



De: Associação de Apoio ao Traumatizado Crânio Encefálico e Suas Famílias

Ass: VISÃO ZERO 2030 – Sinistralidade Rodoviária

Dos cinco pilares do sistema seguro: Gestão da Segurança Rodoviária, Utilizadores Mais Seguros, Infraestrutura Mais Segura, Veículos Mais Seguros e **Melhorar a Assistência e o Apoio às vítimas**, parece-me ser o último aquele que se inscreve no escopo da Associação Novamente, pese embora sejam todos os pilares importantes, nomeadamente os que previnam a sinistralidade e/ou a gravidade das lesões.

Nesta carta centramos a nossa atenção no pós o sinistro rodoviário, quando as lesões se produzem e geram a vítima de TCE (traumatismo crânio encefálico) objecto da Novamente.

São, as seguintes, as nossas reflexões:

I - De um estudo oficial da Rede de Referenciação Hospitalar de Neurocirurgia, de 5 de Julho de 2017, detectamos a existência dos seguintes serviços de neurocirurgia no país:

*“Existem no presente, enquadrados no Serviço Nacional de Saúde, **12 Serviços de Neurocirurgia**: Hospital de **Braga**, Centro Hospitalar de **S. João**, Centro Hospitalar do **Porto e IPO- Porto**, Centro Hospitalar de **Vila Nova de Gaia/Espinho**, Centro Hospitalar de **Tondela/Viseu**, Centro Hospitalar e*



novamente
Universitário de Coimbra
Crânio-Encefálicos e Suas Famílias

*Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar **Lisboa Norte**, Centro Hospitalar **Lisboa Central**, Centro Hospitalar **Lisboa Oriental**, Hospital Garcia de Orta em **Almada** e Centro Hospitalar do **Algarve**. Existem ainda Serviços de Neurocirurgia nas Ilhas: o Hospital Dr. Nélio Mendonça no **Funchal** – Madeira e o Hospital do Divino Espírito Santo, **Ponta Delgada** – Açores. Em 2011, na sequência de decisão da ARSNorte, o Serviço de Neurocirurgia existente no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, foi encerrado e os seus três elementos integrados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.”*

Fundamental, parece ser a análise estatística de casos com base em **lugar do evento danoso (e não do domicílio)** para apurar a distância percorrida entre o local do evento e o hospital de destino com a especialidade de neurocirurgia, o tempo gasto, os meios de socorro empregues (ambulância, helicóptero) para que não aconteça o que sabemos que ocorre ou ocorria (acidente no sul, na área de intervenção do Hospital de S. Bernardo, o traumatizado é, em regra, transportado para este hospital e só depois transferido para o hospital com a valência correcta).

Parece ser de habilitar especialmente os médicos, ou os técnicos do INEM, ou os bombeiros, e adequar os meios para que o sinistrado chegue o mais rápida e directamente possível a um hospital com serviço de neurocirurgia, sem passagens intermédias (Alentejo: centro de saúde --→ hospital mais próximo--→ hospital de destino final).



novamente
Associação de Apoio ao Tratamento de
Crânio-Encefálicos e Suas Famílias

II - Quando há responsabilidade de terceiro na produção do evento danoso, esteja a responsabilidade transferida para uma seguradora ou não havendo seguro (caso em que responde o Fundo de Garantia Automóvel), há uma pressão imensa do médico responsável pelo doente e da assistente social, para libertar a cama, procurando que seja a seguradora a assumir a hospitalização privada do doente e a sua recuperação em centro ou clínica adequada.

Atendendo a que, muitas vezes, é demorado o processo de assunção de responsabilidade por parte da seguradora, faz sentido que haja uma norma interna no SNS, que retire esta pressão exercida sobre o doente mas, principalmente, sobre os familiares.

(De qualquer modo, o terceiro responsável sempre pagará ao SNS os custos do tratamento do sinistrado).

III - A reabilitação e as ajudas técnicas

De acordo com um estudo da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO, de 27 de Janeiro de 2017:

“Centros Especializados de Reabilitação: Foram criados e integrados na RRHMFR, os seguintes três centros especializados: 1. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (CMRRC) – Hospital Rovisco Pais, que iniciou a sua actividade em 2002 e que se destinava a servir a região centro do país. 2. Centro de Medicina de Reabilitação do Sul



(CMRS) – S. Brás de Alportel, que iniciou a sua actividade em regime de Parceria Público

Privada, em 2007 e que se destinava a servir o Algarve e parte do Alentejo. **3. Centro de**

Reabilitação do Norte (CRN) – que iniciou a sua actividade sob gestão da Santa Casa da

Misericórdia do Porto (SCMP), em 2014 e que se destinava a servir a região norte do país.

Por outro lado, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), instituição

de saúde inaugurada em 1966, pertencente à Santa Casa de Misericórdia de Lisboa

(SCML) e como tal não fazendo parte do SNS, era (em 2002), o único centro especializado

existente em Portugal, vocacionado para a reabilitação pós-aguda de pessoas

portadoras de incapacidade de predomínio motor, de qualquer idade e provenientes de

todo o país. Passou em 2010, por resolução do Conselho de Ministros (resolução nº

15/2010) e através de acordo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de

Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a SCML, a integrar a RRHMFR, como centro

especializado de reabilitação para a respetiva região de saúde. O relacionamento da

ARSLVT com o CMRA da SCML tem vindo a ser assegurado, desde 2010, através da

celebração de acordos de cooperação plurianuais.”

“(…) **Relativamente ao número de camas preconizado** pela anterior rede (600 nos

centros especializados e 240 nos serviços de reabilitação dos hospitais de agudos), as

metas não foram atingidas. Atualmente existem aproximadamente **400 camas** nos

primeiros e cerca de 70 nos segundos), o que significa que apesar de tudo, o número

total de camas de reabilitação praticamente duplicou, relativamente à realidade de

2002.”

É necessário, **junto das autoridades responsáveis pelo SNS** conhecer as estatísticas de

necessidade por região do país, em termos de centros de reabilitação e obter os meios



necessários, seja aumentando os existentes, seja criando novos centros (não faz sentido deixar estiolar os doentes sem permanentes actividades de recuperação, nem obrigar a uma desorganização da família para que o seu doente tenha cuidados longe porque os não há perto).

Há, infelizmente, casos, em que a sua inserção deverá ser feita na rede de cuidados continuados. Nesta área tem havido grande dificuldade em passar diretamente de alta hospitalar para a entrada na rede CC, testemunhando a nossa associação situações de pressão de perda de emprego de familiares para que cuidem da pessoa que recebe alta numa fase em que ainda não existe autonomia.

É necessário definir com o SNS as ajudas técnicas gratuitas e as que podem ali ser adquiridas por módico preço (no caso de doentes sem suporte de seguradora responsável). Os hospitais e os centros de reabilitação devem ter, bem legível, informação sobre as ajudas técnicas disponíveis, para que os Conselhos de Administração dos Hospitais EPE não façam poupanças à custa da desgraça alheia.

IV - Nos acidentes de viação, diferentemente dos acidentes de trabalho, paga a indemnização final pela entidade seguradora, aí termina a sua responsabilidade.

Porque, nos acidentes de trabalho, a revisão e a obrigação de tratamento se mantém para toda a vida do sinistrado, e, as mais das vezes, os TCE podem dar origem a doenças do foro neurológico e/ou psiquiátrico, que só se manifestam, algumas vezes, muito tempo depois de recebida a indemnização e encerrado o processo, **sugerimos a inclusão de uma norma nacional ou em próxima Directiva Automóvel Europeia, semelhante, mas com as devidas adaptações, à norma do art. 70.º da Lei n.º 98/2009,**



de 04 de Setembro que REGULAMENTA O REGIME DE REPARAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO E DE DOENÇAS PROFISSIONAIS:

Revisão das prestações

Artigo 70.º

Revisão

- 1 - Quando se verifique uma modificação na capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação, ou de intervenção clínica ou aplicação de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação das limitações funcionais ou ainda de reabilitação e reintegração profissional e readaptação ao trabalho, a prestação pode ser alterada ou extinta, de harmonia com a modificação verificada.
- 2 - A **revisão** pode ser efectuada a requerimento do sinistrado ou do responsável pelo pagamento.
- 3 - A **revisão** pode ser requerida uma vez em cada ano civil.

Quer para o sinistrado beneficiar de assistência médica vitalícia por parte da companhia de seguros, quer para a revisão da incapacidade que pode dar lugar a uma indemnização adicional.

V – É necessário reformar o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, os Gabinetes Médico-Legais, e as tabelas de avaliação do dano em direito do trabalho e em direito civil, e nisso envolver uma Ordem dos Médicos que queira ser isenta e amiga dos doentes.

Explicamos: Sem pretender enlamear a honra dos Senhores Peritos Médicos, cada vez se nota mais a duplicidade (perito de tribunal ou perito do INML/perito de seguradora).

Por outro lado, a reforma das tabelas de avaliação do dano, de 2007, foram maioritariamente efectuadas por pessoas muito ligadas a seguradoras, algumas que ainda se mantêm no INML, como se vê, ainda hoje, na composição dos órgãos sociais da competência de avaliação do dano corporal da Ordem dos Médicos.



ordenamento
CRANIO-ENCERVAIS e SUAS FAMILIAS

Sugerimos que a Ordem dos Médicos apresente à Assembleia da República uma

proposta de alteração os seus Estatutos que defina claramente a **incompatibilidade**

perito médico do tribunal / perito médico da seguradora, mesmo em casos diferentes.

Ou seja, a existência de um registo de indicação de interesses em documento a

conservar na Ordem, por exemplo, que pudesse ser acedido por um sinistrado ou a

pedido do tribunal.

VI – Por último:

- Necessidade de que nenhum sinistrado esteja desacompanhado de advogado perante a seguradora (publicidade da Ordem dos Advogados, precisa-se)
- Necessidade de a legislação emitida ou produzida pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), que tenha reflexos nas indemnizações ou nos cuidados médicos devidos a sinistrados, obrigue, pelo menos à audição de duas ou três associações de defesa dos interesses dos sinistrados (enquanto não existir uma Federação de associações com esse fim), para não ficar refém dos interesses da, obrigatoriamente ouvida, Associação Portuguesa de Seguradores.
- Revogar ou alterar profundamente, em consulta pública devidamente conhecida, as Portarias n.ºs 377/2008, de 2008-05-26, e 679/2009, de 25 de Junho, chamadas *de proposta razoável*, que estão desactualizadas, têm omissões graves, têm uma filosofia indemnizatória pretensamente inovadora, mas extremamente prejudicial aos sinistrados, e que são usadas pelas seguradoras, falsamente, perante os sinistrados, para lhes dizer que estão a cumprir a lei e que não conseguirão melhor em tribunal. (Raríssimas vezes as vi



novamente
Associação de Apoio a Crianças e Jovens com
Crânio-Encefálicos e Suas Famílias

aplicadas pelos tribunais, por vezes na 1.^a instância, mas nunca pelos tribunais superiores, onde as indemnizações são, sempre muito superiores aos das tabelas dessas portarias).

Este documento foi elaborado pelo advogado parceiro da associação novamente em conjunto com esta mesma associação.

Eduardo Frota (advogado) e Vera Bonvalot (diretora associacao novamente)

Agradecemos a atenção e continuidade dada a estas propostas.

Cascais 25/10/2020