectuar o tratamento em duas ou três instituições do que proceder ao tratamento definitivo, com um plano terapêutico elaborado desde o momento em que os doentes chegam, numa única instituição. O nosso objectivo é diminuir a mortalidade e a morbilidade entre esses doentes e reduzir o tempo que decorre entre o acidente e a total reintegração na sociedade. O sistema tem que ser centralizado nesse objectivo. Acessoriamente, mas também importante, ao diminuir a mortalidade e a morbilidade e ao aumentar a rapidez com que o indivíduo é reintegrado na sociedade e volta a ser produtivo, estamos a poupar muito dinheiro às instituições hospitalares.

ROM – O chamado sistema de trauma não é algo novo...

PF – Este tipo de solução já foi concebida em muitos países, tendo começado nos Estados Unidos da América nos anos 70. Posteriormente, baseando-se nos estudos de redução de mortalidade americanos, os ingleses efectuaram novos estudos que demonstram que há duas causas fundamentais de mortalidade: o atraso na intervenção cirúrgica e o trata-

mento incompleto do doente. Se o doente chega a um hospital que não tem capacidade de o tratar completamente verifica-se um atraso significativo no plano terapêutico. Resolver esta situação implica alguma organização entre os profissionais de saúde e da rede pré-hospitalar mas não necessita praticamente de investimentos. O que é necessário é implementar uma nova filosofia, uma nova forma de encarar a organização.

ROM - Concorda que todos os intervenientes na rede de socorro devem saber o que cada hospital tem capacidade para fazer e quais as suas necessidades e limitações para assim evitar falhas de referênciação?

PF - Essa questão é interessante pois nos últimos anos houve avanços indiscutíveis na área da emergência, nomeadamente no que se refere a equipamentos disponíveis, rapidez de acesso - temos o território continental praticamente coberto pela rede CODU, sabemos qual é o equipamento instalado em cada distrito, etc. - mas continua a faltar a coordenação e comunicação. Neste momento o que é necessário é que cada distrito se organize, saiba quais são os hospitais que têm capacidade para receber este tipo de doentes e, a ter que haver transferências, definir para onde deverá ser efectuada a referênciação. Tem que se estabelecer contacto entre os profissionais de saúde de forma a que o indivíduo seja transportado do local do acidente directamente para o hospital que o vai conseguir tratar.

ROM – Que tipo de reflexão se tem feito em Portugal sobre a sinistralidade?

PF - Foi feita uma reflexão muito interessante pela Assembleia da República, através de um fórum sobre sinistralidade, que nos dá uma perspectiva do que fazer nas próximas décadas. Foi uma ini-

ciativa que envolveu todos os grupos parlamentares, muitos técnicos de várias áreas e cujos resultados constituem um excelente suporte técnico para este trabalho. Julgamos que existe um consenso a nível nacional quanto à relevância da sinistralidade, da necessidade da sua prevenção e de uma capacidade de resposta adequada. O problema da sinistralidade diz respeito a todos. A sua incidência é tão elevada que mais tarde ou mais cedo, cada um de nós ver-se-á directamente envolvido... Consideramos que a classe política é sensível a esta problemática e que este deve ser um projecto nacional e suprapartidário. Com organização podemos poupar muitas vidas e melhorar muito as condições de assistência às vítimas e isso é fundamental. Da reunião que decorrerá na Ordem dos Médicos efectuar-se-ão com certeza recomendações não teóricas mas de actuação sobre o concreto.

ROM – Mas continuamos numa fase de planeamento...

PF – No nosso país a preocupação tem sido muito centrada no Código da Estrada. Naturalmente que um dos vectores fundamentais é o Código e a verificação da sua aplicação. O nosso Código actual é um dos mais modernos da Europa mas isso não é suficiente: se temos melhores acessibilidades e melhores viaturas, temos que intervir a outros níveis. Somos um país relativamente pequeno e não se justifica criar trinta hospitais de referência para receber estes doentes. Mas justifica-se definir a nível nacional três ou quatro hospitais para receber os traumatizados graves. Mas esses terão que funcionar em articulação com os hospitais que lhes enviam os doentes.

ROM - Que ligação existe neste momento entre as unidades que assistem a politraumatizados?

PF – As relações são extremamente frágeis: os doentes continuam a ser muitas vezes transferidos administrativamente sem a perspectiva de saber se o hospital que os vai receber tem condições para efectuar o tratamento integral. Efectuado que seja o inventário do que exist

te em cada distrito, tem que existir diálogo entre todas as entidades envolvidas: bombeiros, pré-hospitalar, hospital, centros de saúde... Cada distrito deve ter um interlocutor ao nível do hospital de referência. Quando o problema da comunicação for resolvido teremos uma rede efectiva a funcionar.

ROM - Considera que há falta formação na área do trauma?

PF – Não há uma formação uniforme ao nível pré-hospitalar, nomeadamente no que se refere aos bombeiros, e muitas vezes a concentração de material circulante não significa que seja material de qualidade ou adequado para este tipo de situações. Cada distrito deve definir quais as suas necessidades de formação, criar uma rede e depois ligá-la aos centros de referência e nessa fase analisar todas as necessidades relevantes: formação, material circulante, condições para receber estes doentes, que treino se dá às equipas, como se vão transferir esses doentes - se por via aérea ou terrestre -, qual o centro de referência desse hospital, como são geridas as vagas e que capacidade de resposta dos hospitais centrais, etc.

ROM – A formação será então o factor determinante neste processo?

PF - Têm sido dados passos significativos em relação à formação e é uma área muito importante. Mas o factor determinante é a capacidade de trabalho em equipa pois estes doentes têm que ser tratados por equipas devidamente coordenadas entre si. Acrescentando a essa coordenação, infra-estruturas hospitalares com capacidade de integrar estes doentes de maneira a que o plano terapêutico, definido nos primeiros quinze, vinte minutos depois da chegada ao hospital, seja cumprido com rigor e atempadamente conseguiremos diminuir a mortalidade e morbilidade em virtude dos sinistros. Estas medidas têm que acompanhar todas as fases do processo, ou seja da fase pré-hospitalar à reabilitação/reintegração. Se temos indivíduos que até tiveram o plano terapêutico devidamente cumprido mas que depois não têm lugar em instituições para reabilitação, todo o investimento é perdido...



Paulo de Freitas

Director da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital Fernando Fonseca, Membro da Comissão para a Competência em Emergência Médica

ROM - Que medidas considera essenciais para a racionalização dos meios disponíveis?

PF – A solução resume-se a organização e comunicação: sabemos que metade dos doentes que são transferidos dos hospitais periféricos para os hospitais centrais são devolvidos antes de se completar 24 horas. Isto sucede porque provavelmente não tinham indicação inicial para serem transferidos. Se houvesse uma boa comunicação entre instituições seriam evitadas transferências consideradas inúteis e que sobrecarregam os hospitais centrais. Tudo isto pode ser resolvido se existirem protocolos de encaminhamento e contacto fácil entre colegas para analisar as situações de forma a existir uma gestão do circuito do doente, uma gestão que deverá, naturalmente, ser reavaliada e corrigida em caso de eventuais falhas. O efectivo funcionamento em rede dos hospitais é realmente a chave fundamental deste processo. A prevenção é naturalmente o primeiro objectivo mas devemos ter em conta que podemos diminuir o número de sinistros mas que nunca conseguiremos eliminá-los completamente. Tem que existir uma rede a funcionar devidamente, inclusivamente com capacidade de resposta em situações de catástrofe. Se estivermos habituados a trabalhar coordenadamente, numa situação de maior pressão como em caso de catástrofe, o processo irá funcionar melhor.

Sinistralidade Rodoviária, Trauma, Formação Médica em Emergência O papel do ATLS® em Portugal

Todos os dias somos invadidos por notícias de mortos e feridos por Trauma. São hoje 5 mortos no IP5, amanhã a granada que explodiu no pátio da escola no Algarve e depois o avião que se despenhou na Madeira. Estes cenários são, infelizmente, cada vez mais reais.

As consequências para a sociedade são dramáticas; o Trauma é actualmente a 4ª causa de morte no nosso país, sendo a causa principal no grupo etário até aos 40 anos. Também no grupo pediátrico, acima dos 2 anos, as lesões traumáticas são a causa de óbito mais frequente. Calcula-se que para cada acidente mortal, existam 3 a 4 indivíduos que vão ficar com sequelas graves e definitivas como, paraplegia, amputação traumática de um membro, deficiências neurológicas, lesões gravemente deformantes, quadros psiquiátricos envolvendo depressão ou fobia, enfim, a lista é quase infinita. Apesar de má, pensa-se que no futuro a situação só vai piorar. Segundo alguns (Surgical Clinics of North America, Dezembro 1999), o Trauma será em 2020 a 2ª causa de morte a nível mundial, e que já é actualmente, a causa

de morte de crescimento mais rápido.

Não são só os números de mortos e feridos que são dramáticos. Também a realidade económica é assustadora; a custos de 1995 e segundo um calculo publicado na comunicação social, os acidentes custam cerca de 3000 milhões de euros/ano ou seja o equivalente a 5% do PIB, ou 5000 euros /min., ou às verbas dos fundos estruturais da UE no ano de 1999.

Tem sido reconhecido, em todas as reuniões sobre Trauma realizadas em Portugal, que a introdução das VMER (Viatura Médica de Emergência Rápida), trouxe uma melhoria significativa na assistência prestada aos doentes politraumatizados (PTZ), mercê de cuidados protocolados, mais rápidos, mais especializados e melhor equipados. Contudo, essa melhoria pré-hospitalar, não teve, na maioria dos casos, o necessário paralelismo intra-hospitalar. Há, na verdade, algumas abertas neste panorama negro, onde em virtude do interesse particular de alguns grupos, as vontades se coordenaram para que essa melhoria acontecesse. Mas, o problema é que o Trauma acontece em todo o lado, a toda hora, e não apenas perto dos centros vocacionados para lhe dar assistência. É, por isso, fundamental, que em qualquer hospital onde se prestem cuidados de urgência, existam médicos preparados para receber os doentes politraumatizados.

É aqui que entra o ATLS. É um programa de formação médica, criado nos EUA, difundido em 50 países, e que ensina e treina a abordagem inicial, diagnóstico e tratamento a prestar aos doentes de Trauma. Foi introduzido em Portugal em 1998, por acordo entre o American College of Surgeons e a Sociedade Portuguesa de Cirurgia, e neste momento já formou mais de 1000 médicos, em 70 cursos realizados em todo o país (Lisboa, Porto, Coimbra, Braga, Aveiro, Funchal e Viseu).

Apesar de o ATLS ser actualmente o “gold standard” no tratamento médico do Trauma, uma das suas grandes vantagens não é médica ou clínica. É sim, a grande preocupação pedagógica dos cursos. Integra a comissão nacional do ATLS, além de vários elementos dirigentes dos vários núcleos (Norte, Centro e Sul), um pedagogo que acompanha todos os cursos de Instruto-





Pedro Moniz Pereira

*Cirurgião, Hospital Garcia de Orta, Almada –
Capiulo de Trauma da Sociedade Portuguesa de
Cirurgia – Director Nacional do programa ATLS®
(Advanced Trauma Life Support) – Director Clinico
do programa PHTLS (Pre Hospital/Trauma Life
Support) – Membro fundador da Liga contra o
Trauma – Estrada Viva*

res e muitos dos cursos de alunos. A qualidade deste trabalho é tal, que isto mesmo já foi reconhecido além-fronteiras. A responsável pedagógica do ATLS/Portugal foi, por várias vezes, convidada para orientar cursos de Instrutores ATLS em Espanha e na Noruega, assim como para ajudar na formação do futuro “Educator” espanhol, levado a cabo, com o acordo do ATLS Internacional, pela “Asociacion Espanola de Cirujanos”.

Ao contrário do que alguns querem fazer crer, o ATLS não é elitista nem discriminatório em relação a outros profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Estes, não só ocupam lugares da mais alta responsabilidade na organização (Enfermeiro Coordenador Nacional), como são parte fundamental das equipas, simulações e resolução de situações clinicas em Trauma.

O ATLS é igual em todo o mundo; os livros são iguais, os diapositivos utilizados são iguais, os protocolos, os ensinamentos, a filosofia, até os testes e os exames são iguais. Em todo o mundo, quem tiver menos de 80% de respostas correctas no teste final não obtém o diploma ATLS. Este certificado é válido do mesmo modo em Portugal, nos EUA, em Singapura ou em qualquer outro local do mundo. Do mesmo modo os Instrutores ATLS podem leccionar cursos em qualquer outro local do mundo. Assim, temos Instrutores em Portugal que foram formados no Brazil e eu próprio já participei em vários cursos inaugurais, em conjunto com um grupo do American College of Surgeons, em Espanha e na Lituania.

Não conheço outro tipo de credenciação internacional médica a funcionar neste momento em Portugal. Este reconhecimento extra-nacional é particularmente importante nos nossos dias e na nossa realidade médica actual, em que tanto se fala de negligência e de qualidade do trabalho médico.

Mas o ATLS não é só Trauma, como bem o sabem todos os que por lá passaram. Não querendo fazer de um gato pelado um leopardo de pelo sedoso, o facto é que o ATLS tem-se revelado, em todos os locais onde foi introduzido, um inestimável instrumento de alteração de comportamentos e práticas em todas as vertentes da prática clínica. Na organização mental dos problemas, na prioritização das situações, e nas relações com

os doentes, enfermeiros e colegas.

O programa base do ATLS está estabilizado, uma vez que estão sedimentados os três centros regionais (norte, centro e sul). A sua estrutura técnica, administrativa e pedagógica tem sido uma parte crucial do sucesso do programa em Portugal. Muitos profissionais de elevadíssima qualidade e de áreas tão variadas, como p.e. Enfermeiros, Pedagogos, Militares, Anestésistas, Veterinários, e Cirurgiões têm contribuído grandemente para o sucesso do programa.

Uma outra medida da aceitação do programa, é os “filhos” que ele origina. E são vários a querer nascer. O



programa TEAM (Trauma Evaluation for Medical Students) para estudantes de Medicina, foi iniciado em Portugal há três anos, por instrutores ATLS, nas universidades de Coimbra, Porto e Ciências Médicas de Lisboa. Aliás, com alguns melhoramentos em relação ao formato original, a apresentar brevemente a nível internacional, e que têm tido uma óptima aceitação entre os alunos. O PHTLS, programa de abordagem pré-hospitalar do doente politraumatizado, realizou o seu primeiro curso em Lisboa, em Setembro de 2002, tendo até Dezembro último realizado 21 cursos, com cerca de 350 graduados. Este programa é destinado a todos, e não apenas médicos, que fazem assistência pré-hospitalar. A ligação ao grupo ATLS é mantida pelo



Director Clínico, que assegura que os critérios de qualidade e compatibilidade sejam idênticos aos do programa “base”. A Enfermagem tem o curso “ATLS for nurses ou ATCN”, que tem tido alguns problemas no arranque, mas que esperamos vá adiante.

O futuro deste caminho passa pelo que nos EUA se denomina de “public awareness”, a consciencialização do público em geral para a importância do Trauma como O grande problema de saúde da nossa sociedade nos próximos anos. São bons modelos a seguir as campanhas desenvolvidas para a SIDA, o Cancro ou as doenças cardiovasculares. Ainda neste campo, o ATLS fez questão de se envolver em movimentos de cidadãos que se preocupam e procuram ter efeito em questões relacionadas com a prevenção do Trauma e seu impacto na sociedade. É o caso da Estrada Viva - Liga contra o Trauma, do qual fomos inspiradores e co-fundadores. Agrupando mais de 40 associações de vários quadrantes da sociedade, a Liga contra o Trauma tem-se envolvido em várias acções das quais destaco o Dia da Memória em Évora em Fevereiro de 2005 e a Presidência da República Aberta dedicada à sinistralidade rodoviária em Maio de 2005.

Uma outra vertente a explorar é a criação dos necessários registos; o “Registo de Trauma Nacional” integrando ou não redes trans-nacionais, mas que serão cruciais como instrumentos de trabalho, de avaliação da realidade nacional, neste momento praticamente desconhecida, e das necessidades em recursos materiais e humanos. É claro que os médicos com formação em ATLS estão particularmente bem posicionados e motivados para poder contribuir de maneira decisiva neste campo, assim como o está toda a estrutura nacional do programa ATLS.

É inevitável a profissionalização do trabalho médico de urgência, que passa obrigatoriamente pela melhoria e especificidade da formação nesta área. Não vai ser possível continuar a aceitar que num serviço de urgência o primeiro médico a assistir um doente politraumatizado não tenha formação específica adequada. Esta formação é o ATLS, devendo esta credenciação passar a ser exigida no currículo dos médicos que prestam serviço de urgência.

É fundamental que o Trauma não seja esquecido, ou secundarizado, o que deverá passar pela criação de equipas e unidades de trauma baseadas nos princípios e ensinamentos ATLS.

Lisboa, Abril de 2005

A Cadeia de Emergência e a sua Operacionalização

INTRODUÇÃO

Na operacionalização da urgência e emergência médica, o Instituto Nacional de Emergência Médica, como entidade coordenadora do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as Administrações Regionais de Saúde, como entidades responsáveis pela organização de meios na região, possuem uma responsabilidade significativa na promoção da articulação necessária de vontades e capacidades. Estes devem ainda articular-se com entidades como o IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira, DGIES - Direcção Geral de Instalações e Equipamentos da saúde e INAC - Instituto Nacional de Aviação Civil). Sobretudo, é necessário promover a articulação concertada e atempada em função de objectivos comuns.

Contudo, antes de avançar com iniciativas inovadoras, há que reter e respeitar dois princípios: a) os médicos, como os profissionais de saúde que determinam o curso clínico, e consequentemente as implicações globais do sistema, têm de ser envolvidos na liderança do processo e b) mais do que criar novas soluções importa rentabilizar a capacidade instalada.

OBJECTIVOS

A emergência deve ser vista como um conjunto de acontecimentos interdependentes, como elos da mesma cadeia sendo que esta somente é tão forte consoante a resistência do seu segmento mais vulnerável. Os objectivos na fase pré hospitalar devem ser:

1) Alargar os Centros de Orientação de Doentes Urgentes a todo o

País;

2) Organizar uma Rede de Ambulâncias de Socorro com critérios uniformes;

3) Alargar a rede VMER aos Hospitais integrados na Rede de Urgências;

4) Promover a crescente rentabilização do Serviço de Helicópteros, nomeadamente no transporte primário e secundário de doentes críticos e urgentes.

Os objectivos na fase hospitalar devem ser:

1) Divulgar e implementar da Rede Nacional das Urgências (actual ou revista);

2) Implementar a Triagem de Prioridades;

3) Implementar e avaliar circuitos de encaminhamento/gestão de doentes, incluindo as Vias Verdes;

4) Reorientar os doentes não urgentes/menos urgentes do serviço de Urgência para o Centro de Saúde ou Consulta Externa;

5) Redefinir o Serviço de Urgência: reconhecimento do mesmo como Serviço de Acção Médica (implementar o assumido em Despacho Ministerial, nº 11/02), com Director a exercer funções a tempo inteiro, sempre que possível Equipes Médicas fixas e com a missão de observar e tratar (apenas) os doentes emergentes e urgentes.

MEDIDAS CONCRETAS

Respeitando os objectivos acima descritos e na persecução dos mesmos, existem assuntos concretos em que se deve investir:

1. Emergência Pré-hospitalar:

a. Operacionalização do número na-

cional de socorro 112.

b. Extensão da medicalização da triagem telefónica 112 a todo o País continental.

c. Articulação CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes com as Unidades de Saúde.

d. Alargamento da rede VMER.

e. Organização de uma rede de ambulâncias de socorro em função de critérios objectivos.

f. Proceder à profissionalização dos serviços mínimos nas ambulâncias de socorro. Tal é necessário para poder assumir objectivos, formação em função de objectivos, qualidade como consequência da formação, acompanhamento e auditoria para avaliar a competência profissional. Inevitavelmente, tal implica equipas fixas, dedicadas e remuneradas, como garante do sistema sendo que o voluntariado poderá complementar mas não constituir os serviços mínimos.

g. Operacionalização do Helicóptero ambulância no transporte primário e secundário.

Comentário: O INEM deve trabalhar em concertação estreita com as Administrações Regionais de Saúde.

2. Cartas de Referenciação (pré-hospital – hospital, inter-hospitalar e hospital – centro de saúde):

a. Hierarquização clara dos Serviços de Urgência. Assumir Cartas de Referenciação Locais/Regionais de acordo com a Rede Nacional de Urgências.

b. Rede de Trauma: encaminhamento racional no âmbito da Rede Nacional de Urgências.

c. Importância da identificação dos



António Marques

Médico Anestesiologista - Director do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência - Hospital Geral de Santo António, S. A., Porto

serviços de cuidados intensivos, sua lotação e contactos directos.

d. Importância da identificação de centros especializados, por exemplo, de queimados.

e. Rentabilizar os recursos humanos diferenciados: gestão em “pool” local.

f. Rentabilizar os recursos e informações na gestão de situações menos comuns e que exigem soluções específicas, por exemplo, nas intoxicações: articulação CIAV-Centro de Informações Anti-Veneno e Hospitais na organização e gestão de stock regional, comunicações e transporte de antidotos e doentes.

g. Uniformização de recomendações referentes à actuação médica: protocolos de actuação para as situações mais frequente e/ou graves e a resposta do Serviço de Urgência em casos de mutivítimas. Articulação da resposta médica na fase pré hospitalar, Sala de Emergência e restante Serviço de Urgência.

h. Proceder à reorientação de doentes pouco urgentes/não urgentes, identificados segundo metodologias de trabalho objectivas, uniformes e auditáveis, com controlo médico, do Serviço de Urgência para o Centro de Saúde.

Comentário: Envolvendo os Hospitais e segundo o preconizado na Rede Nacional de Urgências, as Administrações Regionais de Saúde, em articulação com o INEM, devem impor circuitos de gestão de doentes em cada área geográfica de influência natural dos principais Hospitais Polivalentes da Região.

3. Triagem de Prioridades no Hospital:

a. Implementação de sistemas de triagem de prioridades na urgência, por exemplo, o Sistema de Manchester.

b. Articulação dos cuidados primários – SASU/SAP – Serviço de Atendimento Permanente com o Serviço de Urgência hospitalar. Implementação de Cartas de Referencia-

ção com a possibilidade de encaminhar os doentes não urgentes para o local apropriado de observação.

c. Investimento na Chefia de Equipe: determinação de perfil, formação em gestão de recursos e conflitos.

d. Definição de recomendações sobre estruturas e circuitos básicos no Serviço de Urgência (a ser utilizados na feitura de obras/construções) tendo em conta as necessidades das Salas de Emergência e os circuitos de gestão e encaminhamento de doentes na urgência, incluindo os conceitos de Via Verde Coronária, Via Verde AVC e Via Verde Trauma.

e. Implementação de sistemas uniformes de registo de dados clínicos: uniformização do BI do SU, carta de informação de transferência inter hospitalar ou para médico assistente. Logo que possível, investir na informatização clínica global, integrada com a administrativa, e a telemedicina.

Comentário: Existindo um afluxo exagerado no recurso ao Serviço de Urgência, é vital atribuir prioridades de forma a investir atempadamente naqueles que se encontram mais carentes de cuidados urgentes.

4. Sala de Emergência Hospitalar:

a. Uniformização de conceitos e capacidades (ainda que com organização específica de acordo com cada realidade).

b. Comunicações internas móveis para as Especialidades e directas com o CODU.

c. Articulação da capacidade formativa existente nas diversas entidades.

Comentário: É fundamental investir na formação Médica e de Enfermagem em emergência médica. Mais, que haja uma política uniforme sobre o conceito de resposta à emergência no Serviço de Urgência – competências, formação, certifica-

ção, equipamento.

5. Vias Verdes:

a. Via Verde Coronária: papel da VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação, Cardiologia/Medicina Interna Hospitalar, SASU/SAP. Organização do Serviço de Urgência, UCIC-Cuidados Coronários e Hemodinâmica no Hospital. Estabelecimento de circuitos de gestão dos doentes. Rentabilização da capacidade existente em recursos diferenciados (hemodinâmica) na perspectiva regional.

b. Via Verde AVC: implementação de circuitos de gestão de doentes, integrando a fase pré e intra hospitalar.

Comentário: As chamadas vias verdes nada mais são, ou deveriam ser, circuitos definidos de encaminhamento de doentes. Reconhecendo a prevalência e importância estratégica de algumas patologias é lícito organizar circuitos próprios. Contudo, tal organização não deve excluir a necessidade da sistematização do trabalho na resposta aos restantes doentes.

6. Equipes fixas no serviço de Urgência:

a. Promover a existência de equipas fixas que assegurem a gestão de áreas definidas da urgência, como a triagem médica inicial e cuidados intermédios – espaços de observações.

b. A lógica de uma crescente organização da prestação de cuidados

urgentes mandata a existência de uma triagem de prioridades inicial, a definição de circuitos de encaminhamento de doentes e, ao longo deste circuito, a definição das responsabilidades e protocolos de actuação. Esta constitui a forma de garantir a reprodução dos resultados e a criação de escola na urgência. A existência de núcleos de profissionais que se dedicam à urgência facilita o processo organizativo.

c. À semelhança da realidade nalguns países, sobretudo anglo-saxónicos, existe a necessidade de se proceder à criação da Especialidade de Medicina de Urgência. Tal não deve ser confundido com a Competência em Emergência Médica, algo já existente em Portugal mas limitada na sua intervenção à emergência em si. Como detentores do conhecimento específico, o processo deve ser liderado e definido pelos médicos, mais concretamente, a Ordem dos Médicos.

Comentário: Não se trata de profissionalizar o Serviço de Urgência pois já lá existem profissionais. Antes dedicação de alguns profissionais ao trabalho nesta área, com ganhos evidentes na sua organização e a libertação de outros para actos mais diferenciados.

7. Transporte inter hospitalar do traumatizado:

a. Implementação das normas preconizadas no Guia de Transporte do Doente Crítico, elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Para o efeito, adoptar sistemas de pontuação, mais objectivos, como o assumido pela Administração Regional de Saúde Norte.

b. Criação de uma rede de heliportos hospitalares.

c. Identificação de vagas de cuidados intensivos.

Comentário: As Administrações Regionais de Saúde devem divulgar normas de boa prática médica, de

âmbito nacional, e acompanhar o seu cumprimento.

8. Plano de Emergência Hospitalar.

a. Na vertente interna: Ênfase à prevenção/resposta ao incêndio.

b. Na Vertente externa: Ênfase à resposta perante situações com multivítimas.

Comentário: Deve haver coordenação regional que se articule com os representantes nomeados pelos Hospitais e demais intervenientes. Estes devem proceder à implementação local dos conceitos preconizados.

9. Sistema de Informação:

a. Implementação de uma rede global inter hospitalar de telemedicina – incluindo o apoio à leitura da imagiologia - .diminuição de transferências desnecessárias, muito especialmente dos TCEs.

Comentário: As Administrações Regionais de Saúde têm de se articular com o IGIF tendo em conta o preconizado nas Cartas de Referência Regionais.

10. Informação para o público

a. Promover campanhas de informação e sensibilização sobre: como usar o 112, a importância do Centro de Saúde, não recorrer ao SU sem justificação, a missão dos diversos tipos de Hospitais/valências existentes...

CONCEITOS CHAVE a RETER – Conclusões

I-Investimento

Qualquer sistema de socorro e atendimento só é tão forte consoante as características do seu elo mais fraco. Reconhecendo as implicações na sociedade das dificuldades da emergência médica, conclui-se que avançar com soluções constitui um investimento, não um custo.

2-Rentabilizar a capacidade instalada

Nem sempre é necessário reclamar mais, mais e mais recursos materiais, financeiros e humanos. É igualmente importante saber fazer melhor (e mais) com o existente.

3-Ênfase na capacidade técnica

Mais importante do que os meios materiais são os recursos humanos. Considerando o panorama nacional conclui-se que existe a necessidade de investir na formação. Necessariamente, este processo deve ter controlo médico.

4-Compromisso político

O diagnóstico da situação já foi efectuado à muito. O Plano de Reestruturação das Urgências de 1996 é disso um bom exemplo. Contudo, para além da necessidade de legislação abrangente que defina e regule as questões de fundo, é possível fazer muito com os instrumentos de gestão já existentes.

A mudança só é possível quando existe empenho e compromisso sustentado ao mais alto nível. A crise é para resolver e não apenas gerir.

5-Informação

A divulgação de informação é importante porque:

a)O utente mais bem informado dos seus direitos é mais reivindicativo e daí, existe mais poder político para avançar com a mudança.

b)Ao divulgar dados e soluções assume-se publicamente a vontade de trabalhar e um compromisso com o projecto. O compromisso é importante para a responsabilidade. A responsabilização é fundamental para o progresso.

c)O conhecimento da realidade valoriza o esforço e aumenta o prestígio dos diversos profissionais envolvidos na área, algo importante para o investimento dos próprios e da sociedade no projecto que é a construção de um sistema de emergência credível.

Implementação de um Sistema Integrado de Cuidados de Trauma

A abordagem do doente com trauma grave exige a maior parte das vezes uma acção pluridisciplinar, porque a lesão atinge órgãos e sistemas diferentes, complexa porque se trata habitualmente de doentes críticos, exigindo um contínuo de tratamento, do local do acidente por vezes a mais de um hospital, já que nem todos têm a capacidade de tratar todo o tipo de lesões.

A mais pequena desorganização e descoordenação na fluidez de cuidados destes doentes na sua evolução de tratamento (local do acidente aos cuidados definitivos) podem pôr em causa a sua recuperação.

Em termos clínicos a mortalidade do trauma tem uma distribuição trimodal, existindo três picos distintos referidos como: morte imediata, morte precoce e morte tardia (Trunkey DD). As mortes imediatas resultam de lesões dos grandes vasos e exsanguinação, ou lesão extensa do sistema nervoso central. As mortes precoces ocorrem nas primeiras 6 a 12 horas após a lesão externa, na fase de referência, transporte, ressuscitação e identificação inicial das lesões. As mortes tardias ocorrem a maior parte das vezes em ambiente de cuidados intensivos, por disfunção multi-orgânica e/ou sepsis, ou no internamento por intercorrências ou complicações tardias.

A prevenção é sem dúvida factor primordial em trauma e essencial para evitar o número de mortes imediatas.

Na fase de morte precoce tem sido demonstrado um grande número de mortes evitáveis devido a atrasos, desorganização do sistema ou tratamentos inadequados (West e al).

Estudos recentes (Massada SR e Minei-

ro J) reforçam a ideia que no nosso país o atendimento ao grande traumatizado padece de problemas vários, sendo os mais importantes uma insuficiência de formação pós-graduada na área e um inadequada organização de socorro e atendimento.

Desses estudos podemos salientar algumas situações que todos estamos conscientes da sua realidade. Actualmente verifica-se:

- A prevenção da lesão faz-se essencialmente a nível nacional, não valorizando a incidência epidemiológica de cada área geográfica. Existem poucos programas dirigidos aos grupos etários com maior assimilação de comportamentos positivos (crianças e adolescentes), utilizando habitualmente os media e outdoors que não chegam a todos os potenciais doentes, por vezes utilizando um estilo intelectualizado não permitindo uma assimilação fácil e persistente.
- O acesso do doente aos sistemas de saúde deve ser rápido e eficiente. O sistema de emergência pré-hospitalar, vulgo Inem, não abrange equitativamente o país, tem como base um hospital, ficando as zonas periféricas urbanas e as rurais sob a influência das equipas de bombeiros, que embora empenhados, não têm formação específica em trauma e em suporte avançado de vida.
- O transporte do doente não está disciplinado nem acreditado. É frequente o transporte em ambulâncias não medicalizadas, sem acompanhamento médico ou de enfermagem, mesmo no transporte inter-hospitalar. A referência dos doentes é feita para a unidade de saúde da área, sabendo-se muitas vezes que essa unidade não dispõe de recursos técnicos e humanos para as necessidades do doente.
- Muitas unidades de saúde apresentam

recursos técnicos e humanos aceitáveis, no entanto não existe uma preparação científica dirigida ao trauma. É frequente serem transferidos doentes para outros hospitais por falta de recursos específicos (neurocirurgia, plástica, vascular, torácica, cuidados intensivos, imagiologia, etc.), apresentando o doente lesões graves de fácil correcção, por vezes mesmo prioritárias, mas não tratadas mesmo tendo recursos para tal.

• Nos hospitais, mesmo nos centrais, não existem equipas pluridisciplinares de trauma (exceptuando o HSJ – Porto). O doente é avaliado por várias especialidades médicas, mas de uma forma individual assente na experiência pessoal de cada um, cada com a sua prioridade de intervenção diagnóstica e terapêutica. O não estabelecimento claro de prioridades resulta em descoordenação na avaliação do doente, condiciona demoras, repetição de exames e atrasos por vezes irremediáveis na tomada de decisão, sempre em prejuízo do doente.

• A educação e formação técnica dos nossos profissionais de saúde apresentam elevado índice de qualidade, mas a maior parte das vezes direccionada à sua vocação e especialidade. Em trauma a lesão é a maior parte das vezes múltipla, o que implica uma visão global e abrangente (em equipa) pelo que é essencial cada conhecer a sua prioridade de intervenção, sendo essencial também conhecer as prioridades dos outros, de forma a estabelecer adequadamente, e de forma articulada, o seu tempo de acção.

• Os atrasos da implementação de cuidados de reabilitação podem ser responsáveis pelo aumento do tempo de recuperação – tempo de internamento, como podem tornar em lesões definitivas as lesões que potencialmente seriam recuperáveis. Em Portugal existe um défice claro de serviços de reabilitação, e uma inadequada resposta e

em tempo útil desses serviços.

Parece-nos evidente que a avaliação e o tratamento do doente com trauma grave não pode ser um acto simples ou individualizado. O doente com trauma grave deve ser 'cuidado' por um leque alargado de profissionais, que compreenda o espectro de "cuidar", que compreenda o processo de lesão, que compreenda o alcance e sofrimento multi-orgânico. Parece-nos também evidente que o doente com trauma grave deve ser cuidado por "especialistas" de trauma de todos os quadrantes científicos: cirurgiões, intensivistas, anestesistas, emergencistas, ortopedistas, neurocirurgiões, radiologistas, enfermeiros de trauma, enfermeiros gerais e outros profissionais ligados à saúde (bombeiros, técnicos de diagnóstico, auxiliares) num contexto de um "serviço" de trauma. Estes profissionais de saúde devem distinguir-se pelo treino especial, um compromisso contínuo ao conhecimento na área, e experiência clínica suficiente, porventura continuada, para manter as capacidades únicas e necessárias para providenciar um tratamento de excelência. Este último aspecto parece-nos essencial. O actual modelo de apoio ao serviço de urgência, um período semanal, é incompatível com um exercício de medicina crítica de qualidade, ao qual a experiência continuada e a contínua avaliação da prestação de cada um e do grupo está ausente.

Também temos que reconhecer que no Sistema Integrado de Emergência Médica, vulgo rede de referência de Serviços de Urgência abertos, existem poucas instituições que conseguem possuir todos os recursos necessários para tratar todo o tipo de lesão. Aliás não faz sentido que assim seja. A ideia é precisamente a concentração de recursos. Da rede de urgências abertas será fundamental escolher algumas, em função da sua área geográfica, acessibilidade, recursos técnicos, recursos humanos, e não menos importante, motivação e empenho, de forma a se criar uma rede de referência ao grande traumatizado (rede de trauma – sistema integrado de cuidados em trauma). Não se pretende fechar urgências,

pretende-se sim dotar alguns desses serviços de urgências, com recursos técnicos e humanos com capacidade em receber, equilibrar, tratar, ou, se necessário, triar e referenciar adequadamente o doente (depois de equilibrado), isto é para um hospital que possua os recursos necessários e preparado para tratar esse tipo de lesão.

Como primado, o doente com trauma deverá receber um atendimento contínuo de excelência, que apesar de níveis diferentes de actuação, de diferenciação técnica e de recursos, apresentam um compromisso e uma qualidade de cuidados igual, isto é excelente no local do acidente, na estabilização no centro de saúde mais remoto, na referência e transporte, nos cuidados definitivos, na reabilitação. Somos da opinião de que se um médico e um enfermeiro do 'inem' conseguem estabilizar um doente na rua, um médico e um enfermeiro dum qualquer centro de saúde poderão fazer o mesmo se preparados para tal.

Assim nasce o conceito de centros de trauma de níveis diferenciados de actuação. Centros de trauma de elevada diferenciação (nível 1), sedeados habitualmente em hospitais de grandes recursos, centros de trauma intermédios (nível 2) com capacidades de pelo menos cirurgia geral e ortopedia, e centros de trauma de nível 3, sedeados em Centros de Saúde localizados em áreas geográficas onde a influência do 'inem' ainda não se faz sentir, ou áreas remotas ou de difícil acesso. Embora centros de diferentes recursos, são iguais no empenho e motivação, na linguagem técnica e científica.

Mas o conceito de rede de trauma, conjunto de centros de trauma ao qual o doente pode ser referenciado, é limitativo na qualidade assistencial. Por melhor excelência técnica que um centro de trauma desenvolva a sua actividade, os seus resultados são sempre condicionados com as atitudes tomadas a montante e a jusante, se não acompanhadas pela mesma qualidade de actuação. Esta realidade força a criação de um Sistema Integrado de Cuidados em Trauma, isto é, um siste-



Salvador da Rocha Massada

Chefe de Serviço de Anestesia e Cuidados Intensivos - Presidente do Grupo de Trauma do Hospital de S. João

ma de saúde organizado e coordenado numa determinada área geográfica, onde todos o doentes com trauma recebem um tratamento padronizado, independentemente do local onde tiveram o acidente, e independentemente do local do sistema onde são sucessivamente tratados. O que diferencia uma rede de um sistema é precisamente a organização do conjunto, na sua cooperação e interligação constante, na sua constante aferição sendo o resultado de um o resultado de todos.

Um sistema integrado de trauma terá assim como componentes essenciais, integrados e coordenados:

Prevenção (realçando o papel dos centros de saúde e a saúde comunitária nos contactos preferenciais como população local e com as escolas).

Assistência pré-hospitalar

Serviço integrado de comunicações
Serviços de assistência pré-hospitalar (Inem e bombeiros, a trabalhar no mesmo sentido, integrados, com a mesma linguagem e com uma actuação clara e bem definida dos seus limites, responsabilidades e competências)

Serviço de ambulâncias com recursos técnicos e humanos aferidos ao doente crítico

Triagem de doentes por gravidade

Plano de emergência em situações de excepção

Assistência hospitalar

Plano de Trauma

Equipas mínimas e alargadas de Trauma, com formação base e avançada de trauma

Recursos standardizados por nível de actuação

Reabilitação

Assistência administrativa, técnica e científica

Coordenação

Liderança
Registo de Trauma
Formação
Protocolos clínicos e administrativos
Avaliação
Investigação

Um sistema de trauma necessita de um forte componente administrativo, técnico e científico, representado por delegados de todos os componentes que integram o sistema, tendo como responsabilidade a definição orgânica do sistema, definindo recursos, implementando programas de prevenção, educação pública e formação dos seus elementos, desenvolvendo normas de orientação clínica e administrativa, e avaliando continuamente a funcionalidade do sistema alicerçada num registo que se pretende nacional.

Uma palavra final para realçar o papel da formação que é indispensável para o desenvolvimento do sistema, e ao fim ao cabo lançar um repto à Ordem dos Médicos, que é o garante científico da nossa prestação. Nestes últimos anos tem havido um esforço significativo na formação pós-graduada em trauma, sendo de destacar a generalização do curso atls®, o empenho e a 'carolice' de algumas instituições, serviços, associações e grupos de colegas e, desculpem-nos a imodéstia, o papel de elevado relevo que o Grupo de Trauma do HSJ tem dedicado a esta área, desenvolvendo acções formativas para o atendimento geral (pré-hospitalar e hospitalar, para médicos, enfermeiros e bombeiros - curso de trauma pré-hospitalar, atls®, tnc®) a acções de formação dirigidas à tomada de decisão e tratamento definitivo: cursos DSTC® (Definitive Surgical Trauma Course), Neurotrauma, Orto-trauma, Curso Pós-Graduado de Trauma, etc. No entanto, somos da opinião que cabe à **Ordem dos Médicos** um papel regulador e orientador, pelo que lhe lançamos o repto de incentivar a criação de 'STANDARDS EMTRAUMA', de forma a normalizar, orientar e avaliar o ensino pós-graduado, bem como normalizar, orientar e avaliar a prática médica, definindo recursos, habilitações e normas de actuação de atitudes e procedimentos em trauma.

Em termos de conclusão pensamos que a implementação de um Sistema Integrado de Cuidados de Trauma é fundamental com o objectivo último de diminuir a morbilidade e a mortalidade em trauma.

Vantagens de um Sistema Integrado de Trauma

1. Identifica os recursos técnicos e humanos disponíveis, públicos e privados, e o seu nível de aproveitamento, antes de se implementar o Sistema.

2. Desenvolve um organigrama de fluxos de doentes segundo critérios de gravidade e dos recursos disponíveis em cada área.

i. Diminui o tempo de atendimento, possibilitando uma melhor recuperação do doente

ii. Melhora a utilização dos recursos existentes, com maior rentabilização dos mesmos (quantos mais doentes melhor rentabilização do equipamento bem como mais experiência na área).

iii. Diminui significativamente a morbilidade e até a mortalidade, pela rapidez de acesso (o doente vai para a área que se sabe capaz de o tratar) bem como pela maior experiência clínica.

3. Desenvolve planos locais de prevenção, em função da epidemiologia da área (maior proximidade da população com os Centros de Saúde, possibilitando um aumento de respeito, simpatia e confiança na Saúde prestada).

4. Educação da população na prevenção da lesão bem como das atitudes a tomar até à chegada dos primeiros socorros.

i. Incentivo psicológico intrínseco da melhoria da qualidade da saúde oferecida.

ii. Melhoria do civismo da população e factor de melhoria cultural.

5. Educação dos técnicos de saúde.

i. Melhor atendimento do doente com trauma, avaliando-se o doente no seu todo.

ii. Atendimento rápido e eficaz segundo prioridades de gravidade, por uma equipa com linguagem comum.

iii. Melhoria do atendimento de qualquer doente crítico, já que os fundamentos científicos e destreza técnica são similares (insuficiência respiratória aguda, asma,

bronquite crónica agudizada, edema agudo do pulmão, enfarte do miocárdio, coma não traumático, hemorragia intra cerebral, etc).

iv. Melhor nível de comunicação e transporte (integração da comunicação, de certificação técnica das ambulâncias, etc.)

v. Rentabilização do transporte aéreo.

6. Melhoria organizativa e técnica do atendimento a nível hospitalar e dos centros de saúde.

i. Melhor desempenho técnico em qualidade individual, pela formação e pela maior experiência num número maior de casos.

ii. Melhor rentabilização de recursos.

iii. Melhoria acentuada da capacidade técnica e científica dos médicos de clínica geral e do enfermeiros dos centros de saúde, que se estendem ao atendimento de outros tipos de patologias (pela formação, organização e metodologia de abordagem de problemas).

iv. Melhoria das comunicações e da triagem dos doentes, útil como aptidão em casos de catástrofe.

7. Desenvolve e implementa um projecto mais eficaz de apoio da medicina física e reabilitação.

i. Libertando mais rapidamente as camas hospitalares, algumas delas de grande especificidade técnica (cuidados intensivos)

a) Diminuindo os custos hospitalares.

b) Possibilitando a utilização das camas para outros tipos de patologias

c) Diminuindo as listas de espera

d) Recuperação mais rápida do doente

e) Diminuindo tempo de incapacidade, de indemnização e de ausência de produtividade

f) Diminuindo a morbilidade

g) Diminuindo os custos sociais e familiares

8. Pretende ser inovador no plano de financiamento, público, privado, mecenato, com possibilidade de aproveitamento de financiamentos comunitários, em particular na formação, prevenção e apetrechamento técnico, e em especial na edificação de um Centro de Reabilitação Especializado para o Norte de Portugal.

9. Diminuição dos custos financeiros directos e indirectos atribuíveis ao trauma.

10. Diminuição da morbilidade e da mortalidade.

Não queremos que as redes sejam vistas como fórmulas rígidas...

Adriano Natário, director do Serviço de Planeamento da Direcção Geral de Saúde, reconhece que o sistema de emergência médica necessita ainda de melhoramentos a vários níveis. Defendendo uma visão de uma rede de trauma não autónoma, mas antes integrada na rede de referência de urgência/emergência, este responsável da DGS considera que, com organização e planeamento, se poderá melhorar significativamente a capacidade de resposta do nosso sistema.

Revista da Ordem dos Médicos – ‘O chamado sistema integrado de emergência médica é, na verdade, uma realidade repleta de discontinuidades’. Que comentários lhe suscita esta afirmação?

Adriano Natário – O sistema nacional de resposta para urgência e emergência tem sido muito discutido desde há vários anos. Num documento de Abril de 1996 intitulado ‘relatório sobre a reestruturação das urgências’ a então Comissão Nacional de reestruturação das urgências recomendava como se devia organizar o país para prestar bons cuidados às emergências médicas. Foi um documento muito consensual que incluiu diversas participações mas a verdade é que nunca conseguimos executá-lo completamente. Mais ou menos 10 anos depois, no âmbito do desenvolvimento da rede de referência, definiram-se mais uma vez os hospitais que deviam assumir a responsabilidade de atendimento a urgências/emergências. Nesta data fez-se a chamada rede de referência urgência/emergência, definindo-se dois tipos de hospitais: os polivalentes, hospitais de fim de linha com praticamente todas as especialidades, e que são 14 a nível nacional, e um segundo grupo para a chamada urgência médico-cirúrgica, que são 25. Definiu-se claramente qual era a responsabilidade de cada uma destas instituições e esperava-se que, com esta rede da urgência, se desse de facto resposta à maior parte das situações, triadas naturalmente por uma componente que definimos então como unidades básicas de urgência. Estas unidades podiam estar localizadas nos centros de saúde ou nos hospitais que não integravam de forma directa a rede hospitalar e com a sua indicação pretendia-se que existisse uma boa triagem e que o doente fosse imediatamen-

te encaminhado para o hospital adequado e com capacidade para o tratar.

ROM – Mas essa rede de referência não está a responder adequadamente...

AN - Por dificuldades de vária natureza não se conseguiu ainda que esta rede funcionasse na sua plenitude. Considero que hoje temos uma excelente capacidade de resposta para a emergência mas que, com as instalações e os recursos que temos, bastava um pouco mais de organização para termos ainda melhores resultados. Ainda não temos completamente definidas as unidades básicas de urgência e onde é que se situam.

Temos um conjunto de unidades básicas de urgência que não está harmoniosamente distribuída pelo país. Temos vários hospitais que não estão incluídos na rede hospitalar da urgência / emergência e temos alguma dificuldade em definir o papel de cada uma dessas instituições. Há problemas de natureza conjuntural como a defesa por parte das autarquias em relação aos seus hospitais e ao papel que vão desempenhar. Deram-se passos importantes a este nível mas, de facto, ainda temos um longo trabalho a desenvolver.

ROM – Existem neste momento doze redes de referência. Que outras se estão a desenvolver?

AN - Existem neste momento as redes de anatomia patológica, imunológico-alergologia, infecciológica, intervenção cardiológica, transplantação, medicina física e reabilitação, nefrologia, neurologia, oncologia, reumatologia, urgência/emergência e unidades básicas de urgência, psiquiatria e saúde mental e a área materno-infantil. Existem outras seis em preparação: temos pra-

ticamente concluídas as redes de genética médica e de angiologia e cirurgia vascular. Oftalmologia está praticamente concluída e estamos a trabalhar nas de urologia, gastroenterologia e endocrinologia.

ROM – A rede de medicina física e reabilitação tem especial relevância nas questões do trauma. Que desenvolvimentos tem tido?

AN – A Rede da medicina física e reabilitação é de facto fundamental para a recuperação do politraumatizado. Temos feito um grande investimento nesta área. Até há pouco tempo só tínhamos reabilitação em Alcoitão, instituição que tem feito um trabalho excelente mas cuja estrutura não suportava naturalmente todos os doentes do País. Considera-se que são necessários pelo menos quatro centros de reabilitação no País e, nesse sentido, criou-se um no Algarve (em São Braz de Alportel), estando neste momento a concurso a gestão do processo, fizeram-se importantes investimentos no centro de reabilitação da Tocha, que neste momento tem já 40 doentes internados, mas pretende-se aumentar esse centro para ter uma capacidade de cerca de 140 camas, e aguarda-se que a Região Norte defina onde vai ser o centro de reabilitação dessa zona. Esta componente é um contributo importante para a reintegração dos politraumatizados.

ROM – Mas não tem prevista uma rede de trauma...

AN - Não sei se alguma vez vamos ter uma rede específica de trauma. O que gostaríamos claramente era que o país fosse capaz de pôr em pleno funcionamento a rede de urgência/emergência. Precisa-se de fazer aperfeiçoamentos nesta área mas, se tivermos a organização necessária, temos condições para prestar bons cuidados, sem necessidade de criar uma rede de referência independente para trauma. Não sendo uma rede autónoma, a «rede de trauma» será naturalmente integrada na rede de urgência/emergência. É provavelmente desejável que, em alguns hospitais polivalentes, tenhamos níveis de

diferenciação mais direccionados para o trauma. Mas o que é necessário é dar respostas efectivas, adequadas e atempadas a todas as situações e se for possível que seja no hospital mais próximo do cidadão essa é a solução ideal. Estamos a trabalhar na rede de urgência/emergência e vamos ainda melhorá-la. A qualidade dos nossos profissionais e o desenvolvimento tecnológico obrigam-nos a desenvolver mais capacidade de resposta em todos os hospitais que hoje fazem parte da rede.

ROM – Em que medida se pode melhorar a rede de referência urgência/emergência?

AN – É necessário desenvolver capacidade para que quem aborda o doente na fase pré-hospitalar esteja devidamente treinado para avaliar de forma correcta a situação. Essa avaliação inicial é essencial pois permite decidir logo os cuidados imediatos a prestar e a condução do doente para a instituição indicada. Mas o procedimento nem sempre é feito de forma adequada: a orientação que há em muitas vilas e cidades é que o doente deve ir ou para o hospital ou para o centro de saúde mais próximos, sendo certo que essas entidades, que prestam excelentes cuidados, podem não ser adequadas para corresponder àquela situação se não foi de facto bem triada e o doente vai perder tempo. Aí claramente temos que melhorar. Demos passos importantes com o alargamento da cobertura do INEM mas ainda não se conseguiu executar esta estratégia como desejável. Por outro lado, é fundamental que cada hospital que se encontra na rede assumam as suas responsabilidades. Com as novas tecnologias disponíveis, os equipamentos de raiz digital, a telemedicina, etc., temos condições para prestar apoio inter-hospitalar de modo a que os doentes possam ser tratados adequadamente no hospital devido. Temos hoje capacidade de pedir apoio à distância a outro hospital. Esperamos que os hospitais médico-cirúrgicos respondam à maior parte das situações e que os doentes só necessitem de ser transferidos quando a situação clínica for



Adriano Natário

Chefe de Serviços de Saúde Pública; Director do Serviço de Planeamento da Direcção Geral de Saúde.

complexa e não haja capacidade de resposta nesse primeiro hospital. Se esta capacidade estiver bem organizada, o número de transferências para os hospitais polivalentes será reduzido. O nosso esforço nos últimos anos tem sido precisamente fazer com que os hospitais que estão na rede de referência assumam o seu papel. Conseguiram-se alterações e evoluções mas os resultados estão ainda aquém do que era desejável.

ROM – E em relação às outras redes de referência, que medidas práticas se estão a tomar para o seu melhoramento?

AN - Considero que o desenvolvimento das outras redes de referência está directamente relacionado com o adequado funcionamento da rede de urgência/emergência. Se esta funcionar adequadamente as outras também melhoram. Neste sentido, têm-se vindo a apoiar um conjunto de hospitais para melhoria das infraestruturas e equipamentos que possuem. Também temos trabalhado com a área de cuidados intensivos, quer com o Colégio da Especialidade quer com a Sociedade da

Medicina Intensiva, pois não é aceitável que um doente tenha que ser transferido por não existir uma unidade de cuidados intensivos, ou porque ao fim de semana essa unidade não funciona por falta de recursos humanos. Cada hospital incluído na rede hospitalar de urgência/emergência tem que ter cuidados intensivos, 24 horas por dia, sete dias por semana.

ROM – Será possível atingir os mesmos objectivos nos hospitais do interior do país?

AN - Nos hospitais médico-cirúrgicos periféricos, aquilo que espero é que, perante uma situação de gravidade, e se a recomendação efectuada através de uma boa triagem indica que esse é o tipo de instituição adequada, o doente seja tão bem tratado no hospital do interior como no do litoral. Através da definição das redes e da determinação das consequentes carências tem-se vindo a privilegiar vagas nas especialidades que são mais necessárias em determinado hospital. O movimento populacional do país está a dirigir-se para o litoral, pelo que temos que encontrar incentivos que levem os médicos a fixarem-se no interior. Independentemente do local onde se verifique o sinistro, o que é essencial é que o doente seja tratado rigorosamente com a mesma qualidade de cuidados que seria em qualquer dos melhores e mais dotados hospitais da rede.

ROM - As discrepâncias existentes entre a rede de medicina legal e a rede de emergência hospitalar também são um factor negativo...

AN - Reconheço que essa é uma área onde temos que trabalhar mais: na articulação entre redes de referência hospitalar quer da urgência quer da anatomia patológica e a rede médico-legal. Em muitas situações já existe coincidência mas não em todas. Admito que nessa questão não se tenha feito tanto quanto se devia.

ROM - Concorda que para estabelecer redes de referência mais eficazes faltam melhores dados epide-

miológicos?

AN – Concordo, contudo somos provavelmente dos países que temos mais informação na Europa. O problema é que temos muita informação mas pouca análise. Estão razoavelmente estudadas quais as áreas onde existem mais acidentes, conseguimos determinar quais os pontos negros no contexto do país, etc.. Se temos que evoluir ainda nas questões epidemiológicas, essa evolução tem a ver com a maior e melhor análise dos dados e com o retirar das ilações possíveis. Com a informação que está disponível nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos, que funcionam em todos os hospitais públicos desde há vários anos, há um manancial de informação que não está devidamente explorado (desde a razão do internamento até aos procedimentos durante o internamento).

ROM – Mas a visão epidemiológica não deveria ser mais abrangente e incluir uma recolha de dados desde o socorro pré-hospitalar até à fase de reabilitação?

AN - Concordo com essa visão.

ROM – Mas não está implementada...

AN – Isso é algo que me deixa perplexo e que por vezes não compreendo: se temos instalações e profissionais excelentes por que razão não conseguimos fazer melhor? Simplesmente porque nos falta melhor organização. Podíamos ter dos melhores sistemas de saúde da Europa. Naturalmente que estes processos de mudança levam algum tempo e que há toda uma estrutura e organizações históricas que se têm que adaptar. Mas sou dos que acredita que o País vai conseguir.

ROM – A coordenação entre os vários intervenientes é efectiva?

AN - Para conseguirmos uma resposta adequada para a sinistralidade rodoviária há vários intervenientes além dos médicos e dos hospitais: o Instituto de Estradas de Portugal, a Polícia de Segurança Pública, o INEM, os Bombeiros, etc. Nem sempre será fácil essa coordenação mas, nomeadamente no que

diz respeito aos Bombeiros e ao INEM considero que têm havido melhorias substanciais. A DGS tem vindo a participar várias vezes em reuniões com a Liga dos Bombeiros, Serviço Nacional de Bombeiros e INEM. Ainda não temos a articulação ideal mas estamos muito mais coordenados. Ainda há um longo caminho a percorrer mas o essencial nesta questão é o diálogo e termos pessoas com a formação necessária para a emergência pré-hospitalar. O segredo de uma boa prestação nesta área está na aposta nos cuidados da emergência pré-hospitalar.

ROM – As redes de referência hospitalar não serão uma realidade demasiado rígida?

AN - Gostaríamos que as redes servissem para ajudar a articulação entre as diversas plataformas, definindo a responsabilidade de cada instituição neste processo. O que as redes devem conseguir proporcionar é que, perante a avaliação de um doente, os vários intervenientes saibam claramente para onde levar o doente e que fique bem definido qual é o local mais indicado face a cada situação clínica. A expectativa das pessoas é serem levadas para o hospital adequado mais próximo, portanto se conseguirmos encontrar uma resposta no hospital da área em causa estaremos a prestar um melhor serviço. Não queremos que as redes sejam vistas como fórmulas rígidas mas ao mesmo tempo é importante reforçar a ideia de que são um instrumento para ajudar a que a escolha da referência seja adequada e funcione. Os hospitais de fim de linha não podem ser a regra têm que ser a excepção. O desejável é ter instituições bem equipadas, com recursos humanos adequados e com uma capacidade de resposta idêntica à de um hospital polivalente. Essa é também uma das finalidades das redes de referência: descentralizar. Cada profissional tem que desenvolver todas as suas potencialidades para corresponder às necessidades da população servida pelo seu hospital. Nessa perspectiva uma rede nunca é limitativa.

Reabilitação em Portugal - Uma Visão Pessoal

Com este texto pretende-se dar uma visão pessoal que toma o ponto de vista de alguém que adquiriu uma lesão medular ao longo da sua vida e que, como tal, necessitou de passar por uma fase de reabilitação e re-integração na sociedade. Gostaria, em primeiro lugar, de relatar resumidamente o meu percurso, para depois tecer algumas considerações pessoais sobre a reabilitação no seu presente e sobre o que poderia ser o seu futuro.

Em 1998, com vinte anos de idade tive um acidente de viação em que adquiri uma lesão medular completa nível C5-C6. Após a realização de uma cirurgia, permaneci dois meses internado até a situação clínica estar estabilizada. Fui, posteriormente, transferido para outra unidade de saúde onde iniciei, em regime de internamento, dez longos meses de reabilitação.

Após a alta hospitalar tive ainda oportunidade de fazer fisioterapia intensivamente numa clínica em Cuba. Voltei à Universidade onde terminei a Licenciatura que havia deixado a meio, continuando, no entanto a fazer fisioterapia em regime ambulatorio.

Hoje, passados sete anos do acidente, e tendo iniciado a minha actividade profissional recentemente, continuo a fazer fisioterapia, apesar de ser com menos frequência, com um intuito meramente de manutenção. Tive também oportunidade de voltar a praticar o meu des-

porto paixão: a natação.

Com base na minha experiência de vida, considero como cenário adequado para a reabilitação de casos semelhantes ao meu, o trabalho de uma **equipa multi-disciplinar** que estabeleça objectivos e faça um planeamento não só das necessidades a curto-prazo, isto é, na fisioterapia e na preparação para a alta, como também a médio/longo prazo, isto é, para o planeamento da vida futura.

A apoiar esta ideia Blackwell *et al* (2001) faz referência a um modelo biopsicosocial de intervenções no processo de reabilitação, em que existe uma equipa multidisciplinar formada não só por um médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro de reabilitação e assistente social, como também por um psicólogo, nutricionista, educador social ou mesmo um padre, para o papel espiritual do indivíduo.

A realidade portuguesa tem estado, no entanto, longe deste cenário: por exemplo mantêm-se como figuras centrais (quase únicas) do processo de reabilitação o médico fisiatra, os terapeutas e os enfermeiros. Muitas unidades que acolhem lesionados medulares não possuem sequer terapeutas ocupacionais ou enfermeiros especializados em reabilitação e, quando existem, são em número manifestamente insuficiente. Estes profissionais são essenciais para um dos aspectos mais importantes da reabilitação de um lesionado medular: a re-aprendizagem das **actividades da vida diária**. Re-aprender a comer, a vestir, a cuidar do seu corpo ou a transferir-se da cadeira para a cama ou carro são tarefas essenciais para o indivíduo reconstruir a sua autonomia.

Por outro lado, dado que o apoio psicológico por parte de profissionais especializados é praticamente inexistente, essa tarefa é também deixada a cargo do fisioterapeuta ou enfermeiro que cuidam destes indivíduos. No entanto, dada a necessidade contínua de alocação eficiente de recursos na área da saúde, estes profissionais estão cada vez mais sobrecarregados de trabalho, sendo este apoio psicológico forçosamente deixado para segundo plano. Como consequência desta lacuna no processo de reabilitação temos uma grande

probabilidade de ocorrência de depressão nestes indivíduos, o que irá afectar negativamente outros aspectos desta, dada a desmotivação que se instala.

O papel do assistente social é também vital neste processo uma vez que a reconstrução da vida implica necessidades de articulação com a família e meio envolvente (quer seja de residência, laboral ou escolar). Acresce, ainda, que estes indivíduos irão necessitar de apoios institucionais vários, nomeadamente de ajudas técnicas para minimizar as suas limitações e promover, assim a sua autonomia (cadeira de rodas, talas, elevadores, etc). A maior parte das vezes estes profissionais deparam-se, no entanto, com a impossibilidade de fornecer atempadamente este tipo de equipamentos absolutamente vitais para quem deles necessita. Uma ajuda técnica é necessária num dado momento e não passados um ou dois anos, como muitas vezes acontece....

Por sua vez o educador social terá também um papel neste processo quando falamos no cenário a médio/ longo prazo. A esse nível Blackwell *et al* (2001) traça um modelo de planeamento de vida dividido em nove áreas de actuação: saúde, educação, mobilidade, habitação, transporte, emprego, parte psicossocial, recreação e cuidados pessoais. O educador social poderá intervir nas áreas de educação, emprego e recreação. Também um profissional ligado à Motricidade Humana poderá ter o seu papel no desporto adaptado, contribuindo, assim, a nível das áreas de saúde, mobilidade e recreação.

Creio, no entanto, que em Portugal ainda estamos numa fase anterior à possibilidade de um planeamento de um cenário a médio/ longo prazo: faltam estruturas de apoio para o tratamento na fase aguda destes indivíduos. O Centro de Reabilitação de Alcoitão há muito que não consegue responder às solicitações, tendo surgido recentemente, na região centro, o Hospital Rovisco Pais dedicado a esta valência de reabilitação de pessoas com lesões medulares. Mas creio que ainda não é suficiente: tarda em surgir um Centro de Reabilitação no norte de que já se fala há muito tempo.... Se recordarmo-nos que a maioria dos lesionados medulares surge em consequência de acidentes de viação e trabalho e que nesses dois tipos de acidentes somos verdadeiros campeões a nível de ocorrências na Europa, estou certo que estes dois centros e eventualmente um terceiro no norte do país não terão problemas com uma baixa taxa de ocupação (pelo contrário...). O que não podemos é continuar a deixar que estes casos sejam seguidos por unidades não especializadas, distribuídas ao longo do país, uma vez que esta cultura do "faz-se o que se pode" pode custar-nos muito mais caro do que investirmos em unidades especializadas. De realçar que, no



David Peres

Microbiólogo; Mestrando em Saúde Pública; Profissional de Controlo de Infecção Hospitalar; integra a RODAR- Associação Portuguesa de Lesionados Medulares e "Estrada Viva - Liga Contra o Trauma"

caso dos lesionados medulares, cerca de 50% dos casos são indivíduos com idades entre os 15 e 24 anos, isto é, cidadãos que poderão ter uma plena participação na nossa sociedade (a nível laboral, cívico e familiar). As consequências de uma reabilitação precária, traduzem-se no facto dos indivíduos não atingirem um grau de autonomia máximo para o seu nível de lesão, privando-os deste seu contributo para a sociedade.

Para concluir creio que a Reabilitação em Portugal necessita, ela própria, de ser reabilitada com a criação de uma rede de centros de apoio especializados. Nestes centros equipas multi-disciplinares trabalhariam em conjunto para poder dar condições aos indivíduos e suas famílias para uma rápida e eficiente re-integração na sociedade, em que o acesso à (in)formação e às ajudas técnicas seriam factores vitais neste processo.

Referência bibliográfica: Blackwell, Terry *et al* (2001) *SCI Desk Reference- Guidelines for Life Care Planning and Case Management*.

Traumatismos crânio-encefálicos: Que necessidades e que respostas?

M^a Emília Santos

Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Os acidentes de viação são a principal causa de traumatismo crânio-encefálico (TCE) a nível internacional. A mortalidade resultante de TCE atinge ainda números elevados, mas têm-se verificado algum decréscimo nos países mais desenvolvidos, provavelmente como resultado das melhores condições de intervenção imediata, quer no local do acidente, quer nas urgências hospitalares. De acordo com a literatura, cerca de um terço dos sobreviventes hospitalizados ficam com algum tipo de incapacidade e cerca de 20% destes com incapacidade grave¹. Em Portugal, dados referentes ao ano de 1997 apontam para uma taxa de incidência de 137/100 000, o que corresponde, anualmente, a 3 700 pessoas com incapacidade resultante de TCE e dessas cerca de 750 terão incapacidade grave².

Assim, trata-se na realidade de um grave problema de saúde pública, constituindo as intervenções aos vários níveis de cuidados um percurso complexo, desde o momento do acidente até à situação de alta hospitalar e aos processos de reabilitação e de (re)integração psicossocial, quando necessário.

Os mecanismos responsáveis pela recuperação após um TCE são complexos, envolvendo não só as zonas do cérebro directamente lesadas mas outras zonas mesmo distantes daquelas. O processo de recuperação tem lugar nas primeiras horas, dias, meses ou mesmo anos após o traumatismo. Nas situações de TCE moderado ou grave, a recuperação é mais evidente nos primeiros seis meses, mas continua a verificar-se

depois desse período, embora de uma forma mais lenta^{3,4}. Contudo, é impossível prever em cada caso a curva de recuperação, em virtude da grande variabilidade individual⁵.

O primeiro estudo com o objectivo de avaliar as consequências a longo prazo dos TCE graves, em jovens e adultos, foi realizado na Dinamarca por Thomsen, em 1984⁴. Esta autora concluiu que, vários anos após o TCE, embora as deficiências motoras, a disartria e os defeitos de memória conduzissem, em muitos casos, a incapacidades graves, as maiores incapacidades resultavam das sequelas a nível emocional/comportamento. Alterações permanentes a nível da personalidade e a nível emocional foram descritas em dois terços dos traumatizados e, mais frequentemente, nos sujeitos mais jovens. Os resultados deste trabalho pioneiro vieram, posteriormente, a ser confirmados num estudo de *follow-up* que ficou clássico neste âmbito⁶.

Obviamente, quanto maior a gravidade do TCE maiores as alterações a longo prazo, relativamente a uma vida independente e ao desempenho de actividades produtivas. Contudo, alguns dos traumatizados ligeiros mostram evoluções muito pobres e alguns dos traumatizados graves mostram boas evoluções, pelo que haverá outros aspectos responsáveis, como a qualidade e a quantidade dos apoios ao longo do processo de recuperação, quer a nível institucional (como os cuidados de reabilitação), quer a nível familiar e social (como os grupos de apoio e os amigos)^{7,8}. Num estudo realizado no nosso país⁹, com 77 indivíduos adultos que sofreram traumatismo moderado ou grave, foi verificada predominância das perturbações do estado emoci-

onal/comportamento e das perturbações do domínio cognitivo (memória, atenção, funções executivas, ...). Tentou-se comparar os dados na altura da alta de internamento hospitalar com os obtidos durante a avaliação que decorreu, pelo menos, cinco anos após o acidente, tendo-se verificado uma boa evolução relativamente aos problemas motores e de linguagem e/ou fala. Não foi possível comparar dados nos outros domínios, por inexistência de registos relativos à alta hospitalar (Quadro I).

A evolução global do grupo de sujeitos, medida através da Escala de Evolução de Glasgow¹⁰, mostra que 43% dos sujeitos tiveram uma boa recuperação, ficando os restantes (57%) com incapacidade moderada ou grave. Outros estudos verificaram percentagem de boa recuperação, a longo prazo, entre os 33% e os 57%^{11,12}. Apesar de obtida de forma retrospectiva, a duração da amnésia pós-traumática (APT) mostrou-se um bom indicador de recuperação dos doentes. Quanto maior a sua duração menor a probabilidade de um doente atingir uma boa recuperação, confirmando-se que com uma APT superior a 4 semanas as probabilidades de recuperação do doente são muito menores^{13,14}.

Os resultados relativos à recuperação das várias deficiências mostram que as deficiências físicas, a nível motor (ortopédicas e neurológicas), têm uma boa evolução, o que está de acordo com outros trabalhos sobre consequências a longo prazo^{6,15}. No entanto, a proporção de sujeitos que mantém defeito motor, embora muito menor e com menor gravidade, é ainda grande. Quase metade da po-

pulação estudada (47%), tem perturbação motora registando-se hemiparésia, embora sobretudo de grau moderado, em cerca de 30% do total de casos. Apesar disso, não serão estas incapacidades que causam maior *handicap* nas pessoas que sofreram TCE. Apenas em 22% dos casos estudados, as limitações físicas, todas por deficiência motora, implicavam necessidade de ajuda, ocasional ou contínua, de uma 3ª pessoa, independentemente do sujeito ter necessidade de ajuda por razões de ordem mental.

Se a nível da deficiência motora se verifica uma boa recuperação, o mesmo não acontece com a deficiência sensorial. Esta tem uma expressão menor desde início mas não foram constatados quaisquer indicadores de ter havido recuperação. As alterações da visão são as mais frequentes, tal como verificado noutros estudos (e.g. 12).

É no âmbito cognitivo (memória, atenção, funções executivas, ...) e do estado emocional/comportamento (controlo emocional, iniciativa, ...) que se verificam mais perturbações, a longo prazo, observadas em mais de dois terços dos casos. Dentro de cada um destes dois grupos de deficiência as perturbações da memória (61%) e da capacidade de controlo emocional (56%), respectivamente, foram as mais frequentemente observadas.

A constatação de grande incidência de defeitos cognitivos, especialmente de memória, está de acordo com resultados obtidos noutros trabalhos, sendo os defeitos de memória também as principais queixas de doentes e familiares, a longo prazo¹⁶⁻¹⁹. A nível da comunicação verbal, englobando as deficiências de linguagem (oral e escrita) e a fala, verificou-se, globalmente, perturbação em quase 1/3 dos casos observados (31%). No entanto, constatou-se também que a afasia é uma situação pouco frequente nas fases iniciais, cerca de 16% dos casos, e com tendência a melhorar, afectando, a longo prazo, menos

doentes, cerca de 12%, e com menor gravidade. Estes resultados são idênticos aos constatados por outros autores²⁰ que referem uma incidência de cerca de 15% de afasia nos sobreviventes a TCE grave. Embora apenas num pequeno número de sujeitos tivesse sido diagnosticada afasia, não é possível afirmar que não existissem outros defeitos de linguagem, relativamente comuns em situações de TCE grave, sobretudo ao nível da pragmática da comunicação.

As perturbações de fala (disartria e/ou disфонia) são um pouco mais frequentes mas também com boa evolução, registando-se, na altura da observação, em cerca de 19% dos casos, contra cerca de 30% nas fases iniciais.

Apesar de terem passado vários anos sobre o TCE um número significativo de sujeitos (21%) mostrava negação das suas incapacidades ou anosognosia. Não é possível distinguir facilmente se se trata de um mecanismo psicológico de não aceitação das incapacidades ou de um sinal neuropsicológico, relativamente comum por lesão do hemisfério direito. Este aspecto não está bem documentado na literatura, relativamente às sequelas a longo prazo dos

TCE. Contudo, qualquer que seja a origem do problema, representa um entrave importante no processo de reabilitação e também de adaptação social, pelo desfasamento, por vezes observado, entre os projectos de vida dos sujeitos e as suas reais capacidades para os executar.

Cerca de metade dos sujeitos (47%) necessitava de ajuda, ocasional ou contínua, de uma terceira pessoa, sendo essa necessidade justificada, sobretudo, por razões de ordem mental, o que salienta a grande incidência de alterações cognitivas e do comportamento na população estudada.

A discrepância observada entre a relativamente boa recuperação da deficiência motora (incluindo a de causa ortopédica) e a grande incidência, a longo prazo, de deficiências no âmbito cognitivo, do estado emocional e do comportamento, levanta o problema do que se pode considerar o paradoxo da reabilitação. Todos os doentes com deficiência motora inicial foram tratados, em regime de internamento e/ou em regime ambulatório. Os doentes com os outros tipos de deficiência na fase inicial, que se presume pelos dados agora observados seriam a grande maioria,

Quadro 1 - Síntese comparativa das várias deficiências

Perturbação	Na alta hospitalar	Actual (≥ 5 anos de evolução)
Cognição*	—	79%
Estado emocional/ Comportamento	—	79%
Motora	77%	47%
Sensorial	—	39%
Linguagem/fala	44%**	31%
Afasia	(16%)	(12%)
Disartria/disфонia	(30%)	(19%)

* Englobando todas as perturbações cognitivas constatadas, excepto as de linguagem
 ** Um caso com alterações múltiplas (linguagem+fala)

não tiveram qualquer reabilitação ou apenas em 34% dos casos, correspondentes aos internamentos num centro de reabilitação. Mas, mesmo nestes casos, a utilização de meios adequados de intervenção que não seja a reabilitação motora e dos problemas de linguagem/fala, está ainda a dar os primeiros passos no nosso país. Há alguns anos atrás, quando estes doentes necessitaram de tratamento, a situação era ainda pior. Põe-se, assim, o problema de saber até que ponto as deficiências cognitivas, do estado emocional e do comportamento não poderiam ter tido uma evolução diferente se os doentes tivessem seguido programas de reabilitação adequados. Mesmo que tal não se verificasse, certamente os traumatizados e também os seus familiares, poderiam saber lidar melhor com as incapacidades e ter, assim, uma maior qualidade de vida. Em contraste com as necessidades constatadas numa grande parte da população estudada, verificou-se uma completa falta de apoios, quer no âmbito técnico especializado, quer no âmbito da rede comunitária, face às necessidades dos traumatizados e dos familiares, o que significa que no nosso país, após a alta do internamento hospitalar ou dos cuidados em regime ambulatorio, não havia (nem há?) qualquer apoio posterior consistente. Cerca de metade dos sujeitos adultos, em idade activa, que sofrem TCE moderado ou grave não voltam ao mundo do trabalho (20). O estudo realizado neste âmbito, no nosso país, permitiu evidenciar que o processo de reabilitação não tem em conta a necessidade de integrar ou reintegrar estas pessoas no mundo do trabalho. Frequentemente voltam a trabalhar ao mesmo nível ou a um nível inferior ao premórbido, mas abandonam passado pouco tempo por não conseguirem responder às exigências da tarefa. Seria fundamental, para além do trabalho prévio de encaminhamento e orientação profissional, providenciar apoios de tipo

“tutoria” no próprio local de trabalho, durante os primeiros meses de reinserção.

O desenvolvimento de políticas diferentes das actuais, com serviços de reabilitação que respondam de forma mais adequada e a longo prazo às necessidades de doentes (e familiares), bem como à sua reintegração na vida activa social e profissional, em muitos casos possível, pode evitar a situação dramática com que muitos se confrontam e também diminuir os enormes custos económicos para o país daí decorrentes.

Referências bibliográficas

1. Kraus, J. & McArthur, D. (1996). Epidemiology of brain injury. In R. Evans (Ed.), *Neurology and trauma* (pp. 3-17). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
2. Santos, M. E., de Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71-76.
3. Groswasser, Z., Mendelson, L., Stern, M. J., Schechter, I. & Najenson, T. (1977). Re-evaluation of prognostic factors in rehabilitation after severe head injury. Assessment thirty months after trauma. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 9, 147-149.
4. Thomsen, I. (1984). Late outcome of very severe blunt head trauma: A 10-15 year second follow-up. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 47, 260-268.
5. Brooks, N. & Aughton, M. (1979). Psychological consequences of blunt head injury. *International Rehabilitation Medicine*, 1, 160-165.
6. Brooks, N., Campsie, L., Symington, C., Beattie, A., & McKinlay, W. (1986). The five year outcome of severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 49, 764-770.
7. Vogenthaler, D. R., Smith Jr., K. & Goldfader, P. (1989). Head injury, an empirical study: Describing long-term productivity and independent living outcome. *Brain Injury*, 3, 355-368.
8. Rao, N. & Kilgore, K. (1992). Predicting return to work in traumatic brain injury using assessment scales. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 911-916.
9. Santos, M. E. (2000). *Consequências psicossociais, a longo prazo, dos traumatismos crânio-encefálicos*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do

Porto.

10. Jennett, B. & Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1, 480-484.
11. Asikainen, I., Kaste, M. & Sarna, S. (1998). Predicting late outcome for patients with traumatic brain injury referred to a rehabilitation programme: A study of 508 Finnish patients 5 years or more after injury. *Brain Injury*, 12, 95-107.
12. Hillier S., Sharpe, M. & Metzger, J. (1997). Outcomes 5 years post-traumatic brain injury (with further reference to neurophysical impairment and disability). *Brain Injury*, 11, 661-665.
13. Brooks, N. (1984). Cognitive deficits after head injury. In N. Brooks (Ed), *Closed head injury. Psychological, social, and family consequences* (pp. 44-73). Oxford: Oxford University Press.
14. Katz, D. I. & Alexander, M. P. (1994). Traumatic brain injury. Predicting course of recovery and outcome for patients admitted to rehabilitation. *Archives of Neurology*, 51, 661-670.
15. Schwab, K., Grafman, J., Salazar, A. & Kraft, J. (1993). Residual impairments and work status 15 years after penetrating head injury: Report from the Vietnam injury study. *Neurology*, 43, 95-103.
16. Baddeley, A., Harris, J., Sunderland, A., Watts, K. & Wilson, B. A. (1987). Closed head injury and memory. In H. S. Levin, J. Grafman & H. M. Eisenberg (Eds.), *Neurobehavioural recovery from head injury* (pp. 295-317). New York: Oxford University Press.
17. Brooks, N., Campsie, L., Symington, C., Beattie, A., Bryden, J. & McKinlay, W. (1987). The effects of severe head injury upon patient and relative within seven years of injury. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*, 2, 1-13.
18. Santos, M. E., Castro-Caldas, A. & de Sousa, L. (1998). Spontaneous complaints of long-term traumatic brain injured subjects and their close relatives. *Brain Injury*, 9, 759-767.
19. Zebenholzer, K. & Oder, W. (1998). Neurological and psychosocial sequelae 4 and 8 years after severe craniocerebral injury: A catamnestic study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 110, 253-261. (Fonte: Medline Abstract).
20. Chapman, S. B., Levin, H. S. & Culhane, K. A. (1995). Language impairment in closed head injury. In H. S. Kirshner (Ed.), *Handbook of neurological speech and language disorders* (pp. 387-414). New York: Marcel Dekker Inc.
21. Santos, M. E. (1999/2000). Traumatizados crânio-encefálicos: Que futuro profissional? *Cadernos de Consulta Psicológica*, 15/16, 117-128.

Aspectos Psicossociais e *Stress* Pós-traumático em Acidentes Rodoviários

Apesar da melhoria que se tem verificado nos últimos anos nas condições das estradas, na segurança dos veículos e, em certa medida, na educação dos condutores, os acidentes rodoviários são, sobretudo entre os jovens, das principais causas de morte em Portugal e constituem uma importante ameaça para a saúde pública. Aproximadamente 9% dos sobreviventes de acidentes graves desenvolvem perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) e muitos outros sobreviventes apresentam reacções similares à PTSD embora sem reunir todos os critérios para aquela perturbação. Quando ocorre um acidente, surge um conjunto complexo de reacções emocionais, resultante por um lado de experiências de terror e perda de controlo, por outro lado de culpabilização e do assumir de responsabilidades pelas lesões, da parte das vítimas sobreviventes. A fisiopatologia da PTSD resulta da interacção entre os factores relacionados com o trauma e os factores neurobiológicos e psicossociais que determinam as diferenças individuais na resiliência e vulnerabilidade.

Estão identificados factores de risco de aparecimento de PTSD após um acidente de viação: gravidade do acidente, mortes ou ferimentos graves entre os envolvidos, percepção de risco de vida, memória intrusiva imediatamente após o acidente (*flashback*), dificuldade subsequente em conduzir ou viajar de automóvel, antecedentes de experiências traumáticas, história de perturbação psiquiátrica prévia e processo de litigação em curso. O sofrimento e morbilidade psiquiátrica podem também surgir na sequência de lesões e seqüelas físicas nos sobreviventes. Um outro aspecto fundamental é o das reacções de luto nos familiares e amigos das vítimas mortais que muitas vezes necessitam de

apoio social, psicológico e espiritual. Há que considerar ainda as situações mais específicas das crianças envolvidas em acidentes rodoviários, as seqüelas psicológicas e a necessidade de providenciar respostas adequadas para estes grupos da população.

Da volumosa lista de possíveis acontecimentos que podem conduzir a PTSD poderíamos enumerar: morte, ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, presenciamento de um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça grave vivido por um familiar ou amigo, combate de guerra, assalto pessoal violento, ataque sexual, violação, violência doméstica, violência infantil, roubo, estrangulamento, rapto, situação de refém, ataque terrorista, tortura, situação de prisão de guerra, acidente rodoviário grave, diagnóstico de doença ameaçadora da vida, aborto, fractura óssea, intervenção cirúrgica, grande perda, ataque por animal, overdose, episódio de quase afogamento, intimidação, outras situações de horror, impotência ou medo. Em suma, perante um número alargado de experiências traumáticas, pode surgir posteriormente uma perturbação psiquiátrica.

A natureza da perturbação é sobreponível com as reacções de *stress* na generalidade dos sintomas, por isso se define como uma reacção ou estado de *stress*, mas alguns elementos são tão marcados e referidos ao trauma, vivenciado, experienciado, presenciado ou tomado conhecimento por qualquer meio até pela TV, que surgem como uma entidade psiquiátrica definida, uma perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD). A existência de perturbação dependerá de uma série de factores, entre eles os individuais e pessoais, pelo que se identifica mais como uma resposta individual ao acontecimento com inadaptação, independentemente do trauma. E mesmo que sejam reconhecidos o domínio e a especificidade da presença da intrusão do acontecimento (pensamentos intrusivos), imagens e memórias intrusivas, associações ou comportamentos intrusivos, os sintomas e as respostas apresentam-se potencialmente diversos e diferentes de indivíduo para indivíduo.

Tornava-se urgente que a Saúde, mais precisamente a Saúde Mental, elaborasse um programa nacional para enquadrar os problemas psicossociais que podem surgir decorrentes daqueles acontecimentos e o conjunto de medidas a tomar e a prestar nas situações originadas em catástrofes, acidentes ou acontecimentos de impacto social alargado, bem como a nível mais individual e familiar, decorrentes de acontecimentos traumáticos do quotidiano.

Deste modo, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), através da Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DSPSM)), está a elaborar o Programa Nacional de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, um dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, embora com múltiplas pontes com outros sectores e ministérios, nomeadamente com a Administração Interna, a Justiça, a Segurança Social, a Defesa Nacional. Relativamente a estes dois últimos, há já um despacho conjunto com a saúde no âmbito da rede nacional de apoio aos militares e ex-militares com perturbação psicológica crónica (incluindo naturalmente a PTSD).

Está prevista uma primeira acção de formação nacional no âmbito do programa de *stress* pós-traumático, para o segundo semestre de 2005, organizada pela DGS, de extrema importância pela opor-

tunidade de reflexão, aprendizagem e treino de equipas multidisciplinares, tendo em vista novas orientações e linhas de actuação.

Perante os acidentes de viação graves, o que não retira que outros acidentes de viação não possam também por si gerar situações de gravidade dentro do âmbito das perturbações de *stress* pós-traumático, importa saber diagnosticar o episódio de ansiedade aguda, que se apresenta na crise e no imediato do acidente com sintomatologia mais ou menos intensa, apelativa, dramática, com quadros de confusão, desorientação, bloqueio, agitação, choro e que localmente bem atendidas se dissipam em minutos ou poucas horas, ou se reduzem a reacções adequadas e adaptadas ao acontecimento. Quantos desses acidentados são levados de ambulância ao serviço de urgência, ao hospital, onde com frequência são depois sujeitos a exames dispensáveis e caros. E quantos destes comportamentos são descompensações de perturbações psicológicas anteriores (podendo algumas destas, por sua vez, intervir negativamente na aptidão para conduzir), de lesões físicas, de consumos indevidos tais como os ligados ao álcool, drogas ou a certos fármacos (também podendo estas substâncias ser um factor de risco importante para a condução), de hábitos de vida menos saudáveis, de desgaste, do sentimento de perda ou de ameaça que resulta do acidente. Donde se conclui a importância do diagnóstico psiquiátrico seguro e o mais próximo do acidente, o que nem sempre acontece, dificuldade que o próprio programa não deixará de contemplar.

Mas não menos importante, é ter presente que os verdadeiros casos de *stress* pós-traumático sérios muitas vezes passam sem conhecimento, sem diagnóstico e sem tratamento, face às consequências que a *vitimização* comporta neste alargamento de pessoas envolvidas, em que as verdadeiras vítimas em risco de desenvolvimento de PTSD ou outras perturbações psiquiátricas podem passar mais despercebidas e o seu quadro clínico ser sub-valorizado.

No entanto, a dimensão destes problemas surpreende, por cada vítima sinistrada há outras pessoas, nomeadamente familiares, amigos, socorristas, médicos, todo um agregado social, em situação de risco e padecimento.

Por isso terá de haver a atenção, o alerta e o atendimento aos familiares, aos técnicos que ocorrem e cuidam dos sinistrados, às autoridades, jornalistas e também ter em linha de conta a forma e a expressão que cada um utiliza na exposição e na sua envolvimento face à experiência traumática.

É necessário rever o conceito e a terminologia associados à PTSD, no sentido da unanimidade e uniformidade, formar equipas multidisciplinares e preparar estruturas capazes de darem resposta aos inúmeros problemas que surgem, alargando esta capacidade de informação e formação aos decisores e à população em geral.

São passos essenciais a correcta e atempada avaliação das situações e das pessoas envolvidas, a intervenção na crise numa perspectiva de prevenção de morbilidade psiquiátrica, o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção sócio-laboral, levados a cabo através de abordagens em equipas multidisciplinares. Todas estas medidas deverão ser efectuadas de uma forma articulada e racional dentro das estruturas e entre os profissionais de saúde e com os outros sectores, com uma coordenação adequada para evitar duplicações e omissões.

É vital a educação para a saúde junto da sociedade civil, até por que perante um acidente rodoviário quase sempre o primeiro a intervir não é o médico, nem o enfermeiro nem o bombeiro ou o socorrista, pode ser um cidadão anónimo ou qualquer um de nós.

Referências bibliográficas

Albuquerque A. et al: Avaliação da taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa. 2002
American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Men-

tal Disorders, 4th edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Butler D. J. e Moffic H. S.: Post-traumatic stress reactions following motor vehicle accidents. *American Family Physician* 1999; 60. nº2

Connor K. M., Butterfield M. I.: Posttraumatic Stress Disorder. In *Focus* summer 2003; Vol. 1. Nº 3: 247-262

Gallo A. D., Barton J. E Parry-Jones W. L.: Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 358-362

European Policy Paper: Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency 2001; draft version: 1-63

Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Vol. I e Vol. II. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde

Stallard P. et al: Children involved in road traffic accidents : psychological sequelae and issues for mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2001; Vol. 6, Nº 1: 23-39

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva, 1992

www.dgsaude.pt (Direcção-Geral da Saúde / Saúde Mental)

saudemental@dgsaude.min-saude.pt

José Adriano Fernandes

Médico Psiquiatra

Maria João Heitor

Médica Psiquiatra, Directora de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, Direcção-Geral da Saúde

Fórum Médico Regional do Centro Comunicado à imprensa

O Fórum Médico Regional do Centro (FMR-C) é constituído por associações e sindicatos representativos da Classe Médica. Na primeira reunião do FMR-C, que decorreu a 21/03/2005 no Clube Médico do Centro, estiveram presentes as seguintes organizações:

- Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRC-OM)
- Sindicato dos Médicos da Zona Centro
- Sindicato Independente dos Médicos – Delegação Regional do Centro
- Associação Nacional do Médico Interno
- Associação Portuguesa de Medicina de Emergência
- Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública
- Associação Portuguesa dos Médicos de Carreira Hospitalar
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral – Delegação de Coimbra

Ao Fórum Médico Regional do Centro, se assim o quiserem, poderão associar-se outras organizações com preocupações essencialmente político-laborais no campo da saúde, representativas, no todo ou em parte, da Classe Médica.

O FMR-C reunirá semestralmente nas instalações da SRC-OM, podendo reunir extraordinariamente por iniciativa de cada um dos seus membros. A próxima reunião será no fim de Junho de 2005.

Nesta primeira reunião, o FMR-C, por unanimidade, considerou uma série de pontos como essenciais e fundamentais para a defesa da qualidade, acessibilidade e boa gestão da Saúde em Portugal, dos quais destaca, nesta primeira fase, os seguintes:

Serviço Nacional de Saúde

- Manutenção de um forte Serviço Nacional de Saúde público, universal, geral e tendencialmente gratuito, com uma gestão rigorosa, baseada na clínica, centrada no doente e orientada para os ganhos em Saúde, quer individuais quer colectivos, e não desenhada para o corte cego de custos e produção estéril de números.

- Reconhecer, sem ambiguidades, que qualquer reestruturação do S.N.S. estará totalmente votada ao insucesso, se não tiver a preocupação de clarificar com rigor as relações e a interdependência entre o SNS e os prestadores privados de cuidados de saúde, ou seja, urge separar definitivamente o público do privado permitindo que cada um navegue nas suas águas, para o que se torna necessário assegurar, a quem optar pelo sector privado, igualdade de tratamento e de oportunidades no mercado de saúde, único modo de testar a eficácia e eficiência e de permitir uma concorrência saudável, com possibilidade de livre opção dos cidadãos por um ou por outro sistema com regalias idênticas.

- O exercício privado da Medicina deve basear-se num regime de convenções acessível a todos os prestadores e que permita a escolha por parte do doente, com uma verdadeira introdução de mecanismos de mercado, sobre o qual o Estado funcionaria obrigatoriamente como regulador atento, eficiente e garante da equidade vertical, horizontal e de acesso ao sistema, permitindo uma afectação eficiente de recursos.

- Co-existência, sem sobreposições e com regras claras, transparentes e concorrenciais, dos sectores público, cooperativo, social e privado da saúde, com possibilidade de livre opção dos cidadãos por um ou por outro

com regalias semelhantes.

- É vital pôr em prática o Plano Nacional de Saúde, dotando-o de meios orçamentais e técnicos.

Gestão da Saúde

- Uma reforma deve visar aperfeiçoar o sistema prestador de cuidados, de forma sustentada e através de medidas institucionais e organizacionais tendentes a relacionar eficácia e eficiência dos serviços aos seus custos, devendo desde já ser alargado a todas as Instituições de Saúde do SNS uma cultura e práticas de contratualização

- Realização de auditorias independentes aos vários sistemas de gestão da saúde existentes em Portugal, antes de quaisquer alterações futuras que não aprendam com os ensinamentos, erros e experiências do passado e os integrem.

- Todo o sector da Saúde deve ser objecto de estratégias que contemplem nomeações por critérios de competência e não de compadrio político ou outro, implementação de processos e programas de garantia da qualidade, de responsabilização integral dos órgãos de gestão e das chefias (a qualquer nível de decisão), com limitação da duração dos mandatos, e de adequada rentabilização dos recursos humanos e técnicos, que evite os abundantes desperdícios existentes.

- Respeitar sempre, seja qual for o modelo de gestão adoptado, a hierarquia técnica e o espírito e a letra das Carreiras Médicas, devendo-se caminhar para a efectiva separação entre órgãos de gestão e órgãos técnicos.

- Participação efectiva dos médicos nos órgãos de decisão das unidades de saúde.

- Defesa intransigente da qualidade da formação Médica em todas as formas de gestão da Saúde.

- O FMR-C apoia o funcionamento independente e efectivo da ERS, mas não pode aceitar a forma como é feita a transferência de custos para as entidades reguladas, que atingem valores assombrosos e injustos para a pequena iniciativa privada, que mais uma vez sofre uma grave penalização em benefício da centralização das actividades Médicas em grandes grupos económicos.

Cuidados de Saúde Primários

- Manutenção dos cuidados preventivos como a essência da especialidade de Medicina Geral e Familiar, garantindo a sua autonomia técnica e científica no exercício de cada profissional, na salvaguarda das necessidades da população que serve.

- Melhorar a eficácia de funcionamento dos CSP, tornando-os o pilar do SNS, dando-lhes prioridade absoluta, tanto ao nível dos investimentos e da sua reorganização.

- Revogação imediata do DL n.º 60/2003 e criação de nova legislação que asseste na reorganização dos Centros de Saúde (CS) em Unidades Operativas em que a Unidade de Saúde Familiar (USF) seja critério base de desenvolvimento, devendo por isso existir uma carteira de serviços-tipo.

- Criação de uma verdadeira hierarquia técnica nos CS.

- As formas de organização em USF devem (e podem) ser variadas: CS estatais, RRE definitivo e "Tubo de Ensaio", além de cooperativas e convenção de grupo de médicos.

- Implementação da USP nos CS, reconhecendo a sua autonomia funcional e dotando-a de atractivos para que mais médicos possam optar pela especialidade de Saúde Pública.

Emergência Médica

- Consignação em Lei do Direito do Cidadão ao acesso em tempo útil a um Sistema Integrado de Medicina de Emergência, que abranja o pré-hospitalar, as urgências hospitalares, os Serviços de Atendimento Permanente dos Centros de Saúde, as transferências inter-hospitalares e a Medicina de Catastrofe.

Política do Medicamento

- Introdução de verdadeiros mecanismos de mercado no armazenamento e comercialização de medicamentos, pondo fim à tão prejudicial monopolição/cartelização que actualmente prevalece.

- Congratulação com a comercialização de medicamentos de venda livre em outros espaços comerciais, desde que devidamente enquadrados por um profissional da saúde devidamente credenciado.

- Alteração da Lei de propriedade das farmácias e implementação de medidas que impeçam a cartelização dos preços dos medicamentos, com introdução de efectivos mecanismos concorrenciais que permitirão aos doentes e aos contribuintes ganhos muito significativos na aquisição de medicamentos, no valor anual de centenas de milhões de euros.

- O FMR-C recomenda a todos os

doentes que, antes de tomarem qualquer medicamento, devem sempre consultar um Médico, o único profissional com a preparação adequada para realizar diagnósticos correctos e integrar as características dos medicamentos com as particularidades dos doentes.

- O FMR-C recomenda ao Estado que institucionalize a existência de farmácias públicas nas instituições de saúde, com o objectivo de facilitar o acesso à aquisição de medicamentos por parte dos doentes e de contribuir para o financiamento/controlo dos custos da saúde.

- Introdução do sistema de unidose na venda de medicamentos éticos ao público, para reduzir o desperdício com medicamentos que, com o actual sistema de embalagens, pode atingir, na primeira prescrição, os 50%, e para permitir adaptar a prescrição a cada doente. Será uma das medidas com maior impacto na redução da auto-medicação e dos custos com os medicamentos éticos.

- Vigilância de qualidade aleatória dos estudos de biodisponibilidade e bioequivalência dos medicamentos genéricos, que será obrigatório quando na prática clínica surjam dúvidas sobre a respectiva eficácia.

- Publicação, permanentemente actualizada, sobre a qualidade dos genéricos (com, por exemplo, informação sucinta sobre os estudos de bioequivalência, de modo semelhante ao "orange book" americano) e onde conste a lista de medicamentos efectivamente disponíveis, em cada momento, nos circuitos comerciais.

Curso de Mestrado Risco, Trauma e Sociedade

Promovido pelos Departamentos de Sociologia e Antropologia do ISCTE

Programa:

1º semestre – Risco e trauma: vertentes representacionais e epidemiológicas; Trauma e ciências da saúde; Trauma e comportamento social: stress, memória e identidade.

2º semestre – Instituições sociais e gestão de crises: políticas do trauma; Economia e saúde pública: gestão do trauma; Laboratório.

Comissão Científica:
Professor Doutor António Pedro Dores

Professor Doutor Manuel João Ramos
Professor Doutor Jorge Santos Bessa
Comissão Organizadora:
Dr. Pedro Moniz Pereira
Mestre Patrícia Rosado Pinto

Candidaturas: até 15 de Julho de 2005

Mais informações: telef.: 21 790 30 16; Fax.: 21 790 30 17
e-mail: secretariado.depsociologia@iscte.pt

Tomada de posse dos órgãos consultivos



Realizou-se no dia 19 de Abril a tomada de posse dos seguintes órgãos consultivos da Ordem dos Médicos: Conselho Nacional para Avaliação da Formação, Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, Conselho Nacional do Ensino e Educação Médica, Conselho Nacional do Exercício da Medicina Livre, Conselho Nacional do Exercício Técnico da Medicina, Conselho Nacional para a Política do Medicamento, Conselho Nacional para a Qualidade e Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde. A presidir a esta cerimónia este o Bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, e os presidentes das secções regionais do sul, centro e norte - Isabel Caixeiro, José Manuel Silva e José Moreira da Silva. Sobre os representantes dos órgãos consultivos que tomaram posse, o Presidente da Ordem dos Médicos não quis deixar de expressar a sua importância, definindo o trabalho dos mesmos como um «trabalho da maior importância do qual depende o sucesso do nosso mandato» pois traduz-se nas «posições dos médicos transmitidas por aqueles que representam verdadeiramente o conhecimento em determinadas áreas específicas, (...) posições que nos iluminam o caminho».



Prémio para a Investigação em Biomedicina

Estão abertas as candidaturas até ao próximo dia 31 de Maio para o Prémio Crioestaminal Investigação promovido por esta empresa e pela Associação Viver a Ciência. O Prémio, no valor de 20.000 euros, será atribuído ao laboratório/investigador que apresentar o melhor projecto ao comité internacional que avaliará todos os projectos candidatos. Todas as informações necessárias, nomeadamente o regulamento do prémio e a ficha de inscrição, podem ser obtidas em www.viveraciencia.org.

Condecoração de Manuel Rodrigues Gomes

No dia 12 de Abril, o cirurgião Manuel Rodrigues Gomes foi agraciado com a Grã-Cruz da Ordem de Instrução Pública, forma de reconhecimento do trabalho efectuado em prol do desenvolvimento da cirurgia cardíaca



em Portugal. O galardão foi entregue pelo Ministro da Saúde, Correia de Campos, em nome do Presidente da República, realçando que a cardiologia é uma especialidade clínica que «espelha o progresso» e que será provavelmente a especialidade «que mais testemunhou a revolução terapêutica e a inovação da técnica cirúrgica». A cerimónia de condecoração teve lugar no âmbito do XXVI Congresso Português de Cardiologia que se realizou no Porto entre os dias 9 e 12 de Abril. Manuel Rodrigues Gomes, licenciado em Medicina, pela Faculdade de Medicina do Porto, em 1962, com a média final de 19 valores, residência em Cirurgia Geral, em Cirurgia Torácica e Cardiovascular na Clínica Mayo, EUA de 1963 a 1970, Master of Science (Surgery) pela Universidade de Minnesota (1969), American Board of Surgery (1968), American Board of Thoracic and Car-

diovascular Surgery (1970). Doutoramento pela Faculdade de Medicina do Porto (1978), agregação pela Faculdade de Medicina do Porto (1982), Professor Catedrático de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Porto (1988). Director de Cirurgia Torácica do Hospital de S. João de 1982 a 1996, desempenha actualmente o cargo de director do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian.

Prémio AMI Saúde 2005 Doenças Infecciosas e Parasitárias

Objectivo: Estimular a pesquisa médica, em todas as suas vertentes, no sentido de combater o flagelo que constituem ainda as doenças infecciosas e parasitárias, tendo por intuito premiar um trabalho de investigação clínica ou de investigação básica que tenha por objectivo avançar no conhecimento dessas doenças, de melhorar o seu tratamento ou ainda de melhorar a qualidade de vida dos doentes por elas infectados.

Data limite de entrega: 30 de Junho de 2005.

Destinatários: trabalhos publicados em 2004,

Candidaturas endereçadas a: Fernando de la Vieter Nobre, Presidente do Júri.

Montante do Prémio: 25.000 Euros.

Com o alto patrocínio de Sua Excelência o Presidente da República Dr. Jorge Sampaio

Mais informações: Ami - Assistência Médica Internacional, Rua José do Patrocínio, 49, 1949-008 Lisboa

Tel.: 218 362 100; www.fundacao-ami.org;

Antologia de contos de autores médicos contemporâneos

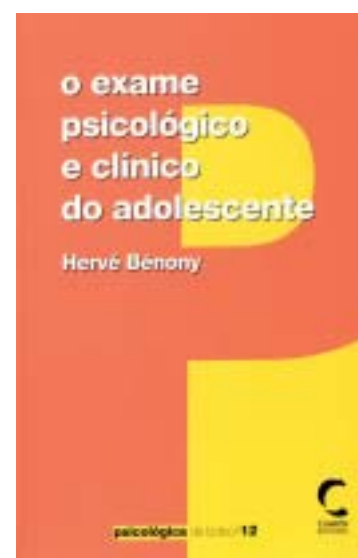
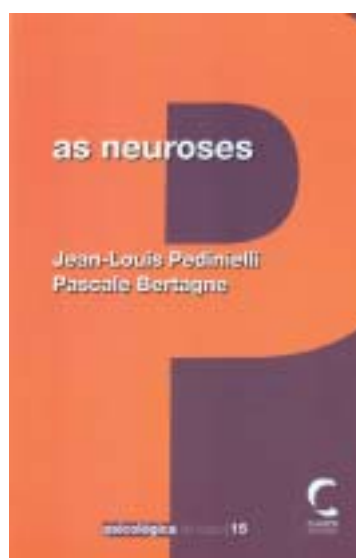
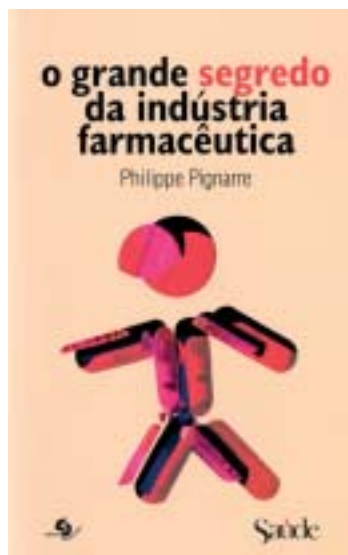
Terminada que está a selecção das obras a inserir na primeira colectânea a editar pelo Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos, com o patrocínio da Merck Sharp & Dohme.

Informa-se os colegas da lista de autores seleccionados. Assim, esta primeira colectânea a editar brevemente terá a seguinte participação (por ordem alfabética):

- António Bacelar Antunes
- António José Barbosa Marques Leal
- António Maurício Pecegueiro
- António Mendes Moreira
- Armando Moreno
- Cláudio do Souto Plácido (pseudónimo)
- Carlos Cidrais Rodrigues
- Carlos Manuel da Silva Arruda
- João-Maria Nabais
- Jorge Marinho (pseudónimo)
- Jorge Tavares
- José Dias Egipto (pseudónimo)
- José Ferraz Alçada
- José Pepo
- Lourenço de Faria
- Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho
- Luís Lourenço
- Maria Eduarda C. D. S. Ferreira de Sousa
- Maria João E.A. S. Pestana de Vasconcelos
- Mário J. F. Agualuza
- M. Manuela de Mendonça
- O. F.
- Patrícia Matthioli Luís
- Rui Afonso Cernadas
- Salvador António S. e Q. Pereira Coelho

CULTURA

Livros



Maria Arceu expõe na OM

A Galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos recebeu em Abril a exposição de pintura da autoria de Maria Arceu. Esta pintora,



que já efectuou centenas de exposições individuais e colectivas, em Portugal e no estrangeiro, está representada em várias colecções particulares e oficiais, é referenciada no Anuário de Artes Plásticas «Edições Estar», já viu criações suas reproduzidas em postal, ilustrou livros do Centro Lusitano de Unificação Cultural, foi galardoada com as medalhas de bronze e prata da Académie Européenne des Arts, em 1998, 1999 e 2000, etc. Um currículo suficiente para a sua apresentação, mas que sem dúvida não espelha toda a beleza e profundidade intrínsecas do seu trabalho. Próximas exposições na Galeria da

SRS da OM:

- 17 a 31 de Maio – exposição individual de escultura de Manuel Martins e colectiva de pintura de Real Bordalo, Albino Moura e Angela Piedade.
- 7 a 19 de Junho – exposição individual de escultura de Francisco Vilaça e colectiva de pintura de Charters Azevedo e Josafá.
- 5 a 17 de Julho – exposição individual de desenho de Élio e exposição individual de fotografia de Olívia Robusto.

Para que serve a pintura?



Vasco Trancoso expôs os seus trabalhos na Galeria M, nas Caldas da Rainha. Em resposta à questão «para que (me) serve a pintura?», Vasco Trancoso explica: «Como um acto de libertação, em que se tem a oportunidade de sair de nós projectando através da tela universos que de outro modo teriam continuado desconhecidos – até para nós. No início a

pintura serviu-me a mim. (...) Descobre-se que a montante e a jusante da pintura o essencial são as sensações e emoções, e que a pintura pode ser um acto mágico quando se consegue uma representação significativa do mundo interior junto do exterior, através da tela – que funciona afinal como um portal entre duas dimensões. (...) No entanto também se descobre que a pintura ganha um sentido final apenas quando se partilha esse momento mágico do encontro de dois mundos sobre a tela».

Korpus Spiritus



Esteve patente, no início do mês de Abril, no salão Nobre da Junta de Freguesia de Aldoar uma exposição de fotografia contemporânea. A exposição intitulada «Korpus Spiritus» era composta por trabalhos da autoria do fotógrafo Cake.

Moby



Hotel é o nome do novo álbum de Moby. Sucessor do álbum "18", editado em 2002, Hotel foi gravado no decorrer de 2004. Responsável pela produção, Moby toca ainda todos os instrumentos (à excepção da bateria onde conta com a colaboração de Scott Frassetto) e canta em quase to-

dos os temas, estando os restantes entregues a Laura Dawn.

Ben Harper and Blind Boys of Alabama



Vencedores de 2 Grammys Awards na 47ª cerimónia dos mais prestigiados prémios da indústria discográfica mundial que decorreu no passado mês de

Fevereiro, em Los Angeles, Ben Harper e os Blind Boys of Alabama editaram, em CD e DVD, o espectáculo realizado em Outubro de 2004 no lendário Apollo Theatre, no Harlem.

Na edição em CD além do alinhamento do álbum do ano passado, podem ainda encontrar-se três temas-extra («I Want to be Ready», «Give A Man a Home», «I Shall Not Walk Alone»). No que respeita ao DVD além do corpo central ocupado pelo concerto estão ainda disponíveis imagens do backstage, documentário da gravação do álbum de estúdio «There will be a Light» e uma galeria de fotos.

Ivan Lins Cantando Histórias

