



Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Coordenação

Duarte Nuno Vieira
José Alvarez Quintero

Biblioteca Seguros

Junho 2008 Número 2

CAIXA SEGUROS







Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Coordenação

Duarte Nuno Vieira
José Alvarez Quintero

CAIXA SEGUROS



Índice

- 11 Introdução
Jorge Magalhães Correia
- 15 Preâmbulo
José de Faria Costa
- 17 Nota Prévía
Duarte Nuno Vieira, José Alvarez Quintero
- 21 A Avaliação do Dano Corporal e os Seguros
José Alvarez Quintero, Paulo Figueiredo
- 35 O Perito e a Missão Pericial em Direito Civil
Duarte Nuno Vieira
- 61 Nexo de Causalidade em Avaliação do Dano Corporal
Duarte Nuno Vieira, Francisco Corte-Real
- 85 A Avaliação do Prejuízo Estético
Javier Alonso Santos
- 97 Quantum Doloris
Eugénio Laborda Calvo

- 107 A Avaliação das Sequelas Sinérgicas e Não Sinérgicas da Tabela Portuguesa no Direito Civil
César Borobia Fernández
- 119 A Avaliação de Grandes Traumatizados e a Atribuição da Terceira Pessoa
Teresa Magalhães, Duarte Nuno Vieira
- 131 A Avaliação do Dano Corporal em Crianças e Idosos
César Borobia Fernández, Pilar Alias, Gloria Pascual
- 149 Simulação e Dissimulação em Clínica Forense
Jorge Costa Santos
- 159 O Relatório Pericial de Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil
Teresa Magalhães, Francisco Corte-Real, Duarte Nuno Vieira
- 173 Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil
- 229 Valores Orientadores de Proposta Razoável para Indemnização do Dano Corporal resultante de Acidente Automóvel

Autores

César Borobia Fernández

Professor Titular de Medicina Legal da Universidade Complutense de Madrid
Especialista em Medicina Legal e Forense e em Medicina do Trabalho
Vice-Presidente da Confederação Europeia de Avaliação e Reparação do Dano Corporal - CEREDOC
Presidente Honorário da Associação Espanhola de Medicina dos Seguros - AMES

Duarte Nuno Vieira

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
Presidente da Academia Internacional de Medicina Legal
Vice-Presidente da Associação Internacional de Avaliação do Dano Corporal

Eugénio Laborda Calvo

Presidente da Sociedade Espanhola de Avaliação do Dano Corporal
Chefe dos Serviços Médicos da A.M.A. (Agrupamento Mutual Aseguradora), Espanha

Francisco Corte-Real

Professor Associado da Faculdade de Medicina de Coimbra
Vogal do Conselho Directivo e Director da Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
Ex-Presidente da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal
Director Adjunto da Revista Portuguesa do Dano Corporal

Gloria Pascual

Especialista em Medicina Legal
Professora Associada do Departamento de Toxicologia e Legislação Sanitária da Universidade Complutense de Madrid

Javier Alonso Santos

Director de Centros e Serviços Médicos Próprios da MAPFRE
Vice-Presidente da Associação Espanhola de V.D.C.
Presidente do Comité Médico da UNESPA

Jorge Costa Santos

Chefe de Serviço de Medicina Legal
Professor Associado Convidado da Faculdade
de Medicina da Universidade de Lisboa
Vogal do Conselho Directivo e Director
da Delegação do Sul do Instituto Nacional
de Medicina Legal, I.P.

José Alvarez Quintero

Economista
Administrador das Companhias de Seguros
Fidelidade Mundial e Império Bonança
Presidente da Comissão Técnica de Automóvel
da Associação Portuguesa de Seguradores

Paulo Figueiredo

Advogado
Director de Contencioso das Companhias
de Seguros Fidelidade Mundial e Império Bonança
Membro da Comissão Técnica de Automóvel
da Associação Portuguesa de Seguradores

Pilar Alías

Especialista em Medicina do Trabalho
Professora Ajudante do Departamento
de Toxicologia e Legislação Sanitária
da Universidad Complutense de Madrid

Teresa Magalhães

Professora Associada Convidada
da Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto
Vogal do Conselho Directivo e
Directora da Delegação do Norte
do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
Presidente da Associação Portuguesa
de Avaliação do Dano Corporal

Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Um livro necessário

No quadro do programa de responsabilidade social do Grupo Caixa Geral de Depósitos, o projecto Biblioteca Seguros tem em vista permitir que a comunidade tire maior partido das nossas capacidades e experiência no campo dos seguros e da gestão de riscos.

Pretende-se, principalmente, contribuir para um melhor conhecimento de temáticas relacionadas com o domínio especializado dos seguros, de escassa produção nacional, sempre com a preocupação de que a informação divulgada reúna também características práticas que a tornem um instrumento útil para os profissionais do sector.

Neste contexto se insere plenamente a presente publicação, que surge com acrescida relevância e oportunidade, em razão da muito recente e profunda alteração do quadro normativo regulador da avaliação do dano corporal.

Os especialistas podem nela encontrar uma valiosa ajuda para aplicação prática da tabela para avaliação do dano corporal em direito civil, recentemente publicada. Os profissionais de seguros, em particular os que desenvolvem a sua actividade na regularização dos danos resultantes de acidentes de viação, têm também ao seu alcance uma obra que lhes permitirá aprofundar assuntos relacionados com o complexo mundo da avaliação das lesões e das suas repercussões na vida diária.

Mas a avaliação do dano corporal é um assunto que pode concitar interesses mais vastos, em particular das pessoas afectadas pelo flagelo dos acidentes rodoviários. Por isso, aspiramos a que esta publicação contribua para tornar mais transparente e mais justa a determinação das indemnizações.

É essa, também, a nossa responsabilidade.

Desejamos deixar expresso o nosso especial agradecimento ao Instituto Nacional de Medicina Legal, com quem temos tido oportunidade de cooperar em diversas iniciativas, instituição sem cujo contributo este livro não teria certamente sido possível.

Jorge Magalhães Correia

Presidente do Conselho de Administração
Companhia de Seguros Fidelidade-Mundial, SA.
Império Bonança - Companhia de Seguros, SA.

Preâmbulo

A *Imprensa da Universidade de Coimbra*, uma das mais antigas editoras portuguesas, que tem por missão primordial promover e divulgar saber, saberes, e conhecimento, sempre esteve aberta a todas as solicitações, a todos os projectos editoriais quando eles apresentem credibilidade, seriedade e também interesse – é óbvio – editorial. É pois, dentro deste horizonte de promoção e de divulgação de novas temáticas, de novos problemas - que se mostram, na sua essência, manifestamente interdisciplinares –, que se considera útil e proveitoso abrir uma nova fileira de publicações relativas ao dano corporal no âmbito do direito civil. Matéria, por conseguinte, de uma actualidade – que a sociedade do risco veio potenciar e agudizar – e de uma importância teórica que ninguém, por mais desatento que esteja, poderá considerar de escasso relevo científico ou sequer de diminuta acuidade social.

Todavia, mais do que avaliar a importância desta questão – o que seria, aqui, absolutamente ocioso, desajustado e a tocar quase as franjas do peditório da pedantaria intelectual –, urge, sobretudo, sublinhar, em termos editoriais, o novo caminho que, deste modo, se abre. E esse é, estamos disso convictos, um bom caminho.

Nesta perspectiva, por este olhar, a *Imprensa da Universidade de Coimbra* está certa de que está a cumprir o seu dever. Nesta perspectiva, por este olhar, a *Imprensa da Universidade de Coimbra*, ao rasgar novas linhas editoriais sobre matérias, simultaneamente tão importantes e com tão pouco relevo na literatura nacional, está a cumprir o seu dever. Nesta perspectiva, por este olhar, a *Imprensa da Universidade de Coimbra*, assumindo parcerias, nomeadamente com a *Caixa Seguros* – o que mais não é do que a expressão de uma análise compreensiva que vê o interesse da realização do bem comum ser levado a cabo por caminhos outros –, está a cumprir o seu dever.

José de Faria Costa

Director da Imprensa da Universidade de Coimbra

Nota Prévia

Todos quantos directa ou indirectamente estão envolvidos na problemática da avaliação do dano corporal em direito civil concordam certamente que esta foi uma das áreas de intervenção médico-legal que mais significativamente evoluiu em Portugal, nas últimas décadas. A nossa realidade pericial neste âmbito não tem hoje nada a ver com aquela que predominava num passado não muito distante. Esta (r)evolução foi o resultado do trabalho iniciado nos anos 80 pela mão do Professor Oliveira Sá, indiscutivelmente a figura de maior relevo no âmbito da medicina legal portuguesa da segunda metade do século XX e a pessoa que então mais contribuiu para o progresso doutrinário e científico da medicina legal nacional.

Nos últimos 20-30 anos as perícias médico-legais de avaliação do dano corporal passaram das simples respostas aos quesitos formulados pelas partes, a exames periciais cada vez mais completos e fundamentados, dando uma resposta mais adequada ao princípio da avaliação e reparação integral dos danos vigente em direito civil. Neste mesmo período o País assistiu também à criação e crescimento de sociedades científicas vocacionadas para a avaliação do dano

corporal, registou o aparecimento e consolidação de cursos de pós-graduação sobre danos corporais, constatou a concretização de múltiplos eventos científicos abordando esta problemática e viu surgirem livros e publicações periódicas sobre este tema.

Recentemente, mais dois passos profundamente significativos para a continuidade do caminho evolutivo que vinha sendo percorrido no âmbito da avaliação de danos corporais, foram dados entre nós. Um deles ocorreu em Janeiro passado, com a entrada em vigor da primeira tabela nacional de incapacidades permanentes para o direito civil, inspirada na também recente tabela médica europeia e que foi o corolário do esforço iniciado há quase 10 anos. O outro, foi a criação no seio da Ordem dos Médicos da Competência em Avaliação do Dano Corporal, dando corpo a um dos aspectos claramente assinalados na Recomendação de Trier, de 2000.

A nova tabela de incapacidades permanentes para o direito civil foi elaborada por um grupo de trabalho luso-espanhol que para além dos coordenadores desta obra e subscritores destas linhas, integrou também os professores Teresa Magalhães, Jorge Costa Santos e César

Borobia, e os drs. Amorim Monteiro, Javier Alonso e Eugénio Laborda. Resultou de uma adaptação da tabela médica europeia, partindo das referências e pressupostos fundamentais que a mesma estipula e introduzindo as alterações e adaptações que esta preconiza e possibilita nos primeiros tempos da sua utilização em cada país da União Europeia. Entendeu-se que haveria significativas vantagens em aproveitar a experiência espanhola de mais de dez anos de aplicação de uma tabela própria para o direito civil, na preparação da tabela portuguesa. Por isso, foi solicitada a colaboração de colegas espanhóis que estiveram envolvidos na génese daquela. Pensou-se, simultaneamente, que ao envolver uma equipa mista de profissionais dos dois países, pudesse a adaptação da tabela europeia preparada para Portugal vir a implicar a sua aplicação também no âmbito do país vizinho, ponderadas algumas das suas especificidades nacionais. E, na realidade, tudo se encaminha para que assim venha a suceder.

O presente livro contém algumas das reflexões que foram sendo suscitadas no decurso das diversas reuniões que estiveram na origem da preparação da tabela portuguesa. Reflexões singelas, mas que podem interessar a todos quantos se iniciam nos caminhos complexos da

peritagem de avaliação de danos corporais em direito civil. Pretende-se com a sua publicação assinalar a entrada em vigor da tabela nacional para o direito civil e a criação da competência em avaliação do dano corporal. Como se poderá constatar os autores das reflexões são, essencialmente, os membros do grupo de trabalho que elaborou a tabela para o direito civil, embora, pontualmente, com a participação de colegas que se dispuseram a colaborar na análise de um ou outro aspecto, aproveitando até, nalguns casos, considerações previamente publicadas, agora revistas e melhoradas. Tratando-se de reputados profissionais, entendeu-se deixar-lhes total liberdade na elaboração dos respectivos textos.

A compilação destas reflexões suscitou um desejo, o de publicar uma obra mais extensa sobre a avaliação do dano corporal em direito civil. Alguns dos textos foram já escritos a pensar também nessa segunda obra e serão nela incluídos, ainda que, muito provavelmente, revistos e aumentados. Esse será um livro mais extenso e abrangente, e prestará também ao Professor Oliveira Sá a homenagem que lhe é devida. A homenagem ao Mestre a quem devemos todos a evolução registada neste âmbito e um exemplo de discrição, capacidade de realização, competência, rigor e seriedade.

Duarte Nuno Vieira e José Alvarez Quintero
Coordenadores da edição

I - A Avaliação do Dano Corporal e os Seguros

José Alvarez Quintero
Paulo Figueiredo

O seguro precisa de instrumentos e critérios de avaliação do dano corporal para poder cumprir com a sua função de compensação de danos. Os seguros de acidentes, sejam de natureza pública ou privada, são indissociáveis das tabelas que atribuem valores numéricos, susceptíveis de tradução em dinheiro, às diferentes partes do corpo.

As tabelas de quantificação de danos corporais nasceram para valorizar a perda de capacidade de ganho, e a sua propagação esteve intimamente ligada aos Acidentes de Trabalho, como é o caso da Tabela Nacional de Incapacidades, que vigora em Portugal, com sucessivas actualizações, desde 1960.

A exposição dos cidadãos aos riscos que resultam do desenvolvimento tecnológico na sua vida diária tem tido como contrapartida a proliferação de instrumentos de protecção. Os seguros obrigatórios de responsabilidade civil são, sem dúvida, os mais comuns e utilizados de todos eles. As vítimas, além de terem assegurados capitais mínimos de indemnização, têm visto facilitada a

reclamação de danos ao lesante. Todos os países da União Europeia, e Portugal não é uma excepção, por via legislativa ou jurisprudencial, têm alterado a tradicional condição de *culpa do lesante* pela objectivação do risco e/ou a inversão da carga da prova (incumbe ao lesante demonstrar que tudo fez para evitar o acidente).

O seguro automóvel é o mais universal de todos os seguros obrigatórios e o único harmonizado no espaço comum europeu. As sucessivas Directivas têm tido por objectivo garantir níveis de protecção semelhantes para todos os cidadãos, naturalmente de acordo com os níveis de bem-estar de cada país, e procedimentos de acesso às indemnizações mais simples e céleres para as vítimas.

A experiência ensina que estes fins são dificilmente atingíveis sem a definição de critérios objectivos, socialmente aceites, que permitam quantificar os danos, nomeadamente os de natureza mais subjectiva e pessoal.

A Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades em Direito Civil, que entrou em vigor no

passado 23 de Janeiro, permite pôr fim a uma etapa, longa demais, de indefinição, quanto ao instrumento de medida das gravidades das lesões. Sem acordo quanto à gravidade das sequelas dificilmente se podem valorizar os prejuízos indemnizáveis. O recurso à Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), por ausência de outra referência doméstica, tem sido repetidamente questionado, pelo seu carácter redutor. Interessa avaliar as dificuldades para a realização das actividades da vida diária, desde as mais simples e repetitivas até às mais complexas, e não apenas as relativas à vida laboral.

A nova Tabela constitui um passo de gigante para modernizar o processo indemnizatório, como se terá oportunidade de apreciar nos parágrafos seguintes, focados no seguro automóvel pelo impacto que este tem na vida social e económica do país. Basta lembrar que nos últimos 10 anos mais de 600.000 portugueses ficaram feridos ou faleceram em acidentes de viação.

A INDEMNIZAÇÃO DOS DANOS CORPORAIS NO SEGURO AUTOMÓVEL

O seguro automóvel, contrariamente a outros ramos de seguros, é relativamente jovem em Portugal.

Não admira assim que tenhamos de buscar já no início da segunda metade do século XX os dados para a compreensão da história do seguro automóvel em Portugal.

Antes disso, havendo automóveis, como o seguro não era obrigatório e o automóvel, pelo seu custo, de uso bastante elitista, em caso de sinistro, a vítima de acidente de viação estava numa situação de tremendo desequilíbrio em relação ao lesante.

Talvez por isso o legislador, atento ao atraso do País, não se preocupasse muito em regular o

funcionamento desse seguro, situação que apenas foi alterada no início da década de 80.

Neste contexto, talvez seja adequado dividir a história do seguro automóvel (e da sinistralidade rodoviária) em Portugal em três fases fundamentais. A saber:

1. O seguro automóvel como seguro voluntário;
2. O seguro automóvel como seguro obrigatório de responsabilidade civil;
3. O novo seguro automóvel e a proposta razoável de indemnização.

No primeiro período, que vigorou até ao Dec. Lei 408/79, o seguro era efectuado, essencialmente, com o objectivo de proteger a propriedade do veículo (o seguro era visto quase como um seguro contra danos, sendo que, nalguns casos, o tomador também se protegia contra responsabilidades para com terceiros) o que bem se compreende, considerando o atraso do País e levando em consideração que o custo de aquisição de um veículo era particularmente elevado (com a agravante que não existia em Portugal uma cultura de seguros) importando garantir o custo da sua reparação ou substituição.

Não admira assim que, por via de regra, os capitais garantidos em danos próprios fossem mais elevados do que os capitais de responsabilidade civil, uma vez que a preocupação de protecção aos lesados não estava na primeira linha de preocupação dos tomadores de seguro, até porque as indemnizações de responsabilidade civil, quando devidas, eram de montante francamente baixo, comparadas com o valor do veículo.

Durante esse período, genericamente, quase se poderia dizer que o acidente era visto como um azar (tanto um azar do condutor lesante como um

azar da vítima – como costumava dizer-se “o acidente só não acontecia a quem não andava na estrada”) tudo porque, como já tinha acontecido com as vítimas laborais saídas da revolução industrial, os acidentes eram tidos como o preço inevitável e socialmente aceitável para a modernização do país.

Não admira assim que tanto o legislador como o julgador fossem nacionais relativamente complacentes para com o fenómeno da sinistralidade rodoviária.

Assim se explica, desde logo, que os crimes resultantes de acidentes rodoviários (previstos no artigo 59º do Código da Estrada, aprovado pelo DL 39.672 de 20 de Maio de 1954,) merecessem, durante largo período - trespassando mesmo a vigência do seguro obrigatório - uma censura jurídico-penal menos intensa do que os mesmos crimes geradores do mesmo resultado ocorridos fora dessa sede.

Por tudo quanto antecede, não admira que o julgador tivesse a tendência de confinar dentro dos limites do seguro voluntário, todas as consequências que resultavam de um acidente de viação (porventura na lógica de que se o azar já tinha atingido uma família, não fazia sentido que sacrificasse duas).

Neste período, poder-se-á dizer, o capital garantido em cada apólice, servia de tecto (pelo menos psicológico) aos pedidos indemnizatórios e, conseqüentemente, às indemnizações (judiciais ou não) atribuídas.

Claro que, num quadro deste tipo, as indemnizações (mesmo as judicialmente atribuídas) não poderiam deixar de gerar situações que, do ponto

de vista da análise comparativa, permitiam questionar a bondade e a justeza do modelo indemnizatório¹.

O crescimento económico iniciado na década de 70, ao proporcionar uma significativa melhoria nas condições de vida das famílias, ocasionou que o uso do automóvel se democratizasse e, com ele, surgisse um extraordinário aumento da sinistralidade rodoviária (agora tomada já como uma ameaça, tanto pelo flagelo que constitui como pelo pesadíssimo peso social e económico que acarreta).

Se a este quadro somarmos a necessidade do país “apanhar o comboio da Europa” (que viria a concretizar-se com a nossa adesão à UE em 1986) fácil é constatar que estavam criadas as condições óptimas para a reforma do seguro automóvel.

O segundo período marcado, desde logo, pela transformação do seguro automóvel em seguro obrigatório, imposto pelo DL 408/79 de 25 de Setembro e definitivamente institucionalizado pelo DL 522/85 de 31 de Dezembro - surgindo este, como Diploma clarificador e reflexo, no aumento do capital obrigatoriamente seguro, da realidade Europeia de que Portugal já era parte, na sequência da adesão à UE - com clausulado uniforme e capitais mínimos, permitiu que este tipo de seguro se assumisse, definitivamente, como um seguro de responsabilidades e, não menos importante, como um seguro a favor de terceiros: as vítimas do acidente de viação.

A ideia de protecção da vítima, aliás, viria a tornar-se o motor das sucessivas reformas que o seguro de responsabilidade civil automóvel seria

¹ Por todos e para o dano morte, vejam-se os Acórdãos da Relação de Évora de 16 de Fevereiro de 1983 que atribui € 1.250 pela perda do direito à vida de um homem de 53 anos e o Acórdão da Relação do Porto de 24 de Fevereiro de 1983 que, nas mesmas circunstâncias, atribui a esse título a verba de € 500,00 para um homem de 45 anos.

Ambos in Colectânea de Jurisprudência, Ano VIII – 1983, Tomo I, Pág. 308 e Pág.249.

alvo nessa década e nas seguintes o que, de forma mais visível, se concretizou tanto pela via da redução das exclusões como pela via do sucessivo aumento dos capitais mínimos obrigatórios.

Jurisprudencialmente, os tribunais portugueses, porque os montantes indemnizatórios não deixaram de ser influenciados pelos capitais seguros, foram procedendo à actualização dos valores indemnizatórios (diríamos que sem um critério muito claro que não seja o dos sucessivos aumentos do capital mínimo obrigatório e a simples actualização do valor do dinheiro, importando notar que algumas decisões judiciais funcionaram como verdadeiras decisões marco, afectando de forma muito significativa a jurisprudência que lhe sucedeu) geralmente com o fundamento de que também nesta matéria nos devemos aproximar dos padrões europeus².

Em todo o caso, apesar do extraordinário aumento do número de processos de acidentes de viação que, nesse período, foram alvo de apreciação judicial, dir-se-á que, no quadro então vigente e no âmbito dos sinistros com danos corporais (e só desses nos ocupamos agora) nem com o recurso a um oráculo, era possível prevenir-se com algum grau de segurança, que indemnização seria devida a um sinistrado.

E isto porque, desde logo, apesar do julgador, de forma compreensível, sempre ter buscado critérios e medidas padrão (sejam eles, como aconteceu por exemplo com o valor a atribuir pela perda do direito à vida, o valor de

aquisição de um automóvel³, ou a orientação tomada na sequência do Acidente de Entre-os-Rios) por uma razão ou outra, nunca esses critérios e medidas padrão foram universalmente aceites entre nós, sendo que, em bom rigor (pelo menos no plano do racional invocado para fundamentação das decisões) apenas na equidade e na justiça do caso concreto parecem radicar a fonte de todas as decisões.

Claríssimo a este respeito o Acórdão de Revista 3028/05 (proferido pelo STJ – 2ª Secção em 07-12-2005) onde se refere que "o lesado em acidente de viação, para quem resultaram incapacidades permanentes totais ou parciais, sofre, a par dos danos não patrimoniais - traduzíveis em dores e desgostos - danos patrimoniais por ver reduzidas a sua capacidade de trabalho e a sua autonomia vivencial". Trata-se, ainda nos dizeres do Acórdão, "de realidades distintas, com critérios de avaliação distintos, mesmo no que concerne ao juízo de equidade (elemento comum a ambos), pois na avaliação dos danos não patrimoniais a equidade funciona como primeiro critério, embora condicionada aos parâmetros estabelecidos no art.º 494 do CC (art.º 496, n.º 3, do mesmo Código), ao passo que na apreciação dos danos patrimoniais a equidade funciona residualmente para o caso de não ter sido possível averiguar o valor exacto dos danos (art.º 566, n.º 3, do CC), assumindo a característica de elemento corrector do resultado a que se chegar depois de utilizados os cálculos aritméticos e as tabelas financeiras

² Na verdade, contrariamente ao que vulgarmente se supõe, aquilo que cada sociedade está disposta a pagar como indemnização por acidente depende, essencialmente, do nível de riqueza de cada País. Numa economia de mercado como a nossa, é o volume de prémios recolhidos e a frequência de sinistralidade esperada que determinam qual o custo médio de um sinistro e, consequentemente, qual o nível das indemnizações que é possível praticar. E qualquer desajuste nesta equação poderá determinar que as gerações futuras tenham de suportar níveis de prémio superiores ao nível de risco que geram.

³ Por todos o Acórdão de 07-07-1992 da Relação de Lisboa: "E uma vida, qualquer que ela seja, não pode ser valorada em quantia inferior ao custo de um automóvel dos mais baratos."

habitualmente usados, os quais, constituindo embora adjuvantes importantes, não devem ser arvorados em critérios de avaliação únicos e infalíveis”.

A equidade, entendida neste contexto, como solução última que tudo explica (e como tal, tudo justifica, mesmo as brutais diferenças que, objectivamente, se parecem descortinar em situações, pelo menos na aparência, muito similares) talvez tenha levado a que diversos tribunais, mesmo Superiores, em especial na determinação dos danos patrimoniais futuros, expressamente refirmaram que a determinação dos valores devidos a esse título envolvam sempre uma profecia⁴.

E no entanto, cremos, não tem de ser necessariamente assim e, mesmo jurisprudencialmente, há muito que vezes com autoridade vêm apontando o caminho que, desejavelmente, deveríamos seguir.

De facto, basta atentar no notável estudo do Conselheiro Joaquim José de Sousa Dinis (publicado na Colectânea de Jurisprudência – Acórdãos do STJ – Ano IX, Tomo I – 2001) onde se analisam detalhadamente os danos indemnizáveis em consequência de um acidente de viação para, diremos, a partir dele, se vislumbrarem os princípios necessários à construção de um modelo indemnizatório que permita uma maior certeza jurídica, o reforço da transparência na fixação dos valores indemnizatórios, a reserva da função jurisdicional para as situações em que ela é mesmo necessária e, porque não dizê-lo, a construção de um modelo indemnizatório socialmente mais justo.

Retenham-se pois, com a devida vénia, alguns dos aspectos vertidos no estudo em causa, em especial aqueles que se consideram

essenciais para a compreensão do que julgamos poderá ser considerado como o terceiro período do seguro de RC Automóvel em Portugal, uma vez que, como se procurará demonstrar, visionariamente, nesse estudo já se antecipavam alguns dos critérios e soluções que viriam, muitos anos depois, a ter consagração legal.

Relativamente ao dano morte e à indemnização por danos não patrimoniais, retenha-se, como assinala aquele autor, que será passível de ser indemnizado:

- O dano gerado pela perda do direito à vida.

A este respeito, fazendo alguma actualização em face da experiência mais recente, diremos que, a jurisprudência actual parece demonstrar que o factor que mais tem pesado na determinação do concreto montante que deve ser pago a este título é a idade da vítima, funcionando a jurisprudência dos casos homólogos como a única luz a observar.

Em todo o caso, como se referia no citado estudo a propósito dos parâmetros até então usados pela jurisprudência, “estes parâmetros são genéricos, deixando à sensibilidade de cada juiz (e dentro do pedido formulado) a manifestação prática de expressar a arte de minorar o sofrimento ou a supressão da vida, através da fixação de uma indemnização”.

- O dano sofrido pela vítima antes de morrer

Ainda segundo o autor em questão, poder-se-ia defender a atribuição de uma indemnização entre o limite zero e um valor situado abaixo daquele que seria devido pela perda do direito à vida (tudo dependendo do sofrimento e da res-

⁴ Por todos, os Acórdãos de Revista do STJ 2318/04, 2167/05 e 1909/06 (todos da 6.ª Secção do STJ, e, respectivamente, de 06-07-2004, 04-10-2005 e 06-07-2006);

pectiva duração bem como da consciência da vítima sobre o seu estado).

- O dano moral dos herdeiros

E nessa sede se defendia que esse dano nunca poderia ser superior ao correspondente à perda da vida.

Já quanto às indemnizações por Danos Patrimoniais, fazendo uso da teoria da diferença (artigo 566 n.º2 do Código Civil) merecemos destaque a conclusão de que “o cálculo do dano emergente obedece, em princípio, a uma pura operação aritmética.”

Neste contexto, o que hoje designaríamos como dano biológico⁵ ou dano psico-físico (“com todo o cotejo de incapacidades funcionais provenientes das sequelas de um acidente de viação, representando uma alteração morfológica do lesado, limitativo da sua capacidade de viver a vida como a vivia antes do mesmo acidente, por violação da sua personalidade humana”⁶) deve ser indemnizado como dano emergente (ou seja pelo recurso a uma pura operação aritmética) com independência do rebate profissional a que tenha dado origem (devendo depois ser avaliado nessa sede, como dano patrimonial futuro, caso tenha sido esse o caso) e, acrescentaremos nós, também com independência do dano não patrimonial a que ainda tenha dado azo.

De facto, desde há muito que a doutrina e jurisprudência, vinham tendo dificuldade em determinar o *quantum* indemnizatório em situações em

que, claramente, não havia rebate profissional (como, tipicamente e em exemplo de escola, acontece nas situações de lesados com perda do braço).

Ora, a nosso ver, tal só acontecia quando, redutoramente, não se atentasse que a violação do direito à integridade física deveria ser considerada como um *dano a se* passível de indemnização independentemente de outras repercussões patrimoniais e não patrimoniais a que também desse azo.

Efectivamente, a avaliação do biológico (ou dano psico-físico) como um *dano a se*, permite que se valorem de forma igual violações do direito à integridade física de similar consideração, possibilitando que a distinção apenas se verifique quando, sendo caso disso, idêntica violação do direito à integridade física e psíquica ocasione distinto rebate no plano laboral.

Acontece, porém, que a utilização da TNI como o instrumento médico na avaliação das lesões psico-físicas saídas de um acidente de viação (contestada desde há muito pelas melhores correntes médicas - com especial destaque para a doutrina do INML) também contribuía para a criação de situações materialmente injustas e daí que a necessidade da sua substituição se tornasse um imperativo na criação de um novo modelo indemnizatório.

Ainda nas sábias palavras do Conselheiro Sousa Dinis, o STJ logo no acórdão de 29-10-1992, “solucionou a questão da perda de um membro ou de uma parte do corpo, de uma forma extremamente prática e de aplaudir, considerando que o seu valor, para efeitos de indemnização, deve ser

⁵ O dano biológico na jurisprudência portuguesa tem tido diversas qualificações. Ainda que a generalidade da jurisprudência, na linha do Conselheiro Sousa Dinis, o qualifique como dano patrimonial futuro, alguma jurisprudência questiona essa qualificação e considera-o um dano não patrimonial (por todos o Acórdão da Relação do Porto de 07 de Abril de 1997).

⁶ Ainda o Acórdão da Relação do Porto de 07 de Abril de 1997.

considerado por aplicação do respectivo coeficiente de indemnização ao valor que seria achado se o bem violado tivesse sido a vida do lesado”.

Esta, ainda nas suas palavras, “foi uma primeira tentativa de solucionar a omissão da nossa lei quanto ao dano corporal a se. É claro que se Portugal aderir, finalmente, ao que tudo indica, aos sistema dos *baremes*, questões como esta estarão solucionadas à partida”.

Um outro aspecto a anotar (ainda nas sábias palavras do Conselheiro Sousa Dinis) é o de que não se deve confundir diminuição da capacidade de ganho com diminuição da capacidade de trabalho, conceitos que muitas vezes aparecem “convenientemente confundidos”.

De facto, ainda que recorrendo a diferente terminologia (sem contudo, assim o cremos, descaracterizar o sentido do seu pensamento) é facto notório que a incapacidade genérica (mesmo que limitadora do gozo das nossas plenas capacidades e, nessa medida, limitadora da nossa capacidade abstracta de ganho) não se pode confundir com a incapacidade para o exercício da profissão habitual (a segunda não é uma consequência directa e necessária da primeira)⁷.

Curiosamente, este facto notório da vida, nem sempre tem sido acolhido por alguma jurisprudência que tem considerado que “o lesado não tem de provar perda de rendimentos laborais para o tribunal lhe atribuir indemnização pela incapacidade parcial permanente para o trabalho. Apenas tem de alegar e provar que sofreu incapacidade parcial permanente parcial...”(por todos a Revista n.º2988/06 - 6.ª Secção – em 31-10-2006).

É de salientar ainda, na esteira do estudo

atrás referido, que em matéria de danos patrimoniais futuros (existindo perda patrimonial efectiva), a jurisprudência acolhe hoje, de forma quase unânime, o recurso às tabelas financeiras, tendo em conta o tempo provável de vida activa da vítima para determinar o capital necessário à formação de uma renda periódica correspondente a um determinado juro anual.

Importa reconhecer-se (na mesma esteira) que sempre existiu uma certa tendência dos nossos tribunais “para falar de critérios e lançar mão deles, com o objectivo de tornar o mais possível justas, actuais e minimamente discrepantes as indemnizações, designadamente no que toca a danos resultantes de morte e a incapacidade parcial ou total”.

É claro, escreveu-se então “que o juiz não deve deixar de lado a equidade...” mas nada obsta que se lance mãos de critérios e soluções que permitam a obtenção de constantes para a determinação da indemnização, “em termos de se chegar a um certo parâmetro, a partir do qual se possa sintonizar a indemnização que for julgada mais adequada, intervindo então o juízo de equidade.”

Ou seja, em conclusão que se partilha, parece que “a equidade” há-de funcionar sempre como “tempero” para apuramento da adequada indemnização mas não (como infelizmente vimos sucedendo) como “único ingrediente da receita”, sob pena de ser impossível encontrar coerência e justiça no sistema indemnizatório.

E se bem entendemos o pensamento do Conselheiro Sousa Dinis, tanto a publicação da Tabela Indicativa para Avaliação do Dano Corporal

⁷ Trata-se de indemnizar, «a se», o dano corporal sofrido, quantificado por referência ao índice 100 - integridade psicossomática plena - e não qualquer perda efectiva de rendimento ou de concreta privação da capacidade de angariação de réditos (Por todos, a Revista n.º 2084/04 - 2.ª Secção do STJ – em 06-07-2004).

(publicada através do Dec. Lei 352/2007 de 23 de Outubro) como a Publicação do Novo Regime do Seguro de Responsabilidade Civil Automóvel (publicado através do Dec. Lei 291/2007 de 21 de Agosto) dando origem a uma nova fase da vida do Instituto da Responsabilidade Civil Automóvel, vieram precisamente dar resposta a algumas das inquietações de quem tem a obrigação de decidir estas questões, uma vez que vieram clarificar que o **dano corporal deve ser visto como susceptível de uma tripla avaliação (como dano não patrimonial** - na sua vertente de dano moral e estético ou enquanto gerador de esforços acrescidos para manutenção do mesmo rendimento - **como dano patrimonial futuro** - sempre que seja gerador de rebate profissional concreto, ocasionando perda dos rendimentos do trabalho - e **como dano a se, *tercius generum*** - enquanto violação do direito à integridade físico-psíquica do sujeito e, por isso, passível de avaliação enquanto tal).

A PROPOSTA RAZOÁVEL NO ÂMBITO DA 5ª DIRECTIVA

Basicamente, o legislador nacional, aproveitando a oportunidade que lhe proporcionou a necessidade de transpor para o ordenamento jurídico nacional a 5ª Directiva Automóvel, decidiu proceder à actualização e substituição codificadora do diploma relativo ao seguro de responsabilidade civil automóvel, reforçando o sistema de protecção dos lesados por acidentes de viação.

No novo modelo indemnizatório, descortinam-se sob o ponto de vista processual, 4 fases na gestão do dossier de danos corporais:

A fase da notícia do sinistro com danos corporais, competindo à seguradora informar o lesado se entende necessário proceder a uma

avaliação do dano corporal por perito médico por si designado, num *prazo não superior a 20 dias* a contar do pedido de indemnização efectuado pelo lesado, *ou no prazo de 60 dias* a contar da data da comunicação do sinistro, caso o pedido indemnizatório não tenha sido efectuado;

A fase da instrução do processo com danos corporais (que comporta dois momentos: o momento da avaliação da situação clínica do sinistrado e o momento da disponibilização ao sinistrado dos danos resultantes da avaliação efectuada) competindo à seguradora disponibilizar ao lesado o exame de avaliação do dano corporal no prazo máximo de 10 dias a contar da sua recepção, bem como dos relatórios de averiguação necessários à sua compreensão;

A fase da tomada de decisão sobre a responsabilidade pela produção da ocorrência (seja através de uma comunicação de aceitação de responsabilidades, seja através de uma resposta fundamentada) competindo à empresa de seguros comunicar a assumpção, ou a não assumpção, da responsabilidade *no prazo de 45 dias, a contar da data do pedido de indemnização*, caso tenha entretanto sido emitido o relatório da alta clínica e o dano seja totalmente quantificável.

A fase da assumpção de responsabilidades sendo esse o caso (mesmo quando essa assumpção revista a forma de *Proposta Provisória*, o que acontecerá sempre que não tenha sido ainda emitido o relatório da alta clínica ou o dano não seja totalmente quantificável) através da apresentação de uma Proposta Definitiva de indemnização a efectuar no prazo máximo de 15 dias a contar da data do conhecimento pela empresa de seguros do relatório de alta clínica, ou da data a partir da qual o dano deva considerar-se totalmente quantificável, se posterior.

A partir deste conjunto de princípios a questão que se poderia colocar seria a de sabermos, o que deve então ser considerado uma proposta razoável?

A esta questão respondeu o legislador no artigo 39º, nºs 3º e 6º do Dec. Lei 291/2007, sendo que aí se refere que uma proposta é razoável quanto tiver sido efectuada nos termos previstos no Sistema de Avaliação e Valorização dos danos corporais, por utilização da Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil e, quando, sendo caso disso, por recurso aos critérios e valores orientadores constantes de Portaria aprovada pelos Ministros das Finanças e da Justiça, se ofereçam valores que aí se considere serem razoáveis.

Redacção que possibilitou que, pela primeira vez, se definissem em Portugal os critérios a seguir pelos operadores de mercado na regularização concreta dos sinistros com danos corporais, permitindo que a função jurisdicional, reservada para os casos em que tal se revele indispensável continue, por recurso à equidade, a sindicatizar a razoabilidade dos valores resultantes do modelo.

A esta luz, quais os pressupostos teóricos do novo modelo indemnizatório?

Em primeiro lugar, deste ponto de vista, para ser razoável, uma proposta não deveria representar uma ruptura radical com a prática diária dos tribunais e dos acordos extrajudiciais que actualmente se vêm estabelecendo e, em simultâneo, não deveria alterar significativamente o esforço que os cidadãos podem e estão dispostos a fazer para pagar o seguro automóvel.

Ao mesmo tempo, o legislador teve a ambição (legítima e de saudar) de não renunciar

a mudar o que é necessário mudar, tomando as medidas consideradas adequadas a que a distribuição das indemnizações entre as vítimas fosse mais justa, mais transparente e mais célere.

Em suma, o legislador teve a ambição de criar um modelo socialmente mais justo e, por isso, não teve dúvidas em corrigir os factores que, claramente, eram propiciadores de alguma injustiça (como acontecia, nomeadamente, com a aplicação da TNI aos danos corporais que não resultassem de sinistros de Acidentes de Trabalho e com a presunção de existência de danos patrimoniais futuros mesmo quando não existia rebote profissional e efectiva perda patrimonial).

Cremos, neste contexto, legítimo considerar que foram pressupostos do novo modelo indemnizatório as seguintes ideias força:

1. Desde logo a necessidade de conferir superior protecção aos bens pessoais (que passam a ter um tratamento autónomo) sobre os meros interesses e bens materiais (que já tinham superior nível de protecção desde o DL 83/2006).

2. O reforço da protecção das vítimas de acidentes de viação, através da imposição aos operadores de seguros de um conjunto de regras objectivas que garantam níveis mínimos de serviço, solução que possibilitará o duplo benefício de garantir aos lesados superior nível de conhecimento sobre o concreto conteúdo dos seus direitos e obrigações (contribuindo para a transparência do sistema) possibilitando às autoridades de supervisão, por via do controlo sistemático sobre os momentos chave da regularização dos sinistros, o reforço do seu papel como garante último da eficiência do sistema.

3. Porque os lesados por acidentes de viação não ficarão impedidos de recorrer à via judicial, nomeadamente quando considerarem que a oferta que lhes foi apresentada não se traduz numa oferta razoável (ou para exigirem a diferença entre os valores que resultam como sendo razoáveis à luz do sistema e aqueles que, efectivamente, traduzem o que consideram ser o seu prejuízo efectivo) pode dizer-se que a existência de regras e critérios que objectivem em valores monetários as diversas manifestações do dano corporal constitui um efectivo reforço das garantias para as vítimas de acidentes de viação (não comportando qualquer limitação dos seus legítimos direitos e garantias).

4. E na medida em que os valores que venham a ser definidos como razoáveis dentro do sistema (para efeitos de apresentação de uma proposta razoável, insiste-se) se aproximem daqueles que a jurisprudência normalmente vem praticando para casos similares, é legítimo aspirar que se produzam outros efeitos benéficos (tanto no plano do encurtamento dos prazos de regularização como no da redução na litigância judicial como mesmo no plano das políticas de provisãoamento para sinistros na actividade seguradora) permitindo, em suma, melhorar o sistema, colocando-o ao nível dos mais evoluídos da Europa comunitária.

5. Retenha-se que o objectivo do sistema não é a fixação definitiva do "quantum indemnizatório" final mas, apenas, a criação de um conjunto de regras e princípios que permita aos operadores de mercado agilizar a apresentação de ofertas razoáveis (possibilitando, ao mesmo tempo, que as entidades de supervisão e controlo possam syndicar a razoabilidade das ofertas apresentadas).

6. Ainda que o novo sistema indemnizatório não se destine a pôr em crise o actual nível das indemnizações comumente praticadas nos nossos tribunais, tendo ele a aspiração de unificar os níveis indemnizatórios judicial e extrajudicial, com o que se incentivará a diminuição da litigância judicial, perdida que for a expectativa de, nessa sede, se poder aspirar a indemnização de montante superior ao que resulta da negociação extrajudicial.

Quais os critérios a que o Legislador Nacional recorreu para ancorar o novo sistema indemnizatório?

Para efeitos de apresentação de proposta razoável, foi entendido que se deveria separar, muito claramente, **a lesão corporal a se** (nas suas vertentes direito à vida, dano biológico e dano moral) **dos danos patrimoniais futuros decorrentes de lesões corporais**.

Essa separação teve o objectivo de incrementar as indemnizações devidas a título de danos morais e biológicos, reservando as indemnizações por danos patrimoniais futuros para as situações de que resulte perda patrimonial efectiva, fiscalmente comprovada (com o que se afasta um dos principais escolhos à apresentação de uma proposta indemnizatória razoável – a apresentação de frágil prova salarial e a ausência de prova quanto à existência de uma perda patrimonial efectiva).

Foi decidido recorrer à fixação de valores objectivos para efeitos de cálculo indemnizatório nas situações de vítimas sem rendimento ou menores de idade, única forma de dar tratamento igual a situações iguais, não desprotegendo o futuro deste tipo de vítimas.

Reservando-se o pagamento dos danos patrimoniais futuros para as situações de perda

patrimonial efectiva (fiscalmente declarada, insiste-se) ou seja, para aquelas ocorrências em que existe rebate profissional e comprovada perda efectiva de rendimentos, *foi decidido criar para indemnização do dano corporal a se, uma tabela onde se cruzem graus de incapacidade e idade das vítimas*, por forma a que através de um índice seja possível garantir a existência de justiça relativa entre lesões e lesados de idêntica natureza.

Esta opção, funda-se na circunstância de, para efeitos de funcionamento do sistema, se ter entendido que **o direito à vida, tal como o dano moral e o dano biológico não variam em função da condição económica da vítima** e, nessa medida, que o rendimento da mesma, nos casos em que não exista rebate profissional e comprovada perda económica futura, deve ser indiferente à fixação do montante da indemnização, assim se assumindo como postulado o princípio da igualdade (na violação do direito à integridade física, a indemnização varia apenas em função da intensidade da violação, aferida pelo grau de Incapacidade Parcial Permanente e pela idade do lesado).

A criação de um índice, alheio à condição económica de cada lesado, contribuirá assim para a criação de um sistema socialmente mais justo (reservando a quantificação dos danos patrimoniais futuros para as ocorrências em que essa perda patrimonial efectiva se verifique – tipicamente, para as ocorrências de que resultam danos corporais de maior gravidade) garantindo que, tendencialmente, se indemnizam de forma socialmente mais justa as vítimas afectadas com maior grau de incapacidade (por isso o valor por ponto, obtido em função da idade e a gravidade das sequelas, foi construído por referência a múltiplos do Rendimento Mínimo Mensal Garantido).

O resultado destes pressupostos e critérios traduziu-se na criação de um modelo que partiu, **nos danos não patrimoniais**, dos valores que vinham sendo estabelecidos pela mais moderna jurisprudência, afirmando-os como verdadeiros critérios de regularização, sem negar a possibilidade de ocorrer, por via da equidade, a sua adequação a cada caso concreto.

Na regulação dos danos patrimoniais (que no modelo se reservam para as perdas patrimoniais efectivas e documentalmente provadas) seguiu-se igualmente a mais moderna jurisprudência, apenas cuidando o legislador de unificar a taxa de juro e a taxa de crescimento anual da renda garantindo, pela monitorização desses índices, a sua revisão e a sua correcta adequação à realidade económica.

Verdadeiramente inovador (em termos legislativos que não em termos doutrinários) foi a **criação de um *tercius génerum*, o dano biológico, como dano a se** (gerador de dano passível de ser indemnizado, uma vez que gerador de uma lesão nos direitos de personalidade) dano cuja autonomização, ao ocasionar uma descolagem em relação às fórmulas geralmente aplicadas para cálculo do dano patrimonial futuro, constituirá fiel de um modelo indemnizatório socialmente mais justo.

Na verdade, tendencial e desejavelmente deverá ocorrer uma redução nas indemnizações das lesões corporais menos graves (generosamente liquidadas, mesmo em direito comparado, no modelo anteriormente vigente) e uma melhoria do quadro indemnizatório das lesões mais graves (aquelas com maior impacto na vida pessoal e profissional da vítima) e só esta deslocação de recursos permitirá minimizar, ao nível dos consumidores, o impacto do esperado aumento das indemnizações.

Claro que o sucesso do novo modelo de indemnizações (para além das suas intenções muito louváveis) vai depender da utilização adequada da Proposta Razoável pelos diversos agentes do mercado (e, desde logo, pelas seguradoras e pelas vítimas e seus representantes) sendo especialmente importante o modo como o modelo vier a ser compreendido e implementado por médicos avaliadores e pelas diversas instâncias judiciais.

E se o modelo tem imensas virtudes, como mesmo no plano internacional já se reconhece,

cabe-nos a todos dar-lhe corpo, assumindo cada operador, de corpo e alma, as responsabilidades que dele decorrem (a Caixa Seguros, como o maior operador de seguros português, não deixará de assumir as suas responsabilidades nesta matéria) caso em que, disso não temos dúvidas, o modelo português se assumirá como referência das melhores práticas internacionais na actividade seguradora.

Têm então a palavra os operadores no mercado dos acidentes de automóvel em Portugal.

II - O Perito e a Missão Pericial em Direito Civil¹

Duarte Nuno Vieira

INTRODUÇÃO

Desenvolvida essencialmente a partir dos meados do século passado (séc. XX) – sobretudo no rescaldo da segunda guerra mundial com o incremento da circulação rodoviária e dos acidentes dela decorrentes – a avaliação dos danos corporais em direito civil constitui uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no âmbito da clínica forense, verificando-se um contínuo e significativo crescimento anual do volume de perícias desta natureza.

Apesar dos substanciais progressos verificados em Portugal neste domínio desde os finais dos anos 80 – período durante o qual se assistiu ao aparecimento de cursos de pós-graduação incidindo especificamente sobre a avaliação de danos corporais, ao desenvolvimento de associações científicas dedicadas a esta problemática,

à publicação de livros e revistas periódicas nacionais nesta área, à realização de encontros científicos abordando este tema, à criação da competência em avaliação dos danos corporais pela Ordem dos Médicos e, muito recentemente, à entrada em vigor da primeira tabela portuguesa de incapacidades para o direito civil - apesar de todos esses progressos, dizíamos, a verdade é que existem ainda insuficiências e deficiências nacionais diversas neste âmbito, nomeadamente na qualidade das avaliações periciais concretizadas.

Na realidade, se pertence cada vez mais ao passado a época em que os exames periciais de avaliação do dano corporal em direito civil se limitavam à resposta simples a um conjunto de questões mais ou menos numerosas (circunstância que os levou a ficarem conhecidos na gíria

¹ A presente reflexão parte de texto subordinado ao título A "missão" de avaliação do dano corporal em direito civil, previamente publicado pelo autor em 2000, na Revista Sub Júdice (nº 17, pp 23 a 30).

pericial por "exames de quesitos"²), a verdade é que as peritagens correctamente efectuadas, isto é, seguindo uma metodologia e uma filosofia pericial consentânea com o actual estado da arte no domínio da avaliação dos danos corporais em direito civil e dando resposta ao princípio da reparação integral dos danos nele vigente, continuam a não constituir regra absoluta. Com efeito, é possível afirmar que, pelo menos até um passado recente, se verificava ainda um significativo número de peritagens incompletas, abrangendo frequentemente apenas a avaliação de parte dos parâmetros de dano reparáveis em direito civil, ou utilizando metodologias periciais próprias de outros domínios da avaliação de danos corporais, sobretudo as do direito do trabalho. Isto por uma multiplicidade de factores, entre os quais avultava a falta de formação em avaliação do dano corporal de muitos dos médicos que actuavam como peritos e que, em boa verdade, de "peritos" tinham apenas a designação, desconhecendo por completo as diferentes doutrinas, filosofias e metodologias periciais que caracterizam (devem caracterizar) esta avaliação, consoante o campo do direito em que se processa. A recente entrada em vigor do Decreto-Lei 352/2007, de 23 de Outubro, verificada no mês de Janeiro de 2008, ao preconizar que estas perícias deverão passar a ser feitas por

médicos com competência específica no domínio da avaliação de danos corporais, implicará (espera-se), que estas situações sejam eliminadas ou adquiram um carácter excepcional.

O MÉDICO PERITO

Sempre que um perito médico é solicitado no sentido de proceder a uma avaliação de danos corporais, o que se lhe pede é que, recorrendo aos seus conhecimentos no âmbito da medicina, à preparação científica e técnica que a sua formação médica e pericial lhe confere, defina num determinado quadro jurídico (em direito penal, civil, do trabalho, administrativo, etc.), quais as lesões e/ou sequelas de que uma determinada vítima ficou portadora, susceptíveis de (consoante a área do direito em que a perícia decorre) serem objecto de sanção penal, da atribuição de uma indemnização ou de justificarem, por exemplo, a concessão de determinadas regalias e benefícios (fiscais, sociais ou outros). Significa isto que a avaliação de danos corporais se processa (deve processar) de formas distintas consoante o domínio do direito em que se concretiza. Os mesmos danos poderão, assim, ter uma abordagem, uma apreciação, uma valoração pericial diversa, consoante o domínio do direito onde essa avaliação pericial se processa. Isto, repete-se, porque os princípios jurídicos que definem os danos a avaliar são diferentes para cada um deles.

² Sobre a situação pericial que se vivia em Portugal no início da década de 90, cfr. FERNANDO OLIVEIRA SÁ. Dano corporal e peritagem médico-legal. Panorama português em 1992, in *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 1992, 1(1), pp. 1-9. Nesta análise o autor tece críticas substanciais aos "exames de quesitos", afirmando que "os quesitos são a perfeita negação de uma correcta e verdadeira peritagem médico-legal — são a peritagem espartilhada por chavetas do sim ou não aberta à resposta seca em jeito de atestado". Na realidade, neste tipo de "perícias" o perito limitava-se a responder a um conjunto variável de questões, nas quais as preocupações dos quesitantes nem sempre abrangiam todos os parâmetros possíveis de expressão e valoração médico-legal do dano existente, sucedendo, por outro lado, que na prática se verificava com alguma frequência a formulação de quesitos desajustados, ingénua ou intencionalmente, e que impunham forçosamente uma resposta que, desinserida de um contexto global de avaliação, poderia ser explorada para lhe atribuir um significado que não era o correcto.

No âmbito do direito civil o princípio jurídico que orienta a avaliação dos danos corporais é o da reparação integral dos danos. Significa isto que em direito civil todos os danos, desde que tenham uma dignidade suficiente para merecerem a tutela do direito, devem ser avaliados e indemnizados. O objectivo da avaliação e reparação do dano corporal será, pois, o de procurar restabelecer tão exactamente quanto possível o equilíbrio destruído pelo dano e recolocar a vítima, a expensas do responsável pela produção desse mesmo dano, na situação em que esta se encontraria se o facto produtor das lesões não tivesse ocorrido. Trata-se, obviamente, de um objectivo utópico na maioria das situações. Com efeito, se a vítima ficou, por exemplo, amputada de parte de um membro, ela não voltará nunca a ficar exactamente na mesma situação em que estava anteriormente. Mas o que se pretende é que a indemnização ajude a vítima a aproximar-se o mais possível da situação que tinha, representando de certa forma uma compensação para o lesado e, simultaneamente, uma sanção para o lesante. Este princípio jurídico da reparação integral do dano implica, assim, que o perito médico deva proceder tanto à avaliação de danos patrimoniais, isto é, daqueles danos que têm um referencial económico directo, como de danos não patrimoniais, ou seja, de danos que não têm esse referencial económico directo, tendo sim a ver com prejuízos vividos, sentidos pelas pessoas. Dentro, obviamente, daqueles que caem na esfera da sua competência técnico-científica, da sua específica preparação médica, isto é, apenas os danos patrimoniais e não patrimoniais susceptíveis de constatação e explicação médica. Entre os danos patrimoniais estarão, por exemplo, a necessidade de uma prótese ou os dias de incapacidade total para o trabalho. Já nos não patrimoniais se

poderão situar, também a título de exemplo, as dores ou o dano estético de que a vítima ficou afectada (excluídos os casos em que o dano estético assume virtualidades de dano patrimonial).

O papel do perito será, pois, o de ajudar a ver claro. Ajudar o magistrado, o segurador, o advogado da vítima ou mesmo esta, a compreenderem qual a verdadeira situação em termos dos danos de que ficou afectada, qual a alteração que sofreu na sua integridade psico-física, e qual a valoração que esta e os outros danos deverão merecer com base nas regras jurídicas e nas metodologias periciais adequadas no contexto da *leges artis* da boa actuação pericial na área do direito onde a avaliação se processa.

Deve ter-se presente que a avaliação de danos corporais não é uma tarefa fácil. Muito pelo contrário. Reveste-se sempre de alguma complexidade, por vezes de enormes dificuldades, pontualmente até insuperáveis. Dificuldades que decorrem desde logo da circunstância da modificação que regista a relação médico/paciente quando o médico surge perante a vítima como perito e não como clínico. Na realidade, enquanto na esfera clínica esta relação (médico/paciente) é habitualmente de confiança e colaboração, já no âmbito pericial tende a assumir contornos de alguma forma opostos, de desconfiança e de ausência de colaboração. Curiosamente, mesmo quando a avaliação é efectuada a título de perícia privada e tendo sido solicitada pela própria vítima. Isto pelo menos numa fase inicial, mas por vezes até no decurso de toda a perícia se o médico não souber promover a alteração desse posicionamento defensivo da parte do examinado. Este vai ter muitas vezes a tendência para ocultar elementos que considera poderem vir a ser-lhe prejudiciais na avaliação a que está a ser submetido e que sabe ser um elemento fundamental a con-

dicionar a reparação (indenização) que pretende e a que considera ter direito. E isto sucede por vezes de forma quase inconsciente. A vítima tende a pensar que quanto pior a sua situação for considerada pelo médico, mais provável será que este valore de forma mais significativa os seus danos e, portanto, que lhe possa vir a corresponder uma maior indemnização. Isto não significa de forma alguma que o sinistrado deva ser encarado por rotina como um simulador ou alguém que mente. O verdadeiro perito jamais partirá do inaceitável pressuposto de que todos os sinistrados mentem, atribuindo à partida sempre credibilidade à vítima e usando a sua competência e sensibilidade pericial para detectar eventuais situações em que, efectivamente, exista simulação ou dissimulação.

Mas a avaliação é ainda complexa face ao facto de serem muitos os problemas que a envolvem. Problemas como a antiguidade dos factos, pois sucede com alguma frequência, felizmente cada vez menos, serem avaliadas situações verificadas vários anos antes do momento dessa avaliação. Problemas como a dificuldade na obtenção de dados sobre os antecedentes da vítima, e que são elemento por vezes fundamental no âmbito da ponderação de um eventual nexo de causalidade. Problemas como a dificuldade na obtenção de dados sobre a evolução das lesões, a dificuldade na sua interpretação, a impossibilidade de submeter por vezes o examinado a determinados exames complementares susceptíveis de permitirem esclarecer melhor a realidade sequelar, a subjectividade de alguns parâmetros de dano e da sua valoração, as variadas reacções psicológicas aos traumatismos ou até as inevitáveis situações de simulação ou dissimulação a que já se fez referência e que sempre podem verificar-se, e muito particularmente no

âmbito do direito civil, onde a vítima sabe que está em causa uma indemnização pela qual aguarda (e por vezes em situação de grande fragilidade emocional), há um período de tempo que considera demasiado longo e injusto.

Para poder concretizar uma correcta avaliação pericial o médico perito necessita de uma sólida preparação médica, mas necessita também de conhecimentos jurídicos que lhe permitam captar exactamente o sentido da missão que lhe é solicitada e o alcance das conclusões que aporta no seu relatório. Na realidade, no caso de um perito médico, ser um bom médico não basta para ser um bom perito. É necessário adquirir também preparação jurídica. É necessário conhecer o alcance e limitações da perícia consoante a área em que decorre e dominar a regras da partagem médico-legal. O que se pretende é que o perito esteja apto a operar em qualquer quadro do direito, aplicando a cada um deles a sua metodologia específica, de forma a obter uma avaliação o mais justa possível, elemento essencial para uma indemnização também ela o mais justa possível. É necessário ainda que seja detentor de um conjunto de condições naturais que confirmem à sua actuação uma inquestionável solidez ética. Deve ser um perito que se pautar pela competência e não pela improvisação, pelo rigor, que nada tem a ver com severidade, pela objectividade, que não pressupõe inflexibilidade. E deve ainda ser imparcial, diligente, consciente, prudente, pautando também a sua actuação pelo discernimento, pela objectividade, pela veracidade.

Sendo certo que a perícia médico-legal deve ter (tem) sempre presente a saudável possibilidade do contraditório, é também fundamental, para se ser um verdadeiro perito, o respeito absoluto pelo posicionamento de outros colegas que, quando não coincidente, apenas deverá ser

rebatido pelo debate sério e frontal, cientificamente fundamentado. Não é perito, não pode ser perito, aquele que vive a criticar negativamente os colegas, a fazer reparos e observações depreciativas, a semear boatos ou insinuações mais ou menos dissimuladas relativamente à actuação destes, a procurar valorizar a sua actuação pessoal através da desvalorização do trabalho dos outros. O verdadeiro perito, para parafrasear um lugar comum, deve ser sério e nunca se levar demasiadamente a sério.

A igualdade na avaliação em danos idênticos qualquer que seja o perito interveniente, é um elemento indispensável para a harmonização pericial nacional e para a existência de equidade na administração da justiça. Se situações similares não forem objecto de idêntica valorização pericial, a justiça fica desde logo fortemente comprometida. Tal como é elemento fundamental para uma correcta aplicação da justiça que a avaliação pericial seja igual independentemente do papel em que o perito actua na situação concreta, isto é, quer a sua intervenção numa avaliação de danos corporais ocorra a solicitação do sinistrado, de um advogado, de uma seguradora, de um tribunal, ou no âmbito da actividade de serviços médico-legais públicos nos quais trabalhe ou com os quais mantenha um contrato de prestação de serviços. O posicionamento valorativo terá de ser sempre o mesmo perante determinada situação concreta.

O título de perito confere pois àquele que o possui obrigações e deveres. É incompatível, como afirmava Simonin, com o orgulho (que cega), a ignorância (que faz não duvidar de nada)

e a desonestidade (que enviltece e degrada).

A primeira responsabilidade do médico que actua como perito é, naturalmente, ser digno desse atributo que ostenta e não permitir ser como tal considerado quando o não for ou até tentar passar arditosamente essa imagem. Dizia Oliveira Sá que devemos desconfiar sempre por cautelosa dúvida daqueles que se auto-intitulam peritos disto ou daquilo, colocando até por vezes uma série de títulos mais ou menos adaptados e impressivos nos seus relatórios, sem que mais ninguém se dê conta de tão excelsos atributos se não os próprios.

Note-se ainda que na sua actuação no contexto da avaliação de danos corporais, deve o perito médico estar consciente da possibilidade de poder ser responsabilizado (responsabilização civil, disciplinar e, eventualmente, criminal) por actuações ilícitas e culposas que tenham tido como consequência adequada danos de diversa índole, nomeadamente e a título de exemplo, uma avaliação insuficiente ou incorrecta dos danos de que a vítima era portadora³. Esta é uma possibilidade que se vem constatando de forma crescente entre nós.

A MISSÃO PERICIAL, OS PARÂMETROS DE DANO E A SUA AVALIAÇÃO

Tecidas algumas considerações sobre a função pericial e o papel do perito, analisemos agora a missão pericial que lhe é especificamente cometida no âmbito da avaliação de danos corporais em direito civil, centrando a nossa atenção nos parâmetros de dano a avaliar e a sua ponderação valorativa. Relembrando antes a relevância da de-

³ Sobre a responsabilidade profissional do perito médico veja-se João Álvaro Dias, Responsabilidade Profissional do Perito Médico, in Revista Portuguesa do Dano Corporal VII, N.º 8 (1998) p.35-51.

finição deste tipo de missão, que constituirá uma espécie de guia de orientação da intervenção pericial, de protocolo da actuação. É de facto importante que na sua actuação o perito médico siga as metodologias e procedimentos adequados à missão em causa, susceptíveis de serem reconstituídos e sindicados por referência a uma norma ou padrão de actuação, como assinalou Álvaro Dias.

Em 1991, no âmbito do Seminário que promoveu em Coimbra no dia 29 de Junho - no qual participaram magistrados, seguradores, peritos médicos, advogados e docentes universitários - a Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal aprovou uma proposta de missão pericial tipo portuguesa, então enviada a diversas entidades, nomeadamente ao Ministro da Justiça, Secretário de Estado da Justiça, Comissão de Revisão do Código de Processo Civil, Conselho Superior de Magistratura, Procuradoria-Geral da República, Centro de Estudos Judiciários, Ordem dos Advogados e Ordem dos Médicos. Nela se estipulava o seguinte: "*Proceder a exame médico-legal para avaliação dos danos corporais relevantes na reparação civil devendo os peritos pronunciarem-se, designadamente, sobre o nexo de causalidade médico-legal com a ofensa corporal de ..., a data de consolidação das lesões, as incapacidades temporária e permanente quer para o trabalho em geral quer para o trabalho profissional, o quantum doloris durante o período de incapacidade temporária e ainda sobre o dano estético e, eventualmente, sobre o compromisso nas actividades de lazer pré-existentes (prejuízo de afirmação pessoal). Devem os peritos elaborar relatório circunstanciado e justificativo das suas conclusões médico-legais*".

Pretendia-se que, pouco a pouco, este tipo de missão pericial se fosse disseminando pelo

País, servindo de linha orientadora a todos os que viessem a estar envolvidos neste tipo de perícias. Assim sucedeu de forma crescente, embora se constate existirem ainda hoje entre os diversos profissionais envolvidos nesta problemática (nomeadamente médicos, seguradores, advogados e magistrados), alguns que evidenciam desconhecimento de tal proposta e/ou do significado dos parâmetros de dano nela consignados.

Nas páginas seguintes abordaremos (ainda que de forma necessariamente sucinta) os parâmetros do dano contemplados nesta missão pericial (que no essencial se mantém em vigor) e das principais dificuldades que a sua avaliação pode envolver, mesmo para o verdadeiro perito.

Deve, todavia, sublinhar-se que os parâmetros consignados na missão constituem os habitualmente presentes na rotina pericial, isto é, na grande maioria das situações, devendo todavia ter-se consciência de que outros podem eventualmente ter de ser avaliados em determinados casos concretos (prejuízo sexual, necessidade de assistência de terceira pessoa, prejuízo juvenil, etc.), mas sobre os quais não serão tecidos quaisquer comentários, incorporando este livro reflexões específicas sobre alguns deles.

Antes da abordagem desses parâmetros de dano, relembra-se que em direito civil é a vítima que tem de demonstrar a existência de nexo de causalidade entre o evento traumático e as sequelas. Esta prova só o médico a pode justificar, negar ou colocar em dúvida, fazendo-o com base em elementos estritamente técnicos, mas não lhe competindo interpretar o princípio jurídico da causalidade, o qual é competência exclusiva do regulador. Quando tiver dúvidas, nomeadamente no contexto do nexo de causalidade, do diagnóstico do estado sequelar ou do estado inicial, face a problemas que envolvem uma

área médica que não domina, o perito pode e deve recorrer a colega, nomeadamente de outra especialidade.

Mas uma vez pericialmente assegurada a existência denexo de causalidade entre o evento traumático em causa e as sequelas de que a vítima ficou portadora, isto é, ultrapassado o problema da imputabilidade médica, a primeira missão do perito envolverá a ponderação e estabelecimento da data da cura ou da consolidação.

CURA E CONSOLIDAÇÃO

Quando um indivíduo sofre lesões traumáticas das quais não resulta a morte, essas lesões irão evoluir ao longo de um período de tempo variável de situação para situação (em função de factores múltiplos como a natureza e gravidade das lesões, a idade e estado de saúde anterior da vítima, as complicações surgidas, a qualidade de tratamentos prestados, etc.), num de dois sentidos: ou no sentido da cura ou no sentido da consolidação.

Do ponto de vista médico-legal fala-se em cura quando a vítima recupera totalmente das lesões sofridas, ou seja, quando não fica afectada por qualquer alteração na sua integridade psico-física. Por outras palavras, quando volta a ficar tal como estava antes do evento traumático ter ocorrido, recuperando integralmente, tanto do ponto de vista anatómico, como funcional e psico-sensorial. Dá-se aquilo que em termos jurídicos se designa por *restitutio ad integrum*. Daqui decorre que a palavra cura tem, em peritagem médico-legal, um significado muito distinto do que pode assumir na prática clínica. Com efeito, diz-se em clínica médica que um indivíduo ficou curado mesmo que tenha ficado portador de danos definitivos (uma cicatriz, a perda de um segmento corporal ou uma qualquer limitação

funcional, por exemplo). Em peritagem médico-legal a palavra cura significa (deve significar) que houve naquela situação concreta uma recuperação anátomo-funcional e psico-sensorial integral, isto é, que a vítima voltou a ficar, repete-se, tal como estava antes do evento traumático ter ocorrido.

Infelizmente a evolução no sentido da cura, da recuperação anátomo-funcional e psico-sensorial integral, não é a evolução de rotina. Com efeito, na maioria das situações as lesões traumáticas vão evoluir ao longo de um determinado período de tempo até que chegam a um momento em que deixam de sofrer alterações apreciáveis, em que se fixam, em que estabilizam sem que a vítima volte a ficar como estava previamente ao evento traumático, ficando sim portadora de uma qualquer alteração (ou alterações) na sua integridade psico-física a título definitivo. Alterações (danos) que poderão ser meramente anatómicas (uma cicatriz, por exemplo), funcionais (uma articulação que já não tem a mobilidade que tinha anteriormente), ou psico-sensoriais (uma acuidade visual que não volta a ser a que era). Quando assim sucede, considera-se em termos periciais que se deu a consolidação. A consolidação é, pois, o momento em que na sequência de um período transitório que constituiu a fase de cuidados, se constata que as lesões deixaram de sofrer uma evolução regular medicamente observável, seja por terem estabilizado definitivamente, seja por não serem susceptíveis de sofrer modificações senão após um longo período de tempo, não sendo necessários mais tratamentos a não ser para evitar um agravamento e em que é possível observar um determinado grau de afectação da integridade psico-física, representando um prejuízo definitivo. A consolidação pressupõe pois, repete-se, não serem jus-

tificáveis mais tratamentos médicos - por não ser expectável qualquer melhoria apreciável - a não ser para evitar que as lesões regridam. Significa isto que podemos falar em consolidação mesmo que a vítima ainda continue a necessitar de tratamentos médicos (excepcionalmente até para o resto da vida), desde que esses tratamentos não se destinem a promover, nem sejam susceptíveis de proporcionar, qualquer melhoria da situação (por tal não ser possível), mas sim a evitar um retrocesso, um novo agravamento desta.

Estabelecer a data da cura ou da consolidação não é tarefa fácil. Na realidade, a cura ou consolidação das lesões não ocorre num dia e hora precisos. Ela corresponde ao momento em que, na sequência do acompanhamento médico regular a que a vítima vinha sendo submetida, se pode medicamente considerar que as lesões não são susceptíveis de sofrer qualquer alteração significativa, a não ser eventualmente após longos períodos de tempo (anos ou décadas), pois verdadeiramente, e como dizia Vaugelas, *nada do que é humano é permanente*. Sem prejuízo de tal poder ter sido afirmado um dia ou dias antes. É por isso que se considera dever o perito no seu relatório pericial usar o condicional quando propõe a data de consolidação, dizendo que esta (ou a da cura, se for o caso) é fixável no dia ... Transmite-se mais claramente desta forma a percepção de que esta data não é um elemento dotado de rigor absoluto, de que o perito faz uma proposta tecnicamente fundamentada, que o tribunal ou a seguradora depois considerarão, aceitando-a ou ajustando-a, em função do seu entendimento.

Na ponderação de uma proposta de data de cura ou consolidação o perito irá, obviamente, tomar em consideração diversos factores. Desde logo toda a informação que lhe foi possível obter

no decurso da entrevista com a vítima, através da análise da documentação clínica a que teve acesso, da análise da informação da companhia seguradora e de documentos da entidade patronal, etc. Com frequência, esta data da cura ou da consolidação coincidirá com a data da retoma da actividade profissional (se era o caso). Mas deve sublinhar-se que não tem de ser necessariamente assim e que a consolidação pode não coincidir necessariamente com esta retoma, podendo o trabalho (em função das suas especificidades e exigências) ser retomado antes da consolidação total das lesões ou apenas tempo depois desta já se ter verificado. Quando não dispõe de informação em que possa fundamentar a sua proposta de data de cura ou consolidação, o perito terá então de ponderar qual é o período de tempo que, em média e face aos conhecimentos técnico-científicos disponíveis, o tipo de lesão (ou lesões) sofrida pela vítima demorará a curar ou consolidar, atendendo, consoante a situação, à multiplicidade de elementos que poderão condicionar este período, como sejam, nomeadamente, as especificidades da vítima, as características das lesões e seus tratamentos, o tipo de sequelas que dela resultaram, etc. Aliás, esta ponderação do tempo fisiologicamente aceitável para a consolidação deverá ser sempre concretizada pelo perito médico, até para se averiguar de eventuais arrastamentos indevidos do período de "baixa" (da fase de danos temporários, como veremos) ou de uma eventual alta precoce.

DANOS TEMPORÁRIOS E DANOS PERMANENTES

Estabelecida a data da cura ou da consolidação tem assim o médico pericialmente definidos os dois grandes períodos de dano: o período de danos temporários e o período de danos per-

manentes. Chamam-se danos temporários aqueles que se situam entre a data da produção das lesões e a data da cura ou consolidação dessas mesmas lesões. Temporários porque têm uma expressão temporal, limitada no tempo, variando o seu aspecto e as suas implicações de uma forma apreciável em curtos intervalos de tempo, enquanto as lesões vão evoluindo no sentido da cura ou consolidação. Quando alguém sofre uma fractura, por exemplo, desencadeia-se de imediato uma resposta inflamatória a nível dos tecidos lesionados que vai condicionando aspectos necessariamente diferentes dessa fractura de dia para dia até esta estar definitivamente curada ou consolidar (quando deixa uma qualquer sequela).

A partir do momento em que ocorreu a consolidação, as lesões adquirem um carácter permanente (em princípio e dentro dos condicionalismos anteriormente assinalados), entrando-se então na fase de danos permanentes, de danos que não serão susceptíveis de alterações significativas, a não ser, eventualmente, no decurso de um período muito extenso (de anos ou décadas) não perspectivável no momento, danos este que, em princípio, irão pois permanecer até à morte.

Passará agora o perito médico à ponderação dos parâmetros de dano temporários. Sublinhe-se novamente que analisaremos apenas nesta abordagem (tanto nos danos temporários como nos permanentes), os parâmetros de dano que fazem parte da rotina pericial, isto é, aqueles que estão mais frequentemente presentes e não os de verificação mais excepcional.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

Um dos parâmetros de dano temporário praticamente sempre presente é o da incapacidade temporária. Com efeito, quando um indivíduo

sofre lesões traumáticas sucede habitualmente causarem-lhe estas limitações na sua capacidade durante o período de tempo em que evoluem no sentido da cura ou da consolidação, limitações que terão implicações no desempenho das suas actividades diárias e/ou profissionais. Se o indivíduo experimenta limitações na sua capacidade, isso significa que estará afectado por um certo grau de incapacidade. Ora no campo da peritagem em direito civil deve avaliar-se separadamente a chamada incapacidade temporária geral (também designada por alguns como incapacidade genérica ou funcional) e a incapacidade temporária profissional, nos casos em que o indivíduo desempenha uma qualquer actividade profissional.

Na realidade, as dificuldades decorrentes das lesões poderão afectar desde logo a vida quotidiana do indivíduo, independentemente de exercer ou não uma actividade profissional. Sendo o princípio jurídico vigente em direito civil o da reparação integral dos danos, irá assim o perito começar por avaliar qual o reflexo, qual o rebate das lesões em termos dos actos e gestos correntes do dia-a-dia. A incapacidade temporária geral refere-se, pois, às limitações que as lesões comportam do ponto de vista dos actos e gestos correntes do dia, daqueles actos e gestos que são comuns a todo e qualquer indivíduo (levantar-se, tratar da sua higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, deslocar-se, etc.) independentemente da sua idade, do seu estatuto social, de ser profissionalmente activo ou não. Existe efectivamente uma multiplicidade de actos e gestos que todos realizamos diariamente, independentemente de sermos jovens ou idosos, profissionalmente activos, desempregados ou reformados. Actos e gestos ligados à vida corrente e às condições de existência dos quais quase não temos consciência (talvez por serem tão banais e rotineiros) e de cuja

importância só temos verdadeira noção quando por qualquer vicissitude deixamos de os poder realizar e constatamos a verdadeira dimensão que têm na nossa vida diária.

É esta a incapacidade que em direito civil deve começar por ser avaliada dentro do princípio da reparação integral do dano, pois só assim se garante que todos os indivíduos estão em pé de igualdade e que tal princípio é respeitado. Na realidade, se apenas fosse perspectivada a incapacidade profissional, então o desempregado, o reformado, o estudante, etc., ficariam fora desta avaliação, ainda que eventualmente afectados por substanciais limitações nas suas actividades gerais. Pelo contrário, ao avaliar-se a incapacidade geral, atende-se a uma situação base comum a todos os indivíduos, a actos e gestos que todos temos de realizar diariamente, procedendo-se a uma avaliação suplementar da incapacidade profissional sempre que o indivíduo exerça uma profissão cujo desempenho seja afectado temporariamente pelas lesões, uma vez que neste caso ele tem um prejuízo suplementar relativamente ao cidadão em situação absolutamente similar mas sem ocupação profissional.

Se a vítima desempenha também uma qualquer actividade profissional e as lesões causam dificuldades no desempenho dessa actividade durante o tempo em que se vão modificando à medida que caminham para a cura ou consolidação, deve então avaliar-se também a existência de incapacidade profissional.

Note-se que as mesmas lesões podem implicar (e implicam frequentemente) consequências muito diferentes consoante o tipo de incapacidade temporária (geral ou profissional) em causa. Consideremos o exemplo clássico do pianista profissional que é vítima de atropelamento por veículo motorizado de duas rodas, do qual

apenas resulta fractura do dedo mínimo da mão direita. Enquanto permanecer com o dedo imobilizado por tala, não terá certamente nenhum tipo de limitação apreciável para os actos e gestos correntes do dia a dia. Levanta-se, lava-se, veste-se, alimenta-se, desloca-se, etc., sem qualquer dificuldade significativa. Todavia, e do ponto de vista da sua actividade profissional, estará certamente numa situação de incapacidade temporária profissional total enquanto o dedo permanecer nessa situação de imobilização. A mesma lesão tem, pois, implicações absolutamente distintas em função do tipo de incapacidade considerada.

Mas poderá existir situação lesional com reflexos opostos. Por exemplo, uma dactilógrafa que trabalhe em casa a processar textos em computador e que sofre um atropelamento do qual resulta fractura dos dois membros inferiores, enquanto permanecer com os dois membros engessados terá, seguramente, substanciais limitações em termos de quase todas as suas actividades correntes do dia-a-dia e das suas condições de existência, isto é, uma incapacidade temporária geral muito significativa. No entanto e do ponto de vista da actividade profissional que exerce, poderá provavelmente continuar a executá-la (dactilografar texto em computador sentada), sem qualquer perda de rendimento económico efectivo.

Estes são dois exemplos clássicos de situações extremas que mostram como a mesma lesão ou lesões podem ter consequências totalmente distintas consoante o tipo de incapacidade em causa. Mas entre estes dois exemplos extremos existe obviamente uma multiplicidade de situações em que o reflexo se mantém distinto consoante o tipo de actividade considerado. O princípio da reparação integral dos danos obriga a que assim seja.

No passado, a incapacidade temporária geral era avaliada em termos percentuais, procurando o perito distinguir diferentes períodos de incapacidade temporária em função das distintas fases de autonomia pelas quais a vítima ia passando e procurando não os subdividir em mais do que três, para facilitar a tarefa do julgador. Mais à frente, a propósito da incapacidade permanente geral, abordaremos as dificuldades de que se reveste o cálculo de incapacidades, dificuldades estas particularmente intensas no caso da incapacidade temporária e conferindo-lhe um carácter ainda mais marcadamente aleatório. Na realidade, se a determinação de uma taxa de incapacidade tem já em si dificuldades e fragilidades diversas, essas dificuldades tornam-se praticamente insuperáveis no âmbito de incapacidades temporárias. Como chegar a valores fundamentados se sabemos que nesta fase a capacidade de um indivíduo (o mesmo é dizer a sua incapacidade) vai habitualmente variando (alterando-se) a curtos períodos temporais (daí a designação de temporárias)? Mesmo estabelecendo valores médios para determinados períodos de tempo - o tal posicionamento pericial que já se assumiu e praticou no passado entre nós - mostrou a experiência que resultarão sempre substanciais erros.

Por isso se verificou uma alteração na prática pericial nacional, no sentido de deixarem de ser avaliadas taxas de incapacidade temporária geral (ou seja, abolindo-se qualquer quantificação numérica em termos de taxa de incapacidade temporária geral parcial), para passar a ser apenas avaliado o período da sua duração, à semelhança do já se verificava noutros países da União Europeia, e do que já se fazia relativamente à incapacidade temporária profissional, onde o perito apenas separa o período de incapacidade

temporária profissional total, de eventual período de incapacidade temporária profissional parcial (este apenas existindo muito raramente).

A avaliação destes dois tipos de incapacidades temporárias, geral e profissional, envolve, pois, actualmente apenas a determinação do número de dias em que a vítima esteve afectada por cada uma delas (total ou parcialmente). Sendo impossível determinar com um mínimo de rigor estas taxas, a forma mais aceitável será efectivamente a de determinar qual a duração de uma e de outra, sendo os dias de incapacidade temporária geral e de incapacidade temporária profissional depois indemnizados de acordo com o critério que a justiça considere mais adequado, nomeadamente através de um determinado montante diário fixo.

Sublinhe-se que um e outro tipo de incapacidade temporária pode ser total (absoluta) ou parcial. Será total durante os períodos de internamento hospitalar (em que a vítima está sujeita a uma tutela externa) e durante o tempo em que, mesmo estando já no domicílio, tem de permanecer em repouso absoluto, isto é, durante a fase em que a situação do sinistrado não deixou margem para qualquer autonomia significativa. A partir do momento em que a evolução das lesões já consente algum grau de autonomia, ainda que numa fase inicial muito limitada, entra a vítima numa fase de incapacidade temporária parcial, geral ou profissional, consoante as circunstâncias. Uma vez mais não tem necessariamente que haver coincidência entre os períodos de cada uma delas. Uma determinada vítima pode estar já numa fase de incapacidade temporária parcial geral e a situação psico-física decorrente da evolução das lesões traumáticas sofridas ainda implicar uma incapacidade temporária profissional total.

Para permitir uma indemnização correcta

destes défices funcionais, o médico perito deverá descrever as hospitalizações, tratamentos médicos, consultas, tratamentos paramédicos, precisar as dificuldades de deslocação consecutivas às lesões e à sua evolução, as dificuldades na realização de tarefas domésticas e as ajudas que terão sido eventualmente necessárias, face à natureza, gravidade e evolução daquelas, etc.. Os meios eventualmente colocados à disposição da vítima para remediar a situação deverão também ser precisados, e estes poderão ter envolvido uma ajuda doméstica, uma ajuda pelo cônjuge, por um membro da família, por um vizinho. O essencial é que o regulador saiba que uma ajuda foi necessária durante um período preciso. Não compete ao médico pronunciar-se sobre a duração da ajuda doméstica que poderia ter sido necessária no quotidiano nesta fase de danos temporários, nem tal lhe seria possível face à variabilidade evolutiva da situação. São obviamente as declarações da vítima completadas pela apreciação médica dos actos e gestos que as lesões tornavam efectivamente difíceis ou impossíveis, que ajudarão a perceber a realidade verificada. O médico terá de descrever as dificuldades, mas igualmente de precisar os períodos durante os quais já não haveria perturbação, se estes não coincidem com a consolidação.

No caso particular de estudantes, o médico perito deverá descrever quais foram as consequências do acidente, das lesões e da sua evolução, sobre a interrupção dos estudos, que impossibilidade ou dificuldade envolveram em termos da frequência do local habitual de ensino e, durante as férias, a interrupção total ou parcial das actividades de lazer que implicaram.

Quanto aos reformados, cujas actividades são cada vez mais variadas e múltiplas, justifica-se igualmente uma descrição bem específica quanto

às suas ocupações habituais assim como para as pessoas no domicílio, relativamente às quais convém precisar a natureza das ajudas que se tornaram necessárias para fazer as tarefas domésticas correntes.

QUANTUM DOLORIS

Um outro parâmetro de dano temporário é o *quantum doloris*. Refere-se, como o próprio nome indica, à avaliação da dor. Da dor física, resultante dos ferimentos sofridos e dos tratamentos que estes implicaram (dependente pois da sua natureza, intensidade, localização, etc.), mas também da dor vivenciada do ponto de vista psicológico (as dores psicógenas, individuais, dependentes das características da vítima em termos da sua constituição física e psíquica, do seu estado anterior, da sua idade, das suas taras, etc.). Uma vivência psíquica frequentemente intensificada pela angústia e ansiedade criadas pelas circunstâncias inerentes ao acidente, pelas intervenções cirúrgicas a que a vítima teve de ser submetida, pela consciência do risco de vida, pelo afastamento das responsabilidades familiares e profissionais, etc.

A avaliação do *quantum doloris* reveste-se sempre de compreensíveis dificuldades, de uma particular complexidade. Trata-se, com efeito, de um dano com uma componente fortemente subjectiva. O mesmo estímulo doloroso não só pode ser vivenciado de forma distinta por duas pessoas diferentes como a mesma pessoa pode vivenciar a mesma dor de forma diversa consoante o momento em que a experimenta. A avaliação da dor terá pois sempre este condicionalismo da subjectividade individual, diríamos mesmo de uma dupla subjectividade. Por um lado, a subjectividade da vítima que só conhece as dores pelas quais passou e, por outro, a subjectividade do

próprio perito médico que também não conhece senão as dores que ele próprio já experimentou.

Mas se a dor tem muito de subjectivo, a verdade é que ela tem também uma importante componente objectiva, que o médico perito, melhor que ninguém, pode apreciar e valorizar. Factores como as características das lesões traumáticas (a sua natureza, localização, extensão, intensidade, profundidade, etc.), o tipo e número de tratamentos que estas lesões implicaram (intervenções cirúrgicas, permanência em extensão contínua, imobilizações, etc.), ou as complicações surgidas durante a sua evolução, são, entre muitos outros, exemplos de alguns destes elementos objectivos da dor que o médico, face à sua preparação técnico-científica, face aos conhecimentos técnicos de que é detentor, pode valorar para obter uma apreciação da componente objectiva do *quantum doloris*. Elementos que ele está melhor do que ninguém posicionado para avaliar. Acrescendo que existem hoje métodos desenvolvidos ao longo de décadas de prática pericial que permitem ao verdadeiro perito, em função das especificidades de cada quadro lesional, fazer uma aproximação a este *quantum* de dor e garantir alguma harmonia na avaliação pericial quando concretizada por peritos distintos em situações similares. Métodos susceptíveis, pois, de constituírem um precioso auxiliar para uma avaliação mais fundamentada deste parâmetro de dano. Têm, todavia, alguns deles as suas limitações, nomeadamente em termos da cooperação do examinado, da sua idade, do seu contexto clínico (ansiedade, compromisso do nível de consciência, patologia psiquiátrica, etc.), do seu nível intelectual, sendo necessário que o perito domine correctamente as suas potencialidades e o seu manuseamento para que deles retire alguma utilidade. Entre os métodos mais simples e de maior utili-

dade está, por exemplo, o de Thierry e Nicourt, dois prestigiados autores franceses, consistindo essencialmente numa tabela que contém um significativo conjunto de quadros lesionais indicando para cada um deles valorizações de referência da dor que foi habitualmente vivenciada por vítimas em tais situações. O perito médico tem, pois, nesta tabela um elemento de orientação, susceptível de facultar uma maior equidade na avaliação e ajudando-o na ponderação do caso que está a avaliar, competindo-lhe proceder ao seu ajustamento em função das especificidades concretas da situação.

Como vai o perito traduzir a sua avaliação pericial da dor? Tem sido prática corrente entre nós o recurso a uma escala de 7 graus, utilizada também na avaliação pericial concretizada noutros países. Tendo sido inicialmente de índole qualitativa (Muito ligeiro; Ligeiro; Moderado; Médio; Considerável; Importante; Muito Importante) deu com o tempo lugar a uma escala apenas quantitativa (indo do grau 1/7 a 7/7). Visou-se com esta evolução do posicionamento valorativo pericial evitar os compreensíveis melindres de pessoas que, muitas vezes, estão emocionalmente fragilizadas pela situação em que se encontram e por verem arrastar-se o processo de reparação a que consideram ter (e têm) direito, as quais muitas vezes aceitam e vivem mal o serem as dores porque passaram (e que são para eles as piores que existem pois não conhecem outras) avaliadas como ligeiras ou muito ligeiras... Os qualificativos tendem, pois, a ser mal aceites pelos sinistrados que, compreensivelmente, podem ter uma percepção amplificada do seu traumatismo relativamente à realidade. Sendo também certo que alguns sofrimentos não podem ser avaliados por um simples adjectivo. Por isso é desejável a utilização apenas da escala quantitativa (assinalando-se por exemplo *quantum doloris* de

grau 4 em 7, em vez de médio).

Note-se que nada existe no nosso ordenamento jurídico (tal como em muitos outros) que obrigue a utilizar esta escala valorativa de sete graus. Trata-se apenas de uma convenção pericial que, por razões de harmonização, é conveniente ser seguida por todos quantos peritam em direito civil. Mas nada impede o perito de recorrer a outras escalas, por exemplo, de 14 ou mais graus. O fundamental é que consigne no seu relatório pericial qual a escala que utilizou, pois o peso da avaliação que concretiza dependerá do seu posicionamento relativo dentro da escala a que recorreu. Esta classificação (como aliás qualquer outra) tem (deve ter) apenas um valor indicativo, devendo o perito realizar em cada caso descrição exaustiva que traduza a realidade concreta e personalizada do prejuízo, no sentido de fornecer todas as indicações que possam esclarecer o julgador sobre a natureza, intensidade e duração dos sofrimentos vividos pela vítima.

Poderá perguntar-se o porquê do *quantum doloris* ser avaliado apenas durante o período de danos temporários, quando é certo que existem vítimas que ficam com dores para toda a vida? Decorre esta circunstância de, em princípio e na quase totalidade das situações, as dores que permanecem para lá da data de consolidação, ou seja, a título de dano permanente, estarem contidas nos parâmetros de dano permanente de que já iremos falar. Ora o mesmo dano não pode ser avaliado e indemnizado duas vezes e, por isso, a avaliação da dor enquanto parâmetro de dano independente se limita na maioria das situações à fase de danos temporários. Apenas nos casos em que existe dor a título permanente sem que a mesma esteja contemplada nos parâmetros de dano avaliados nesta fase, isto é, quando não cause qualquer limitação funcional, nem seja

enquadrável dentro do dano estético ou do prejuízo de afirmação pessoal (o caso de dor articular sem limitação funcional por exemplo, a situação de um membro fantasma, as perturbações do sono sem influência na vida corrente, etc.) poderá a dor ser avaliada a título de dano permanente autónomo. Trata-se, todavia, de situações seculares cujo controlo da realidade e natureza (cuja comprovação pericial), pode ser particularmente difícil. Uma vez mais se vislumbra ser fundamental uma sólida preparação pericial por parte de quem avalia.

INCAPACIDADE PERMANENTE

Avaliados os danos temporários terá depois o perito, caso tenha havido consolidação e não cura, de ponderar os danos permanentes.

Sempre que a vítima, apesar de lhe terem sido prestados os melhores cuidados e tratamentos médicos e de reabilitação, fica portadora de um qualquer prejuízo a título definitivo, de uma afectação da integridade psico-física que lhe ficará então afectada por uma determinada incapacidade. Estará então em causa a avaliação da incapacidade permanente. Tal como referido relativamente à incapacidade temporária, também aqui o perito deverá avaliar, por um lado, a incapacidade permanente geral e, por outro, se as sequelas também interferirem com o exercício da actividade profissional, a incapacidade permanente profissional.

Convirá todavia retomar algumas considerações iniciadas aquando da abordagem da incapacidade temporária. Para dizer que determinar uma taxa de incapacidade é algo sempre complexo e com alguma fluidez. Todos os peritos (pelo menos os conscientes!) sentem sempre alguma apreensão quando têm de traduzir em

números o que em princípio e por definição não tem tradução matemática. Na realidade a medicina não é uma ciência exacta. E como tal não tem, não pode ter, uma tradução matemática. Como dizer que um determinado segmento corporal, uma determinada função ou um determinado órgão vale 30 ou 40%, sendo certo que os 100% de um determinado indivíduo (correspondentes às suas capacidade totais), são seguramente diferentes dos 100% de um outro? As taxas de incapacidade não são mais do que convenções, do que valores resultantes de consensos, habitualmente reflexo de factores sócio-culturais. Só isso explica que tabelas de incapacidades de diferentes países para o mesmo âmbito do direito perspectivem valores por vezes bastantes distintos para a mesma função, órgão ou segmento corporal. Como se as pessoas não fossem todas iguais... São efectivamente valores que têm muito de aleatório. Há que ter a consciência de que quando um perito fixa uma determinada incapacidade permanente em 20%, por exemplo, que esse valor é meramente indicativo, desprovido de qualquer rigor absoluto, podendo ser 15% ou 25%...

Acrescendo que as taxas de incapacidade partem de um pressuposto errado, o clássico postulado de Mélenec, segundo o qual 100% de incapacidade corresponderia à morte, à perda de todas as funções. Ora a ser assim, então um estado vegetativo persistente já não poderia ser contemplado com 100% mas no máximo com 99%, uma tetraplegia teria de corresponder a 95%, etc., o que é manifestamente absurdo. Este postulado envolve ainda uma falsa equação, segundo a qual a capacidade restante será igual à capacidade total (100%) menos a taxa de incapacidade arbitrada. A ser assim, um indivíduo com surdez bilateral, que na actual tabela portuguesa de

incapacidades para o direito civil é contemplada com 60%, só deveria ter 40% de capacidade restante. Ora isto, todos o sabemos, não é manifestamente verdadeiro. Acrescendo ainda outros factores, como por exemplo o facto das capacidades fisiológicas restantes poderem ser muito diferentes para taxas de incapacidade idênticas.

E se as taxas de incapacidade podem carecer já de algum sentido quando em valores não muito elevados, essa sua desadequação à realidade sequelar torna-se ainda mais evidente para os grandes incapacitados. O pouco significado de uma taxa de incapacidade vai sendo cada vez menor quanto mais elevado é o seu valor. Por exemplo, muitas tabelas de incapacidades propõem para a cegueira bilateral (ou propunham no passado) taxas de incapacidade próximas dos 100%. E todavia muitos indivíduos atingidos por cegueira total vivem com razoável autonomia, alguns exercendo mesmo actividades profissionais com assinalável êxito. Isto significa que para situações fortemente incapacitantes os números (as taxas ou pontos de incapacidade) fazem efectivamente ainda menos sentido. Mais do que avaliar pela negativa (avaliar incapacidades), importaria talvez nestes casos avaliar pela positiva, isto é, avaliar capacidades restantes (o que é que o indivíduo ainda pode fazer), avaliação que proporcionaria certamente ao julgador um melhor conhecimento da verdadeira situação do sinistrado.

Em boa verdade não existe nada do ponto de vista jurídico que entre nós obrigue à atribuição de taxas de incapacidade em direito civil. Trata-se tão somente de um hábito copiado do direito do trabalho, onde, aí sim, é obrigatória a atribuição de uma taxa de incapacidade que vai inclusivamente condicionar o montante da indemnização ou pensão a atribuir, ao entrar por imposição legal em fórmula matemática que conduz ao respecti-

vo cálculo. Mas a indemnização a arbitrar em direito civil não é calculada (não deve ser) em função exclusiva do valor numérico da incapacidade.

E é talvez pela fluidez que caracteriza as taxas de incapacidade que alguns países jamais utilizaram o sistema de taxas de incapacidade. Como se processa a avaliação pericial neles? Descrevendo; descrevendo o mais exaustivamente possível qual a situação do sinistrado. O que é que ele consegue fazer e o que não consegue fazer. Que gestos e actos tem afectados e quais consegue concretizar e em que condições. E diga-se em abono da verdade que uma tal descrição deixará provavelmente quem vai ter de indemnizar numa posição de melhor conhecimento da verdadeira realidade sequelar do examinado do que com um simples e frio valor numérico de 20, 30 ou 40% que tem verdadeiramente um significado muito limitado. É precisamente pelo pouco significado que terá para um julgador (do ponto de vista deste verdadeiro conhecimento da realidade sequelar da vítima) o simples valor numérico, que desde há anos se vem concretizando na prática pericial, a associação à atribuição do valor numérico da taxa de incapacidade, de uma descrição (o mais completa possível) de qual o reflexo, de qual o rebate, de qual o real impacto dessa taxa em termos das actividades escolares e de formação (se as houver), das actividades essenciais da vida quotidiana, das actividades de lazer, das actividades afectivas e familiares e das actividades profissionais (se existirem). Não basta, pois, quantificar os pontos de incapacidade permanente geral em causa e as suas implicações em termos da actividade profissional específica da vítima. É necessário explicar o que essa taxa significa. A verdadeira dimensão do dano psico-físico de que uma vítima é portadora só é transmitida, só adquire o seu verdadeiro

significado, se o perito explicar claramente as suas componentes, indicando qual o seu rebate, as suas implicações em termos das actividades assinaladas. Se efectivamente tal descrição constar do relatório pericial, ficará certamente o decisor melhor habilitado a conhecer a realidade do sinistrado do que com um simples valor numérico de 20 ou 30% que pouco (ou nada) significa. Esta mesma compreensão é transmitida através da utilização do inventário de avaliação de danos corporais (abordado num outro texto deste livro), cujo impulso inicial de divulgação entre nós se deveu à Prof.^a Teresa Magalhães, o qual nas mãos de peritos habilitados representará um útil recurso pericial.

Uma vez avaliada, em termos de taxa percentual de incapacidade, a incapacidade permanente geral, indicar-se-á, caso exista, o rebate sob o ponto de vista profissional, através de uma das seguintes hipóteses:

- a) A incapacidade permanente geral parcial consignada na conclusão anterior é compatível com o exercício da profissão de...
- b) A incapacidade permanente geral parcial consignada na conclusão anterior exige esforços suplementares no exercício profissão de...
- c) A incapacidade permanente geral parcial consignada na conclusão anterior é impeditiva do exercício da profissão de... sendo todavia compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional;
- d) A incapacidade permanente geral parcial consignada na conclusão anterior é impeditiva do exercício da profissão de... e bem assim das outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional.

Em quem não domina as filosofias e especificidades da avaliação do dano corporal em função do domínio do direito em que se processa,

poderá suscitar alguma perplexidade o facto da avaliação da incapacidade permanente profissional não seguir as regras do direito do trabalho, e não ser nomeadamente atribuída com base na habitualmente designada por TNI (Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais). Esquecem (ignoram) que em direito civil o responsável pela produção do dano apenas terá que indemnizar o dano que provocou e nada mais do que esse dano. Em direito civil a vítima terá, pois, de provar a perda de rendimento profissional que deixou de auferir em virtude do dano de que ficou portadora, servindo a peritagem médica para avaliar, através das quatro possibilidades anteriormente expostas, em que medida a situação sequelar implicará ou não perturbações no exercício dessa actividade profissional que justifiquem efectivamente os prejuízos profissionais comprovados. Em direito civil não é aplicada a fórmula matemática envolvendo a taxa de incapacidade que no direito do trabalho determina o montante indemnizatório a atribuir à vítima; em direito civil não seria minimamente aceitável a aplicação dos factores de bonificação legalmente estipulados para as incapacidades em direito do trabalho em função de determinadas circunstâncias e da idade da vítima, e assim sucessivamente. Cometeria, pois, erro significativo quem aplicasse em direito civil regras de outro domínio do direito.

Será ainda de assinalar que dentro do posicionamento pericial que tem vindo a ser concretizado entre nós, se encontra o da integração na taxa de incapacidade arbitrada num determinado momento, da que resultará de um dano futuro, assinalando-se, obviamente, dentro de quanto tempo se perspectiva o desenvolvimento de tal dano.

Ora, por dano futuro entende-se o agrava-

mento do dano actualmente existente e que pode prever-se, por ser facto comum e habitual, ou seja, o agravamento previsível, inexorável, que inevitável e seguramente vai ocorrer e do qual tem o perito conhecimento da dimensão (expressão) que vai adquirir. Aquele que corresponde seguramente à evolução de rotina do tipo de sequela existente. É assim que aos 10% de incapacidade geral permanente parcial se poderá adicionar desde logo mais 5%, por exemplo, a título de dano futuro. Mas note-se que uma coisa é dano futuro, outra é dano potencial. Este - o dano potencial - correspondendo à hipótese admissível mas não provável (à excepção, ao caso esporádico), que por não ser certo que venha a ocorrer não pode ser contemplado na avaliação pericial. Se eventualmente vier a verificar-se, restará sempre a hipótese da reabertura do processo por agravamento.

É certo que se o dano futuro não for perspectivado pelo perito, haverá sempre a possibilidade também de reabrir o processo em caso de agravamento para uma reapreciação e reparação da medida desse agravamento. Mas para quê obrigar a todas as implicações que envolve a reabertura de um processo judicial se a certeza e dimensão de um agravamento futuro das sequelas puder desde já ser pericialmente estabelecida? É (também) para isto que o perito (o verdadeiro perito) participa na perícia.

Sublinhe-se que há danos, que embora sendo certo que venham a ocorrer no futuro, não podem constituir dano futuro pericialmente avaliável, por não ser possível qualquer perspectiva quanto à dimensão que venham a adquirir.

Ainda a propósito do cálculo de incapacidade, temos em Portugal desde há pouco tempo uma nova realidade no âmbito da determinação de incapacidades permanentes gerais. Na reali-

dade, o Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro, veio concretizar uma aspiração sentida desde há décadas por todos quantos verdadeiramente dominam as especificidades e a problemática da avaliação dos danos corporais em direito civil, e que nela estão directa ou indirectamente envolvidos. Com a entrada em vigor deste Decreto-Lei, verificada em Janeiro de 2008 (pouco tempo antes da redacção deste texto), Portugal passou a dispor de uma tabela de avaliação de incapacidades permanentes para aplicação no âmbito do direito civil. Pôs-se, assim, finalmente fim à lamentável situação que se arrastava desde há décadas sucessivas, do recurso, por parte de muitos "peritos" médicos e até de seguradores, advogados e magistrados, à Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais (TNI), no âmbito de avaliações do dano corporal que decorriam em direito civil. Utilização esta absolutamente reprovável, geradora de profundos equívocos e incorrecções periciais, como já sublinhado, que afectaram certamente muitas decisões judiciais. É que a TNI, repete-se uma vez mais, foi perspectivada para ser utilizada única e exclusivamente no âmbito do direito do trabalho. Os decretos-lei que consignaram as suas sucessivas versões foram sempre claros ao afirmar que a TNI visa a *avaliação do dano corporal ou prejuízo funcional sofrido em consequência de acidente de trabalho ou de doença profissional, com redução da capacidade de ganho*. A Lei não abre, pois, a porta à sua utilização em direito civil, sendo assim o seu uso neste âmbito manifestamente abusivo.

Aliás, a TNI proporciona incapacidades profissionais e não incapacidades gerais (que podem nada ter a ver com aquelas), constituindo estas, um dos principais parâmetros de dano em avaliação, no contexto do princípio da reparação integral dos danos vigente em direito civil.

A nova *tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil* (TIC), inspirou-se profundamente no *guide-barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique*⁴, vulgarmente conhecido na gíria pericial por tabela médica europeia, desenvolvido sob os auspícios do Parlamento Europeu e da Comissão Europeia e que, desde Janeiro de 2006, é a tabela oficial no âmbito da avaliação pericial de funcionários das instituições comunitárias. Uma tabela europeia elaborada na sequência da Recomendação de Trier, datada de Junho de 2000, a qual, entre outros aspectos, preconizava precisamente a criação de uma única tabela médica para todos os países comunitários, a usar como instrumento comum de referência na avaliação de danos corporais em direito civil. Numa fase inicial, esta tabela médica europeia está a ser aplicada no universo restrito dos funcionários comunitários. Pretende-se que tal constitua, de alguma forma, um ensaio prático prévio à generalização do seu uso, susceptível de contribuir para a correcção e melhoria progressiva das insuficiências e deficiências que lhe forem sendo detectadas. Acrescendo que ao serem estes funcionários provenientes dos diferentes países da União Europeia, será igualmente possível uma avaliação das percepções distintas que

⁴ O *guide-barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique* foi elaborado por um grupo de trabalho constituído por Pierre Lucas (coordenador), Hélène Béjui-Hughes, César Borobia, Giovanni Cannavó, Juan Guiscafré, Carlos Sauca, Michel Stehman, Walter Streck e Duarte Nuno Vieira.

a mesma pode implicar em função de factores e realidades diversas que caracterizam cada um deles, nomeadamente dos de índole sociocultural. Não há obras perfeitas neste âmbito e só de facto a aplicação prática deste tipo de instrumentos de apoio pericial permite constatar os elementos que necessitem de serem corrigidos. Só depois disso se procederá à sua eventual generalização como instrumento pericial comum na avaliação do dano corporal em direito civil na União Europeia. Deve aliás sublinhar-se que esta aplicação prática inicial da tabela europeia, que conta já com dois anos de experiência, tem conduzido a sucessivas alterações da versão inicial no âmbito das reuniões de trabalho periódicas que o Observatório Europeu designado para proceder ao seu acompanhamento tem vindo a concretizar, com periodicidade praticamente semestral.

A tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil (que para facilitar poderíamos passar a designar simplesmente por TIC) começou a ser perspectivada logo quando da criação do INML, IP, em 2000, na sequência de proposta que apresentámos ao então Secretário de Estado da Justiça, Dr. Diogo Lacerda Machado, e que mereceu o melhor acolhimento. Mas tendo-se iniciado pouco depois a elaboração da tabela médica europeia, entendeu-se suspender o labor que estava a ser desenvolvido a nível nacional, dado não fazer qualquer sentido perspectivar uma tabela portuguesa para o direito civil que não estivesse já em consonância com a futura tabela europeia.

Logo que esta ficou concluída e aprovada,

nos finais de 2004, o grupo encarregue de elaborar a tabela portuguesa⁵ retomou a sua tarefa, que desenvolveu ao longo do segundo semestre de 2005 e concluiu em Março de 2006, procedendo às alterações que a própria tabela europeia consentia que cada país introduzisse numa fase inicial de transição, para evitar sobressaltos decorrentes de diferentes filosofias e realidades socioculturais. O projecto da tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil foi entregue no Ministério da Justiça em Abril de 2006. Viria a ser publicado em Diário da República 18 meses depois, em Outubro de 2007. Demorou, pois, praticamente dois anos a adquirir carácter oficial, sucedendo que neste período de tempo, e tal como referido, a versão inicial da tabela médica europeia (versão de 2004) na qual se havia inspirado, sofreu apreciáveis alterações. Significa isto que a nova TIC necessita já de alguma revisão, acrescentando que, como quase inevitavelmente sucede aquando da publicação em Diário da República de documentos extensos, contém algumas gralhas susceptíveis de comportarem erros interpretativos. É exemplo paradigmático disto a instrução número 4, cuja leitura é complexa e dificilmente interpretável, precisamente porque saiu com alterações relativamente ao que havia sido estabelecido pelo grupo de trabalho. Mas espera-se que a TIC siga o exemplo da tabela médica europeia e passe a ser objecto de actualizações periódicas, no mínimo anuais, como plenamente se justifica em matérias de índole médica. Neste sentido, espera-se também que não tarde a concretização pelo

⁵ A composição do grupo final que elaborou a tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil, adaptada a partir da tabela europeia, integrou os seguintes elementos: Duarte Nuno Vieira (coordenador), Jorge Costa Santos, Teresa Magalhães, Amorim Monteiro, César Borobia, Javier Alonso Santos, Eugénio Laborda Calvo e Alvarez Quintero.

Governo de Comissão de Acompanhamento da Tabela e que esta promova uma efectiva actualização regular deste instrumento pericial de apoio.

Não iremos abordar detalhadamente as regras de utilização da nova TIC, pois um outro texto deste livro debruçar-se-á precisamente sobre elas a propósito do cálculo de incapacidades sinérgicas e não sinérgicas. Ainda assim, não deixaremos, todavia, de formular algumas considerações a este propósito.

Começando por sublinhar que a incapacidade permanente geral é, obviamente, avaliada relativamente à capacidade integral do indivíduo (100 pontos), podendo, eventualmente, traduzir-se num compromisso total dessa capacidade (situação de um estado vegetativo persistente, por exemplo) e envolvendo a sua quantificação a ponderação de eventual incapacidade decorrente de estado anterior, nos termos abordados também num outro texto desta obra. Assinalando ainda que a TIC tem um carácter meramente indicativo (como deve suceder com todas as tabelas), o que não isenta o perito de fundamentar a avaliação pericial concretizada, sobretudo quando se afasta significativamente dos valores nela previstos. Na utilização da TIC devem ter-se em consideração as seguintes indicações:

- Valorizar não só o dano no corpo como a sua repercussão funcional e para as actividades da vida diária;

- Nas situações em que a TIC apenas contempla o défice completo, a avaliação de sequelas que impliquem apenas um défice parcial deve ser feita tendo em consideração os pontos correspondentes à perda total;

- Na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de

vista físico e bio-funcional, bem como o sexo e a idade da vítima (salvo se estes aspectos estiverem contemplados em tabela indemnizatória);

- Cada sequela deve ser valorizada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos, exceptuando-se o caso do dano estético. Não se valorizarão as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma independente;

- As situações sequelares não descritas na tabela serão avaliadas por analogia, isto é, por comparação com as situações contempladas e quantificadas.

- Deve assinalar-se no relatório pericial o(s) número(s) de código e respectiva valorização a que se recorreu para a determinação do valor de cada sequela, bem como a metodologia usada para a determinação da incapacidade permanente geral final - *Regra da Capacidade Restante* ou pontuação equivalente à afectação global do(s) órgão(s) ou função(ões) - sendo sempre também obrigatória a fundamentação do afastamento dos valores propostos na TIC.

- Nas sequelas múltiplas sinérgicas, isto é, envolvendo a mesma função, deve proceder-se ao somatório directo da pontuação de cada uma delas, ajustando-se o valor final por comparação com a pontuação mais elevada correspondente à perda total da função ou órgão, que não poderá ser superada;

- Nas sequelas não sinérgicas, isto é, naquelas que envolvam órgão(s) e/ou funções distintas, a determinação da incapacidade permanente geral deverá atender ao valor da afectação global do(s) órgão(s) ou função(ões), sendo que os pontos obtidos terão, necessariamente, de ser inferiores à soma das pontuações isoladas. Se, no caso das sequelas múltiplas, não for possível proceder

desta forma, deve o perito recorrer à utilização da *Regra da Capacidade Restante (Regra de Balthazar)*;

- Em casos devidamente fundamentados, pode o perito ajustar os valores obtidos através do cálculo da capacidade restante, por comparação com as pontuações correspondentes à perda dos órgãos ou funções em causa;

O perito estima um valor de incapacidade geral permanente, o qual, se resultar da aplicação da *Regra da Capacidade Restante*, deve ser ajustado à realidade do caso, atenta a avaliação efectuada e a experiência médico-legal do perito, tratando-se no entanto de um procedimento que visa ajustar, para cima ou para baixo, os pontos calculados. Estes deverão ser apresentados num número inteiro e não em valores aproximados às décimas ou centésimas, reforçando-se assim a ideia que se trata de um valor estimado e não aritmeticamente calculado, dado a falta de rigor absoluto deste tipo de cálculo quando aplicado à avaliação de danos na pessoa.

Sublinha-se uma vez mais que, para além da utilização da TIC, é obrigatória a fundamentação do dano através da descrição correcta e pormenorizada das queixas e sequelas, nos respectivos capítulos, bem como das implicações deste dano na autonomia e independência da pessoa.

Como fica exposto, a nova TIC, reflectindo a filosofia que impregna a tabela médica europeia, implica alterações, por vezes significativas, relativamente aos posicionamentos que muitos "peritos" vinham seguindo neste âmbito, nomeadamente e a título de exemplo, num aspecto tão relevante quanto o das modalidades de determinação das taxas de incapacidades gerais no âmbito de sequelas sinérgicas e não sinérgicas. Ela procura, por exemplo, dar os primeiros passos no sentido de se ir progressivamente eliminando o recurso a fórmulas pseudo-matemáticas para o cálculo de

incapacidades, como seja a regra da capacidade restante. Exigirá, certamente, uma nova mentalidade da parte dos peritos médicos e dos diversos outros intervenientes no processo de avaliação e reparação dos danos.

Nos primeiros tempos de utilização da nova TIC surgirão as dúvidas e evidenciar-se-ão os seus aspectos menos claros ou até errados, as suas lacunas, insuficiências e deficiências. Serão, pois, fundamentais as iniciativas que promovam o melhor conhecimento e discussão da nova tabela, os debates esclarecidos e esclarecedores, concretizados num espírito construtivo, dos quais decorram propostas concretas que indiquem caminhos e soluções a serem percorridos e adoptados pela futura Comissão de Acompanhamento relativamente aos aspectos que necessitem de alteração.

DANO ESTÉTICO

Um outro parâmetro de dano cuja avaliação o perito médico vai ter de ponderar é o dano estético. Este existirá sempre que a vítima sofreu uma alteração do seu estatuto estético com dignidade suficiente para merecer a tutela do direito.

Trata-se de dano que frequentemente cai na órbita dos danos não-patrimoniais mas que, pontualmente, nomeadamente nos casos em que a vítima exerça profissão que exija um bom estatuto estético, pode ter virtualidades de dano patrimonial.

Suscita ainda hoje alguma discussão doutrinária. Por exemplo deve a sua avaliação ser personalizada ou não? Por outras palavras, devem duas cicatrizes iguais mas localizadas na face de duas pessoas distintas serem valorizadas da mesma forma, isto é, independentemente da pessoa que é portadora do dano, ou serem valorizadas em função dessa pessoa? Sendo o princípio o da reparação integral do dano, afigura-se óbvio que

só uma avaliação personalizada, permitirá dar resposta a este objectivo. É lícito admitir que uma determinada cicatriz na face possa, do ponto de vista do impacto e vivência psicológica, ser mais significativa para uma jovem de 18 anos, do que para uma pessoa idosa de 80 anos, ainda que nem sempre tenha necessariamente de ser assim.

Nos casos em que o dano não é patrimonial, importará essencialmente penetrar no impacto, na vivência que a vítima faz desse mesmo dano.

Um outro âmbito de discussão é o de se o perito não deverá apenas descrever o dano estético, procedendo depois o juiz à sua valorização. Assim sucede nalguns países europeus. Uma vez mais não se nos afigura a opção correcta pois não é o juiz que tem (nem tem que ter) a preparação técnica necessária para penetrar no impacto psicológico que o dano estético tem na vítima, nem é no decurso de uma audiência de julgamento que teria possibilidades e condições para o fazer. Podendo até o dano estético (que terá de ser sempre observado directamente para uma correcta valorização e não basear-se apenas na apreciação de fotografias) localizar-se em zonas mais íntimas da superfície corporal, que obviamente não irão ser expostas em audiência de tribunal.

Na ponderação deste parâmetro de dano o perito deverá tomar em consideração múltiplos aspectos, nomeadamente a localização, forma, dimensões, orientação, coloração e morfologia do dano, bem como a idade, sexo, estado anterior, etc., da pessoa que é portadora desse dano (ou danos).

Note-se que o dano estético é por si mesmo dinâmico e não estático (circunstância que terá de ser perspectivada pelo perito) e que deve ser perspectivado também numa vertente estática e numa vertente dinâmica. Por outras palavras,

uma coisa é a dimensão que um determinado dano estético pode ter com a pessoa imóvel. Outra é a dimensão desse mesmo dano nas múltiplas utilizações e expressões do corpo que podem ser concretizadas ao longo do dia.

Diversos autores têm proposto métodos de avaliação do dano estético baseados nas dimensões das sequelas estéticas, sua visibilidade a determinadas distâncias, etc. Uma das reflexões deste livro aborda precisamente essas possibilidades. Sem questionar que podem ter eventualmente alguma utilidade em situações concretas, nomeadamente pelo valor indicativo que as mesmas podem representar em termos de alguma harmonização de procedimentos, sempre diríamos que não se nos afiguram de assinalável relevância e que uma boa entrevista e exame pericial, concretizados com disponibilidade e conhecimento, permitirão ao perito apreender o impacto desse dano e proceder à sua avaliação.

Para traduzir essa sua avaliação pericial do dano estético o perito recorrerá à mesma escala utilizada para o *quantum doloris*. Uma vez mais utilizando a escala quantitativa (1/7, 2/7, 3/7, 4/7, 5/7, 6/7 e 7/7).

Note-se que alguns autores avançaram propostas doutrinárias no sentido de que o dano estético passasse a envolver também aspectos relativos a notoriedade não apenas visual, ou seja que aspectos percebidos através de outros sentidos, como a audição (uma voz bitonal, por exemplo) ou o olfacto (em situações resultantes de uma incontinência urinária ou de uma fístula entero-vaginal, por exemplo). Não tem sido este o entendimento seguido habitualmente na avaliação deste parâmetro de dano e, em nossa opinião, são poucas as situações em que tal poderá ser defensável, pois habitualmente tais aspectos já estão envolvidos na ponderação, em

pontos, das próprias sequelas (no âmbito da incapacidade permanente geral que lhes corresponde), cujos valores têm precisamente em consideração estes inconvenientes que implicam.

PREJUÍZO DE AFIRMAÇÃO PESSOAL

Dentro dos parâmetros que integram a rotina pericial, embora já de frequência muito menor, poderá o médico perito ter de proceder à avaliação de mais dois parâmetros de dano.

Um deles é designado em Portugal por Prejuízo de Afirmação Pessoal. Trata-se do reflexo, do rebate das sequelas nas capacidades de acção ligadas a actividades lúdicas e de lazer (incluindo actividades de relacionamento social ou de expressão artística) que a vítima praticava previamente ao traumatismo que determinou o dano em apreço e que para ela representavam um amplo espaço de realização pessoal. Actividades cuja prática ficou dificultada, ou até mesmo impossibilitada, em consequência das sequelas sofridas. Trata-se de um prejuízo acrescido e a avaliação deste dano justifica-se pela necessidade de se cumprir o princípio da reparação integral dos danos, sendo avaliados (e indemnizados) todos aqueles que tenham uma dignidade suficiente para merecerem a tutela do direito. Na realidade, se imaginarmos por exemplo uma pessoa para quem a pintura representa quase uma razão de existência, que embora tendo de ter uma determinada profissão para ganhar a vida passa a maioria do seu tempo disponível a pintar, e que, de repente, em virtude de um evento traumático deixa de poder exercer tal actividade, é facilmente compreensível que esta circunstância lhe causará um sofrimento intenso (um dano) merecedor da tutela do direito. Se um indivíduo que praticava ténis regularmente nos seus tempos livres, de forma quase diária e mais intensamente

nos fins-de-semana, indivíduo para quem esta actividade representava um significativo espaço de realização e satisfação pessoal, deixa de a poder concretizar face ao dano verificado, sofre um prejuízo acrescido relativamente a um cidadão com sequelas absolutamente similares, mas que não a praticava. Relativamente a esse outro indivíduo com a mesma idade e a mesma profissão, mas sem essa actividade, ele tem todos os danos deste mas também esse dano acrescido cuja intensidade se justifica avaliar. Este parâmetro de dano tem sido designado entre nós por Prejuízo de Afirmação Pessoal. Note-se que este é dos parâmetros de dano mais controversos, para o qual designações diversas foram ou são adoptadas por alguns países (*préjudice d'agrément* para os franceses, *gióia de vivere* para os italianos, *loss of amenity* para os anglo-saxónicos ou *perjuicio de ócio* para os espanhóis). Muitos acabaram por eliminar a sua avaliação como parâmetro de dano autónomo, passando a incluí-lo, por exemplo, na avaliação dos reflexos das sequelas em termos dos actos e gestos correntes do dia.

Por razões óbvias, este não é um dano frequentemente individualizável e caracterizável pericialmente, sendo apenas de considerar quando as sequelas têm um relevante e notório impacto na vida de relação e de lazer existente antes do traumatismo responsável por esse dano. É precisamente por este facto, por só ser de considerar quando o impacto é notório e relevante, que no âmbito da sua valoração já houve quem utilizasse a escala de sete graus usada no âmbito do *quantum doloris* e do dano estético, e quem sugerisse que se recorresse a uma escala de apenas cinco graus, onde não existem os correspondentes a muito ligeiro e ligeiro (1/7 e 2/7). Não é lógico ser assim, e por isso se deve manter a escala quantitativa de sete graus.

Note-se, ainda, que não compete ao perito médico proceder à confirmação de que a vítima praticava ou não com tal intensidade a actividade em apreço. O que o perito deve essencialmente assinalar é o reflexo que as sequelas terão face às exigências da actividade em causa e tentar aferir do impacto psicológico que implicaram. Não podemos todavia deixar de sublinhar que é de perspectivar que no âmbito da avaliação deste parâmetro de dano se possam verificar alterações significativas a curto prazo entre nós.

PREJUÍZO SEXUAL

O prejuízo sexual é um parâmetro de dano que envolve a limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas. Não se incluem aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação, contemplados em termos de incapacidade permanente geral.

Deve sublinhar-se que este dano é frequentemente subavaliado ou não avaliado, dada a relevância de outras sequelas graves mas, sobretudo, devido a algum preconceito e reserva que ainda subsiste na abordagem deste aspecto específico, por parte de peritos e vítimas.

Na sua ponderação, o perito deve atender particularmente às condições da entrevista, teor do relato e ressonância afectiva, idade e estado anterior da vítima (ponderar, por exemplo, a existência de diabetes, insuficiência hepática ou renal, vasculopatias, etc.) e ao dano físico ou psicológico (epifenómeno do trauma).

Este dano pode manifestar-se através de perturbação da libido, desconforto, disfunção eréctil, da ejaculação ou do orgasmo, sendo aconselhável, sempre que possível, objectivar estas queixas através de exames complementares.

Na sua avaliação ter-se-á em conta as lesões

iniciais, as complicações resultantes e os estudos complementares efectuados. Caso não seja medicamente constatável dano de etiologia orgânica, deve o perito pronunciar-se sobre a plausibilidade das queixas, tendo como base os elementos anteriormente referidos e a vivência do trauma.

Sublinha-se uma vez mais que este dano é distinto do dano na capacidade reprodutora que, a existir, deverá ser valorado em termos de incapacidade permanente geral.

A sua valoração será consignada através da mesma escala quantitativa de sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7), já referida para outros parâmetros de dano, envolvendo, obviamente, uma fundamentação obrigatória da proposta pericial no respectivo relatório (no capítulo da Discussão) e uma descrição correcta e pormenorizada das queixas (funcionais e situacionais) e sequelas, nos respectivos capítulos.

COMENTÁRIOS FINAIS

Analisámos numa sucinta visão geral aquela que é, no momento actual e entre nós, a missão pericial do médico a quem é solicitada uma avaliação de danos corporais em direito civil. A concretização de uma tal missão, para além das exigências em termos das características de que o perito se deve revestir (inicialmente assinadas), pressupõe ainda uma perícia bem concretizada, envolvendo necessariamente uma anamnese precisa e aprofundada, em particular das circunstâncias do acidente e do seu mecanismo, a recolha dos elementos probatórios no plano médico, a obtenção das queixas atribuídas pela vítima às sequelas traumáticas, separando as queixas referidas espontaneamente das resultantes de um interrogatório dirigido, um exame clínico geral, um exame local exaustivo da região corporal traumatizada e um exame loco regional

com estudo analítico dos movimentos simples e depois estudo global dos gestos complexos. Para uma avaliação correcta e completa, o perito deverá ainda socorrer-se dos exames técnicos complementares de objectivação e quantificação técnica cientificamente mais adequados, ponderando obviamente a não realização daqueles que possam envolver riscos para a vítima. E tendo também em atenção que toda a perícia deve envolver uma cuidada e imparcial reflexão crítica quanto à imputabilidade médica das sequelas observadas ao evento em causa.

Tudo isto tendo sempre presente que o perito pode e deve socorrer-se da opinião de especialistas de outras áreas médicas envolvidas na peritagem e para as quais não se sinta habilitado a avaliar, permanecendo todavia como o “mestre de obra”,

como o elemento integrador das diversas opiniões e responsável pelas conclusões finais.

A missão será concluída com a elaboração do respectivo relatório pericial. Relatório que, relembramos, nunca poderá dispensar um capítulo de discussão destinado a explicar ao destinatário do processo (juiz, segurador, advogado ou até vítima) a opinião do médico em termos desprovidos de qualquer esoterismo ou jargão profissional, de forma a fundamentar claramente a síntese final representada pelas conclusões.

Mas estas são reflexões que ultrapassam já os limites do horizonte do tema que nos propusemos abordar. Sobre estes e alguns dos aspectos anteriormente assinalados, se debruçam as reflexões de diversos outros colegas contidas neste livro.

BIBLIOGRAFIA

- BESSIÈRES-ROQUES, Isabelle, [et al.] - *Précis d'Évaluation du Dommage Corporel*. Paris: L'Argus, 1997.
- BOROBIA FERNANDEZ, Cesar - *Valoración de Daños Corporales, causados en los accidentes de circulación*. Madrid: La Ley-Actualidad, 1996.
- CRIADO DEL RIO, María Teresa - *Valoración Médico-Legal del Daño a la Persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico*. Madrid: Colex, 1999.
- CUETO HERNANDEZ, Claudio - *Valoración Médica del Daño Corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*. 2.ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
- LUCAS, Pierre, et al. - La rationalisation de l' évaluation européenne des atientes à la personne humaine. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC, X, n.º 11 (2001), p. 21-35.
- SÁ, Fernando Oliveira - *Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil*. Coimbra: APADAC, 1992.
- VEIRA, Duarte Nuno - A Avaliação do Dano Corporal. *Sub Judice. Justiça e Sociedade*. Vol.17 n.º 1 (2000), p.23-30.

III - Nexo de Causalidade em Avaliação do Dano Corporal¹

Duarte Nuno Vieira
Francisco Corte-Real

INTRODUÇÃO

Toda a perícia médico-legal de avaliação de danos corporais é dominada pelas questões relativas à imputabilidade e ao nexo de causalidade. Na realidade, na presença de uma alteração da integridade psico-física é ao médico perito que compete dizer se as lesões observadas são consequência de um determinado evento e se as sequelas que a vítima alega e cuja realidade constatou, estão ligadas a tais lesões.

A problemática do nexo de causalidade no âmbito da avaliação de danos corporais constitui assim, indiscutivelmente, assunto de particular relevância. A sua abordagem e ponderação é um dos momentos mais nobres e delicados da perícia médico-legal, um momento decisivo para toda

a perícia. Não raras vezes, é mesmo uma das suas principais dificuldades, podendo revestir-se de assinalável complexidade e melindre, dado colocar o estabelecimento da imputabilidade em jogo múltiplos elementos, nomeadamente o diagnóstico médico, a dúvida científica, problemas de eventuais estados anteriores ou até o segredo médico. Uma decisão errada relativamente à imputabilidade pode levar a uma injustiça num sentido ou noutro. É, aliás, a justo título que em todas as abordagens deste tema se insiste que os principais erros de peritagem são erros de imputabilidade. Por isso falar de nexo de causalidade constitui sempre um desafio estimulante, mas também, e simultaneamente, um desafio gerador de alguma preocupação.

¹ Este texto, baseado em conferência proferida pelo primeiro autor em 2000 e em artigo publicado pelo segundo no ano de 1997, é dedicado à memória de Claude Rousseau. Segue de perto muitas das suas considerações e reflexões doutrinárias sobre este tema, designadamente as proferidas no contexto das memoráveis palestras que realizou em Coimbra nos finais dos anos 80 e início dos anos 90, no âmbito de Seminários sobre Avaliação do Dano Corporal promovidos por Oliveira Sá. Agradecemos ainda à Dr.ª Hélène Hughes-Béjui, sucessora de Claude Rousseau nas funções que este exercia no AREDOC, a cedência de documentação sobre esta matéria.

Na abordagem do nexos de causalidade em avaliação de danos corporais é fundamental, antes de mais, dissociar o procedimento médico do procedimento jurídico. É fundamental que se compreenda que existe uma diferença entre o procedimento médico, que procura estabelecer uma relação entre a alteração da integridade psico-física de uma dada pessoa e um determinado evento, e o procedimento jurídico, que tem por missão atribuir as consequências dessa alteração ao responsável pelo evento, isto é, pelo acto ou omissão que provocou as lesões, com tudo o que do ponto de vista jurídico se pode daí retirar no plano da responsabilidade do autor desse evento e da reparação da vítima.

Deve, pois, distinguir-se a imputabilidade médica da causalidade jurídica, distinção um pouco artificial mas esclarecedora entre duas etapas que são efectivamente diferentes. É certo que estes termos - imputabilidade e causalidade - são, evidentemente, muito vizinhos e, por isso, com frequência utilizados indistintamente pelos médicos e pelos juristas. Mas possuem significados diversos. A imputabilidade médica (também chamada causalidade médico-legal) é a relação entre a situação psico-física de um determinado indivíduo e um determinado facto, é o elemento que permite admitir cientificamente a existência de uma ligação entre um qualquer evento e um estado patológico, uma alteração na integridade psico-física; por exemplo, entre um acidente de viação e uma fractura ou entre uma fractura e uma dor articular. A causalidade jurídica será a qualidade da causa, a relação entre a responsabilidade do autor do evento (do tal acto ou omissão) e a situação considerada; é o elemento que, em direito, permite admitir que um determinado acto é a causa de uma determinada situação; por exemplo, que o erro cometido pelo responsável

por um dado acidente é a causa do prejuízo sofrido pela vítima.

A análise do nexos de causalidade representa a etapa intermediária entre a imputabilidade médica e a causalidade jurídica, é o caminho percorrido desde o evento até à situação, a explicação da causa(s), da(s) sua(s) modalidade(s) de acção e do(s) seu(s) papéis respectivos.

O estabelecimento da causalidade é competência do jurista. O estabelecimento da imputabilidade médica e a análise do nexos que a fundamenta é tarefa do perito médico. O perito médico está presente para informar o jurista, para o esclarecer, para o ajudar na decisão que este terá de tomar relativamente à causalidade. E não basta, por vezes, que dê uma resposta afirmativa ou negativa. É frequentemente preciso (sempre preciso, acrescentaríamos) que explique o raciocínio que sustenta a passagem da causa ao efeito, isto é, a imputabilidade, no caso dos danos cuja apreciação é de índole médica. A imputabilidade médica é pois, de certa forma, a explicação, frequentemente simples, mas por vezes muito complexa, dos mecanismos fisiopatológicos que permitiram às lesões iniciais gerar lesões temporárias ou permanentes, apesar, por exemplo, dos eventuais tratamentos. Esta explicação deve, naturalmente, ser cientificamente coerente. E esta coerência supõe desde logo que as lesões iniciais sejam perfeitamente conhecidas e que as sequelas tenham sido perfeitamente inventariadas e analisadas.

Como escreveu Claude Bernard, "o raciocínio será sempre justo quando se basear em noções exactas e factos precisos; mas poderá apenas conduzir ao erro sempre que as noções ou os factos em que se apoia estejam primitivamente impregnadas de erros ou de inexactidões".

Assinale-se desde já que esta tarefa médica

de estabelecimento da imputabilidade e de análise do nexó de causalidade não difere substancialmente quer o evento inicial corresponda por exemplo a uma intervenção médica, quer seja de qualquer outra natureza, nomeadamente, e com bastante mais frequência, um acidente. Tem apenas a característica de ser por rotina mais complexa nalgumas situações particulares, como nos casos de dano médico.

CRITÉRIOS PARA O ESTABELECIMENTO DO NEXO DE CAUSALIDADE

Na abordagem ao problema do nexó de causalidade, melhor dizendo da imputabilidade médica, a primeira etapa consistirá em avaliar e estabelecer, se existe, no plano médico, uma relação de causalidade entre o evento (o tal acidente de viação, por exemplo) e as lesões constatadas e/ou entre estas lesões e as sequelas alegadas e confirmadas. A esta primeira questão o médico perito deve responder negativamente ou positivamente, consoante o caso. Dito de outra forma, e para facilitar o raciocínio, podemos considerar que esta primeira etapa obedece à lei do tudo ou nada. Nesta conformidade, ou não há nenhuma razão científica susceptível de explicar a relação de causalidade e não há assim imputabilidade, ou então, e pelo contrário, esta relação é possível. Nesta segunda hipótese, isto é, a ser possível a relação, entrar-se-á então na apreciação da imputabilidade. Importará, a partir daqui, descrever e analisar todos os elementos que possam fundamentar uma decisão relativamente ao nexó de causalidade, melhor dito à imputabilidade, procedimento que será o objecto da segunda etapa.

Para esta segunda etapa, o perito médico dispõe então de um certo número de critérios, inicialmente propostos e definidos por Muller

e Cordonnier, em 1925, critérios que muitos outros vieram depois repetir ou reagrupar de formas diversas e que (um pouco injustamente) surgem frequentemente designados na literatura médico-legal por critérios de Simonin, talvez por ter sido este um dos autores que mais contribuiu para a sua melhor explicitação e divulgação.

Em número de sete na sua versão original (e não vislumbramos razões substanciais para seguir os reagrupamentos ou modificações propostas posteriormente por diversos autores), estes critérios constituem uma preciosa ajuda à reflexão e à decisão. Devem, todavia, ser interpretados com precaução e com a consciência plena de que nenhuma regra doutrinária estipula que a verificação de um determinado número desses critérios permite concluir pela imputabilidade, sendo todavia certo que a verificação de alguns é absolutamente obrigatória. Envolvem, como veremos, três aspectos essenciais: a sede (localização das lesões e sequelas), o tempo (intervalo de aparecimento e continuidade evolutiva) e a explicação patogénica (a fisiopatologia das lesões e sequelas). Analisemos então cada um deles:

1.º O primeiro critério é o da verosimilhança científica ou, por outras palavras, o de uma natureza adequada do acto ou evento em causa para produzir as lesões ou sequelas evidenciadas. Este primeiro critério é, simultaneamente, o mais simples e o mais subtil. Na maioria dos casos é, como sabemos, bem evidente. Mas em situações mais complexas, o perito médico terá de tomar em consideração múltiplos elementos, nomeadamente os dados actuais da ciência e a sua própria experiência.

2.º O segundo critério a ponderar envolve a certeza diagnóstica. Consiste em determinar com

exactidão as lesões e a sua natureza adequada à etiologia em causa. É um critério capital. Como seria possível imputar a uma determinada causa um estado do qual se ignora a natureza? É uma simples questão de bom senso, devendo o bom senso ser a primeira qualidade do médico e, portanto, do médico perito.

Confrontando todos os elementos, poderá o médico perito dizer se existe um conjunto de argumentos suficientemente probatórios para admitir como verdadeiras certas lesões iniciais. Se esse conjunto de argumentos se afigura escasso ou de má qualidade, deverá então indicar que as lesões iniciais não são verdadeiramente conhecidas e que, como tal, não é verdadeiramente possível afirmar que as sequelas constatadas lhes sejam imputáveis. Nada impedirá de acrescentar que, se novos elementos vierem a permitir estabelecer esta imputabilidade, poderá ser admissível tal conclusão. Na realidade, os decisores encarregues do processo poderão vir a dispor dos elementos necessários para solucionar por si o problema, se novos elementos probatórios lhes forem aportados ou se estimarem que o conjunto de argumentos, embora limitado, é suficiente. Mas sejamos claros, se foram propostas conclusões na hipótese de documentos complementares virem a esclarecer as lesões iniciais, é conveniente indicar com precisão a que lesão ou lesões iniciais nos referimos.

Ainda uma nota sobre um ponto fundamental: de cada vez que é possível ter conhecimento de exames complementares iniciais, uma radiografia ou um ECG por exemplo, é necessário que na medida das suas possibilidades técnico-científicas o médico perito os procure também interpretar e que não se limite a copiar o relatório, a não ser para dizer se partilha ou não da opinião nele expressa. Ou até que peça a ajuda de colega

da área específica nessa interpretação, quando tal se justifique. É que as lesões iniciais podem não ser necessariamente as que estão expressas nesse relatório. E se apenas tem disponível o relatório médico e não o exame em si, há que indicar claramente esse facto no relatório pericial da avaliação efectuada e saber recorrer à utilização do modo condicional na sua elaboração.

3.º O terceiro critério a ter em consideração é o da integridade pré-existente da região ou da função atingida, isto é, a exclusão da pré-existência de dano. Quando não preenchido, este critério obriga necessariamente à ponderação de dois aspectos: por um lado, a eventual intervenção de um estado anterior (problemática particularmente complexa e que mais adiante abordaremos detalhadamente) e, por outro, a consideração de um eventual impulso evolutivo do estado patológico. Para melhor concretização do que pretendemos assinalar, poderemos utilizar como exemplo uma situação de esclerose em placas. Os conhecimentos científicos actuais permitem saber que um traumatismo não pode provocar uma esclerose em placas, mas que pode desencadear um impulso evolutivo. O perito pode pois admitir (e depois explicar) o nexos de causalidade entre o acidente e um impulso verificado no quadro patológico da esclerose em placas.

4.º O quarto critério a ponderar é a concordância de lugar, isto é, a adequação entre a região atingida no contexto do evento e a sede da lesão. Os aparentes paradoxos, embora muitas vezes absolutamente evidentes para o médico, devem ser explicados ao destinatário (ou destinatários) do relatório pericial (segurador, jurista, magistrado, etc.) que pode não ter (e não tem frequentemente) conhecimentos técnicos que

lhe permitam compreender a situação. É o caso, por exemplo, de uma paralisia dos membros inferiores provocada por um traumatismo abdominal. A lógica médica que explica tais aparentes paradoxos deve ser claramente explicitada pelo perito no estabelecimento do nexa de causalidade.

5.º A adequação temporal, isto é o intervalo entre o acto ou evento e o aparecimento das lesões, é outro critério importante, a interpretar em função de cada caso particular. Nem sempre as queixas são imediatas. Existem lesões que não poderão ter qualquer relação com um determinado evento se surgem distanciadas deste por um considerável e silencioso intervalo de tempo. Trata-se pois de avaliar se um determinado intervalo livre entre o evento em causa e a primeira constatação médica do dano é ou não compatível com uma determinada correlação etiológica.

À questão de qual a duração aceitável deste intervalo, apenas poderemos responder que não existem regras absolutas. Cada caso é uma situação particular a ser ponderada em função do conhecimento científico, da experiência profissional e do exame pericial concretizado. Perante um intervalo demasiado longo, por exemplo, compete ao médico perito avaliar se as declarações da vítima são medicamente aceitáveis e coerentes, se o seu comportamento após os factos é medicamente plausível, se tal é cientificamente sustentável. Note-se a este propósito que o perito pode (e deve) formular uma opinião sobre a aparente boa fé do examinado. Deve aliás ser capaz, após diversos anos de exercício da medicina e da actividade pericial, de proceder a um diagnóstico psicológico elementar das vítimas que examina, na condição de despende o tempo necessário para as examinar.

6.º Encadeamento anátomo-clínico ou, por outras palavras, continuidade evolutiva. Trata-se de critério encadeado com o anteriormente referido e que pode ser determinante, sobretudo quando o tal intervalo abordado no ponto anterior é demasiado longo. Um período silencioso demasiado alargado pode impedir, por vezes, o estabelecimento de uma determinada imputabilidade. Entre o evento e o dano a imputar-lhe deve existir uma continuidade sintomatológica, uma sucessão de factos fisiopatológicos que torne plausível e aceitável uma cadeia causal, indo do evento até à última expressão do dano, conforme aos dados da experiência clínica.

7.º Finalmente, a realidade do facto ou do evento associado às lesões observadas, ou seja, a exclusão de uma causa estranha. Esta é uma condição indispensável à qual se pode juntar a intensidade do traumatismo. Este último critério completa o da verosimilhança, referido logo no início, particularmente no domínio dos traumatismos psíquicos ou emocionais.

Sublinhe-se, uma vez mais, que estes sete critérios (que como vimos envolvem aspectos cronológicos, etiológicos, topográficos, quantitativos, etc., aspectos estes que têm servido de base a outras propostas de classificação) não devem constituir senão elementos de reflexão, a serem interpretados cuidadosa e ponderadamente em cada situação concreta.

É precisamente esta cuidadosa ponderação no âmbito da análise de cada caso submetido a perícia, que permitirá ao perito médico obter uma primeira resposta à problemática em apreço. E se esta é positiva, deve então assinalar a imputabilidade, não esquecendo que deve dar apenas uma opinião técnica ao jurista a quem compete

o poder de decisão quanto à causalidade. A imputabilidade, o nexo de causalidade, é apenas um elemento de informação destinado ao decisor, para o ajudar a pronunciar-se sobre a causalidade e, por consequência, sobre a responsabilidade da reparação.

Dos sete critérios referidos, considera-se por razões óbvias como um dos mais relevantes o da verosimilhança, assente não apenas sobre o bom senso e uma sólida cultura médica e médico-legal, mas igualmente sobre uma adequada documentação bibliográfica e estatística. Três outros critérios são constantes e obrigatórios: a realidade e intensidade do agente causal, a integridade prévia da região atingida e a certeza do diagnóstico actual. Os restantes três (concordância de local, intervalo de aparecimento e continuidade evolutiva) são obviamente susceptíveis de variar com a patologia em causa.

A análise minuciosa destes sete critérios pode permitir, pois, ao perito médico chegar a uma convicção que corresponde a uma certeza científica, tal como já assinalámos previamente. Mas, sublinhe-se também uma vez mais, não termina aí o trabalho do perito médico. Este deve explicar o nexo de causalidade para possibilitar uma interpretação lógica pelo jurista a quem compete, exclusivamente, a decisão sobre a causalidade. E se porventura o médico não consegue chegar a esta certeza científica, deve então expressar a dúvida. Isto porque não lhe compete tomar decisão que não releva da técnica médica e cujas consequências se reportam sobre a responsabilidade de um indivíduo e a reparação do prejuízo sofrido por outro. Numa tal eventualidade de dúvida, esta será explicitada através da análise do nexo de causalidade hipotético, que seguidamente abordaremos.

NEXO DE CAUSALIDADE CERTO OU HIPOTÉTICO, DIRECTO OU INDIRECTO, EXCLUSIVO OU PARCIAL

A imputabilidade, ou se quisermos o nexo de causalidade, pode ser certo ou hipotético, directo ou indirecto, exclusivo ou parcial. A estes diferentes tipos chegará o perito médico pela ponderação dos sete critérios referidos.

Se o nexo é certo (isto é, o evento foi seguramente a causa das lesões e/ou das sequelas observadas), directo (ou seja, as lesões e/ou sequelas resultaram directamente do evento) e total (nenhuma outra causa para além do evento em apreço teve responsabilidade na afectação da integridade psico-física constatada), não existem dificuldades. A situação é clara. A discussão sobre esta matéria no relatório pericial pode ser breve, porventura até dispensável. Esta eventualidade é, felizmente, bastante frequente.

Mas se assim não é, terá então o perito médico de entrar na terceira etapa do seu raciocínio, que implicará sempre (deverá implicar) relatórios periciais particularmente descritivos e explicativos de toda a problemática em jogo. Vejamos como proceder pericialmente em cada uma das situações em que o nexo de causalidade não seja certo, directo e total, podendo ser sim hipotético, indirecto ou parcial.

NEXO DE CAUSALIDADE HIPOTÉTICO

A imputabilidade será hipotética quando a análise dos critérios relativos ao nexo de causalidade não consente o seu estabelecimento com segurança, sucedendo todavia que o perito médico também o não pode afastar formalmente. Numa situação destas, não lhe resta outra alternativa senão a de consignar no relatório pericial as suas dúvidas. E o decisor deverá encontrar nesse relatório todos os argumentos que são

a favor da imputabilidade médica e todos aqueles que se lhe opõem. Mas significa isto que, por regra, o médico perito se deve então limitar apenas a enunciar uns e outros? Diríamos que não. Consideramos que é obviamente desejável que, por regra, o perito médico procure tomar alguma posição, ainda que sabendo que se pode pontualmente equivocar. A medicina não é uma ciência exacta e todo o perito médico pode errar no estabelecimento da imputabilidade. Mas o que o perito deve evitar também é concluir sempre com dúvida nestas situações, sob o pretexto de que a medicina não é uma ciência exacta e que não há nunca elementos de certeza. É para este juízo de valores que ele intervém. Para, recorrendo nomeadamente aos seus conhecimentos técnico-científicos, à literatura médica, aos elementos estatísticos, ou a outros especialistas a quem, eventualmente, tenha solicitado algum apoio na decisão, procurar formular um juízo de valor que possa ajudar o decisor que, naquela matéria específica, não possui a formação e conhecimentos necessários, a competência específica que ao perito médico é reconhecida em tais matérias.

É pois importante situar a fronteira da dúvida, o que não é fácil, repousando o raciocínio científico médico mais frequentemente sobre dúvidas que sobre certezas. Deve evitar-se concluir pela dúvida quando, em consciência técnica e científica, temos a nossa "íntima convicção". Esta expressão, de Claude Rousseau, não é porventura a mais feliz, mas pode ser evocada numa aproximação ao raciocínio jurídico, podendo o perito médico ter uma convicção técnico-científica.

Sublinhe-se, todavia, que se é de evitar concluir frequentemente pela dúvida, deve também evitar-se ser sempre categórico na conclusão. O perito médico pode, e deve, reconhecer que não sabe. O que está, pois, em causa é não transformar

esta dúvida num hábito, numa prática de rotina tradutora de uma posição de comodismo pericial e que, eventualmente, será na maioria das vezes benéfica para o responsável, pois na dúvida o juiz irá abster-se de condenar. O perito médico que duvida frequentemente não interessa à Justiça; aquele que não duvida nunca é pouco fiável a essa mesma Justiça. Quando efectivamente não sabe, ou quando não lhe foi possível chegar a nenhum tipo de convicção, o perito médico deve então ter a honestidade e a coragem de o dizer, fornecendo ao decisor os elementos susceptíveis de o ajudar.

NEXO DE CAUSALIDADE INDIRECTO

O carácter por vezes indirecto do nexo de causalidade pode colocar um problema que importa elucidar, se se pretende responder correctamente à missão pericial de avaliação de danos corporais.

Do ponto de vista médico e no contexto do nexo de causalidade, o carácter directo ou indirecto visará a filiação patogénica entre a causa e o efeito. Por outras palavras e a título de exemplo, será indirecta para o médico a ligação entre um traumatismo abdominal e a seropositividade para a SIDA, na sequência de uma laparotomia e da esplenectomia que necessitou de uma transfusão. É, pois, necessário que o médico explique esta ligação indirecta, para que o decisor possa compreender e tirar as consequências sobre o plano da responsabilidade do autor e da reparação do dano sofrido pela vítima. O relatório pericial deve assim, também nestes casos, ser descritivo e comportar, em particular, uma explicação sobre o nexo de causalidade e das razões que fundamentam tal ligação indirecta.

NEXO DE CAUSALIDADE PARCIAL

A imputabilidade parcial é talvez o elemento

mais frágil do nexo de causalidade. Se a imputabilidade é parcial, isso significa (tal como a própria designação implica) que há outra causa (ou causas) susceptível de ter contribuído para a situação que observamos, ou seja, outra causa concorreu com o evento em apreço para a realização do efeito. Esta outra causa poderá ser um estado intercorrente, uma predisposição ou estado anterior. Estamos aqui no domínio do que classicamente se designava na doutrina médico-legal por concausas preexistentes, simultâneas ou supervenientes, algumas das quais poderão estar também em análise no contexto do ponto anterior.

Note-se que nas situações de causalidade parcial o perito médico deverá explicar todas estas outras causas que concorreram para a realização do efeito, procurar explicar a sua influência no resultado, sem todavia pré-julgar as consequências que daí serão retiradas no plano da responsabilidade e da reparação e, em nossa opinião, sem tomar posição sobre o eventual grau de partilha de responsabilidade. O médico explica e o juiz tomará a decisão. O médico não se deve substituir ao juiz.

Cada uma destas possibilidades - estado intercorrente, predisposição ou estado anterior - merece uma análise individual. Assim:

a) Estado intercorrente: engloba-se nesta designação todo o evento de saúde, acidente ou outro, ocorrido no contexto ou depois do evento inicial em apreço e que possa ser também uma das causas do estado actual (estamos perante situações integráveis nas clássicas concausas simultâneas e supervenientes). Este estado intercorrente pode até estar indirectamente ligado ao evento inicial.

O que deve fazer o perito médico nestas situações? É necessário que indique claramente se as

consequências iniciais foram ampliadas por este estado intercorrente (por exemplo uma terapêutica inadequada) e que procure determinar o que seria imputável às lesões iniciais, tal como estas normalmente evoluiriam por si só, e o que é devido a esse estado intercorrente. Deve descrever esta outra causa e, se for caso disso, o carácter indirecto do seu nexo com o evento, dando o maior número de detalhes possível, mas sempre, repete-se, sem tomar posição sobre uma eventual responsabilidade. Se a causa intercorrente é susceptível de ter um responsável, compete ao jurista, ao julgador, tirar as consequências. Nas explicações dadas pelo perito médico, procurará o jurista (e deverá encontrar) qual teria sido a realidade do dano, da afectação da integridade psico-física da pessoa que está a ser pericialmente avaliada, se não tivesse havido a segunda causa.

Competirá ao jurista determinar as modalidades de reparação, condenando o responsável pelo evento inicial pela reparação integral das sequelas ou condenando-o a reparar apenas aquelas de que é directamente responsável, consoante as situações e a jurisprudência. Mas para o decisor poder fazer correctamente esta distinção, o perito médico terá de ter definido claramente as diferentes imputabilidades.

b) Predisposição: a predisposição não é mais, em boa verdade, do que uma variedade de estado anterior, e como tal deverá ser, quando possível, tratada pericialmente (será pois integrável nas clássicas concausas preexistentes). Só que é um estado anterior muito particular. Um estado anterior que por definição estava mudo, que era frequentemente ignorado (estas situações respondem frequentemente a um estado psicológico, mental ou a factores de risco). Não é nada fácil a sua abordagem. O médico,

mesmo que convencido, não tem habitualmente argumentos para comprovar esta predisposição e sobretudo a fatalidade da sua transformação patogénica. São angústias a consignar no relatório.

c) **Estado anterior:** o estado anterior pode ser de diferentes naturezas: afecção crónica, sequelas de doença ou acidente prévio, estado constitucional, etc. Encontram-se com alguma frequência situações periciais no âmbito da avaliação de danos corporais em que existe um estado anterior, situações nas quais o perito médico se pode encontrar perante a alternativa causal sobejamente abordada na literatura médico-legal. Note-se que não se destaca aqui a distinção entre “antecedentes” e “estado anterior”, sendo este último o conjunto de antecedentes susceptíveis de interferirem no processo patológico que se segue a um determinado evento, mas deve aproveitar-se o ensejo para lembrar que a deontologia médica obriga o perito médico a revelar apenas os antecedentes que constituem um estado anterior potencialmente relacionado com a situação em análise.

O estado anterior pode não ter tido qualquer interferência na afectação da integridade psico-física em análise, mas pode também ser uma causa possível das lesões ou sequelas que a vítima apresenta. Nesta segunda hipótese, o perito médico está obrigado a investigá-la cuidadosamente. Os dois factores - estado anterior e evento em causa - podem associar-se (é o clássico problema da concausa pré-existente).

Se o estado anterior constitui uma das causas do estado patológico, da afectação constatada da integridade psico-física, existe um mecanismo plurifactorial designado por cúmulo causal. Independentemente do papel que o estado

anterior pode ter tido sobre a evolução do processo patológico decorrente do evento (aspecto a que voltaremos posteriormente), o perito médico deve também explicar a influência que sofreu o estado anterior em virtude deste. Na realidade, o estado anterior pode ter sido exteriorizado (tornado patente), descompensado, acelerado ou agravado pelo evento em apreço e cuja imputabilidade à afectação da integridade psico-física actual está em jogo. Estas quatro modalidades evolutivas do estado anterior podem aliás associar-se, sendo possível que a descompensação, por exemplo, surja associada a agravação. Explicando o mecanismo plurifactorial, o perito médico permitirá ao decisor retirar consequências no plano da responsabilidade da reparação. Mas o que são então cada uma destas várias modalidades evolutivas?

A **exteriorização** (alguns autores preferem a expressão desencadeamento) é a passagem de um estado latente, conhecido ou desconhecido, mas silencioso, ao estado patente.

A **descompensação** difere da situação prévia no sentido em que o estado anterior era já patente, ou seja conhecido, mas estava estabilizado. O evento veio fazer evoluir este estado.

A **aceleração** caracteriza-se por uma precipitação do processo evolutivo, sendo a evolução a que se previa para a doença pré-existente, mas sendo o intervalo evolutivo encurtado. Por outras palavras, a patologia era já por si evolutiva, mas a curva evolutiva verticaliza-se (acelera-se) em consequência do evento.

Quanto ao **agravamento**, traduz como o próprio nome indica uma diferença do nível de afectação da integridade psico-física, diferença esta que deve ser ponderada na avaliação pericial. Nestes casos o perito deve informar sobre o papel que desempenhou o estado anterior no agravar

da evolução ou sobre aquele que desempenhou o evento no agravar do estado anterior. Esta aproximação deve levar o perito médico a considerar no seu raciocínio (e a consignar no relatório) a abordagem do tríptico clássico reiteradamente assinalado na doutrina médico-legal:

1.º) Qual seria a evolução decorrente do evento sem o estado anterior?

2.º) Qual seria a evolução do estado anterior sem o evento?

3.º) Qual foi a evolução resultante do complexo estado anterior-evento?

Responder à terceira questão é relativamente fácil pois trata-se da descrição de um estado objectivo. Existem obviamente maiores dificuldades na resposta às duas primeiras questões e, em qualquer circunstância, a resposta nunca pode ter uma absoluta certeza científica. Esta é, aliás, uma das circunstâncias que confere nobreza e interesse à perícia de avaliação do dano corporal, pelo desafio e estímulo que representa e a que já inicialmente aludimos. A qualidade da resposta dada, será reflexo da qualidade do perito.

Para ajudar a proporcionar argumentos ao decisor, o perito médico dispõe dos seus conhecimentos de patologia, da sua experiência, de estatísticas, de documentação científica, de especialistas diversos a quem pode recorrer, e deve procurar obter toda a documentação clínica da pessoa que avalia, sobretudo a que possa facultar informação sobre a evolução do estado anterior nas semanas, meses ou anos que antecederam o evento. O médico poderá ter a tendência a hesitar nestas situações, a não responder com o pretexto que só poderia formular hipóteses e que não sabe prever o futuro, mas o regulador e o

decisor têm necessidade de informações que os ajudem a decidir e o perito é o melhor colocado para as fornecer (se for verdadeiramente um perito médico). Tem, por isso, a obrigação de desenvolver todos os esforços no sentido de obter e formular a melhor aproximação possível.

ASPECTOS PARTICULARES NA PONDERAÇÃO PERICIAL DE UM ESTADO ANTERIOR

Pela complexidade da sua análise, o estado anterior justifica ainda mais algumas reflexões adicionais, no contexto das quais retomaremos alguns dos seus aspectos já abordados.

Relembramos que quando falamos em estado anterior, estamos a falar em factores anteriores ao evento em questão, factores dos quais o perito se apercebe no decurso da perícia (ou que por vezes lhe são até referidos pelo examinando), e que podem ter influenciado a evolução das lesões e a dimensão da afectação da integridade psico-física a cuja valorização pericial está a proceder.

A valorização do estado anterior depende, em grande medida, e como muitos outros aspectos no âmbito de perícias de avaliação dos danos corporais, do ramo do direito em que a perícia se processa. No âmbito do direito do trabalho, por exemplo, estão legalmente definidas e publicadas regras que devem ser aplicadas quando se verifique a existência de um estado anterior². Mas tal não sucede no campo da avaliação do dano corporal de natureza cível. Isto tem conduzido a que na prática pericial neste domínio se venham verificando formas diversas de proceder à valorização de um estado anterior, seguindo modalidades mais frequentemente dependentes de interpretações

² Veja-se a Lei dos Acidentes de Trabalho.

individuais ou de extrapolações indevidas de regras de outras áreas do direito (sobretudo do direito do trabalho), do que da assunção de um pensamento autónomo específico que deve caracterizar a avaliação de natureza cível do dano corporal.

Ora ninguém contestará que embora a avaliação do dano corporal de natureza cível deva ser personalizada, é desejável (diríamos mesmo exigível) que a metodologia em que se baseia essa mesma avaliação siga uma norma aplicável a todos os casos. A não ser assim, corre-se o risco de poderem dois peritos valorizar de forma diversa o estado anterior do mesmo examinando, ou valorizar de forma diversa situações similares, podendo isso implicar, por exemplo, a determinação de incapacidades permanentes bastante diferentes, mesmo tendo-se verificado igual avaliação pericial das sequelas apresentadas.

Sublinhe-se que quando nos referimos a influência ou a alterações na evolução das lesões resultantes de um estado anterior, apenas as consideramos no sentido negativo, ou seja, no sentido do agravamento, pois admitindo que determinado estado anterior pudesse ter influência positiva sobre a evolução de uma lesão, tal facto não mereceria, por razões óbvias, valorização médico-legal. Seria, por exemplo, a situação do atropelamento de um atleta com uma massa muscular de tal modo desenvolvida, que, por esse motivo, não sofreria lesões tão significativas (consolidariam mais rapidamente e com menos dores) do que um outro indivíduo de desenvolvimento muscular mediano. No primeiro caso haveria provavelmente menor prejuízo para a vítima no que se refere à maioria dos parâmetros de dano habitualmente considerados no âmbito da avaliação dos danos corporais em direito civil. Poderia perguntar-se se, em coerência com a

co-responsabilização atribuída a patologias anteriores nas consequências de alguns eventos, não se deveria também valorizar um estado anterior anormalmente saudável e robusto? A resposta é obviamente negativa. Se o estado anterior resulta num benefício para o próprio (que ficou com menos sequelas que qualquer outro indivíduo de constituição física menos robusta), o facto da reparação nunca poder ultrapassar o prejuízo causado, implicará necessariamente que o responsável pelo dano "beneficie" também no montante indemnizatório a pagar. Excluindo este tipo de situações, aliás não muito frequentes na prática pericial, interessam-nos, sobretudo, os casos em que as lesões provocam um agravamento do estado anterior ou em que este último influencia negativamente a normal evolução das primeiras.

Coloca-se, desde já, o problema de se saber quais das situações susceptíveis de constituírem um estado anterior deverão ser consideradas concausas atendíveis, para, num momento posterior, poder eventualmente o responsável pela produção do dano vir a ser responsabilizado pelo decisor pela totalidade das sequelas. Uma pessoa idosa que sofra um determinado dano traumático e que, em virtude das consequências normais do envelhecimento se encontre fisicamente mais fragilizada, sofrerá, provavelmente, mais lesões e de maior gravidade (sendo também a consolidação dessas lesões mais tardia e as sequelas delas resultantes provavelmente mais significativas), do que um adulto jovem. Um recém-nascido ou uma criança de pouca idade, não resistirão certamente da mesma forma que um adulto a determinados traumatismos violentos. Uma mulher grávida poderá apresentar complicações pós-traumáticas menos frequentes noutras pessoas. Em todas estas situações existe, indubita-

velmente, um estado anterior que influencia ou pode influenciar negativamente a evolução das lesões. Mas poderá responsabilizar-se, no todo ou em parte, a evolução das lesões a esse estado anterior? A resposta nunca poderia ser positiva, nem se poderia argumentar que, nesses casos, existia uma determinada situação patológica anterior que, em parte, deveria ser responsável pelas consequências, porque não se trata de patologias, mas antes, de vulnerabilidades anátomo-fisiológicas normais para a idade e situação. Estamos perante as classicamente designadas concausas preexistentes fisiológicas, não atendíveis pericialmente, devendo nestes casos ser estabelecido um nexos de causalidade total, ou seja, imputando as consequências, na sua totalidade, ao evento traumático em questão.

Mas a valorização pericial de situações envolvendo estados anteriores começa a ser complexa quando esse estado anterior envolve uma patologia estabelecida ou latente. Nestas condições podem verificar-se inúmeras situações distintas, que habitualmente e por facilidade de abordagem, se agrupam em três tipos:

1.º) O evento traumático não agravou o estado anterior, nem este teve influência negativa sobre as consequências daquele.

2.º) O estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do evento traumático.

3.º) O evento traumático agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente.

Analisemos como proceder em cada um destes distintos grupos de situações.

1.º) O evento traumático não agravou o estado anterior, nem este teve influência negativa sobre as consequências daquele.

Quando existe uma patologia estabelecida

anteriormente ao acidente em questão e do evento traumático resultem lesões e sequelas, pode acontecer não haver qualquer influência desse estado anterior na evolução das lesões e nas sequelas delas resultantes, nem estas terem tido qualquer consequência sobre a patologia anterior. Ainda assim, como iremos ver, podem surgir dificuldades na abordagem pericial.

Para uma melhor sistematização do que pretendemos assinalar, analisemos separadamente a ponderação dos vários parâmetros de dano habitualmente valorizados em Portugal na avaliação do dano corporal de natureza cível: Data de Consolidação, Incapacidade Temporária Geral, Incapacidade Temporária Profissional, *Quantum Doloris*, Dano Estético, Incapacidade Permanente Geral, Incapacidade Permanente Profissional e Prejuízo de Afirmação Pessoal.

Seguindo a sistematização referida, começaríamos pela data de consolidação, que, neste primeiro grupo de situações, não seria influenciada pelo estado anterior, seguindo-se, assim, a normal evolução das lesões, como se de um indivíduo saudável se tratasse. A existir influência, estaríamos perante situação a englobar num dos outros grupos referidos acima e que iremos abordar posteriormente. Mas já quanto à incapacidade temporária geral, a situação poderá ser mais ambígua. Suponhamos que se tratava de um indivíduo que, por qualquer motivo, congénito ou pós-traumático, já não possuía o membro superior esquerdo à data de um atropelamento. Suponhamos, ainda, que deste evento resultou uma fratura do braço direito, implicando a imobilização gessada desse membro. O estado anterior não influencia a normal evolução da lesão, mas coloca-se o problema de determinar a incapacidade temporária geral.

Durante o período em que mantém o gesso,

o sinistrado não poderá exercer actividade com o seu membro imobilizado e, como não tem o membro superior esquerdo, estará altamente incapacitado em termos de autonomia, necessitando, inclusivamente, da ajuda de uma terceira pessoa na execução das suas actividades diárias. Colocam-se assim duas hipóteses na valorização da incapacidade temporária geral: ou se faz a avaliação como se não tivesse qualquer amputação anterior, argumentando que o condutor do veículo não tem responsabilidade sobre essa amputação e, por isso, não deverá ser prejudicado ao ter que indemnizar num montante superior àquele que seria obrigado caso atropelasse um indivíduo sem esse estado anterior; ou se avalia o caso concreto como um todo, personalizando e atribuindo uma incapacidade temporária geral, como se tudo resultasse do acidente, pelo facto de, na realidade, o ofendido ter ficado temporariamente muito incapacitado³. Deveremos optar pericialmente pela primeira hipótese. Desde logo, porque admitindo que a amputação do membro superior esquerdo tinha resultado de um acidente de viação ou de trabalho, o ofendido poderia ter recebido ou estar a receber, uma indemnização ou pensão por esse facto. Se houvesse, agora, uma nova valorização (referimo-nos, por enquanto, unicamente, à incapacidade temporária), que considerasse tudo como consequência deste atropelamento, a vítima poderia receber duas vezes pelo mesmo dano, e o responsável pela produção do dano estaria a indemnizar algo mais do que os danos causados. Ora este, em princípio, não deverá ter de se responsabilizar por danos que não causou. Poderia referir-se o facto

das indemnizações serem reduzidas e tardias, contudo, a discussão seria outra, interessante sem dúvida, mas não relacionada com o problema em questão. A forma de compensação dos danos anteriores enquadra-se num âmbito que não é o da peritagem médico-legal, portanto, fora do âmbito da nossa discussão.

No decurso da peritagem de avaliação de danos corporais, o perito médico pode desconhecer o facto de ter sido ou não atribuída uma incapacidade ou uma indemnização anterior. Não pode basear-se na informação do examinado, nem fazer dois tipos de valorização: considerar tudo como resultante do acidente quando não houver incapacidade atribuída anteriormente; e considerar apenas os danos agora provocados quando tal incapacidade já tiver sido atribuída. O perito tem que fazer o relatório seguindo sempre a mesma metodologia de avaliação, que consiste na valorização apenas da incapacidade directamente resultante do próprio traumatismo, ou seja, a que resulta, nesta situação particular, da imobilização gessada de um membro superior.

Assim, e em conclusão, o perito médico deve avaliar um examinado unicamente pelas lesões resultantes do traumatismo em questão, considerando que não apresenta qualquer outra lesão⁴. Esta será a *regra geral* a ser usada em avaliação do dano de natureza cível quando existe um estado anterior significativo, mas com as notas que adiante referiremos. Mas, na linha do anteriormente assinalado, deve realçar no seu relatório pericial o agravamento temporário que o evento provocou nas capacidades do examinado portador do estado anterior e recorrer à análise

³ Excluimos a hipótese de opção por situações intermédias entre as duas, o que provocaria cálculos complexos e apenas traria desvantagens.

⁴ «- Les lésions de membres ou organes atteints par l'accident doivent être évaluées sans tenir compte d'un état antérieur d'infirmité pouvant affecter d'autres membres ou organes.» (Cf. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Vol. 22, 2 (1979), p.198).

do tal tríptico previamente descrito a propósito do estado anterior.

Continuando a abordagem sistemática dos parâmetros habitualmente valorizáveis, passá-riamos à Incapacidade Temporária Profissional. Quando falamos em Incapacidade Profissional, seja Temporária ou Permanente, temos que nos aproximar das metodologias adoptadas em direito do trabalho, onde as regras estão claramente definidas e divulgadas. Essa aproximação consiste, necessariamente, na adopção de uma das ideias subjacentes ao direito do trabalho, que é a capacidade restante para o trabalho. Deveremos sempre manter a ideia de capacidade restante quando valorizamos o estado anterior.

Considerando o mesmo exemplo que temos vindo a referir (de um indivíduo que não possuía o membro superior esquerdo e, que ao ser vítima de atropelamento, fracturou o braço direito, com necessidade de imobilização gessada), suponhamos agora que o ofendido era telefonista à data do acidente, atendendo o telefone apenas com a mão direita, a única que possuía. Como deveremos fazer a valorização da Incapacidade Temporária Profissional? O perito médico deverá afirmar que o ofendido se encontra com uma Incapacidade Temporária Profissional total *relativamente à actividade profissional que exercia, com as limitações inerentes a quem só tem um membro superior*. É importante a referência a este último aspecto, para o tribunal ter conhecimento de que o traumatismo foi responsável por uma Incapacidade Temporária Profissional total num indivíduo que já tinha alguma incapacidade. Seria diferente se o indivíduo não tivesse qualquer incapacidade anterior e retomasse o trabalho com o membro imobilizado, socorrendo-se do outro membro superior saudável. O perito médico não pode valorizar ambas as situações da mesma forma,

porque senão estaria a subverter o objectivo geral da perícia médico-legal em direito civil que consiste em transmitir ao juiz a avaliação das consequências que *determinado* traumatismo produziu em *determinada* pessoa. O perito também não deve tentar fazer suposições de quando voltaria o ofendido a trabalhar caso possuísse o membro superior esquerdo. Deve, simplesmente, referir a Incapacidade Temporária Profissional com que esteve em determinado período, *com as referidas limitações*. Fica assim salvaguardado o princípio da capacidade restante, próprio do direito do trabalho.

Passamos, em seguida, ao *Quantum Doloris*. Aplicaremos, novamente, a *regra geral*, atendendo apenas às dores físicas e psicológicas resultantes do traumatismo em questão. Perante o indivíduo do nosso exemplo inicial (vítima de atropelamento, de que resultou fractura do braço), mas que tinha já uma artrose num joelho, e está a ser examinado no decurso de um processo de avaliação médico-legal, o perito médico não deverá obviamente valorizar as dores estranhas ao processo traumático em causa. Ou seja, faz a avaliação das dores resultantes da fractura do braço, mas não valoriza as dores da artrose do joelho ou por qualquer outra patologia que nada tenha a ver com o evento e as suas consequências.

Quanto ao Dano Estético, os comentários serão os mesmos que para o *Quantum Doloris*. Ou seja, consideraremos o nosso examinado como se não apresentasse a amputação do membro superior esquerdo e valorizaremos, de modo independente, as sequelas estéticas resultantes do traumatismo (mantém-se a mesma *regra geral*). Suponhamos que, como sequela da fractura do braço direito resultou uma cicatriz de cinco centímetros de diâmetro. Tal sequela seria valorizável por exemplo como um Dano Estético de grau 2

na escala de 7 graus habitualmente utilizada. Se, além da cicatriz, valorizássemos também a amputação do membro superior esquerdo, atribuiríamos, por exemplo, um Dano Estético de grau 7 da mesma escala, o que não reflectiria as consequências específicas do traumatismo em questão.

No que se refere à Incapacidade Permanente Genérica, as considerações serão semelhantes às já efectuadas quando nos referimos à Incapacidade Temporária Geral. Se como resultado da fractura no braço direito, o nosso examinado ficasse com uma limitação da flexão do cotovelo, que, por hipótese, valorizaríamos em 10% de Incapacidade Permanente Geral parcial, então concluiríamos que, em consequência do referido acidente, resultaram sequelas anátomo-funcionais que se traduzem numa Incapacidade Permanente Genérica parcial fixável em 10%, portanto, independentemente da amputação anterior do outro membro superior (*regra geral*). Mas, e uma vez mais na linha do anteriormente assinalado, indicando agora a expressão do agravamento definitivo que o evento provocou nas capacidades de um indivíduo com um determinado estado anterior e recorrendo também aqui à análise do mesmo tríptico previamente referido.

Quanto à Incapacidade Permanente Profissional atenderemos também ao princípio da capacidade restante. Ou seja, no caso do nosso examinado (telefonista, que não possui o membro superior esquerdo), se a limitação da flexão do cotovelo direito consequente ao acidente permitisse a actividade profissional, implicando, contudo, maior necessidade de esforços com esse membro, diríamos

que as sequelas resultantes do acidente exigiriam esforços suplementares, no exercício da sua actividade, relativamente às limitações inerentes à ausência de um membro superior que já apresentava à data do acidente. Relembra-se que, no que se refere ao exercício da actividade profissional, a existência de esforços acrescidos constitui, por si só, um factor a ponderar em sede de cálculo da indemnização a atribuir^{5,6}.

Se tivesse resultado uma grande limitação da flexão do cotovelo direito, que implicasse uma reduzida mobilidade desse membro superior, que não permitisse, consequentemente, a continuação da sua actividade profissional, diríamos, por exemplo, que *as sequelas resultantes do acidente são impeditivas do exercício da profissão de telefonista, que o examinado refere ter, assim como de outras profissões, na área da sua preparação técnico-profissional, atendendo às limitações inerentes à falta de um membro superior, que já apresentava à data do acidente.*

Nos casos em que possa haver lugar a atribuição de um Prejuízo de Afirmação Pessoal, considerar-se-ão apenas as sequelas das lesões resultantes deste acidente, mas observando sempre o seu estado anterior. Suponhamos que o nosso examinado era desportista profissional de tiro com pistola quando sofreu este acidente de que resultou uma acentuada limitação da mobilidade do cotovelo direito, o que o impossibilitou de prosseguir com essa actividade desportiva, que lhe dava muita satisfação pessoal. perante esta situação, o Prejuízo de Afirmação Pessoal terá que ser significativamente valorizado, independentemente

⁵ «Toda a formulação conclusiva que assumir cariz matemático é pouco recomendável.» (Cf. SÁ, Oliveira, Fernando. Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil. Coimbra: APADAC, 1992. p.93.)

⁶«10. Le fait pour la victime de devoir fournir des efforts accrus afin d'obtenir dans son travail le même résultat constitue un préjudice ouvrant droit à réparation.» Anexo da Resolução (75) 7, Conselho da Europa, relativa à reparação do dano em caso de lesões corporais ou morte.

de haver ou não amputação do outro membro.

Ou seja, o Prejuízo de Afirmação Pessoal é de tal modo personalizado que ainda mais se justifica uma individualização da apreciação deste parâmetro, pelo que não poderemos estabelecer regras gerais de valorização. Uma avaliação cuidada das sequelas e consequentes limitações em comparação com o estado anterior será sempre necessária, de modo a formular-se uma conclusão ajustada à realidade.

Em resumo, quando o examinando que está a ser avaliado pelo perito médico, for possuidor de uma qualquer patologia ou lesão anterior ao evento traumático em questão, que seja independente das consequências deste evento, deverão ser valorizadas tais consequências como se não houvesse estado anterior, como se o indivíduo fosse são à data do acidente, com as notas referidas para as Incapacidades Profissionais (Temporária e Permanente). Mas assinalando sempre o agravamento temporário e definitivo que o evento provocou nas capacidades de um indivíduo portador de um estado anterior relativamente aos parâmetros de dano em que tal se justifique, numa discussão reflexiva que contemple a análise das seguintes questões: Quais as consequências decorrentes do evento sem o estado anterior? Quais as consequências decorrentes do estado anterior sem o evento? Quais as consequências resultantes do complexo estado anterior-evento?

2.ª) O estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do evento traumático.

Ao contrário do que se passava na situação precedente, estaremos aqui perante casos em que existe influência do estado anterior nas consequências do traumatismo, ou seja, o estado anterior interfere, prejudicando a normal evolução

das lesões e condicionando as sequelas delas resultantes, em qualquer um dos parâmetros habitualmente sujeitos a valorização. Dizemos em qualquer um, porquanto o estado anterior pode ter influência apenas num dos parâmetros, ou em dois, ou nalguns, ou mesmo em todos. Uma determinada patologia ou sequela anterior pode implicar tratamentos mais dolorosos, provocar uma consolidação mais tardia das lesões, ou ainda, justificar sequelas mais graves.

Mas quem deverá apreciar e avaliar a influência do estado anterior? E que estado anterior deverá ter importância médico-legal e ser, portanto, atendível?

A responsabilidade pela apreciação e avaliação tem obviamente que recair sobre o perito médico. Embora sabendo que a decisão final pertence ao tribunal, designadamente em termos da responsabilização de alguém pelos danos avaliados. Só quem for detentor simultaneamente de conhecimentos médicos e médico-legais estará apto a examinar e discutir a influência de uma determinada patologia ou sequela sobre a evolução de lesões subsequentes a um evento traumático.

Relativamente à segunda questão, será o próprio perito médico, com base nos seus conhecimentos, que apreciará a influência do estado anterior sobre a evolução da situação, não descuidando a anotação, completa e cuidada, das suas justificações e respectivas fundamentações, no capítulo Discussão do relatório médico-legal.

Os exemplos a referir são de tal modo numerosos, devido à sua diversidade, que serão avaliados, caso a caso, pelo perito médico (fracturas em indivíduo com patologia óssea após traumatismo ligeiro, complicações infecciosas pós-traumáticas em doente neutropénico, etc).

No entanto, tal como anteriormente referido, certas situações (as fisiológicas) não serão

atendíveis como estado anterior, em termos médico-legais, ou seja, não deverão influenciar a valorização feita pelo perito médico dos vários parâmetros a contemplar em sede de direito civil. Falamos, para reutilizarmos os mesmos exemplos a que já recorremos, da imaturidade própria das crianças, da propensão para algumas complicações existente nas grávidas e da debilidade típica dos idosos. Não seria correcto o perito excluir a valorização de um atraso de crescimento pós-traumatismo, pelo facto de se tratar de uma criança; ou excluir a valorização de uma complicação hipertensiva porque se tratava de uma grávida; ou ainda excluir a valorização de uma consolidação demorada e difícil apenas por se tratar de um idoso. Estas consequências deverão ser avaliadas na sua globalidade, devendo ser totalmente imputadas à agressão traumática.

Como deverá então proceder-se na valorização pericial do dano corporal em direito civil, nas situações em que um estado anterior influenciou as consequências de determinado evento, a afectação verificada na integridade psico-física da vítima?

Deverá procurar seguir-se aqui a seguinte regra geral: só não valorizar o que for devido à influência do estado anterior. Esta regra é formulada, por vezes, de outra forma: imputar ao traumatismo aquelas que seriam as consequências normais e habituais resultantes da lesão traumática. Mas porque deverá ser preferida a primeira formulação, relativamente à segunda? Se optássemos pela segunda, estaríamos a estandardizar a evolução das lesões, indo contra um dos princípios gerais da avaliação do dano de natureza cível, que é a da personalização do dano. Se não agimos habitualmente dessa forma quando observamos qualquer outro examinado, porque o haveríamos de fazer agora? Ao tentarmos estabelecer uma data de consolidação, após uma

lesão traumática, num indivíduo sem patologia anterior, normalmente não o fazemos com base num valor médio retirado da nossa experiência e dos dados da ciência médica sobre o que é usual acontecer, mas vamos procurar obter informação clínica sobre a evolução daquela situação, naquele indivíduo, que nos permita fundamentar bem a data que vamos propor. Sabemos que há uma grande variabilidade que deve ser atendida e, na medida do possível, não nos devemos seguir por valores médios (a não ser que não exista outra possibilidade, por exemplo ausência completa de informação sobre a evolução das lesões, e no contexto de séria ponderação pericial da verificação de arrastamentos indevidos de baixas temporárias ou altas demasiadamente precoces).

Se durante um determinado exame o perito médico se aperceber, por exemplo, da existência de um período exageradamente prolongado de Incapacidade Temporária relativamente ao que é habitual, deverá tentar conhecer a(s) razão(ões) pela(s) qual(ais) tal fenómeno se verificou e averiguar se não haverá factores a que deva atender, tais como, desleixo do indivíduo no seu tratamento, prolongamento voluntário dos períodos de baixa clínica, ou existência de alguma patologia anterior que atrase a consolidação das lesões. Nestes casos, o perito, apoiando-se na própria experiência, não deverá imputar ao traumatismo as consequências determinadas pelo estado anterior. Não poderemos esquecer que um indivíduo com patologia anterior ao traumatismo também apresenta variabilidade e que as consequências não devem habitualmente ser ponderadas por recurso a valores médios, mas sim personalizadas. Por exemplo, se em consequência de um atropelamento um indivíduo é submetido a uma cirurgia abdominal em que é descoberta uma patologia tumoral que implica o prolongamento

do internamento por mais alguns meses, esse período não deverá ser considerado, visto ser devido ao estado anterior, não estando, portanto, relacionado com o acidente.

Em suma, o perito médico, com base nos seus conhecimentos, tem que fazer uma cuidada observação de cada um dos parâmetros médico-legais que devem ser alvo de valorização e justificar em quais desses parâmetros terá existido influência da patologia anterior. E como deve, o perito médico, exprimir a influência da patologia anterior sobre os diversos parâmetros do relatório? Tem duas formas de o fazer. Uma seria referir que o acidente é responsável por metade, um terço, ou qualquer outra proporção, de determinado parâmetro de dano (p.ex., da Incapacidade Permanente que apresenta)⁷. Temos profundas reservas sobre este posicionamento pericial seguido por alguns, face à assinalável e incontornável fluidez que o envolve. Outra (quanto a nós a metodologia preferível), será proceder a uma estimativa do que seria a valorização do parâmetro de dano em causa sem a influência do estado anterior. Adquire novamente neste contexto a sua máxima plenitude, a ponderação reflexiva sobre as três questões sempre recorrentes a propósito das situações envolvendo um estado anterior: Quais as consequências decorrentes do evento sem o estado anterior? Quais as consequências decorrentes do estado anterior sem o evento?

Quais as consequências resultantes do complexo estado anterior-evento?

Como já referimos, a qualidade da resposta será reflexo da qualidade do perito.

3.ª) O evento traumático agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente.

Há que distinguir, por serem distintas, as duas situações acima referidas. Começaremos, então, pela primeira, na qual o traumatismo agravou o estado anterior de um determinado examinado. O responsável pela produção do dano deverá ser responsabilizado pelos danos por ele causados e não pelos já existentes. Terá, assim, que haver uma diferença entre as duas situações, designada por agravamento, que o perito deve avaliar, para depois o decisor estipular se deverá ser alvo de compensação indemnizatória por parte do responsável.

Quais os parâmetros que poderão ser alvo de agravamento? Usualmente, apenas os parâmetros de Dano Permanente que estão estabelecidos anteriormente ao acidente, ou seja, Incapacidade Permanente Geral, Incapacidade Permanente Profissional e Dano Estético, além dos casos menos frequentes do Prejuízo de Afirmação Pessoal⁸.

Mas, considerando as lesões ou sequelas estabelecidas anteriormente ao evento em questão, três tipos de situações poderiam estar presentes:

⁷ «L'expert doit alors faire la part de l'une et l'autre de ces étiologies, en évitant de rendre l'une ou l'autre responsable de la totalité des troubles. Pour cela, il fera intervenir son sens clinique et étudiera ce que pourra être l'évolution normale de l'affection découverte, en tenant compte des conditions et de l'intensité du traumatisme, des constatations initiales, éventuellement du délai écoulé entre l'accident et le déclenchement des troubles. Il appréciera la part de l'aggravation. Il est difficile de donner une règle stricte pour cette appréciation. Peut-être est-ce un cas où il y aura intérêt à évaluer l'I.P.P. telle qu'elle existe et rendre l'accident responsable d'une part: la moitié - le tiers, ou une proportion équitable.» (Cf. C. ROUSSEAU - "L'état antérieur en Droit commun". *Annales de Médecine Légale*. Vol. 43, nº6 (1963), p.516).

⁸ Estamos a excluir as situações excepcionais, nas quais tenha havido dois acidentes consecutivos, influenciando, o segundo, as consequências do primeiro, ainda em fase de Dano Temporário; neste caso, teríamos que fazer uma avaliação e valorização independente das consequências de cada um deles, nos diversos parâmetros.

a) ou teria havido um acidente anterior seguido de uma avaliação pericial em direito civil;

b) ou tratar-se-ia de qualquer outro tipo de acidente ou doença avaliado num outro ramo (p.ex. em direito do trabalho);

c) ou poderia haver uma patologia ou sequelas de acidente precedente, e não haver qualquer avaliação pericial feita.

Começando pelo primeiro caso: (a), em que já há uma avaliação em direito civil, se esta tiver sido realizada de uma forma cuidada e completa, obedecendo às *leges artis* da avaliação pericial neste domínio do direito, poderá bastar a comparação pericial com a situação após o segundo acidente para ser relativamente simples saber e avaliar em que parâmetros houve agravamento. Não tendo existido uma avaliação correcta, a situação será mais problemática.

Suponhamos que determinado indivíduo era portador, há vários anos, de uma artrose fémuro-tibial pós-traumática, a nível do joelho direito, tendo-lhe sido proposta uma Incapacidade Permanente Geral parcial de 10%. Após um segundo traumatismo, desenvolveu-se uma anquilose que, por hipótese, pretendemos valorizar com uma Incapacidade Permanente Geral parcial fixável em 30%. O agravamento, atribuído ao segundo traumatismo, seria de $30\% - 10\% = 20\%$. Estes 20%, iriam certamente influenciar o montante indemnizatório a atribuir pelo decisor.

Consideremos, ainda, que o mesmo indivíduo era pedreiro e que, devido à artrose resultante do primeiro acidente, necessitava de esforços suplementares para exercer a sua actividade profissional. Após o segundo acidente, houve um

agravamento do estado do joelho, resultando uma anquilose que o impediu de continuar o seu trabalho. Uma vez que não fazemos uso de cálculos aritméticos na avaliação de incapacidades profissionais em direito civil, demonstraríamos essa diferença comparando a situação actual com a anterior, do seguinte modo: *As sequelas anátomo-funcionais são impeditivas do exercício da profissão de pedreiro de F... considerando que as sequelas que já apresentava anteriormente ao acidente, exigiam esforços suplementares no exercício da sua actividade profissional.* O tribunal fica, assim, a conhecer as consequências do agravamento no desempenho da profissão do examinado⁹.

Supondo que havia sido atribuído ao examinado um Dano Estético de grau 3 (pelo facto de anteriormente ao acidente o examinado apresentar marcha claudicante) e que, em consequência do segundo acidente, o examinado ficou com anquilose do joelho (necessitando de apoio, numa canadiana), poderíamos qualificar o Dano Estético actual de grau 4. Acrescentaríamos, no entanto, o facto de o examinado possuir já um Dano Estético anterior ao acidente, qualificável no grau 3 assinalando, deste modo, em que medida houve agravamento neste parâmetro.

Deverá acrescentar-se que se incluem neste ponto (em que se considera haver agravamento do estado anterior) os casos em que, apesar de não ter sido afectada a mesma estrutura anatómica, foi afectada a mesma função. Referimo-nos, por exemplo, à função visual. Se determinado indivíduo possuía, anteriormente ao acidente, cegueira unilateral (a que, por hipótese, foi

⁹ «Il appartient, en effet, au magistrat d'évaluer seul le préjudice et, ce qu'il attend de l'expert, c'est une précision sur l'état avant et sur l'état après.» (Cf. C. ROUSSEAU - «L'état antérieur en Droit commun». Annales de Médecine Légale. Vol.43, n°6 (1963), p.517).

atribuída uma Incapacidade Permanente Geral parcial de 30%), e se, após um acidente, fica com cegueira total, então, deverá ser feita uma avaliação global da situação (atribuindo por exemplo 90% de incapacidade) e subtrair os 30% que tinha anteriormente (sendo 60% imputados ao acidente). Em resumo, houve um agravamento da função visual, por responsabilidade do acidente.

Não poderíamos terminar esta alínea sem uma breve referência a um método internacionalmente bastante utilizado, de início aplicado no âmbito do direito do trabalho, mas cuja aplicação muitos generalizaram à avaliação do dano corporal de natureza cível, nesse gosto tão discutível pelas pseudofórmulas matemáticas na apreciação de danos corporais. Referimo-nos à fórmula de Gabrielli.

Tal fórmula compreende dois factores - C1 (capacidade anterior ao evento traumático em questão) e C2 (capacidade após o evento traumático em questão) - e permite o cálculo da percentagem da incapacidade a atribuir ao evento traumático que estamos a avaliar da seguinte forma:

$$\% \text{ da nova incapacidade} = \frac{C1-C2}{C1} \times 100.$$

A aplicação desta fórmula, nomeadamente no campo da avaliação do dano corporal de natureza cível, está ainda pouco generalizada em Portugal.

Quanto ao segundo caso anteriormente assinalado (situação referida na alínea b)), poderia acontecer ter uma determinada vítima sofrido anteriormente um acidente de trabalho, cujas sequelas mereceram uma valorização, em termos de I.P.P. (Profissional), de 10%, por exemplo. É posteriormente vítima de acidente de viação, cujas consequências estão a ser valorizadas no

âmbito do direito civil.

Como interpretaria, o perito médico, essa I.P.P. (Profissional) de 10% para valorizar o estado anterior? Somente com valor indicativo, pois em direito do trabalho avalia-se a perda da capacidade de ganho, sendo os pressupostos da atribuição de um determinada taxa de incapacidade diferentes dos usados em direito civil. Além disso, não existirá qualquer referência relativa à Incapacidade Permanente Geral ou ao Dano Estético, elementos não contemplados na avaliação em Direito do Trabalho (note-se que o dano estético poderá sê-lo em algumas circunstâncias).

Como resolveria o perito médico esta situação?

Teria, em primeiro lugar, que se basear na informação do examinado e procurar obter dados clínicos que lhe permitissem conhecer quais dos parâmetros do Dano Permanente tinham sofrido agravamento (poderia ter havido agravamento da Incapacidade Permanente, mas não do Dano Estético, ou vice-versa). No(s) parâmetro(s) em que houve agravamento, teria que se atribuir uma valorização relativa ao estado anterior, após o que se atribuiria uma nova valorização relativa à situação actual, apresentando-se as conclusões da mesma forma que fizemos, na alínea anterior, ou seja, como uma diferença entre as duas situações.

Finalmente, e quanto à terceira situação anteriormente assinalada (referida na alínea c)), relativa ao caso de não existir qualquer avaliação pericial realizada a sequelas de evento anterior ao que motivou o exame actual, tal como na situação precedente, teríamos que fazer uma avaliação do estado anterior, uma outra avaliação da situação actual, e exprimir as conclusões com base nas diferenças, que traduzirão o agravamento¹⁰.

Por último, se se tratar da exteriorização de uma patologia latente, deverá ser feita uma avaliação específica para cada situação. Se não fosse medicamente provável que essa patologia se viesse a revelar, então o traumatismo em questão deverá ser pericialmente responsabilizado por ela^{11,12}.

Poderia argumentar-se que não seria correcto para o autor do traumatismo ter que indemnizar em montante superior ao necessário outra pessoa sem essa patologia latente. Mas menos correcto seria se o ofendido, que vivia e provavelmente viveria sempre sem que a patologia se exteriorizasse, ficasse afectado pela patologia e sem direito a ressarcimento indemnizatório, a estabelecer pelo decisor com base na informação pericial.

Os problemas médico-legais são todavia particularmente complexos quando existe dúvida se, sem o traumatismo, a patologia se exteriorizaria ou não, ou sabendo-se que provavelmente se exteriorizaria, se tal aconteceu mais cedo que o previsto¹³. Só uma discussão específica para cada caso, bem balizada pelos conhecimentos científicos do momento, poderá permitir obter alguma resposta, não se podendo, pois, estabelecer metodologias gerais para essas situações.

O estado anterior constitui, como assinalá-

mos, um dos problemas mais delicados na apreciação e estabelecimento da imputabilidade médica. Por isso lhe dedicámos uma atenção mais detalhada. Mas convirá sublinhar que a melhor apreciação a esta problemática será sempre o raciocínio cientificamente fundamentado sobre as três questões primordiais neste âmbito e a sua clara explanação no relatório pericial, questões que repetimos uma última vez: Quais as consequências decorrentes do evento sem o estado anterior? Quais as consequências decorrentes do estado anterior sem o evento? Quais as consequências resultantes do complexo estado anterior-evento?

Analisámos a perspectiva pericial da apreciação e estabelecimento da imputabilidade médica. A esta seguir-se-á a intervenção do jurista que, fundamentando-se na informação do perito médico, estabelecerá a causalidade jurídica.

A causalidade jurídica obedece a teorias que não podem servir para analisar a imputabilidade médica e que, aliás, também não se impõem ao jurista em certa circunstância. São apenas meios colocados à disposição deste para orientar o seu raciocínio. Na prática, o jurista escolhe a teoria que se lhe afigura mais adaptada ao caso que lhe é submetido, tendo certamente em consideração

10 «Pour permettre au juge d'apprécier la part d'un état antérieur dans des séquelles post-traumatiques, l'expert devra dans tous les cas, donner la description la plus complète possible, d'une part de l'incapacité physiologique et psychologique, d'autre part, de l'incapacité professionnelle et économique de la victime avant et après le fait dommageable.» (Cf. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Vol.22, n°6 (1979), p.708).

11 «Si l'état antérieur ne s'était pas manifesté avant le fait dommageable et que le traumatisme joue un rôle révélateur ou aggravant, la jurisprudence décide que la totalité du dommage est à la charge du responsable, mais le juge peut modérer éventuellement le montant de la réparation.» (Cf. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Vol.22, n°6 (1979), p.708).

12 «Le droit à réparation intégrale est ouvert lorsque l'affection préexistante n'a été révélée que du fait de l'accident (Cassation 2e. civile, 6 avril 1973, 14 février 1974, 28 novembre 1974, 13 octobre 1976; cassation criminelle 10 avril 1973).» (Cf. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Vol.22, n°2 (1979), p.196).

13 «Les difficultés juridiques les plus usuelles sont celles qui ont trait à l'apparition d'un état antérieur latent, ignoré du sujet lui-même, et à la prévision, d'une manière générale, de ce qu'aurait été l'évolution de l'état antérieur sans l'accident.» (Cf. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Vol.22, n°2 (1979), p.200).

o quadro jurídico no qual se insere o assunto (penal, civil, administrativo, etc.). Estas teorias são várias: teoria da causalidade adequada, teoria da equivalência das condições, teoria da causa próxima, etc. Sendo desejável que o perito médico as conheça, deve todavia abster-se de as aplicar no seu raciocínio médico. É óbvio que se pode obter uma melhor colaboração entre o jurista e o médico se cada um compreender os métodos do outro, mas cada um deve permanecer no seu domínio.

Salienta-se que para além destas teorias clássicas, foi proposto por dois nomes grandes do mundo da avaliação e reparação de danos corporais, Barrot e Nicourt, a adaptação da reparação às modalidades de intervenção de estado anterior em caso de cúmulo causal. Agrada-nos particularmente a perspectiva destes autores e por isso lhe dedicamos estas linhas finais. Consideram assim, que se há a exteriorização (desencadeamento) ou descompensação do estado anterior, a reparação da incapacidade é devida na medida em que a vida anterior era normal. Se há agravamento, só o grau de agravamento deve ser tomado em consideração. Se se trata de aceleração, a reparação deverá intervir nos limites do tempo desta aceleração.

Em resumo e em jeito de conclusão numa abordagem que já vai longa mas que deixa ainda muito por dizer, a formulação da opinião médico-legal relativa à imputabilidade e ao nexos de causalidade não se reveste de nenhuma dificuldade quando a imputabilidade é certa, directa e exclusiva. O simples facto de assinalar na discussão que as lesões derivam de tal evento traumático e deixam tais sequelas será suficiente.

Em contrapartida, quando assim não sucede, importa que o perito médico exponha em detalhe as suas certezas e as suas dúvidas, que analise

e descreva a imputabilidade nos seus diversos elementos: o nexos entre o evento e as lesões, o nexos entre as lesões e as queixas, o nexos entre as queixas e as constatações. Devendo o perito médico responder de forma precisa e concisa à missão pericial em direito civil, isso não o impede (antes o deve estimular) de, nestas situações, comentar, numa discussão bem fundamentada, a sua opinião sobre o nexos de causalidade.

O nexos de causalidade tem que assentar em sólidas bases científicas. Ora, como escreveu Claude Bernard, "a ciência repele o indeterminado; e quando, em medicina pericial, se fundamentam opiniões na inspiração médica ou numa intuição mais ou menos vaga das coisas, estamos fora da ciência e damos o exemplo da medicina pericial fantasista que pode oferecer grandes perigos quando nas mãos de um ignorante inspirado! O verdadeiro perito médico aprende a duvidar e a abster-se perante a ignorância. Quando não temos demonstração científica, devemos salvaguardar-nos sempre de conclusões altivas e absolutas". Como dizia Brouardel "é melhor dizer durante a instrução do processo: eu não sei, que confessar durante a audiência em Tribunal: eu não sabia".

BIBLIOGRAFIA

- BARROT, R. - *Le dommage corporel et sa compensation: pratique médico-légale et judiciaire*. Paris: Litec, 1988.
- BESSIÈRES-ROQUES, Isabelle; [et al.] - *Précis d'évaluation du dommage corporel*. Paris: L'argus, 1997.
- CRIADO DEL RIO, Maria Teresa - *Valoración médico-legal del daño à la persona por responsabilidad civil*. Madrid: Editorial Mapfre, 1994.
- GISBERT CALABUIG, J.A. - Nexo de Causalidad en valoración del daño corporal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 6, n.º 7 (1997), p. 9-35.
- HERNANDEZ-CUETO, Claudio - Imputabilidad médica. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 2, n.º 4 (1994), p. 33 -63.
- MARGEAT, H. - L'état antérieur révélé par l'accident. *Bulletin Médecine Légale, Toxicologie*. Paris: Masson. 0181-0154. Vol. 22, n.º2 (1979), p.193-202.
- ROUSSEAU, Claude - L'état antérieur en Droit commun. *Annales de Médecine Légale*. Paris: J.-B.Baillière et fils. 0376-2440. Vol. 43, n.º 6 (1963), p. 503-519.
- ROUSSEAU, Claude; FOURNIER, Claude - *Précis d'évaluation du dommage corporel en Droit Commun*. Paris: AREDOC-CDDC, [1989].
- SÁ, Fernando Oliveira - *Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: APADAC, 1992.

IV - A Avaliação do Prejuízo Estético

Javier Alonso Santos

INTRODUÇÃO

Na sociedade actual o “papel” do aspecto estético é importante ainda que, no meu ponto de vista, chegue a ser excessivo, e em parte isso deve-se à repercussão económica que rodeia o mundo da responsabilidade civil nos acidentes de tráfego.

Vivemos num mundo no qual a aparência é vital e o consumismo nos devora para agradar aos demais. Apesar de parecer lógico e lícito no princípio, isto converte-se em preocupante quando qualquer alteração do “património biológico” é considerada susceptível de ser indemnizada após um traumatismo, quando este derive de uma responsabilidade civil.

DEFINIÇÃO

Poderíamos definir o dano estético como “qualquer irregularidade física ou alteração corporal externa, visível e permanente que presunha fealdade ostensiva à simples vista”.

Para que este dano se converta em prejuízo

e seja susceptível de ser indemnizado, tem de cumprir com as características da definição. Ser visível, ou seja, que não se encontre em zonas inacessíveis, ser permanente, para isso devemos ter a certeza de que não tem reparação possível e, sobretudo, que produza fealdade e repúdio. Esta última característica é a única que poderíamos considerar como subjectiva, tendo em conta as distintas etnias e civilizações que convivem à nossa volta e que podem interpretar de forma distinta uma cicatriz ou marca corporal. Ou seja, deve ser sentido pelo indivíduo afectado como algo que cause repúdio na sua harmonia corporal.

A evolução histórica do prejuízo estético é curiosa tendo em conta que até há relativamente poucas décadas era considerado mais como prejuízo moral do que estético. Com a passagem do tempo foi-se considerando como sendo um prejuízo material por dois aspectos concretos: porque podia ser susceptível de reparação cirúrgica e

porque podia afectar a profissão.

Na actualidade tem entidade própria "*per se*" e, de facto, em alguns países como o nosso (Espanha), a importância que se lhe atribui no seu Sistema de Avaliação é desmesurada, podendo chegar até 50% da avaliação da sequela mais grave.

A isto acresce o aumento da importância do estético no ambiente consumista que nos rodeia, que nos faz considerá-lo indispensável, inclusivamente, até no mundo laboral.

Por todos estes motivos podemos considerar que estamos a viver numa época de transição na qual estamos a passar de um momento no qual o estético tinha pouca importância para outro no qual está sobrevalorizado.

TIPOLOGIA

O dano estético pode dividir-se em dois grandes grupos:

Estático:

Aquele que se aprecia simplesmente ao olhar para a pessoa afectada, por exemplo:

- Mutilações: com afectação mais ou menos importante da integridade.
- Deformações: podem ser ou não acompanhadas de lesões cutâneas, como por exemplo, um *genu recurvatum*¹, e outras podem estar relacionadas com paralisia e que impliquem uma alteração sem movimento algum (paralisia facial ou a hipotrofia da extremidade superior devida à paralisia de todas as raízes de um plexo braquial).
- Perdas de substância ou perda de um contorno ou perfil.
- As cicatrizes são o argumento mais comum para valorizar um dano estético, e muitas vezes e de

forma injustificada, o mais sobrevalorizado, inclusive em zonas aparentemente pouco visíveis.

Dinâmico:

As mais representativas são as alterações musculares, tendinosas e ósseas que possam provocar coxear no andar ou alteração dos gestos habituais.

Noutras ocasiões são as relacionadas com a paralisia e que pressupõem alteração com o movimento. Neste grupo encontram-se as alterações da mímica, a modificação dos acenos ou simplesmente a anulação do movimento perante qualquer acto da vida normal.

CICATRIZES (CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO)

Como já adiantámos, são o elemento mais frequente de consideração como dano estético e, consequentemente, vou descrever os seus "Critérios de Avaliação":

1) Orientação

- Vem marcado pelas linhas de expressão ou regras clássicas da anatomia (Linhas de Langers).
- Adquire, evidentemente, a sua maior importância na zona do rosto.
- A sua maior repercussão vem determinada pela verticalidade ou perpendicularidade relativamente às linhas de expressão.
- Será mais importante quanto mais seguir o traço das rugas típicas de envelhecimento e quanto menos paralelas forem as linhas de Langers. De facto, no caso de reparação cirúrgica, a técnica ideal tende a que a nova cicatriz siga essas linhas de expressão naturais.

2) Local

- Ter-se-á que valorizar se a zona for visível ou não de forma permanente. Não se valoriza de

¹ N.T. Deformação congénita ou adquirida do joelho, caracterizada pela presença de um ângulo aberto para a frente, formado pela perna e pela coxa quando estas se encontram na sua extensão máxima.

igual forma uma cicatriz no rosto ou nas mãos do que na zona glútea.

- O rosto considera-se a zona de maior importância e de pior adaptação psicológica. A maior parte das vezes somos definidos pelos rasgos do rosto e uma alta percentagem da avaliação estética da pessoa reside nele.
- Existem diferentes riscos derivados da cicatriz em diferentes lugares anatómicos, como por exemplo, nas pálpebras (ectropion) com complicações oculares (secura na córnea, ulcerações, etc.) ou simplesmente retracções e impossibilidade de movimento em algumas articulações.
- Noutras ocasiões, o risco vem determinado pela má cicatrização (tipo quelóides e hipertrofias cutâneas).

3) Características da cicatriz. Neste caso vem determinado pelos seguintes parâmetros:

- Forma, tamanho (uma dimensão ou duas) cor (normal ou discromia) relevo (maior visibilidade), sensibilidade (às vezes produzem dor ou sensações disestésicas), comportamento com estruturas adjacentes e, finalmente, segundo o tipo de cor (as raças brancas cicatrizam de forma mais homogénea do que as escuras).

PODE AVALIAR-SE O PREJUÍZO ESTÉTICO?

Segundo Claude Rousseau a avaliação do dano estético é subjectiva e até podia considerar-se ambígua, mas não se deve confundir com a ligeireza e a desordem.

Partimos da base de que é injusto transformar algo que é puramente subjectivo em algo quantificável, mas é a única forma de poder conseguir medi-lo e de poder ser indemnizado.

A determinação de uma afectação estética é atribuída pela opinião do perito médico que é quem julga e quantifica, mas também é imprescindível conhecer a opinião do próprio lesionado

e, inclusive, daqueles que o rodeiam que são, afinal de contas, quem vai estar no ponto de mira do afectado e perante os quais vai sofrer mais particularmente a dita alteração estética.

A evolução vem determinada por múltiplos factores que reflectem origens étnicas, culturais, religiosas, económicas e sociais. No momento actual, em que se misturam muitas culturas e etnias absolutamente diferentes, não podemos medir da mesma forma uma cicatriz ou uma alteração na superfície corporal. De facto, convivemos com culturas africanas entre as quais uma cicatriz na cara ou no peito não só não é considerada feia mas pode levar a significar um estigma de valentia e bravura. Evidentemente, estes são aspectos que podem chegar a ser certos nos seus locais geográficos de origem mas que, imersos na nossa sociedade, podem ser interpretados de forma muito diferente.

PARTICULARIDADES NA CRIANÇA

Se é difícil e subjectivo valorizar o dano estético num adulto, é ainda mais complicado realizá-lo numa criança, devido ao seu longo período de alterações e evolução do seu corpo até alcançar a idade adulta. Quanto mais pequena for a criança, maior será a sua transformação ao longo dos anos.

É delicado levar em consideração a opinião da criança lesionada e fazer uma apreciação segundo o indivíduo, uma vez que o seu "papel" social ainda não está determinado e não é capaz de discernir o alcance das suas deformidades.

É muito importante considerar dois aspectos no momento de fazer uma avaliação concreta:

- O prejuízo temporal, ou o que é o mesmo, aquele que supostamente é reparável com o tempo. Para isso ter-se-á muito em conta a destreza e a experiência do perito médico.

- O prejuízo diferido, que vem determinado pela dificuldade futura de escolha da profissão, desportos, jogos, etc. Também se denomina perda de futuro.

Pelo facto de ser menor de idade, a criança tem acrescida uma dificuldade de avaliação pelo que o referido trabalho é duplamente subjectivo. Por um lado, deve valorizar-se a percepção da própria criança, que nem sempre é fácil e, por outro, a dos seus progenitores que o perspectivavam com maior preocupação do que se se tratasse deles próprios.

É muito importante que o perito realize uma boa descrição evolutiva do prejuízo, já que é ele quem deverá informar de forma clara e suficiente o juiz que terá a última palavra a dizer no que diz respeito ao alcance do dano.

Por último, é preciso destacar a componente psico-afectiva da criança, que pode não chegar a ter consciência da afectação ou deformidade mas sim da possível rejeição que possa despertar perante as demais crianças.

CARACTERÍSTICAS DA AVALIAÇÃO DO DANO ESTÉTICO

Trata-se de estudar, única e exclusivamente, o grau de perda de atracção do lesionado e não das suas repercussões de tipo laboral, social ou anátomo-funcional. Quando o médico quantifica o dano estético, fá-lo-á pensando como avalia uma anatomia, ainda que deva, de igual forma, no seu relatório pericial, ter em conta a sua repercussão noutros âmbitos da sua vida social ou laboral. Ou seja, não quantificará mais um dano numa pessoa que depende do seu físico para trabalhar mas deverá fazê-lo da mesma forma. Quando tiver essa repercussão concreta, será especificado para que o juiz o leve em consideração.

Não é suficiente que seja uma alteração do "património biológico" do indivíduo, deve ser visível e permanente à distância íntima entre duas pessoas.

Deve valorizar-se quando for definitivo, se esse período não exceder os limites do permissível. O tempo de espera na evolução não deveria exceder o ano e, perante as grandes evoluções (excepcionais) pode realizar-se uma avaliação estimada.

Existe uma disparidade de critérios nos tribunais espanhóis. Após a análise de algumas sentenças podemos chegar a duas conclusões: umas rejeitam a possibilidade de cirurgia posterior. Outras, levam-no em consideração e, inclusive, os juízes pedem opinião sobre o custo da intervenção. Na legislação espanhola (R.D.L 8/2004) e, concretamente, na regra de utilização nº 6 do p. estético, menciona-se que no prejuízo estético é compatível o seu ressarcimento com o custo das intervenções de cirurgia plástica para sua correcção. Também é certo que, se essa cirurgia implicar uma melhoria do dano, o lógico será valorizá-lo com uma certa atenuação no momento da produção do relatório pericial.

Nem a idade nem o sexo da pessoa lesionada serão levados em consideração como parâmetros de medição da intensidade do prejuízo estético.

QUEM DEVE VALORIZAR?

Na prática da avaliação espanhola existem discrepâncias sobre quem deve avaliar e quantificar o dano estético. Mais concretamente, a dúvida reside sobre se deve ser o médico ou o juiz a fazê-lo.

É certo que qualquer pessoa pode opinar sobre a fealdade e, inclusive, quantificá-la, mas existem aspectos importantes que nos levam a pensar que deve ser o profissional da medicina

a realizá-lo, por três motivos:

- O médico é o único com capacidade para explorar o paciente.
- É quem conhece a evolução de um determinado dano estético no caso de não ser definitivo, como ocorre no caso das crianças, em cicatrizes anormais ou após reparações cirúrgicas.
- Por último, o profissional da medicina é o único que tem poder, pelo desempenho do seu trabalho, para poder aceder visualmente a zonas danificadas, escondidas ou íntimas.

Corroborando esta teoria, devemos assinalar que, para valorizar e quantificar correctamente uma deformidade, deve fazer-se após a inspecção e palpação directa. Não é suficiente a imagem fotográfica ou a descrição, por boa que seja, de um relatório pericial.

Em definitivo, somos da opinião que deve ser o médico a qualificar e quantificar o dano, ainda que também seja certo, que será o juiz a decidir, em última análise, a idoneidade da dita quantificação.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Existem diversos métodos entre os quais destacamos:

- **Método de THIERRY e NICOURT.** Realiza uma descrição de 1 a 7 acompanhada de uma avaliação qualitativa.

| | |
|---------------------------|-----|
| Muito ligeiro | 1/7 |
| Ligeiro | 2/7 |
| Moderado | 3/7 |
| Médio | 4/7 |
| Bastante importante | 5/7 |
| Importante | 6/7 |
| Muito importante | 7/7 |

- **Método BARROT.** (1982) é semelhante ao mé-

todo Thierry Nicourt, ao qual acrescenta a cada um dos graus uma percentagem (cada um deles suporia uma quantidade de salário mínimo inter-profissional – S.M.I.).

| | | |
|---------------------------|-----|------|
| Muito ligeiro | 1/7 | 14% |
| Ligeiro | 2/7 | 29% |
| Moderado | 3/7 | 43% |
| Médio | 4/7 | 58% |
| Bastante importante | 5/7 | 73% |
| Importante | 6/7 | 88% |
| Muito importante | 7/7 | 100% |

(100 vezes o S.M.N)

• Método Clássico para o rosto

Tem em conta dois coeficientes:

- Coeficiente de localização (com uma pontuação de acordo com o local e com um máximo de 10 pontos).
 - Segundo a topografia (de 1 a 4 p)
 - Segundo a afectação de orifícios (de 0 a 2 p)
 - Segundo a relação com rugas naturais (de -1 a +1 p)
 - Segundo a alteração da mímica (de 0 a 3p)
- Coeficiente de identificação (a pontuação é outorgada em função dos seguintes parâmetros e com um máximo de 10 pontos).
 - Número e dimensões (de 0 a 5 p)
 - Relevo (de 0 a 2 p)
 - Forma (de 0 a 1 p)
 - Textura/coloração (de 0 a 2 p)

O coeficiente global é outorgado com o resultado da multiplicação da pontuação de ambos os coeficientes, com um máximo de 100 pontos (10p x 10p).

Existem algumas críticas a este método. É um pouco subjectivo, é complexo na hora da sua

utilização pelo número de valores que se manipulam e, finalmente, pode ser considerado um pouco abstracto. O método é bastante válido para cicatrizes unitárias, mas quando se trata de várias cicatrizes, o cálculo pode chegar a ser algo complexo.

• **Método misto de THIERRY e NICOURT + MÉTODO CLÁSSICO (ROSTO)**

Com o objectivo de facilitar a conceitualização e utilização dos diferentes métodos descritos, propõe-se este método misto para o rosto, que facilita a qualificação da percentagem que se obtém do método clássico mediante a conversão ao método de THIERRY NICOURT.

TRANSFORMAÇÃO DE UM MÉTODO PARA OUTRO

| THIERRY NICOURT | | MÉTODO CLÁSSICO (CARA) |
|---------------------|-----|------------------------|
| Muito ligeiro | 1/7 | 1 - 3 pontos |
| Ligeiro | 2/7 | 3 - 9 pontos |
| Moderado | 3/7 | 9 - 19 pontos |
| Médio | 4/7 | 19 - 33 pontos |
| Bastante importante | 5/7 | 33 - 51 pontos |
| Importante | 6/7 | 51 - 73 pontos |
| Muito importante | 7/7 | 73 - 99 pontos |

• **Método descritivo**

É o mais subjectivo de todo eles e baseia-se na "exposição do grau de fealdade ou perda de atracção do lesionado por meio da descrição da sua alteração estética ou deformidade".

Para isso tem-se em conta o seguinte:

- Natureza da alteração, forma, tamanho, textura e coloração.
- Grau de visibilidade.

- Frequência de utilização do gesto ou aceno alterado.
- Factores pessoais referidos em como assume o lesionado a desgraça estética (Rousseau 1990).
- Consideração do estado anterior ou coeficiente estético anterior (Simonin 1982).

Para ajudar na objectividade e confirmação, se for possível, utilizar-se-ão fotografias (anteriores e posteriores).

Finalmente, e uma vez descrito o dano, informar-se-á sobre a possibilidade de cirurgia reparadora.

• **Método das Distâncias**

Baseia-se na quantificação do grau de afectação com base na localização e na distância à qual se aprecia a deformidade estética.

Para isso, ter-se-á em conta os seguintes parâmetros:

- **Localização.** Distinguindo as seguintes zonas:
 - Cicatrizes centro faciais
 - Cicatrizes periorificiais
 - Cicatrizes lateralizadas
 - Cicatrizes ocultas no coro cabeludo
- **Identificação.** Para isso ter-se-á em conta, o traço, cor, relevo, deformação ou modificação e ulceração.
- **Exame.** Será o que vai marcar a verdadeira importância em função da distância à qual se aprecia o dano. Levam-se em consideração as seguintes distâncias.

- Distância íntima: 50 cm
- Distância Social: 3 m

No seguinte quadro ficam reflectidas as diferentes possibilidades de avaliação e quantificação que possam resultar da utilização deste método.

ESCALA DE VALOR POR CRESCIMENTO DE CRITÉRIOS NORMATIVOS E DESCRITIVOS

| Critérios qualificativos | Marca | Cor | Relevo | Deformação | Ulceração Desfiguração |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|
| Normal | Invisível a 50 cm | Invisível a 50 cm | Invisível a 50 cm | Invisível a 50 cm | Invisível a 50 cm |
| Muito ligeiro | Visível a 50 cm lateral | Invisível a 50 cm | Invisível a 3 m | Invisível a 3 m | Invisível a 3 m |
| Ligeiro | Visível a 50 cm mediana | Invisível a 50 cm | Invisível a 50 cm | Invisível a 3 m | Invisível a 3 m |
| Moderado | Visível a 50 cm | Visível a 50 cm lateral | Visível a 50 cm lateral | Invisível a 3 m | Invisível a 3 m |
| Médio | Visível a 3 m | Visível a 50 cm mediana | Visível a 50 cm mediana | Invisível a 3 m | Invisível a 3 m |
| Bastante importante | Visível a 3 m | Visível a 3m lateral | Visível a 3m lateral | Visível a 3m lateral | Invisível a 3 m |
| Importante | Visível a 3 m | Visível a 3m mediana | Visível a 3m mediana | Visível a 3m mediana | Invisível a 3 m |
| Muito importante | Visível a 3 m | Visível a 3m mediana | Visível a 3m mediana | Visível a 3m mediana | Invisível a 3 m |

- Método RECHARD

- Critérios Subjectivos

Vêm determinados pela impressão única do perito médico e, além disso, são acompanhados uma série de questões que merecem a pena serem expostas. A destacar:

Existe alguma diferença entre a cicatriz feia da coxa de um jardineiro de mediana idade e a mesma numa bailarina jovem e amadora?

O estado anterior deve intervir?

Esse homem francamente feio deve, por uma fealdade idêntica, ver avaliado o seu prejuízo de forma diferente à bonita modelo de passerelle?

Essa mulher solteira, que não quer continuar a sê-lo, sofrerá mais com as suas cicatrizes por queimadura do que a idosa que, apesar de o ser, continua jovem?

Estas perguntas ficam no ar e dão azo para justificar que, apesar de considerar que a avaliação do dano estético tem componentes subjectivos, é imprescindível que se utilizem métodos objectivos para o avaliar da forma menos injusta possível.

Existem 3 factores subjectivos:

- Sociais e escolares
- Familiares
- Estado anterior a partir do ponto de vista físico e psíquico.

Nota: A cada um destes factores o perito outorga uma pontuação de 0 a 0,7 p.

- Critérios Objectivos

Estes serão obtidos a partir do exame clínico e são os seguintes:

a) Peso e medida da pessoa (calcula-se a superfície corporal em m² (cm²))

b) Superfície corporal afectada. Mede-se em cm². Consideram-se susceptíveis de ser medidas as cicatrizes, feridas retrácteis, paralisia, perdas de substância, distrofias medíveis, etc. Contudo, este método não serve para amputações de membros, lesões medulares ou perda de órgãos do rosto (orelha, nariz, olho).

c) Zona do corpo afectada e em função dela outorgar-se-lhe-á um coeficiente:

- Zonas raramente visíveis Coeficiente 1
- Zonas visíveis (quando está despido) Coeficiente 2
- Zonas descobertas (quando se pratica desporto)..... Coeficiente 4
- Zonas mínimas visíveis quando se trabalha Coeficiente 6
- Zonas sempre descobertas..... Coeficiente 8
- Zonas de expressão mímica Coeficiente 10

d) Idade do sujeito: Utiliza-se o coeficiente 18/idade (baseia-se na teoria de que quanto menos idade se tiver maior será a afectação).

e) Sexo:

- Homem: 1,2
- Mulher: 1,4
- Homem e mulher (menor de 18 anos): 1,6

f) Distância de percepção visual à qual o perito médico distingue a lesão: Coeficiente 1 – 3 – 6 – 10 (em função da distância à qual se percebe). Dever-se-á ter em conta a coloração, textura e relevo.

1. Fórmula

A fórmula final pela qual se chega à quantificação é a seguinte:

• **Critérios Objectivos**

(Superfície corporal afectada x 1000/ Superfície corporal do individuo) x zona afectada + (idade/sexo) + distância de percepção visual = Valor Objectivo (O)

• **Critérios Subjectivos**

Sociais/escolares0 a 0,7
 Familiares 0 a 0,7 = Valor objectivo (S)
 Físico/psíquico0 a 0,7
 Avaliação final = Objectivo (O) + Subjectivo (S)
 = 1 a 100.

Em função do coeficiente ou pontuação obtida podemos realizar a seguinte classificação:

- Ligeiro 1 – 12
- Moderado 13 – 25
- Médio 26 – 45
- Importante 46 – 70
- Muito Impotante 71 – 100

Exemplo:

Mulher, 25 anos, solteira, 1,70 m de estatura, 60 Kg, camareira e atractiva fisicamente.

Sofre um acidente de tráfego com impacto na cara pelo pára-brisas.

Lesões: Cicatriz na bochecha de 3x3,5 cm.

Distância de percepção 6 m.

Critérios Subjectivos

- Sociais 0,6
 - Familiares 0,7
 - Estado anterior 0,5
- Total (S) = 1,8

Critérios Objectivos

- SCA x 1000 (cm2)/S.C. (cm2) x Zona + (Idade/sexo) + Distância P.V.
 Total (O): (10,5 x 1000/17.000) x 10 + (18x1,4/25) + 6 = 15,64
 TOTAL: Pontuação subjectiva (1,8) + Pontuação objectiva (15,65) = 17,45

• **Método Espanhol (Sistema de Avaliação.**

Capítulo especial. Prejuízo estético – R.D.L 8/2004)

Classificação:

- Ligeiro 1 – 6 p
- Moderado 7 – 12 p
- Médio 13 – 18 p
- Importante 19 – 24 p
- Bastante Importante 25 – 30 p
- Considerável 31 – 50 p

Regras de utilização

1. O prejuízo estético consiste em qualquer alteração depreciativa que afecte a imagem da pessoa; constitui uma dimensão diversa do prejuízo fisiológico que lhe serve de substrato; refere-se tanto à sua expressão estética como dinâmica.

2. O prejuízo fisiológico e o prejuízo estético constituem conceitos prejudiciais diversos. Quando um menosprezo permanente da saúde supõe, por sua vez, a existência de um prejuízo estético, tem de se fixar separadamente a pontuação que corresponda a um e a outro, sem que a designada sequela fisiológica incorpore a ponderação da sua repercussão antiestética.

3. O prejuízo fisiológico e o prejuízo estético serão avaliados separadamente e, adjudicada à pontuação total que corresponda a cada um, efectuar-se-á a avaliação que corresponder de acordo com a tabela III separadamente, somando-se as quantidades obtidas ao objecto de que o seu resultado integre o valor da indemnização básica por lesões permanentes.

4. A pontuação adjudicada ao prejuízo estético é a expressão de uma percentagem de detrimento permanente do património estético da pessoa. 50 pontos correspondem a uma percentagem de 100 por cento.

5. A pontuação do prejuízo estético tem que ser realizada mediante a ponderação do seu significado conjunto, sem que se possa atribuir a cada um dos seus componentes uma determinada pontuação parcial.

6. O prejuízo estético é o existente no momento da produção da sanidade do lesionado (estabilização lesional), e o seu ressarcimento é compatível com o custo das intervenções de cirurgia plástica para a sua correcção. A impossibilidade da correcção constitui um factor que intensifica a importância do prejuízo.

7. O prejuízo estético importantíssimo corresponde a um prejuízo de enorme gravidade, como o produzido pelas grandes queimaduras, pelas grandes perdas de substância e pelas graves alterações da morfologia facial corporal.

8. Nem a idade nem o sexo da pessoa lesiona-

da serão levados em consideração como parâmetros de medição da intensidade do prejuízo estético.

9. A pontuação adjudicada ao prejuízo estético não inclui a ponderação da incidência que o mesmo tem sobre as actividades do lesionado (profissionais e extra profissionais), cujo prejuízo específico tem de ser avaliado através do factor de correcção da capacidade permanente.

O PREJUÍZO ESTÉTICO NA UNIÃO EUROPEIA

França

- Categoria de 0 a 7 (THIERRY e NICOURT)
- Avaliação pelo médico.
- Avalia-se a idade, sexo e estado civil.
- Não se avalia a repercussão laboral (o médico apenas a descreve)

Bélgica

- Categoria de 0 a 7
- Avaliação pelo médico.
- Enquadrado na categoria de prejuízo não patrimonial
- Escala qualificativa descritiva

Grécia

- Código helénico, referência especial ao prejuízo estético.
- Tem-se sempre em conta a opinião de um cirurgião plástico e são necessárias fotografias.
- Especial importância nas mulheres (sobretudo se são jovens).
- Por vezes avalia-se duplamente com o dano moral.

Luxemburgo

- Tem-se em conta a idade, sexo, estado civil e profissão.
- Avaliação segundo jurisprudência.

Alemanha

- Avaliação dentro do SCHMERZENGELD (prejuízo estético, dano moral e *quantum doloris*)

Países Baixos

- Valoriza-se conjuntamente com o *quantum doloris*

ESTUDO DA MAPFRE

Num trabalho realizado na MAPFRE (Espanha) em 2005, no qual foram utilizados 7.207 expedientes (a nível nacional) obtiveram-se os seguintes resultados:

- Dos 7.207 expedientes, 1755 tinham avaliado o prejuízo estético (24,3%)
- As zonas com mais incidência foram as do sul de Espanha.
- A graduação do prejuízo estético mais frequente (segundo o método espanhol) foi a seguinte:

- Ligeiro 73%
- Moderado 20%

- Médio 5%
- Importante 2%
- Muito importante 0,2%
- Considerável 0,06%

- 35% dos casos correspondiam a lesões no rosto e cabeça

- A idade mais frequente:

- 0 a 15 anos: 11%
- 16 a 30 anos: 48%
- 31 a 45 anos: 16%
- 46 a 60 anos: 12%
- > 61 anos: 13%

- Segundo o sexo:

- Homens: 61%
- Mulheres: 39%

Conclusão

Os parâmetros mais frequentes foram:

- Sexo: masculino.
- Região: sul de Espanha.
- Grau: ligeiro.
- Idade: 16 – 30 anos.
- Zona anatómica: cabeça/rosto.

BIBLIOGRAFIA

- ASO ESCARIO, José; COBO PLANA, Juan A. - *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir da Ley 34/3*. Elsevier-Masson, 2006.
- BOROBIA FERNANDEZ, César - *Valoración del daño corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007.
- BROUSSEAU, Serge; ROUSSEAU, Claude - *La réparation du dommage corporel, méthodologie en droit commun*. L'argus, 1983.
- CAROL, Joan - *Valoración del daño corporal en accidentes de tráfico y pólizas de seguros*. Atelier Libros, 2006.
- CRIDO DEL RÍO, Teresa - *Valoración médico legal del daño a la persona*. Madrid: Editorial Colex, 1999.
- FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA - *Valoración del Daño Corporal: latigazo cervical y perjuicio estético*. Editorial Mapfre, 2005.
- PERÉZ PINEDA, Blanc; GARCÍA BASQUEZ, Manuel - *Nuevo Manual de valoración y baremación del daño corporal*. 15.ª ed. Madrid: Editorial Comares, 2007.
- ROUSSEAU, Claude; FOURNIER, Claude - *Le livre du Capedoc: précis d'évaluation du dommage corporel en droit commun*. Paris: AREDOC-CDDC, [1989].

V - Quantum Doloris

Eugénio Laborda Calvo

"O que sabemos é uma gota de água; o que ignoramos é um oceano."

Isaac Newton

É importante considerar os danos que se experimentam como consequência das lesões sofridas, pela repercussão negativa que se expressam sobre a pessoa, com consequências a nível da afectividade, aptidão perante a vida, a nível moral.

O *quantum doloris*, dano moral ou sofrimentos padecidos; é o conjunto de sofrimentos padecidos pela vítima em consequência de lesões e sequelas (Gisbert 1991) e a sua avaliação permite a sua quantificação. Englobaria os danos físicos e, logicamente, as consequências ou a sua repercussão psíquica, assim como os sofrimentos morais.

Se falamos de Dano, devemos estabelecer uma classificação do mesmo, todas as vezes que tivermos de nos referir aos diferentes danos que terão de ser considerados; pelo que seguindo Llambías classificamos o dano:

1 - Pela sua causa.

Compensatório: compreende o prejuízo patrimonial provocado por um incumprimento da obrigação que se estima definitiva.

Moratório: pressupõe a execução final da obrigação e computa o detrimento patrimonial produzido pela demora em satisfazer a prestação pelo devedor.

2 - Pela sua relação com o danificado.

Comuns: são os que qualquer pessoa teria igualmente experimentado como consequência de incumprimento da obrigação.

Próprios: são os que sofre exclusivamente uma determinada pessoa pelas circunstâncias que lhe dizem respeito a ela.

3 - Pela sua ligação causal com a inexecução do devedor.

Por um lado são:

Imediatos: resultam invariavelmente do incumprimento do devedor, segundo o curso natural

e ordinário das coisas.

Mediatos: resultam somente da ligação do incumprimento do devedor com um acontecimento distinto.

Por outro lado são: **directos e indirectos**. Esta classificação tem, para o citado autor, um significado duplo que só joga no âmbito dos feitos ilícitos. Segundo um significado é **directo** o que sofre a vítima do feito ilícito nas coisas do seu domínio e posse; é **indirecto** o que se reflecte no seu património pelo mal causado à sua pessoa ou aos seus direitos e faculdades.

De acordo com o outro significado, adoptado pelo art. 1079, é **directo** o que padece a vítima do delito cometido, e **indirecto** o que experimenta qualquer outra pessoa distinta, lesionada num direito próprio.

4 - Em função da sua previsão pelas partes.

Estão **previstos** os que de facto contemplou o devedor a tempo de contrair a obrigação, e **imprevistos** os que se encontram na situação oposta.

São **previsíveis** os susceptíveis de previsão no tempo de se contrair a obrigação, e **imprevisíveis** os que não.

5 - Pela sua relação com a prestação devida.

São **intrínsecos** os que dizem respeito à prestação mínima que constitui o objecto da obrigação.

São **extrínsecos** os que sofre o credor noutros bens seus distintos do objecto da obrigação.

6 - Por motivo da sua efectividade.

Para Llambías, classificam-se em **actual:** é o detrimento patrimonial já ocorrido e que ainda subsiste sem reparação.

Futuro: é o que terá de sofrer necessariamente o flagelado num tempo ulterior, e é ressarcível

sim e pode desde já ser avaliado pecuniariamente.

Eventual: é o problemático ou conjectural, que pode ou não ocorrer, daí que não seja em princípio ressarcível.

Alterini classifica-os, segundo o critério em análises, em:

* **Actual ou presente:** é o já ocorrido no tempo em que se dita a sentença.

* **Futuro:** é o que ainda não sucedeu, apesar da sua causa geradora já existir. Pode ser certo, se se apresenta como indubitável ou com uma alta margem de probabilidade; e incerto, que é o eventual, hipotético ou conjectural.

7 - Em função do juro representado pelo cumprimento da obrigação.

Dano com juro positivo: engloba as perspectivas favoráveis que o credor podia legitimamente esperar como resultado do cumprimento da obrigação.

Dano com juro negativo: consiste no ressarcimento ao credor dos danos e prejuízos que não teria sofrido, se não se tivesse constituído a obrigação.

8 - Consoante a sua fonte pode ser.

Contratual: ocasiona-se pelo incumprimento de um contrato.

Extracontratual: emana da violação do dever geral de não danificar.

9 - Por último, para Alterini o dano pode ser.

Patrimonial: repercute no património, de forma directa ou indirecta. Compreende o

Dano emergente: perda sofrida.

Lucro cessante: lucro deixado de receber.

Extra patrimonial: caracteriza-se pela sua projecção moral, ou seja pelo feito gerador lesionar um direito subjectivo patrimonial ou extra patrimonial.

Para Llambías o **dano patrimonial** é o prejuízo que alguém sofre susceptível de apreciação pecuniária.

O **Moral** é uma lesão nos sentimentos, pelo sofrimento ou dor que padece a pessoa, não susceptível de apreciação pecuniária. Sustenta que o codificador se ocupa do agravamento moral, espécie do género dano moral, que consiste no sofrimento da pessoa pelo transtorno na sua segurança pessoal, ou pela ferida nas suas afecções legítimas, ou a experimentação do não gozo dos seus bens produzido pelo ofensor.

Llambías foi um acérrimo opositor à indemnização do dano moral; enquanto que Vázquez Ferreyra simplesmente sustém que o dano patrimonial é a lesão com um interesse jurídico dessa natureza, e se a lesão afecta um interesse espiritual ou extra matrimonial, o dano será moral.

A avaliação do *quantum doloris*, não é exclusivamente uma atribuição do médico; pelo que deverá fornecer os elementos necessários para que seja o juiz a estabelecer a indemnização, devendo demonstrar o nexu causal com o acidente sofrido e a objectivação do dano (Criado, 1994). O perito deve descrevê-los e não avaliá-los, uma vez que para a sua quantificação não existe qualquer tabela (Borobia, 2006). Em 1991, o Professor Gisbert assinalava que o perito médico deveria abster-se de quantificar este dano, por já estar valorizado antes ao determinar o prejuízo fisiológico. Trata-se de um dano de características subjectivas, o que dificulta a sua expressão e se encontra influenciado por circunstâncias externas, o que dificulta a sua avaliação. De acordo com diferentes autores, poderíamos afiançar que a dor se poderia estabelecer em função de diferentes elementos a considerar, graduando a sua intensidade, importância; o que facilitaria ao juiz o conhecimento dos critérios

médicos utilizados na avaliação, seguindo o esquema da Dra. Criado (1994):

- Características do acidente.
- Dor física no momento do acidente e posteriores.
- Lesões sofridas, número, importância.
- Características da dor.
- Sofrimento pelos tratamentos necessários.
- Estado anterior, idade, sexo.
- Sofrimentos como consequência da dor para a vítima.
- Esforços realizados para manter o posto de trabalho.

A metodologia de trabalho no médico está perfeitamente definida, o instrumento de trabalho que devemos utilizar com correcção: a história clínica. O nosso trabalho consiste em:

- Anamnesis, correcta, detalhada e minuciosa.
- Estudo das provas diagnósticas complementares.
- Estabelecer o Nexu de Causalidade, fundamental.
- Estado Anterior.
- Conhecimento da Lei, para facilitar todos aqueles elementos necessários para poder oferecer uma reparação justa do Dano.

Deve-se reparar o Dano sofrido, todo o Dano; mas só o Dano (C. Hernández Cueto).

Quando se estudam as lesões para proceder à sua avaliação devemos incluir:

- Estudos das lesões secundárias ao traumatismo sofrido.
- Estabelecer o Estado Anterior.
- Estabelecer o Nexu de Causalidade entre o facto traumático, as lesões e a situação resultante.
- Evolução que as lesões tiveram.
- Determinar a Estabilização Lesional.

- Estabelecer a situação final do paciente, a sua saúde, prejuízo final, até à evolução à situação de sequelas, com a avaliação objectiva das sequelas finais, anatómicas e funcionais.
- Estabelecer as consequências das lesões sobre as actividades que desenvolve habitualmente a pessoa lesionada, no mundo laboral, social, pessoal, familiar, de relação.

A avaliação do dano corporal é um acto médico completo; sujeito à praxis médica e igualmente às restantes actividades médicas, é baseada na relação médico paciente e na anamnesis como ponto crucial da história clínica; não sendo o pilar exclusivo da actividade avaliadora, há que acrescentar o restante da informação documental e exploratória, da qual se possa dispor.

Como Indicou o Professor Oliveira Sá: "a atitude detectivesca e policial por parte do perito não causa mais do que um dano à relação com o paciente, predispondo-o à desconfiança e ocultação da verdade muito mais do que uma relação de confiança na qual possa expor ao médico a sua visão do dano sofrido".

A avaliação deve ser realizada cingindo-se ao âmbito dos critérios genéricos.

A) Incapacidade Transitória ou Temporal; entendida como o período de tempo durante o qual o paciente está impedido de desenvolver as suas actividades habituais, sejam laborais ou não, ainda que seja importante a referência à profissão habitual, esta não é essencial. É a consequência inicial que o paciente sofre; as dificuldades para as actividades diárias habituais da sua vida quotidiana.

Determinar o período de Incapacidade Transitória, consistirá em estabelecer os dias compre-

endidos entre a data do facto lesivo e a data na qual se determina a sua alta ou estabilização definitiva. Sendo esta última a que pode colocar problemas na sua determinação; deve ser a data da alta? A data da cura? A data de estabilização?

Por definição é necessário estabelecer que a Incapacidade Transitória existirá enquanto o quadro lesional possa continuar a evoluir, forem possíveis as actuações médicas para a sua atenuação ou melhoria clínica; finalizando quando se tiver alcançado o máximo de recuperação ou não seja possível nenhuma actuação médica curativa, não as de finalidade paliativa; independentemente de se ter podido obter a recuperação anatómica e funcional ou não. Ou seja, permanecerá enquanto o paciente for susceptível de receber assistência facultativa recuperadora.

Pode estabelecer-se que a cura se produz quando: não são necessárias mais assistências sanitárias. Quando alcançou a maior recuperação funcional possível e se encontra o mais semelhante possível ao seu estado antes do acidente. Quando se pode reincorporar a sua actividade laboral habitual sem limitações para a lesão que ocasionou a I.T.

B) Invalidez Permanente; entendendo que se deve compreender todas as actividades da pessoa com antecipação ao facto lesivo; deve-se planear quando a recuperação não tiver alcançado a reparação completa anatómica ou funcional, existindo de forma residual uma situação que ocasiona um estado de incapacidade, afectando um ou alguns aspectos da vida do paciente. Fazendo referência a que a sua capacidade laboral pode estar afectada, quando se encontra em idade laboral, referindo tanto a limitação

sobre a capacidade laboral genérica como sobre a capacidade laboral específica; possa resultar. Independente da idade laboral, há que referir as alterações que se desenrolaram no aspecto da vida familiar, social, sexual, ócio, actividades da vida quotidiana.

C) Sequelas; consiste na evolução do estado geral e as suas consequências sobre a vida da pessoa; daí derivam uma série de afecções sobre a saúde, tanto física como psíquica, ou sobre a integridade corporal. É a demonstração da perda experimentada pelo paciente. Sendo a sua única possibilidade compensatória o ressarcimento económico, pelo que é necessário atribuir um valor económico, o que dá lugar ao nascimento das tabelas.

Para assegurar a equidade da indemnização torna-se indispensável medir esse **Prejuízo Sexual** e saber como **Quantificá-lo**. Tratando de diminuir a presença de critérios subjectivos de avaliação.

Medir é uma das actividades fundamentais do médico avaliador. Permite **Avaliar, Qualificar e Dar elementos de juízo** para quem tenha que tomar decisões.

O uso de uma **Tabela** é um acto de **Medir**, que pretende oferecer uma solução ao problema da quantificação económica de danos corporais, cuja reparação sem instrumentos pode ser causa de arbitrariedades, levando a quantia das indemnizações a variar criticamente. A avaliação livre, sem uma Tabela, pode implicar um perigoso risco de parcialidade.

A necessidade de individualizar as indemnizações dos lucros cessantes, vinha exigida por diversos princípios constitucionais, como o da igualdade, o do respeito ou da dignidade da pessoa e o de protecção à saúde estabelecido pelo

artigo 32 da Constituição italiana (J. Bermúdez). O **dano biológico** (invalidez pessoal) exclui toda a referência às repercussões profissionais (invalidez profissional) que devem ser quantificadas aparte. Pelo que o **Prejuízo Sexual** se deveria configurar, juridicamente, como um dano autónomo, que pode incidir tanto sobre o dano material, como sobre o dano moral; pelo que se deveria distinguir cuidadosamente para impedir uma dupla indemnização. Como **Dano da Integridade** da pessoa, independente dos danos anátomo-funcionais e psíquicos, o **Prejuízo Sexual** deveria fazer parte junto daqueles, do **Dano Biológico**, que é o dano básico, do qual derivam os demais danos patrimoniais e extra patrimoniais.

É igualmente necessário fazer referência aos aspectos concretos, à individualização do dano, à apreciação das consequências do dano experimentado sobre as características e circunstâncias concretas de cada pessoa; realçando a avaliação do Prejuízo Profissional, pela diminuição da capacidade de desfrutar dos prazeres da vida, a impossibilidade ou dificuldades na procriação, as alterações, dificuldades ou impossibilidade na vida de relação social, o Prejuízo Juvenil, o de longevidade.

Se nos centrarmos no conceito da Avaliação, temos de nos perguntar, como medi-los? Como avaliá-los?

A metodologia que se segue para a avaliação dos prejuízos, compreende normalmente:

1. Descritivo
2. Qualitativo.
3. Quantitativo.

1 - Descritivo. Exposição minuciosa das alterações produzidas. Explicando a sua existência e o mecanismo fisiopatológico da produção

Olivier e Rousseau (1987), Daligand e cols (1989), Criado del Río (1999); porque provada a sua existência é necessário ter em conta na indemnização, Filpo (1992). Deve-se valorizar a sua importância determinada pela idade, sexo, estado civil, estado anterior; ou seja, factores do tipo pessoal. O perito analisará a história clínica e a evolução experimentada pelo paciente até à estabilização lesional, descreverá as repercussões, sobre a dor física, psíquica, moral, indicando os critérios nos quais se baseou.

Indicará quais são as actividades da vida diária que foram afectadas, limitadas ou anuladas, pelas lesões sofridas, se é uma deformação temporal ou definitiva. Que tipo de actividades foram afectadas e porquê. Trata-se de avaliar a limitação real das actividades da vida quotidiana e das actividades de ócio e de prazer; seguindo o esquema (tabela IV do R.D. legislativo 8/2004) da incapacidade laboral permanente relacionado com o âmbito da vida quotidiana.

- Avaliação do prejuízo funcional derivado da lesão e a sua sequela.
- Estudo das exigências psicofísicas.
- Repercussão do défice fisiológico, do paciente para as actividades da vida.
- Situação residual perante as actividades da vida, ócio e relação, capacidade residual.
- Aptidão para realizar outras actividades.
- Afectação da capacidade para realizar actividades da vida de relacionamento no futuro.

2 - Qualitativo. Expressar o grau de prejuízo, mediante um qualificativo, podendo utilizar escalas qualificativas. Método qualitativo ou escalas qualificativas ou numéricas. É difícil, ou mesmo impossível, a quantificação objectiva do conjunto de sofrimentos padecidos, não sendo sequer uma

obrigação do perito médico, optou-se por assimilar o dano a um adjectivo, qualificativo ou um número. As escalas não são muito precisas e estão sujeitas a interpretações.

Adquire maior importância, ao considerar que o uso destas escalas qualificativas para valorizar a importância do dano na vida da relação, limita-se exclusivamente à dificuldade para desenvolver as actividades da vida de ócio, prazer, tempos livres e relacionamentos (Criado 1999).

- Nulo, muito ligeiro, ligeiro, moderado, importante, muito importante (Le Guet 1973).
- Muito ligeiro, ligeiro, moderado, médio, considerável, importante, muito importante (Oliveira Sá, 1979 e 1990).
- Nulo, muito ligeiro, ligeiro, moderado, médio, bastante importante, importante e muito importante (Associação Geral de Companhia de Seguros, contra Acidentes Francesa, 1991; Lambert-Faivre 1996).

As escalas englobam-se em dois grupos (C. Hernández 1986).

A) Escala Qualificativa; A que qualifica mediante um adjectivo. Existem várias como a da Mapfre 1990, que dividia em ligeiro, moderado e importante o que se traduzia numa elevação da indemnização de 4%, 8% e 12%, a da Muller, destacando quatro possibilidades:

- Dor Pouco Importante, não produz incapacidade.
- Dor Moderada, alguma incapacidade.
- Dor Importante, produz incapacidade.
- Dor Muito Importante, produz incapacidade, anula a actividade.

B) Métodos Numéricos; Consistem na atribuição de um número pela intensidade da dor. Thierry e Nicourt estudaram diferentes tipos de

lesões estabelecendo uma classificação. Na actualidade, a mais aplicada é a escala de sete graus (numérica e qualificativa) estabelecida em França pelo Ministério da Justiça em 1971.

- < 1. Mínimo
1. Muito ligeiro ou muito leve (1/7)
 2. Ligeiro ou leve (2/7)
 3. Moderado (3/7)
 4. Médio (4/7)
 5. Considerável ou bastante importante ou grave (5/7)
 6. Importante ou grave (6/7)
 7. Muito importante ou muito grave (7/7)
- > 7. Considerável

Para facilitar o trabalho, em 1982, Barrot propôs transformar os sete graus numa percentagem.

- | | |
|---|------|
| 0. | 0 % |
| 1. Muito ligeiro ou muito leve (1/7) | 14% |
| 2. Ligeiro ou leve (2/7) | 29% |
| 3. Moderado (3/7) | 43% |
| 4. Médio (4/7) | 58% |
| 5. Considerável ou bastante importante ou grave (5/7) | 73% |
| 6. Importante ou grave (6/7) | 88% |
| 7. Muito importante ou muito grave (7/7)..... | 100% |

Begue-Simon reúne os dois métodos para avaliar o dano nos elacionamentos. Valorizam-se os déficits funcionais e a sua repercussão sobre questões relativas às actividades da vida quotidiana e da relação. Avaliam-se numa escala de cinco graus ao que corresponde uma percentagem.

- | | |
|--|------|
| 1. Possível ou normal | 0 % |
| 2. Incómodo ou lento | 25% |
| 3. Necessidade de ajuda técnica | 50% |
| 4. Necessidade de ajuda por uma pessoa | 75% |
| 5. Impossível | 100% |

3 - Quantitativo. Consiste em expressar mediante uma percentagem ou grau de déficit funcional do paciente. Totalmente descartado, Rousseau e Fournier 1990.

BIBLIOGRAFIA

- BERMÚDEZ, Jorge - *Valoración del Daño Estético por Cicatrices*. <http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/externo/jb-1.htm>.
Dezembro 2007.
- CRIADO DEL RÍO, Teresa - *Valoración médico legal del daño a la persona*. Madrid: Editorial Colex, 1999.
- HINOJAL DA FONSECA, Rafael - *Daño Corporal: Fundamentos y Métodos de Valoración Médica*. Oviedo: Editorial Arcano Medicina, 1996.
- HINOJAL DA FONSECA, Rafael - *Manual de Medicina Legal Toxicología y Psiquiatría Forense*. Oviedo: Editorial Arcano Medicina, 1997.
- GÓMEZ POMAR, Fernando - *Daño Moral*. InDret Revista per a l'anàlisi del Dret. nº 1 (2000).
- MARAÑÓN, Gregorio - *Ensayos sobre la Vida Sexual*. Espasa Calpe, 1969.
- MARGEAT, Henri - Le préjudice sexuel: une brève exploration dans les banques de dones juridiques. *Revue française du dommage corporel*. Paris. Vol. 12, nº 1 (1986), p.79-85.
- MAZA MARTIN, José Manuel - La reparación del perjuicio patrimonial y del menoscabo material (daño emergente y lucro cesante) vinculados al daño corporal. *III Congreso Nacional de la Asociación Española de Abogados especializados en Responsabilidad Civil y Seguro*. Salamanca, 2003.

VI - A Avaliação das Sequelas Sinérgicas e Não Sinérgicas da Tabela Portuguesa no Direito Civil

César Borobia Fernández

CONCEITO E DEFINIÇÃO DE SINERGIA

Pode entender-se por sinergia a integração de vários elementos que oferecem um resultado melhor do que a soma da acção de cada um deles. Numa linguagem mais coloquial, diz-se que os elementos se potenciam. Dito de outro modo, o resultado da acção dos elementos é maior do que aquele que se esperaria se se juntassem isoladamente.

Etimologicamente, a palavra sinergia procede do grego *synergia*, que significa cooperação.

No campo da avaliação, o conceito mais claro poderia ser o da associação de dois ou mais órgãos ou sistemas que dão lugar a uma melhor função, de modo que, aproveitando-se das funções de cada um deles, estas se maximizam dando um resultado maior do que o de cada um deles individualmente.

O exemplo mais conhecido da sinergia é o dos relógios analógicos, nos quais os elementos dos mesmos, todos elaborados a partir de peças metálicas, rubis e cristais, por si mesmos não têm uma função clara, mas quando colocados nos seus lugares transformam-se numa ferramenta

muito útil na vida quotidiana.

O dicionário da Língua Espanhola da Real Academia Espanhola (Madrid, 1992) define a sinergia, na sua primeira acepção, como a *acção de duas ou mais causas cujo efeito é superior à soma dos efeitos individuais*. Na sua segunda acepção, dedicada à fisiologia, é definida como o *concurso activo e concertado de vários órgãos para realizar uma função*. Esta segunda definição, se bem que formal e real, é de relativa utilidade para o tema em desenvolvimento neste artigo, dado que o que se analisa não é a função em si mesma, mas a soma dos componentes que nela intervêm; por isso, parece conveniente ampliar a dita definição no seguinte sentido:

Dentro do campo da avaliação, entende-se por sinergia o concurso activo e concertado de vários elementos (órgãos, aparelhos e/ou sistemas) que realizam uma função com uma eficácia superior à que corresponderia a soma de cada um deles se considerados individualmente.

ANTECEDENTES GERAIS

A sinergia pode ser contemplada no ambiente da teoria geral de sistemas que foi desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy (nasceu a 19 de Setembro de 1901 em Viena e faleceu a 12 de Junho de 1972 em Nova Iorque). Nesta teoria, a forma mais simples de explicar o termo sinergia é examinando um objecto ou ente tangível ou intangível e se, *ao analisar uma das partes isoladamente, esta não dá uma explicação relacionada com as características ou a conduta deste, então está a falar-se de um objecto sinérgico.*

Esta ideia básica sobre a sinergia é demasiado elementar para explicar este efeito quando se fala de aparelhos ou sistemas do corpo humano; no entanto, seria útil para explicar a acção das distintas organelas numa célula.

Quando se pensa no efeito sinérgico das articulações do membro superior, as acções do cotovelo, do ombro e do pulso têm uma explicação em si mesmo e intui-se, com uma certa facilidade, que os movimentos de flexão são os que favorecem o levar a mão à cara, sendo esta a acção mais importante da extremidade superior.

CLASSIFICAÇÃO DE ELEMENTOS CONSTITUINTES DA SINERGIA

Uma classificação útil para este capítulo, ainda que não completa, seria a seguinte:

- A nível molecular
- A nível dos tecidos
- A nível dos órgãos
- A nível de aparelhos e sistemas
- A nível da pessoa
- A nível social

Alguns exemplos deles seriam os seguintes:

- Os níveis de Cl e NA na manutenção da permeabilidade da membrana
- O complexo das quatro cadeias polipeptídi-

cas (globinas) e o complexo hem (com o seu átomo de ferro) na formação da Hb

- A distribuição das células de Schwann na condução nervosa
- As medidas e distâncias da córnea e o cristalino na vista
- A distribuição dos otólitos no labirinto
- A vida de relação se não se mantêm os três anteriores
- A distribuição das vértebras na coluna vertebral
- A função manual
 - Primeiro dedo
 - Dedos longos

Outros exemplos, muito ilustrativos, encontram-se na farmacologia. Assim, por exemplo, é necessário recordar que as interacções entre dois fármacos nem sempre são em sentido negativo, ou seja, nem sempre se manifestam como a diminuição do efeito de um pela presença de outro, mas frequentemente as respostas dos mesmos pode acrescentar-se em vez de se inibir e isso compreende duas possibilidades:

- **Sinergismo de Soma:** Refere-se ao facto dos dois fármacos implicados na resposta terem actividade por si só, a qual se soma ao estarem ambos presentes para produzir um efeito que é a soma dos efeitos individuais. Geralmente apresenta-se quando os mecanismos de produção do efeito de cada fármaco são diferentes. Como exemplos há que recordar o uso concomitante de agonistas adrenérgicos e antagonistas muscarínicos; ambos são capazes de produzir taquicardia, que se manifesta em presença dos dois de forma mais intensa (soma dos efeitos).
- **Sinergismo de Potenciação:** Um dos fármacos apresenta actividade intrínseca, ou seja, é capaz de produzir o efeito; o outro fármaco é capaz de "ajudar" a que esse efeito se realize mais

facilmente, mas por si só, não possui actividade. Exemplo: O uso de penicilinas juntamente com inibidores da beta-lactamase, tendo em conta que esta última, isolada, não daria lugar a um efeito notável, mas esta substância será capaz de fazer com que as penicilinas actuem mais favoravelmente (ao evitar serem destruídas pelas beta-lactamase que geram as bactérias) e potenciando-se deste modo a acção das penicilinas. O resultado final é que a acção destes dois fármacos, em conjunto, é maior do que a soma da acção dos mesmos.

ANTECEDENTES DE SINERGIA NAS TABELAS

Tentar realizar uma tabela tendo em conta a sinergia é muito difícil, se não impossível. As tabelas futuras não valorizarão as "partes" do corpo humano, ou seja, não valorizam os tecidos, nem os órgãos, nem os sistemas. Valorizar-se-á a repercussão do deficit no seguinte escalão, ou seja, a pessoa (que não o homem) como parte integrante de um sistema.

Os antecedentes destas questões sobre a sinergia remontam às *tabelas francesas de acidentes de trabalho*. Nos anos 60, em França e relacionado com o acidente de trabalho, teve-se em conta a possibilidade de soluções diferentes para casos distintos (Cotte e Garon, 1964). Deste modo:

- Nos casos em que existam sequelas múltiplas derivadas do mesmo acidente e com funções distintas e não sinérgicas, recomendava-se não realizar uma soma do valor das sequelas, mas antes calcular as taxas sucessivas em função da capacidade restante. No entanto, recordava-se que esta redução é indicativa e que o perito devia ter em conta as considerações fisiológicas e clínicas ajustadas ao caso em concreto.
- Nos casos em que as sequelas participam de uma mesma função (sequelas sinérgicas) devem distinguir-se:

- Aqueles casos que afectam diversos aspectos de uma mesma função. Por exemplo, uma fractura da cabeça umeral pode dar lugar à limitação de movimentos, a dor articular e a uma perda de potência muscular. Neste caso, as três sequelas não podem ser consideradas como independentes mas como as derivadas de um só sucesso.

- Aqueles casos que afectam distintos aspectos de uma mesma função. Por exemplo, sequelas dos dois membros inferiores e que inter-vêm na deambulação.

- Aqueles casos em que existem múltiplas sequelas sinérgicas que afectam uma mesma função. Nestes casos, propõe-se uma taxa global tomando como referência uma taxa pivot (perda da visão, perda da audição, amputação de membros, ...) e avalia-se a capacidade restante.

• Casos particulares:

- Sequelas múltiplas dos membros superiores. Em geral, quando se tratam de sequelas de vários segmentos, aplicaria-se-ia a regra do cálculo da capacidade restante, ou seja, a fórmula redutora. No entanto, Mazel e Devaux (1948) indicavam a necessidade que as sequelas bilaterais de membros superiores pressupõem uma limitação superior à soma das taxas parciais, dado que os membros superiores suprem as deficiências de cada um deles com o saudável.

Mayet e Rey (1960) propunham duas fórmulas

Fórmula 1

$$\text{Taxa final} = t_1 + t_2 + t_2/5$$

t_1 = taxa correspondente à primeira sequela

t_2 = taxa correspondente à primeira sequela

Fórmula 2

$$\text{Taxa final} = t_1 + t_2 + (t_1 + t_2)/10$$

t_1 = taxa correspondente à primeira sequela

t_2 = taxa correspondente à primeira sequela

Na primeira fórmula, a reavaliação que se atribui à sequela consiste em acrescentar à soma das duas sequelas um quinto da segunda. Na segunda fórmula a reavaliação consiste em acrescentar 10% ao resultado da soma das duas sequelas.

A ideia da sinergia nos dedos das mãos é a mesma; no entanto, os distintos autores citados pensam que a taxa existente na tabela oficial¹ para as sequelas dos dedos da mão incluem os possíveis incrementos da sinergia; questão que se pensa ser correcta considerando as taxas excessivamente elevadas das amputações dos dedos.

| | |
|----------------------|-----|
| Todo o primeiro dedo | 35% |
| Todo o segundo dedo | 14% |
| Todo o terceiro dedo | 14% |
| Todo o quarto dedo | 6% |
| Todo o quinto dedo | 8% |

Por essa razão Mazel e Devaux propõem uma taxa de desavaliação de acordo com a seguinte fórmula

Fórmula 3

$$\text{Taxa final} = t_1 + t_2 - t_2/4$$

t_1 = taxa correspondente à primeira sequela

t_2 = taxa correspondente à primeira sequela

◦ Sequelas múltiplas dos membros inferiores. O raciocínio é similar ao dos membros superiores; neste caso a explicação da sinergia dos membros inferiores em actividades da vida quotidiana, tão elementares como a deslocação, é muito evidente e não necessita de esclarecimento. No entanto, tanto Balthazard² (Fórmula 4) como Mazel e Devaux (Fórmula 5) propõem uma taxa de desavaliação e não de reavaliação, como poderia pensar-se, mas que fazem diminuir a segunda sequela à metade ou a um terço respectivamente.

Fórmula 4

$$\text{Taxa final} = t_1 + t_2/2$$

t_1 = taxa correspondente à primeira sequela

t_2 = taxa correspondente à primeira sequela

Fórmula 5

$$\text{Taxa final} = t_1 + t_2/3$$

t_1 = taxa correspondente à primeira sequela

t_2 = taxa correspondente à primeira sequela

Recentemente, neste século XXI, a *tabela europeia* comporta-se como inovadora e audaz ao tentar avançar sobre os problemas que apresentam as tabelas clássicas (das quais as modernas copiam) em virtude de não terem em conta a sinergia. Nesta, pode ler-se no preâmbulo e, mais concretamente, na secção correspondente ao modo de utilização da tabela europeia, a seguinte frase:

¹ Convém recordar que se trata da tabela oficial de acidentes de trabalho e doenças profissionais francesa.

² Citado no artigo de Mazel e Devaux.

No caso de sequelas múltiplas, a taxa global não se obtém automaticamente da soma das taxas das mesmas; o seu cálculo será distinto em função das sequelas participarem da mesma função (sequelas sinérgicas) ou não sejam estas sinérgicas. A tabela não contém nenhuma fórmula pseudo-matemática, mas precisa de sentido clínico, de senso comum e do realismo do médico avaliador:

- No caso de lesões simultâneas a diversos níveis do mesmo membro ou órgão, a taxa global não é a soma das taxas isoladamente, mas a que corresponde ao total da função e/ou sinergia perdida; esta taxa não poderá superar a perda total do membro ou do órgão.
- Se se tratam de lesões simultâneas sinérgicas que afectam os membros ou órgãos diferentes, a avaliação será a da perda global da função.
- No caso de invalidezes múltiplas não sinérgicas, a taxa global não poderá superar a soma das taxas isoladas, já que, de outro modo, se poderia superar com frequência o patamar dos 100%, quando na realidade o lesionado conserva certa capacidade. Portanto, haverá que comparar o estado da vítima com situações clínicas cujas taxas de AIPP sejam conhecidas. É obrigatório explicar a situação concreta cujo polimorfismo não pode ser reduzido à abstracção de uma taxa isolada do contexto global.

Em concreto, na secção capítulo III – SISTEMA OSTEOARTICULAR, no início do mesmo, volta-se a fazer um comentário sobre a sinergia em geral; pode ler-se:

- Já que se trate de uma articulação ou de outra parte do membro afectado, a taxa

global não é a soma das taxas isoladas mas a correspondente à resultante da repercussão sinérgica. Assim, a soma das percentagens que correspondem à anquilose numa posição correcta de todas as articulações de um membro, não pode superar o valor atribuído à perda total anatómica ou funcional do dito membro.

Igualmente, na secção B-MÃO, em referência à correcta avaliação da mão, pode ler-se:

Para a correcta avaliação da limitação da mão, o perito deverá efectuar um estudo pormenorizado da mesma. Posteriormente, deverá comprovar se os resultados do seu estudo se corroboram com a capacidade para a realização das seis pinças e presas fundamentais (veja-se a figura mais abaixo). Se assim não acontecer, deverá procurar a origem da falta de coincidência e, se for o caso, corrigir a taxa de AIPP, tendo em conta que o limite absoluto constitui a perda de valor dos dedos afectados.

Em várias outras secções estabelecem-se regras para a sinergia; vale, a título de exemplo, o indicado no artigo 35.2.c dedicado à amputação de vários dedos longos:

A soma aritmética das taxas unidigitais não tem em conta a sinergia entre os dedos. Esta sinergia difere em função do número de dedos em questão:

- Lesão de 2 dedos: somar-se-á à taxa 45%;
- Lesão de 3 dedos: somar-se-á à taxa 65%;
- Lesão dos 4 dedos: somar-se-á à taxa 45%.

É obrigatório citar, nesta secção, o trabalho realizado por um grupo de trabalho da UCM para o Ministério da Saúde e Consumo, relacionado com uma *tabela de danos sanitários* no qual se estudam com um certo detalhe estas questões da sinergia, não somente nas extremidades mas também no sistema nervoso periférico. Nesta tabela, tomou-se como referência no estudo de avaliação as actividades da vida quotidiana. Em concreto, e como um pequeno exemplo, nas normas sobre a sinergia dos dedos pode ler-se:

- *No caso da amputação do primeiro dedo e de um ou mais dedos longos acrescentar-se-á 3% ao valor dos mesmos.*
- *No caso de amputação de mais do que um dedo longo (conservando-se o primeiro) acrescenta-se 1% ao valor dos mesmos*
- *A soma das perdas parciais ou totais dos dedos não poderá superar a AIPF (Alteração da Integridade Psico-Física) de 20% do valor da mão ou de 22% se esta não tiver a possibilidade de colocar uma prótese funcional.*

Na amputação da mão, pode ler-se:

- *Sem possibilidade de prótese funcional 22%*
- *Com possibilidade de prótese funcional 20%*

Na amputação do dedo primeiro, pode-se ler:

- | | |
|---------------------------|----|
| • <i>Todo o raio</i> | 6% |
| • <i>As duas falanges</i> | 5% |
| • <i>A falange distal</i> | 2% |

A tabela foi concebida de forma a que a soma da amputação dos cinco dedos (primeiro dedo incluído) mais o valor atribuído à sinergia, que neste caso tem que se acrescentar 3% + 1%,

resulta numa taxa que corresponde à amputação da mão.

TABELA PORTUGUESA

A tabela portuguesa para o direito civil actualiza a tabela europeia em algumas secções, corrige alguns capítulos da mesma e concretiza certos aspectos da sinergia que, no seu antecessor, ficavam somente na ideia. As normas sobre a sinergia podem ser observadas, sobretudo, nas instruções gerais e na secção dedicada ao sistema músculo-esquelético.

INSTRUÇÕES GERAIS

1. *A pontuação que se atribui a cada sequela, ...*

Esta primeira instrução da tabela não estabelece nenhuma norma relacionada com a sinergia

2. *Cada sequela deverá ser valorizada uma só vez, ainda que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos da tabela, excepção feita à avaliação do dano estético. Não se valorizam as sequelas que se encontrem incluídas ou derivem de outras, ainda que se encontrem descritas de forma independente.*

Nesta instrução há que destacar que ao falar de "sintomatologia" se está a fazer referência a manifestações clínicas, o que implica uma amplitude da avaliação mais ampla do que a descrição anatómica ou anatomofuncional. Pode pensar-se que o paciente, na sua sintomatologia, descreva aspectos relacionados com a sinergia.

3. Nos casos de sequelas múltiplas sinérgicas, ou seja, as que se dirigem para uma mesma função, realizar-se-á uma soma aritmética da pontuação de cada uma das sequelas, ajustando o seu valor final, por comparação, com a pontuação mais elevada que corresponda à perda total da função ou do órgão do qual procedem, a qual não poderá ser superada.

Nesta instrução estabelece-se uma taxa pivot (P) ou taxa que não pode superar-se, que corresponde à máxima perda que se atribui à função ou ao órgão no qual se encontra incluída a sequela.

Estabelece-se, além disso, um princípio de sinergia sem que esteja acompanhado de uma instrução concreta de aplicação da mesma. O princípio no qual se baseia é o seguinte:

$$|Sa + Sb| > |Sa| + |Sb|$$

Sa = primeira sequela

Sb = segunda sequela

Dito de outra forma, o valor absoluto da soma das duas sequelas é superior à soma dos valores absolutos de cada uma delas e, por sua vez, o valor absoluto da soma das duas sequelas é inferior à taxa pivot

$$|Sa + Sb| < P$$

Esta norma deveria cumprir-se para qualquer situação, independentemente do número de sequelas a estudar,

$$|Sa + Sb| + \dots + |Sn| < |Sa| + |Sb| + \dots + |Sn| < P$$

No entanto, esta regra não se cumpre sempre que há várias sequelas porque obrigaria a diminuir o valor das pequenas sequelas, questão esta que, socialmente, não seria aceite.

4. Nos casos de sequelas não sinérgicas, ou seja, as que se correspondam com órgãos(s) e/ou função(ões) distintas e com afectação global de órgão(s) ou função(ões), o perito deverá optar pela pontuação da sequela equivalente à perda dos órgão(s) e/ou da(s) função(ões) derivadas. A pontuação obtida será necessariamente inferior à soma aritmética das pontuações obtidas.

Esta instrução está transcrita de tal maneira que se presta à confusão. É possível que se rectifique num período curto de tempo. Faz referência ao que se poderiam denominar *sequelas distantes ou sequelas afastadas* e a sua utilização está justificada naqueles casos em que duas ou mais sequelas, relacionadas entre si mas não directamente, se ocupam de uma mesma função. Um exemplo seria lesões neurológicas dos membros superiores, que impediram a mobilidade do cotovelo, e sequelas articulares que impeçam o movimento da dita articulação. Realmente as lesões neurológicas impediriam a mobilidade do cotovelo por perda da acção muscular, mas seria diferente do que se a articulação não se movesse porque existiam choques articulares; tratar-se-iam, portanto, de duas sequelas distintas que actuam sobre a mesma função; consequentemente, nestes casos, o valor absoluto da taxa final é inferior à soma dos valores das taxas de cada sequela

$$P > |Sa| + |Sb| > |Sa + Sb|$$

P = Taxa pivot

Sa = primeira sequela

Sb = segunda sequela

5. Quando no âmbito da avaliação de sequelas múltiplas, não sinérgicas, não seja possível proceder da forma assimilada no ponto anterior, o perito deverá recorrer à utilização do cálculo das restantes capacidades (regra de Balthazard).

Nos casos em que as sequelas não tenham nenhuma relação entre si ou esta seja sumamente afastada, aplicar-se-á a fórmula das incapacidades restantes ou, mais conhecida como, fórmula de Balthazard.

III Sistema músculo-esquelético

Quando existir mais do que uma sequela numa mesma articulação ou num mesmo membro, a pontuação global será a soma das pontuações acrescida do resultante da sinergia.

Nesta instrução capitular, ou seja, dedicada a uns determinados capítulos e não a toda a tabela, não se estabelece a norma geral de actuação no sistema músculo-esquelético, mas indica-se a obrigação de levar em consideração a sinergia. Subentende-se que se aplique esta regra quando as sequelas forem sinérgicas.

Contemplam-se normas concretas sobre a sinergia no membro superior em geral, na mão e nas doenças derivadas ou complicadas depois do traumatismo (f. Outros quadros sequelares).

a. Membro superior. Nesta secção da tabela pode ler-se que: *No caso de existir um compromisso conjugado das articulações do ombro, cotovelo e pulso, não sendo possível levar a mão ao pavilhão auricular homolateral, a região interglútea e a crista ilíaca contralateral, a pontuação a atribuir terá em conta o estudo das sinergias destas articulações,*

que deverá variar entre 15 e 24, e não devem considerar-se as pontuações correspondentes a cada uma das articulações afectadas.

É uma das poucas ocasiões em que o estudo da sinergia se baseia em actividades funcionais, e não anatomofisiológicas, que têm repercussão nas actividades da vida diária. O objectivo da avaliação é que o lesionado possa:

- Levar a mão ao pavilhão auricular homolateral
- À região interglútea
- À crista ilíaca contralateral

Consequentemente, o perito não terá que se fixar nos arcos de movimento perdidos nas articulações comprometidas (ombro, cotovelo e pulso); terá de se fixar na possibilidade de que o lesionado possa ou não realizar esses actos, sendo bem entendido que se pode realizá-los não se terá em conta este método de avaliação. Neste último caso, ter-se-á que aplicar a avaliação segundo os quadros dedicados à rigidez/ankylose e ao cálculo da limitação de movimentos.

Quando se aplica este método, ou seja, quando não se possam realizar as três actividades descritas, a taxa oscilará entre os 15 e os 24, tendo em conta que 15 pontos corresponde, aproximadamente, ao mínimo da soma das taxas correspondentes à metade do arco de percurso do ombro, pelo cotovelo e pelo pulso.

O problema que pode surgir no futuro poderá ser derivado do lesionado conseguir realizar duas funções e não poder realizar a terceira. Surgirá a dúvida se este método será de aplicação. Na minha opinião, é uma

questão pericial que dependerá do senso comum de quem realize a exploração. Não se trata de uma questão puramente matemática, mas de uma questão funcional; se um lesionado não pode realizar duas das funções indicadas e, de certeza com dificuldade pode realizar a terceira, o lógico é que este método seja aplicado. Se, pelo contrário, o lesionado puder realizar correctamente duas das funções e não puder executar uma delas, o lógico é que se aplique o método geral.

b. Mão. Na secção da mão lê-se que: *A prensa constitui a principal função da mão, da qual depende a eficácia das pinças (finas e grossas), juntamente com a mobilidade e sensibilidade dos dedos. O exame objectivo da mão deverá ter em conta a possibilidade de realização das principais modalidades das pinças (Fig. 1).*

No caso de sequelas múltiplas, nas quais a utilização da tarefa possa não ser adequada à situação real, pode justificar-se uma correcção da pontuação da incapacidade permanente proposta tendo em conta as repercussões funcionais e as limitações das actividades da vida diária, tendo como limite superior o valor da perda do segmento afectado.

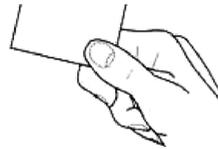
Quando existir um intervalo para a pontuação proposta ter-se-á em conta, entre outros aspectos, o lado dominante e/ou o prejuízo funcional para as actividades da vida diária.



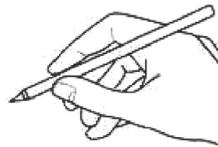
Pinça de utilidade



Pinça polegar-indicador pulpo-pulpar



Pinça polegar latero-digital



Pinça polegar tridigital



Pinça em gancho



Pinça esférica

A importância da sinergia dos cinco dedos da mão pode ser apreciada nos desenhos das seis funções mais importantes que aparecem no quadro anterior e nos quais se podem observar, por exemplo, que no fecho do punho são os dedos primeiro e quinto os que "fecham" a presa, podendo prescindir-se de um dos dedos segundo, terceiro ou quarto (mas não dos três ao mesmo tempo). No entanto, para as pinças finas entre os lóbulos e as pinças laterais, o primeiro dedo, o opositor, é o mais importante, não podendo ser suprido por nenhum outro; o segundo e o terceiro

dedo seguem-lhe em importância, sendo menos úteis (salvo reabilitação apropriada) os dedos quarto e quinto. Por outro lado, não se pode esquecer que a sensibilidade da extremidade interna da mão se encontra no raio do quinto dedo, sensibilidade essa que é mais importante do que as laterais dos dedos terceiro e quarto. Tudo isso deve ser recordado e ser tido em conta no momento de realizar uma avaliação da mão e, tomando como padrão as sequelas correspondentes (a partir da Mb0301 até à Mb0444) trata-se de ajustar a sinergia perdida e a sinergia mantida seguindo as regras pertinentes.

Não se especifica exactamente, mas subentende-se que as actividades da vida diária sobre as quais o perito deve basear-se no estudo da sinergia das mãos são as pinças que aparecem no quadro, tendo como limite na avaliação da taxa a perda do segmento afectado, correspondendo estes com as amputações dos dedos:

- Amputação 1.º dedo ≤ 20 pontos
- Amputação 2.º dedo ≤ 8 pontos
- Amputação 3.º dedo ≤ 8 pontos
- Amputação 4.º dedo ≤ 5 pontos
- Amputação 5.º dedo ≤ 5 pontos

No caso da perda das pinças ser devida a vários dedos, a taxa pivot ou taxa máxima corresponde-se com a máxima taxa pela amputação da mão, ou seja, com 40 pontos.

Mão. Rigidez

Igualmente, na secção da mão e em relação à rigidez, volta a levar-se em consideração a sinergia, quando disse o seguinte: *Quando existam sequelas em mais de um dedo e entre elas exista um efeito sinérgico, na avaliação ter-se-á em conta, no caso da pinça fina, que um dos dedos*

terá que ser o polegar. Se se valorizar a amputação dos dedos, o valor dos dedos, tendo em conta a sinergia, será superior à soma aritmética dos dedos amputados e inferior à perda da mão.

Na secção da mão, considera-se a importância do primeiro dedo perante os demais, sobretudo na utilização da pinça fina, ou seja, naquela em que a oposição do primeiro dedo é muito importante.

Estabelece as taxas pivot para as amputações dos dedos, tendo em conta a sinergia entre eles, utilizando o mesmo pensamento que o descrito nas instruções gerais, ou seja:

$$P_m > |A_a + A_b + \dots A_n| > |A_a| + |A_b| + \dots + |A_n|$$

P_m = Amputação da mão

A_a = Amputação de um dedo (a)

A_b = Amputação de um dedo (b)

A_n = Amputação de um dedo (n)

Se os dedos estão anquilosados, o valor dos mesmos, tendo em conta a sinergia, será superior à soma aritmética das anquiloses e inferior à soma aritmética das amputações.

No caso das anquilose dos dedos, o pensamento é similar às amputações, mas com uma taxa pivot diferente, a das amputações dos dedos.

$$P_d > |A_n a + A_n b + \dots A_n n| > |A_n a| + |A_n b| + \dots + |A_n n|$$

c. Outros quadros sequelares.

Por último, há que considerar esta secção dedicada às doenças que se contemplam como entidades independentes e, como tal terão de ser

valorizadas, não podendo ser adicionadas às atribuídas nos outros grupos.

As doenças deste grupo podem agrupar-se em:

- Dores
- Problemas de consolidação
- Artroses
- Inflamações/infecções

É prematuro pensar nos problemas que possam derivar desta secção, bem estruturada, que contempla as doenças agravadas ou produzidas por um traumatismo separadamente da causa que o iniciou. Estes problemas poderiam ser derivados, por exemplo, de:

- A relação entre a dor e a limitação de movimentos
- A relação entre a luxação e a força e a posição do membro

- A relação entre os problemas de consolidação e a eficácia do movimento

- A relação entre a osteomielite e a limitação de movimentos e a diminuição da força

- A relação entre a pseudoartrose e a diminuição do movimento

São questões que o perito terá que se ir acostumando a resolver, considerando que as sequelas desta secção se encontram com uma taxa bem mais elevada, que terão que comparar com as limitações funcionais que ocasionam o efeito de ajustar o melhor possível a sequela que mais convenha para o lesionado ou para o doente; não se deve esquecer que se trata de uma tabela de direito civil e, portanto, a dúvida (incluída a pericial) deve favorecer o prejudicado.

BIBLIOGRAFIA

BOROBIA FERNANDEZ, César, [et al.] - *Valoración del daño corporal. Medicina de los seguros. Legislación, metodología y prueba pericial médica*. Barcelona: Masson, 2006.

CEREDOC - *Baremo europeo para la valoración de las lesiones a la integridad física y psíquica*. 25 de mayo de 2003. Traducción española de 15 de octubre de 2003.

COTTE, L. ; GARON, C. - *Réparation des accidents du travail. Aspects medico légaux*. Paris: Masson, 1964.

DECRETO-LEI n.º 352/2007. D.R.1. ª série. N.º 204 (2007-10-23) 7715-7808. Anexo I: Tabela nacional de incapacidades de Trabalho ou doenças profissionais. Anexo II: Tabela da avaliação de incapacidades permanentes em direito civil.

Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana. Tomo LVI. Madrid: Espasa Calpe, 1992.

MATHIEU, Paul; PADOVANI, Paul - *Guide barème des accidents du travail et des maladies professionnelles: suivi de l'expertise en droit commun*. Paris: Lamarre Poinat, 1965.

MAYET, Lucien; REY, Etienne - *Guide-Barème des Accidents de Travail et des Maladies Professionnelles*. Paris: Poinat, 1960.

Teoría general de sistemas. Desarrollada por Ludwig von Bertalanffy. <http://es.wikipedia.org/wiki/Sinergia>. Dezembro de 2007.

VII - A Avaliação de Grandes Traumatizados e a Atribuição da Terceira Pessoa

Teresa Magalhães
Duarte Nuno Vieira

I. INTRODUÇÃO

A problemática dos traumatizados graves, nomeadamente no que se refere à satisfação de algumas das suas necessidades com base em apoios tecnológicos ou de terceira pessoa, pouco ou nenhum interesse suscitou durante décadas sucessivas junto de todos quantos estão envolvidos na avaliação e reparação de danos corporais. Os destinatários do relatório pericial (juizes, seguradoras, advogados e até as próprias vítimas) contentavam-se, frequentemente, com a simples indicação pelo perito médico sobre se eram indispensáveis ajudas, qual o seu tipo e qual a duração da necessidade, sendo na maioria das vezes as fundamentações exaradas nos relatórios o resultado da rotina pericial então em uso, ou seja, a mera transcrição das queixas da vítima, e não o resultado ponderado de uma observação pericial adequada e de uma análise crítica do caso. Relativamente a estes aspectos, os peritos procediam pois, e indiscutivelmente, de forma mais ou menos estereotipada, num consenso que se

caracterizava por aquilo que se tem designado por "facilitismo pericial".

Mas desde os finais do século XX vem-se verificando um interesse crescente pelas vítimas de traumatismos graves. Aumento que decorre muito particularmente da influência de três factores. Por um lado, do incremento do número de sinistrados com sequelas graves, face à melhoria significativa da intervenção médica inicial e dos progressos das técnicas terapêuticas, que vêm permitindo a sobrevida de um cada vez maior número de vítimas em eventos que outrora conduziriam, inevitavelmente, a desenlaces fatais. Por outro, a pressão de advogados e médicos especialistas que, de forma progressiva e crescente, vão estando mais sensibilizados e atentos relativamente à importância destas ajudas, particularmente nos casos dos traumatizados vértebro-medulares e crânio-encefálicos graves, situações que representam as categorias de vítimas nas quais mais frequentemente se verificam handicaps

graves. Por outro lado ainda, o facto de, progressivamente, vir ganhando força a ideia da necessidade de reparar diferentemente os danos graves; de reparar ajudando e não apenas pagando. Esta ideia, embora ainda longe de recolher apoio unânime, afigura-se indiscutivelmente mais respeitadora da pessoa na sua dignidade, no seu direito à integração social e à não exclusão, na sua própria qualidade de vida.

O dano corporal consiste, na maioria das vezes, num prejuízo primariamente biológico (no corpo) que se pode traduzir por perturbações a nível das capacidades, das situações de vida e da subjectividade da vítima. Está pois em causa não apenas o dano no corpo mas, antes, um dano nos diversos níveis que integram a pessoa.

Este conceito, assim definido, é particularmente importante no caso dos traumatizados graves, uma vez que na seqüência do dano no corpo resultam consequências que vêm alterar profunda e permanentemente a vida diária, familiar, social, de lazer, de formação e(ou) profissional daquelas pessoas. Mais adequado seria, pois, eventualmente, referirmo-nos a danos na pessoa e não a danos corporais, sendo todavia certo que esta designação tem entre nós (e em muitos outros países) uma tradição e um peso tão significativo que é difícil fugir do seu uso. Alguns países conseguiram todavia abraçar outras designações que vão mais no sentido assinalado, como, por exemplo Itália, onde se generalizou a expressão dano biológico.

Nas situações de grandes traumatizados, o objectivo da avaliação e reparação dos danos surge, naturalmente, associado ao objectivo da reintegração e reinserção das vítimas, importando por isso que este conceito de dano corporal/dano na pessoa seja sempre analisado do ponto de vista das suas situações concretas

de vida. Tal implica compreender o dano a partir das seguintes noções essenciais (Didier J-P e col, 1988):

a) o importante não é o que se perdeu, mas o que resta (capacidade restante);

b) as consequências para a vida real (sequelas situacionais ou handicaps) são uma situação relativa que depende de factores pessoais mas, também, de factores do meio, pelo que poderá ser possível minorá-las alterando o meio;

c) o curso patológico é uma contínua interacção com o meio, onde cada etapa depende da precedente e explica a seguinte;

d) a qualidade de vida depende do correcto aproveitamento das capacidades restantes.

Assim, a referência constante ao meio e ao quadro de vida da pessoa constitui uma passagem obrigatória para a avaliação dos danos na pessoa com handicap grave. A descrição concreta dos actos, gestos e movimentos, tornados difíceis e parcial ou totalmente impossíveis em consequência do evento traumático, permitirá definir os prejuízos na perspectiva da perturbação da autonomia e propor, concretamente, as intervenções necessárias sobre o meio individual susceptíveis de reduzir esta limitação (pessoas próximas, habitação, local de educação, de trabalho ou recreativo, meios de comunicação, de transporte ou de acesso a um conjunto de serviços adaptados às suas necessidades, por exemplo). Um estudo deste tipo obriga, evidentemente, à realização de uma perícia multidisciplinar, constituindo parte fundamental da avaliação das vítimas com handicap grave.

II. CONCEITO DE HANDICAP GRAVE

Partindo da noção de handicap, começou a desenvolver-se nos anos 60 uma corrente doutrinária – designada por "Handicapologia" - que veio

revolucionar (e também humanizar) a forma de encarar as consequências das doenças e dos traumatismos, influenciando igualmente a perspectiva médico-legal sobre estes casos.

O handicap, ou melhor, as situações de handicap, traduzem-se pela dificuldade da pessoa realizar os seus gestos habituais da vida quotidiana, no contexto da sua idade, sexo e identidade sociocultural. Isto em consequência, por um lado, de sequelas a nível orgânico e funcional e, por outro, de obstáculos devidos a factores do meio (conjunto das dimensões sociais, culturais e ecológicas que determinam a organização e o contexto de uma sociedade).

Assim, o handicap - muitas vezes designado em termos médico-legais por sequelas situacionais -, não é uma constante mas, antes, uma variável relativa e sempre em evolução, não sendo possível pensar no seu estudo sem o perspectivar na área do indivíduo com as suas capacidades e os seus limites, e na área das situações sociais (meio) com que esse mesmo indivíduo se confronta.

Esta noção põe, pois, em evidência, a importância do meio na produção do handicap, fazendo realçar uma certa oposição entre a concepção tradicional da avaliação e reparação dos danos (cujo montante depende, sobretudo, do grau de incapacidade constatado no momento da decisão), e uma reparação que deverá ter também em conta os factores pessoais e do meio que implicam a ideia de situação de handicap, favorecendo, acima de tudo, a readaptação e reintegração que os progressos tecnológicos, da medicina e da técnica tornam cada vez mais eficazes.

O handicap será considerado grave nos casos em que a pessoa apresenta sequelas a nível

orgânico e funcional, cuja intensidade a impede de realizar com autonomia as suas actividades da vida diária.

A tónica do estudo destes casos será, assim, a questão da autonomia, constantemente associada às questões da dependência. O fundamental será perceber os tipos de interacção da pessoa com o seu meio, tendo em vista estudar o seu grau de autonomia e independência de modo a que, através da satisfação das suas necessidades em termos tecnológicos (ajudas técnicas, adaptações de espaços, etc.) se incremente, o mais possível, a sua autonomia, a qual se perderá quando não for de todo possível evitar o recurso a ajuda de terceira pessoa.

De uma forma geral, as pessoas com handicaps graves são aquelas que apresentam estados vegetativos persistentes, perturbações cognitivo-afectivas graves, plegias, grandes amputações, graves sequelas de queimaduras ou de politraumatismos, ou amaurose.

III. OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO E REPARAÇÃO DOS TRAUMATIZADOS GRAVES

A avaliação dos danos na pessoa, no âmbito do Direito Civil, visa, de uma forma genérica, orientar em termos técnicos e científicos, a reparação desses danos, permitindo que essa reparação seja justa e adequada às reais necessidades das vítimas. Tal está de acordo com dois princípios fundamentais contemplados nos diversos ordenamentos jurídicos dos países da União Europeia: todos gozamos plenamente dos mesmos direitos e, no caso de dano corporal, a situação deve ser reposita o mais próximo possível daquela que existiria se o evento não tivesse tido lugar¹.

¹ Veja-se o art.º 562º do Código Civil Português e o Princípio da Protecção da Saúde, contemplado em todas as Constituições Europeias.

Mas no que se refere aos handicaps graves, as actuais políticas de protecção e promoção dos direitos humanos e questões de ordem económica, atento o peso socioeconómico das sequelas pós-traumáticas graves, obrigam a equacionar constantemente a questão da melhor reabilitação da vítima, tendo em vista o melhor e rápido possível retorno à vida activa e, se exequível, a uma actividade produtiva.

Assim, o Direito prevê meios de compensação e de reparação que têm como objectivos, entre outros, a reinserção familiar, social e profissional das vítimas. Tal passa por avaliar e reparar estas pessoas de uma forma não estandardizada, mas adaptada às particularidades do seu estado, de modo a procurar repor a sua situação de vida tal como esta era antes do evento ou, pelo menos, o mais próximo possível dela.

Desta forma, o dano indemnizável deverá certamente residir muito menos nas sequelas anátomo-fisiológicas do que nas suas múltiplas consequências no plano da vida quotidiana, da vida afectiva, familiar e da vida profissional ou de formação. Note-se, que os actos essenciais da vida não se limitam à satisfação das necessidades fisiológicas, ao vestir-se e ao lavar-se; existem indiscutivelmente muitas outras aspirações, como por exemplo a possibilidade de comunicar, de obter conhecimentos ou desenvolver passatempos, aspirações estas que devem ser, também elas, tidas em consideração. Importará, pois, ter em conta o "bem-estar físico, mental e social", a reintegração familiar, social e profissional, bem como a qualidade e o projecto de vida destas pessoas.

A satisfação deste objectivo passará por uma avaliação médico-legal detalhada e personalizada da globalidade dos danos e por uma reparação concreta desses mesmos danos. Trata-se de situação

distinta da que verifica com as sequelas ligeiras, sem repercussões patrimoniais permanentes e no quadro de vida da vítima, em que a indemnização constituirá essencialmente uma compensação pelo dano sofrido, a qual poderá ser determinada de forma abstracta, com recurso a tabelas médicas e de indemnização, que se aplicam igualmente a todos os casos.

IV. METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO. UMA AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Tendo em conta o atrás referido, a avaliação médico-legal do handicap grave implicará uma metodologia que passa pela avaliação pericial tradicional, sendo a vítima examinada na perspectiva da avaliação tridimensional do dano (corpo, funções e situações), o que permitirá descrever o dano, definir a data de consolidação médico-legal das lesões e ponderar os diversos parâmetros do dano (temporários e permanentes) valorizáveis em direito civil. Deve sublinhar-se a este respeito, que muitas correntes doutrinárias insistem na desadequação da quantificação da incapacidade permanente geral nestas situações, por a "hiper-valorização" deste parâmetro de dano pela entidade reparadora poder desvirtuar aquilo que de importante está efectivamente em causa, e sendo certo que as quantificações numéricas (já por si de alguma forma fluidas) fazem menos sentido nas grandes incapacidades.

Mas a esta avaliação acrescerá uma avaliação (funcional e situacional) realizada por uma equipa multidisciplinar (que poderá incluir por exemplo, médico fisiatra, terapeuta ocupacional e da fala, neuro-psicólogo, arquitecto, especialista em domótica e assistente social), a qual, atendendo à estabilização das sequelas, definirá as diversas necessidades da vítima em termos da sua reabilitação e reinserção, tendo como objectivo primordial

promover a sua melhor autonomia, mesmo que tal autonomia seja conseguida à custa de diversas dependências, como sejam as ajudas medicamentosas, técnicas, animais ou adaptações.

Idealmente, preconiza-se a realização de uma primeira perícia ainda antes de a vítima ter alta do serviço hospitalar onde se encontra internada para que, com base na possibilidade de reparar a título de provisão, possa desde logo começar a usufruir não só das ajudas técnicas como das necessárias adaptações do domicílio e de ajuda de terceira(s) pessoa(s), de modo a que o seu primeiro confronto com o mundo real seja o menos doloroso possível e se facilite a sua mais pronta reintegração. Outras perícias de "follow-up" deveriam nestes casos ser feitas, permitindo ajustar todas as necessidades da vítima, as quais, se vão forçosamente alterando com o evoluir do tempo. Este tipo de avaliação/reparação corresponde a um desejo legítimo, mas, infelizmente, nem sempre realizável no contexto da reparação do dano, uma vez que para que a vítima disponha de todas as ajudas técnicas desejáveis e de um domicílio adaptado, é frequentemente necessário que já tenha sido indemnizada, dado que as provisões atribuídas pela seguradora do responsável são normalmente insuficientes para o efeito. Idealmente, a última perícia deveria ser realizada quando se verificar não só a consolidação funcional mas, também, a chamada consolidação situacional, ou seja, quando todas as ajudas técnicas e adaptações necessárias tiverem sido concretizadas e a pessoa estiver adaptada a elas, tendo encontrado o seu novo equilíbrio. Nesta altura deverá ser ouvida não apenas a vítima mas, também, a sua família e as pessoas que a apoiam (médicos e paramédicos), para um melhor conhecimento da situação concreta.

1. DESCRIÇÃO TRIDIMENSIONAL DOS DANOS NA PESSOA E VALORIZAÇÃO DOS DIVERSOS PARÂMETROS DE DANO

Os métodos de avaliação do dano corporal têm evoluído pouco, sendo a taxa de incapacidade permanente (de zero a cem), até agora, a forma mais frequentemente utilizada para a avaliação e reparação dos danos permanentes em termos da afectação da integridade física e psíquica. No entanto, este método usualmente assente em tabelas, é incapaz de responder à evolução das necessidades em termos de reparação do handicap, pois as consequências do dano são, nestes casos, particularmente complexas, alterando-se por completo todo o esquema de vida da pessoa. Uma tal situação não é, naturalmente, passível de ser traduzida por uma percentagem.

Um aspecto importante da avaliação médico-legal é a determinação do momento em que sequelas se consideram definitivas e, portanto, passíveis de serem valoradas e reparadas. No caso dos handicaps graves, como já referido, importa atender à estabilização médico-legal das sequelas, que será o momento em que a pessoa se reintegrou o melhor possível, face às suas sequelas e ao meio que a rodeia, não sendo de prever grandes mudanças no seu quadro de vida. A observação corrente mostra, no entanto, que muitas das sequelas não podem ser, a priori, consideradas estabilizadas e definitivas numa data específica, dado que os progressos da ciência médica (nomeadamente, das técnicas cirúrgicas e de reeducação funcional) e da tecnologia, criam, cada dia, mais esperanças e possibilidades de melhoria, não permitindo que se considere actualmente definitivo um resultado terapêutico adquirido em determinado momento. Sabemos também que nenhuma situação é totalmente

permanente e que a própria envólveia situacional se poderá alterar (por razões diversas) ao longo dos anos. Por isso, nestes casos, o ideal seria a modalidade de reparação em renda, que poderia permitir ir ajustando, ao longo da vida da vítima, as suas novas necessidades e fazer o melhor aproveitamento da evolução tecnológica. Mas existem também algumas desvantagens óbvias neste procedimento.

Outro aspecto fundamental da avaliação médico-legal tem a ver com a descrição dos danos do ponto de vista tridimensional: sequelas corporais, funcionais e situacionais.

Esta avaliação tridimensional foi pela primeira vez preconizada por Nagi, em 1965. Entretanto, foi abraçada pela OMS que, através de Philips Wood a apresentou em 1980 na sua *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH-1*. Porque esta classificação apresentava algumas limitações na definição clara dos aspectos que integravam cada um dos três níveis, outros investigadores desenvolveram propostas paralelas, como o caso de C. Hamonet (*Handicapomètre DAC - 1980*) ou de P. Fougeyrollas (*Classificação do Comité do Quebec e Sociedade Canadiana da ICDH - 1987*), propostas estas que viriam a ser consideradas pela OMS. Também na perspectiva médico-legal esta ideia mereceu acolhimento, tendo-se desenvolvido, em conjunto com os dois últimos autores citados, o *Inventário de Avaliação do Dano Corporal (IADC)*, apresentado em 1997 e que se baseia numa lógica absolutamente sobreponível à última versão (2001) da *International Classification of Functioning, Disability and Health* da OMS (*ICIDH-2*), tendo como vantagem o facto de se tratar de um instrumento validado.

O IADC propõe três níveis de avaliação (corpo, funções e situações), níveis estes que

constituem a base da actual estrutura do capítulo do "Estado Actual" de todos os relatórios de avaliação do dano corporal pós-traumático, a nível do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. Esta avaliação tridimensional permite uma aproximação mais efectiva à globalidade e realidade do dano, a sua descrição mais orientada, pormenorizada e sistematizada e tem como perspectiva a reparação do dano em termos concretos ou mais próxima daquela que seria a reparação integral. No caso dos traumatizados graves pode recorrer-se à aplicação do IADC, propriamente dito, o qual permite a quantificação do dano de forma global e personalizada, em 5 graus claramente discriminados de acordo com o grau de autonomia e independência da vítima.

Na sequência da descrição tridimensional do dano, poderão ser valorizados os diversos parâmetros de dano, temporários (incapacidades temporárias gerais e profissionais e *quantum doloris*) e permanentes (incapacidade permanente geral, dano estético, prejuízo sexual, prejuízo de afirmação pessoal e rebate profissional). No relatório médico deverá, ainda, ser feita menção às diversas dependências/necessidades apresentadas pela vítima, recorrendo-se, idealmente, a equipas de profissionais habilitadas que, no terreno, poderão estudar com maior acuidade estes aspectos.

2. A DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES

O estudo do handicap, como parte fundamental do dano corporal, permite objectivar as necessidades das pessoas, sendo esta uma das principais justificações para a sua avaliação. A descrição concreta dos actos, gestos e movimentos tornados difíceis e parcial ou totalmente impossíveis em consequência do traumatismo, permite definir os prejuízos em termos de

autonomia e indicar as intervenções sobre o meio individual, precisando os meios técnicos e humanos necessários para limitar ou reduzir o dano corporal e a perda de autonomia: adaptações do domicílio (das casas de banho, dos meios de acesso, etc.), ajudas técnicas (ortóteses, lombostatos, sapatos ortopédicos, aparelhagem urinária, cadeira de rodas, camas adaptadas, etc.), veículos adaptados (para ser conduzidos pelo próprio ou por terceiros, compreendendo-se aqui a necessidade de uma carta de condução especial), adaptações necessárias ao exercício de uma actividade profissional (no domicílio ou na empresa) e ajuda humana ou assistência (assistência técnica por pessoal médico e paramédico ou pela família, vizinhos ou amigos).

Importará, ainda, neste momento da avaliação do handicap, descrever não só o custo destas ajudas e intervenções, como caracterizá-las e identificar a duração (período de renovação) das ajudas técnicas.

As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo as permanentes mais frequentemente valorizadas enquanto tal. Como já referido, podem ser relativas a diversos tipos de necessidades: medicamentosas, animais, tratamentos clínicos, ajudas técnicas, adaptações (domicílio, local de trabalho, viatura), ou ajuda de terceira pessoa.

2.1. AJUDAS MEDICAMENTOSAS E TRATAMENTOS MÉDICOS REGULARES

As ajudas medicamentosas referem-se à necessidade permanente de recurso a medicação regular (ex: analgésicos, antiespasmódicos ou anti-epilépticos), sem a qual a vítima não conseguirá ultrapassar as suas dificuldades em termos funcionais e nas situações da vida diária.

A dependência de tratamentos clínicos regu-

lares corresponde à necessidade de recurso regular a cuidados de saúde para evitar o retrocesso ou o agravamento das sequelas (ex.: fisioterapia).

2.2. AJUDAS TÉCNICAS, DE ANIMAIS E ADAPTAÇÕES

A dependência de ajudas técnicas refere-se à necessidade permanente de recurso a tecnologia para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar o dano corporal (do ponto de vista anatómico, funcional e situacional), tendo em vista a obtenção de autonomia e independência nas actividades da vida diária. Podem tratar-se de ajudas técnicas lesionais, funcionais ou situacionais. As ajudas a que mais frequentemente se recorre, nos casos dos traumatizados graves são as ajudas para as deslocações interiores e de proximidade, como é o caso de cadeira de rodas, havendo, no entanto, que pensar noutro tipo de ajudas, como para deslocações a grandes distâncias, ajudas de comunicação e ajudas de conforto e acessibilidade.

Em alguns casos estas ajudas podem ser substituídas ou contempladas por ajudas animais, como o caso de cães especificamente treinados para o efeito e particularmente usados nas situações de amaurose e em alguns casos de paraplegia ou tetraplegia.

Pode, ainda, verificar-se necessidade de adaptação do domicílio ou do local de trabalho, ou seja, a necessidade de recurso à tecnologia a nível arquitectónico ou de mobiliário e equipamentos, no sentido de permitir a realização de determinadas actividades diárias a pessoas que, de outra maneira, o não conseguiriam fazer, com o risco de perda da sua autonomia. As adaptações mais frequentes verificam-se a nível da acessibilidade, equipamento sanitário e cozinha, devendo contudo ser pensadas outras soluções em termos da domótica e controlo do ambiente, soluções estas

que possam assegurar, em certa medida, a segurança e prevenção de riscos (incêndio por exemplo através de detectores), a assistência em casos de perigo (televigilância), as actividades de laser, o conforto (abertura e fecho de portas, janelas, interruptores, etc.) e a comunicação com o exterior.

Estes dispositivos poderão ajudar certas pessoas a melhorar a sua autonomia e reduzir a necessidade de ajuda de terceira pessoa, solução esta muito mais consentânea com os reais interesses das vítimas e com a actual realidade sócio-cultural. De facto, na actual sociedade, perspectiva-se que cada vez mais as pessoas apoiadas por esta tecnologia, apenas tenham de recorrer a serviços auxiliares de vida organizados de forma a assegurar prestações de duração limitada mas em momentos precisos do dia, ainda que sendo capazes de fazer face a toda a situação não prevista ou urgente.

2.3. DEPENDÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA

A dependência de terceira pessoa corresponde ao conjunto de meios humanos susceptíveis de permitirem às pessoas com handicaps graves e que se encontram dependentes, realizarem os gestos que se tornaram impossíveis na realização de uma determinada função ou situação de vida diária. Refere-se a todos os tipos de ajudas humanas, incluindo as clínicas.

A redução ou perda de autonomia associada a esta dependência, não é nem proporcional, nem mesmo paralela, à afectação da integridade física e ao valor da incapacidade permanente geral, dependendo de outros aspectos relacionados, muito particularmente, com factores pessoais e do meio. Nestes casos, serão mais relevantes os factores pessoais já que os do meio podem, e devem, ser alterados.

É por isso que o estudo final sobre a neces-

sidade de terceira pessoa não pode ser jamais um procedimento isolado de um contexto, sendo indispensável que já se tenha verificado não só a consolidação funcional como a situacional, que o sinistrado tenha regressado ao domicílio que ocupará definitivamente e esteja instalado em condições de vida presumivelmente duráveis, que as eventuais adaptações no domicílio tenham sido concluídas, que as ajudas técnicas possíveis tenham sido concretizadas e que a vítima esteja já incorporada num novo projecto de vida.

Idealmente, esta avaliação será multidisciplinar e realizada no meio de vida da vítima (domicílio e local de trabalho), após uma avaliação médica (análise das sequelas orgânicas, funcionais e, muito particularmente, situacionais) e uma avaliação, por técnicos especializados, quanto às necessidades em termos de ajudas técnicas e de adaptação do domicílio. A avaliação da necessidade de terceira pessoa será sempre feita considerando as capacidades restantes e a autonomia da vítima, com e sem ajudas técnicas.

Para apoiar este tipo de avaliação, diferentes questionários têm sido desenvolvidos com o objectivo de permitirem apreciar a extensão da necessidade de assistência. A maioria deles envolve os grandes sectores de actividades fundamentais da vida corrente, repartidos pelas seguintes rubricas: actos da vida corrente; actos da vida doméstica; actos correntes fora do domicílio; actividades de cuidados de saúde; actos da vida familiar e social; actividades de lazer; actos da vida profissional. A vantagem destes instrumentos é a sua facilidade de aplicação e uma certa uniformização na avaliação, sobretudo para os avaliadores pouco familiarizados com este tipo de perícia, mas tal não deve dispensar uma aproximação personalizada ao paciente, às suas reais necessidades, nem o enunciar das diversas

necessidades identificadas. Entre estes instrumentos podem assinalar-se, a título de exemplo, os seguintes: Escala ELISA (Estimation of Loss of Independence for Daily Activities) de Brusselmans, 1992; Grelha do FAT (Fonds des Accidents du Travail); ficha de avaliação de Rogier; Escala de Lucas e Stehman (1993); método do relógio; tabela espanhola, etc.

Em termos de missão pericial, devem, pois, ser atendidos nestes casos os seguintes aspectos:

1. A vítima deve idealmente ser examinada nas suas condições de vida definitiva, uma vez concretizadas todas as adaptações do domicílio e facultados todos os aparelhos, ajudas técnicas e controlos de ambiente, que devem ser descritos justificando a sua razão de ser.

2. Deve descrever-se o desenvolvimento de um dia de vida da vítima (nas suas 24 horas diárias) indicando os gestos e actos que ela não pode realizar, devendo para tanto procurar ouvir-se não só a vítima como os seus familiares e o pessoal técnico que a assiste;

3. O perito deverá esclarecer sobre a necessidade de ajuda de uma terceira pessoa e se essa necessidade é temporária ou definitiva, justificando;

4. Deve caracterizar essa terceira pessoa (ou pessoas) quanto ao tipo de ajuda, indicando:

a) Número de terceiras pessoas.

b) Categoria(s) sócio-profissional(ais) necessária(s) (técnica ou não).

c) Qualificações e funções: as qualificações podem ser muito variáveis segundo o tipo de tarefas atribuídas, podendo ir desde um auxiliar de vida/dama de companhia/empregada doméstica

ou mesmo membros da família, a pessoal mais especializado como auxiliar de enfermeiro, paramédico, enfermeiro, fisiatra ou assistente social.

d) Grau e tipo de ajuda (passiva ou activa)²:

- substituição (total): sempre que a pessoa estiver de todo incapacitada para realizar qualquer gesto relativo aos cuidados pessoais e actividades da vida diária;

- de complemento ou assistência (parcial): nos casos em que a pessoa estiver dependente mas conseguir, ainda assim, realizar alguns gestos, os quais, apesar de tudo, não são suficientes para cumprir determinada situação, necessitando de complemento de terceiros;

- de incitação ou estimulação (parcial): visa ajudar a reintegração da pessoa, a elaboração de novas estratégias que conduzam a actividades autónomas; muitas vezes é uma atribuição de curta ou média duração;

- de vigilância (passiva): tem lugar apenas se os aspectos em causa não forem passíveis de substituição por um sistema de assistência técnica; trata-se, em geral, de pessoa sem qualificação particular, para supervisão das actividades ou para vigilância e segurança.

e) Tipo de actividades que as intervenções visam suportar: em função da natureza do handicap as necessidades de ajuda podem envolver as actividades seguintes: actos da vida corrente diária (levantar-se, deitar-se, deslocar-se, tratar da higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, etc.); actos da vida doméstica (preparar as refeições, pôr a mesa, lavar a louça, fazer a cama); actos correntes fora do domicílio (compras, deslocar-se individualmente e em transportes públicos);

² Esta classificação é equivalente à classificação espanhola para acidentes de viação: Completa (69-72 pontos), Grave (44-69 pontos), Moderada (29-44 pontos) e Ligeira (15-29 pontos) - Ley 34/2003, de 4/11 (B.O.E. de 5/11/2003)

actividades decorrentes dos cuidados de saúde (toma de medicamentos, tratamentos anti-escaras, oxigenoterapia, idas ao médico); actos da vida familiar e social (telefonar, escrever, tarefas administrativas ou de gestão do orçamento); actos de lazer. Deverão indicar-se para esta gama de actividades, quais as tarefas concretas que a ajuda visa realizar (ex: vigilância de parâmetros vitais, administração de terapêutica, higiene, vestuário, alimentação, etc.).

f) Local das intervenções (domicílio, exterior ou estabelecimento adaptado, etc.).

g) Duração e frequência (horário) das intervenções (número de horas por dia): a necessidade de assistência pode, segundo os casos, variar no tempo e em frequência, pelo que a indemnização relativa a esta necessidade deve prever reservas ou modalidades que visem tais variações de necessidade no decurso do tempo.

A necessidade de assistência de terceira pessoa é um dano que pode variar no tempo segundo as circunstâncias de vida da vítima.

Cada um destes casos deve ser entendido como particular. Existem, no entanto, quatro categorias de vítimas que justificam, da parte do perito, uma abordagem específica e um modo de pensar próprio: as crianças, os idosos, as pessoas com handicaps sensoriais e aquelas com handicaps mentais.

No caso das crianças, o balanço definitivo da necessidade de terceira pessoa só pode por vezes ser efectuado no fim da puberdade, no fim do período de crescimento.

Já no caso dos idosos, é frequente que sequelas físicas objectivamente moderadas possam provocar uma redução de autonomia que se afigure desproporcionada para o perito não familiarizado com a patologia geriátrica.

Quanto às pessoas com handicaps sensoriais, há que ter em conta que o mundo das pessoas invisuais e surdas é difícil de apreender por aqueles cujos sistemas sensoriais estão intactos, sendo aqui a terceira pessoa apenas para uma intervenção limitada, pontual, mas absolutamente indispensável, pelo que deve o estudo pericial ser simultaneamente muito atento e imaginativo.

Finalmente, as pessoas com défices mentais, além de outros eventuais handicaps, podem estar incapazes para reger a sua própria pessoa e bens, além de poderem constituir perigo para si mesmas ou para os outros; nestes casos pode ser necessário um acompanhamento constante e mesmo medidas de protecção jurídica apropriadas.

Todos estes casos colocam sempre problemas muito difíceis na avaliação do dano corporal e a atribuição de terceira pessoa é, manifestamente, um deles.

V. CONCLUSÃO

A avaliação das vítimas com handicap grave e, portanto, com autonomia reduzida ou mesmo sem autonomia, constitui um acto pericial que supõe, para além da competência médico-legal, a escuta particularmente atenta, a observação crítica (preferencialmente no local), mas também conhecimentos sobre psicologia, serviço social, medicina física e de reabilitação, ergonomia, entre outros, que extravasam os conhecimentos exclusivamente médicos, pelo que a perícia deverá ser sempre multidisciplinar.

Trata-se de uma avaliação complexa que exige formação particular dos profissionais que nela intervêm, bem como o tempo necessário para executar bem uma missão que sai manifestamente da rotina pericial.

Ainda que o modo de indemnização não seja um problema médico, uma perícia, por mais bem

feita que seja, não alcançará os seus objectivos se o modo de indemnização não se adequar, também, a esses objectivos – a melhor reintegração possível da vítima em termos de autonomia e qualidade de vida.

Assim, afigura-se do ponto de vista médico-pericial, que a indemnização através de renda seria mais justa e mais adequada a poder ser adaptada à realidade de cada fase da vida da vítima. Ainda assim, a indemnização ideal seria mista; em capital, para fazer face às necessidades imediatas, *in natura*, para fornecer à vítima as competências tecnológicas necessárias, e em renda, para garantir o futuro com possibilidade de ajustamento às reais necessidades.

Nesta ordem de pensamento, parece lógico que no caso dos handicaps graves não sejam nunca as conclusões periciais definitivas, procurando cobrir apenas períodos não superiores a cinco anos.

Se tudo o que aqui foi preconizado em relação às modalidades de avaliação e reparação puder um dia ser concretizado, estamos certos que o processo de reintegração destas pessoas será mais curto e mais efectivo, o que irá reduzir as despesas do período de incapacidade temporária e futuras, beneficiando todos os intervenientes directos neste processo (o sinistrado, a família, a companhia de seguros) e a sociedade em geral.

BIBLIOGRAFIA

DEMOLIN, B.; CHAMPAUD, E.; PIGANIOL, G. - La tierce personne. *Revue Française du Dommage Corporel*. Paris: J. B. Baillière éditeur. Tome 16, n.º 4 (1994), p. 615-633.

FOUGEYROLLAS P. - *La revision de la Classification des Handicaps: le point sur les travaux du Québec*. In: *Actes du Colloque CTNERHI "Classification Internationale des Handicaps: Du Concept à l'Application"*. Paris: Diffusion PUF, 1988.

HAMONET C. - Évaluation tridimensionnelle en réadaptation médicale; Handiscope-Handicapomètre - Index de Créteil, *J.Réadapt.Méd.* vol. 11, n.º 3 (1991), p.175-182.

HAMONET C, MAGALHÃES, T. - *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps*. Paris: ESKA, 2001.

MAGALHÃES, T. - *Avaliação Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal*. Coimbra: Livraria Almedina, 1998.

NAGI SZ. *Some conceptual issues in disability and rehabilitation, Sociology and rehabilitation*. Ohio: Ohio State University Press, 1965.

PAPELARD, ALAIN; ROGIER, ANTOINE- L'avis médical et l'expertise. *Revue française du dommage corporel*. Paris: J. B. Baillière éditeur. Tome 19, n.º2 (1993), p. 129-133.

PHILOPOULOS, Dimitri; HAMONET, Claude - Méthodologie de l'estimation du besoin en tierce personne en prática médico-légale. *Gazette du Palais*. Vol. 126, n.º 193 (2006), p 16-22.

ROGIER, A. - L'avis médical et l'expertise. *Revue française du dommage corporel*. Paris: J. B. Baillière éditeur. Tome 19, n.º2 (1993), p. 123-128.

ROUSSEAU, Claude - Aides humaines et tierce personne. *Revue Française du Dommage Corporel*, Paris: J. B. Baillière éditeur. Tome 20, n.º 2 (1994), p.3-4.

WOOD PHN. - *Comment mesurer les conséquences de la maladie: la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*, Chronique OMS, 1980.

VIII - A Avaliação do Dano Corporal em Crianças e Idosos

César Borobia

Pilar Alías

Gloria Pascual

AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL NA INFÂNCIA

Gloria Pascual

César Borobia

As sequelas que podem aparecer nas crianças podem ser tão variadas e graves como as dos adultos. Em geral, as crianças possuem uma adaptação e uma plasticidade que permitem, por um lado, que possam adaptar-se melhor que os adultos a situações de incapacidade, de modo que a seqüela de um adulto de idade média (quarenta anos) que pode supor um deficit funcional para o resto da sua vida, numa criança de pouca idade vai permitir-lhe adaptar-se e continuar com a sua vida normal. Por outro lado, uma seqüela que para um adulto apenas lhe pode implicar o adiantar de um processo degenerativo iniludível, para uma criança pode implicar uma limitação importante para a sua vida de relação com outras crianças. Portanto, é conveniente estudar as sequelas das crianças, não como as de um adulto em "tamanho

pequeno", mas como pessoas com uma esperança de vida longa e com fortes possibilidades profissionais e sociais futuras.

As possibilidades de temas patológicos nos quais se deveria estudar as sequelas de uma criança ultrapassam muito os conteúdos deste capítulo. Por esse motivo, só se estudarão os seguintes temas:

- Lesões traumatológicas
- Lesões nos dentes
- Prejuízo estético

LESÕES TRAUMATOLÓGICAS

PARTICULARIDADES PEDIÁTRICAS NOS TRAUMATISMOS ÓSSEOS

A peculiaridade dos ossos e articulações nas crianças é, sem dúvida, a existência das cartilagens

de crescimento. Isto é especialmente evidente nos ossos compridos e tubulares das extremidades.

O traumatismo parcial ou total de uma cartilagem de crescimento implica uma assimetria de crescimento da extremidade óssea afectada e uma alteração da morfologia definitiva do osso afecto.

Em geral, a patologia traumatológica da infância tem um bom prognóstico.

A consolidação óssea é frequentemente rápida e com riscos mínimos de atraso na consolidação ou na aparição de pseudoartroses. Do mesmo modo, a remodelação óssea permite, na maioria dos casos, corrigir os defeitos de redução.

As possíveis sequelas que possam aparecer com o tempo após a cura ou a consolidação das lesões, podem avaliar-se dois ou três anos após o traumatismo inicial e sem necessidade de esperar pelo final do processo. No entanto, em caso de dúvida sobre o aparecimento de uma sequela, pode-se esperar pelo final do crescimento, sobretudo se a criança tiver uma idade próxima a esse momento. Pelo contrário, se a criança for de pouca idade não se pode pensar que é necessário esperar dez ou quinze anos para conhecer o alcance definitivo das sequelas.

A capacidade de remodelação óssea nas fracturas é muito maior na infância. Esta capacidade de remodelação do tecido ósseo em crescimento diminui com a idade e com a maturação do esqueleto. A remodelação óssea depende da conjugação dos fenómenos distintos e associados: por um lado, a remodelação pelo crescimento assimétrico da placa de crescimento e, por outro lado, pela remodelação da fractura *in situ* que corresponde a um efeito de reabsorção osteoclástica associada à oposição de ossos laminares.

LESÕES TRAUMATOLÓGICAS HABITUAIS

Existem múltiplas maneiras de classificar e estudar as lesões ortopédicas em geral e na criança em particular. Para este livro, preferimos tomar como base a existência de fracturas de acordo com a região anatómica. Deste modo, estudar-se-ão em primeiro lugar as dos ossos compridos e, posteriormente, as da coluna vertebral.

FRACTURAS DE OSSOS COMPRIDOS

a) Fracturas diafisárias

A rapidez relativa da consolidação e as características peculiares da remodelação óssea durante o crescimento, justificam uma atitude terapêutica menos agressiva do que se se tratar de um adulto e, portanto, a decisão cirúrgica é adoptada com menos frequência.

Os tipos de fracturas mais frequentes são as seguintes:

- **Incurvação.** Ocorre perante a compressão de um osso comprido. Os ossos mais frequentemente afectados são o cúbito e o perónio. A redução ortopédica é frequentemente difícil, apesar de ser o tratamento ideal em menores de doze anos.

- **Fracturas incompletas.** As crianças têm os ossos tão flexíveis que a maior parte das vezes sofrem fracturas chamadas incompletas. Correspondem à tradução mecânica da solidez do perioste. São fracturas por flexão; os ossos dobram-se e fracturam-se apenas por um lado ficando a cortical e o perioste intactos no lado oposto da fractura. Se não for imobilizado de forma eficaz, podem dar lugar a deslocações secundárias.

- **Fracturas diafisárias.** A incurvação plástica diafisária é uma fractura típica da infância que afecta principalmente os ossos com cortical fina, como são o rádio, o cúbito ou o perónio.

Tendo em conta as peculiaridades da criança e a necessidade de esperar um tempo prudential para assegurar a cura ou a consolidação das lesões, podem calcular-se estas últimas (na ausência de qualquer anomalia ortopédica evolutiva) num período de até três meses desde o traumatismo.

b) Fracturas metafisárias

A metáfise de um osso comprido tem um papel amortizador entre a epífise e a diáfise. As metáfises dos ossos compridos nas crianças apresentam um tecido ósseo muito esponjoso com uma corticalização ainda pouco marcada, facilitando aos ossos infantis a produção de fracturas metafisárias por compressão, chamadas também "protuberância", ao contrário das fracturas no adulto que são completas.

As fracturas mais frequentes são as seguintes:

- **Fracturas supracondilianas do cotovelo.** As fracturas do cotovelo são, por excelência, as fracturas mais comuns da infância. Cerca de 10% das fracturas de crianças menores de dez anos localizam-se no cotovelo. Complicam-se com frequência por transtornos vasculonervosos (pela artéria umeral, o nervo mediano,...)
- **Fracturas do colo do fémur.** São muito pouco frequentes, mas de mau prognóstico porque, com uma certa frequência, produzem uma necrose avascular de cabeça e de colo femoral ou então o aparecimento de pseudoartrose.
- **Fracturas do colo do rádio.** São raras e, além disso, raramente requerem redução cirúrgica a céu aberto (com importante risco de necroses e de pseudoartrose).

O período de cura é variável, em geral é de algumas semanas, no entanto e, em função do tratamento, pode-se esperar até aos cinco meses.

c) Fracturas epifisárias

Estas fracturas afectam a cartilagem de crescimento, por isso, são as mais temidas. Têm a

sua maior frequência na adolescência. Qualquer traumatismo da placa do crescimento é susceptível de provocar alterações de crescimento mais ou menos graves.

Em 1963, Salter e Harris introduziram uma classificação das lesões da zona epifisária-metáfisária, dividindo-as em 5 tipos, dependendo da sua localização e do prognóstico, sendo esta a classificação mais amplamente utilizada actualmente.

- **As fracturas tipo I de Salter** estendem-se por toda a placa de crescimento, pelo que o principal risco de uma fractura nesta zona é o de produzir deformações ou alteração do crescimento normal da extremidade. Constituem 6-18% de todas as fracturas de ossos compridos em crianças. Destas, 75% ocorre entre os 10 e os 16 anos. As localizações mais frequentes são o pulso e o tornozelo, sendo a localização óssea mais frequente a do rádio distal. Em aproximadamente 30% dos casos pode ficar como sequela um certo grau de encurtamento ou angulação, que no entanto só em 2% dos casos chega a ser clinicamente significativo com alteração funcional.

- **As fracturas tipo II de Salter** são as mais frequentes. Estas fracturas abarcam toda a placa de crescimento com uma extensão dentro da metáfise do lado de compressão da fractura. Pelo menos metade destas fracturas afecta a extremidade distal do rádio. Geralmente a redução é simples e pode resultar num encurtamento mínimo na maioria dos casos, excepto no joelho e tornozelo.

- **As fracturas tipo III de Salter** afectam toda a placa de crescimento e estendem-se dentro da articulação adjacente. Representa 8% das lesões. Normalmente a deslocação é mínima e ocorre com maior frequência na região distal da tibia e do fémur distal. O prognóstico é favorável, sendo raras as deformações.

- **As fracturas tipo IV de Salter** são secundárias a uma força por compressão que cruza toda a zona de crescimento, comprometendo a metáfise, a fisis e a epifise. Estendem-se, portanto, desde a metáfise através da placa de crescimento até à articulação adjacente. Corresponde a 10-12% das lesões da zona de crescimento e as localizações mais comuns são o côndilo lateral do úmero e a tibia distal. Esta lesão requer normalmente uma redução aberta para reduzir os fragmentos a uma posição anatómica. Como sequela pode-se encontrar um encurtamento da extremidade ou uma angulação, mais frequente no joelho e no tornozelo.

- **As fracturas tipo V de Salter** são as menos frequentes (constituem apenas 1%) e são secundárias a uma força grave de compressão, que provoca um esmagamento da cartilagem de crescimento, comprometendo a produção vascular e lesionando as células germinais desta zona. Acontece com mais frequência no joelho, onde pode comprometer tanto a tibia proximal como o fémur distal. Radiologicamente o diagnóstico pode ser difícil e as soluções consistem fundamentalmente numa diminuição na amplitude da fisis. Em controlos tardios pode ser evidente um encurtamento do osso ou uma angulação devido à detenção do crescimento da fisis na área afectada, estabelecendo-se o diagnóstico quando já se tiver instaurado a sequela.

Dentro das fracturas epifisárias deve-se prestar especial atenção às fracturas do côndilo externo do cotovelo. São fracturas relativamente frequentes e a sua importância radica no facto de se encontrarem por vezes problemas no diagnóstico, dependendo do estado de ossificação do núcleo epifisário do côndilo externo na criança. O seu tratamento é sempre cirúrgico, tendo como objectivo uma correcta redução anatómica e

tentar evitar as complicações mais frequentes como são a pseudoartrose e o desvio axial.

Pode considerar-se como de bom prognóstico as fracturas tipo I e II de Salter, sendo mais graves quanto mais jovem for a criança, uma vez que as complicações consistentes na detecção do crescimento produzirão uma deformação maior.

As fracturas epifisárias necessitam de uma vigilância clínica e radiológica prolongada, na procura de uma alteração no crescimento (dismetria, alterações do eixo,...). Não é conveniente estabelecer um período orientativo de cura ou estabilização uma vez que vai depender de vários factores (idade da criança, tipo de lesão da cartilagem, tratamento efectuado,...). O recomendável é estabelecer um prognóstico em função da lesão da cartilagem e aplicar as tabelas de crescimento da cartilagem afectada para calcular a possível dismetria.

FRACTURAS DA COLUNA VERTEBRAL

Na infância, este tipo de fracturas são raras, devido principalmente à grande elasticidade do esqueleto axial. Observam-se com mais frequência na adolescência e principalmente nos acidentes desportivos.

Um dos problemas graves destes traumatismos é a produção de lesões medulares sem evidência radiológica de lesão, pois pode não haver lesões ósseas radiológicas associadas. Complica ainda mais a situação o facto destas lesões coincidirem frequentemente com politraumatismos, e portanto, com outras lesões mais evidentes, pelo que devemos estar alerta.

A afectação da cartilagem de crescimento dos corpos vertebrais traduz-se frequentemente na aparição de uma escoliose ou de cifose. O tratamento, na maioria dos casos, é ortopédico e deve ser vigiado até ao final do crescimento. O tratamento cirúrgico é raro.

O prognóstico destas fracturas é duplo:

- Imediato e derivado das lesões neurológicas ou de instabilidade vertebral.
- A longo prazo, em conjunto com a aparição de deformações frontais ou sagitais por assimetria do crescimento pós-traumático ou pós-cirúrgico.

O processo de cura ou de consolidação é variável e difícil de estudar. Naquelas fracturas em que o crescimento não se afecta, este período pode estimar-se em menos de dez semanas. Naquelas em que as cartilagens de crescimento sejam afectadas ou se suspeite da existência futura de alterações das curvas da coluna vertebral, podem dar lugar a ter que esperar até ao final do crescimento.

TRATAMENTO

O objectivo do tratamento nas fracturas na infância é ajudar a uma consolidação precoce da fractura, evitando as deslocações dos fragmentos e as complicações mais frequentes, como são as alterações do crescimento com as consequentes dismetrias e desvios axiais.

O tratamento mais frequente é, sem dúvida, o *ortopédico*. É necessário ter presente que o tempo de redução da fractura tem que ser o mais breve possível, preferencialmente antes de 48 horas, para evitar a organização do hematoma.

A imobilização deve manter a redução da fractura *in situ* durante a fase de consolidação da mesma. O gesso é o método mais utilizado, sendo a sua duração variável em função do tipo e localização da fractura, apesar de, em geral, este período ser mais curto para as imobilizações de membros superiores do que para as dos inferiores assim como quanto mais jovem for a criança.

Um dos inconvenientes do tratamento ortopédico é a duração do mesmo e, portanto, a influência deste na vida escolar da criança, tal

como: dificuldades de deslocação, para os jogos ou para a aprendizagem da escrita, etc.

Recorre-se ao tratamento *cirúrgico* com muito menor frequência e, em geral, nos casos de fracturas com grandes deslocações, dificuldades de tratamento imobilizador em polifracturados,...

SEQUELAS

As sequelas mais importantes que convém estudar são as dismetrias, as necroses vasculares epifisárias e as artroses precoces.

a) Dismetrias

Podem dever-se à lesão da cartilagem de crescimento de forma total ou parcial o que dá lugar a deformações angulares ou encurtamentos do membro afecto, tendo em conta a repercussão funcional destes, especialmente se afectam os membros inferiores.

Também pode produzir dismetria ou sobreposição óssea.

Na maior parte dos casos corrige-se espontaneamente durante o crescimento, sobretudo em crianças pequenas. Pode produzir-se também uma dismetria por excesso de crescimento do membro fracturado, provocado por uma hiperactividade da cartilagem de crescimento. Fisiologicamente é tolerável uma dismetria de até 1.5 cm. A alteração de longitude pode considerar-se como definitiva decorridos dois anos após o acidente. Só as dismetrias de mais de 2 cm devem ser seguidas até ao final do crescimento.

Os calos viciosos corrigem-se melhor quanto mais jovem é a criança. O tempo de remodelação óssea pode requerer entre 2 e 5 anos. Um exemplo observa-se nas fracturas da metáfise tibial superior da criança pequena que vão dar lugar a um joelho valgo característico.

b) Necroses vasculares epifisárias

Produzem-se por lesão dos vasos epifisários,

afectando com mais frequência o rádio.

c) Artroses precoces

São uma complicação relativamente frequente das fracturas epifisárias, principalmente dos tipos III e IV de Salter.

LESÕES ODONTOESTOMATÓLOGICAS

Entre os seis e os doze anos, a idade escolar, encontra-se o grupo que com mais frequência sofre de lesões dentais da infância, devido à prática de jogos e desportos violentos.

As peças dentárias mais frequentemente afectadas são os incisivos, sobretudo os superiores.

Devido às características peculiares dos gérmenes dentários e do osso na infância, nas lesões dentárias devem ter-se em conta distintos factores. Nas lesões infantis entre um e três anos são muito frequentes os traumatismos em incisivos temporais e, em concreto, a perda do dente, luxações, as subluxações ou as intrusões.

A perda do dente não condiciona nenhuma sequela, apenas se detecta um aumento no tempo de erupção do dente definitivo.

Nas subluxações, devem vigiar-se especialmente as alterações dos gérmenes dentários mediante estudos radiológicos.

Quando a idade da criança for maior e o dano se produzir sobre as peças dentárias definitivas, as sequelas são mais importantes.

No caso de luxações deve tentar-se a sua reimplantação e ferulização. Complica-se frequentemente com a reabsorção radicular, que dá lugar à perda da peça.

Em geral, não se colocam nas crianças próteses fixas até aos 16 ou 18 anos, para evitar a afectação das peças adjacentes.

Em relação às fracturas que afectam os ossos maxilares deve-se destacar a possível

deteccção do crescimento do osso mandibular, se afectar um núcleo de ossificação. Se a fractura se produzir antes dos doze anos, é necessário contemplar a possibilidade de afectação dos gérmenes dentários adjacentes, com a conseqüente perda das ditas peças dentárias.

Em qualquer caso deve-se esperar o final do crescimento ósseo da criança para avaliar correctamente as sequelas.

PREJUÍZO ESTÉTICO

É preciso ter em conta, para o estudo da avaliação do dano corporal a partir de um ponto de vista estético na infância, várias questões, como: a povoação a que pertence e as suas peculiaridades, a tipologia das lesões e a possível evolução das mesmas.

As alterações estéticas na infância têm diferentes implicações conforme o lesionado seja uma criança pequena ou um adolescente.

Nas crianças pequenas a alteração estética não é vivida tanto por eles como pelo seu ambiente. Em geral, a preocupação é familiar, sobretudo dos pais, no que diz respeito não só ao transtorno estético em si mesmo, mas também às suas implicações futuras nos campos social, escolar e afectivo, com um desejo sempre presente de ter a constância de ter feito todo o possível para a melhor recuperação do estado anterior.

Nos jovens, a importância que se atribui ao prejuízo estético tem uma relação mais directa com o seu ambiente social que a sua própria visão do defeito.

Um problema acrescentado ao anterior, deriva da determinação do momento da cura. Em geral, os defeitos estéticos de tipo estático (sobretudo cicatrizes) tendem a melhorar em poucos anos. Não devem criar problemas salvo se forem demasiado chamativas. Evidentemente

que não se incluem nestes casos as monstruosidades da cara derivadas de queimaduras, sobretudo as que obrigam a criança a utilizar máscaras ou semelhantes. Nos casos de alterações estéticas de tipo dinâmico (encurtamento, por exemplo) a situação é diferente, até ao extremo de que, em ocasiões (como as citadas em páginas anteriores) será necessário esperar pela finalização do crescimento.

AVALIAÇÃO NO IDOSO

Pilar Alías

César Borobia

CONCEITO E DEFINIÇÃO

Ao referir-se ao idoso deve-se diferenciar claramente dois conceitos que, apesar de poderem parecê-lo, não são sinónimos: o paciente idoso e o paciente geriátrico. O paciente idoso refere-se exclusivamente à idade, que pode situar-se nos 65 anos para os países desenvolvidos e nos 60 para os países subdesenvolvidos. Por isso, no nosso meio, considera-se o idoso como aquela pessoa que ultrapassou os 65 anos de idade. Pode falar-se de um subgrupo

à parte para os "muito idosos" ou "muito velhos", em referência àquelas pessoas que ultrapassaram os 80 ou os 85 anos de idade.

O paciente geriátrico, pelo contrário, faz referência não só à idade, que muitas vezes é o menos importante, mas também a uma série de patologias com as suas limitações físicas e psíquicas que por sua vez têm problemas sociais acrescentados.

Os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística de Espanha manifesta um aumento da esperança de vida na povoação em todos os países da União Europeia. Em concreto, a esperança de vida ao nascer em Portugal no ano 2005 é de 74,90 anos para os homens e 81,33 para as mulheres¹. Este incremento da esperança de vida leva consigo um envelhecimento da povoação. Por sua vez, os avanços médicos e científicos, tornam possível que uma ampla percentagem da povoação com mais de 65 anos viva sozinha e de forma autónoma, sem necessidade de ajuda para as actividades da vida diária.

Estes avanços médicos em conjunto com as medidas de prevenção, cada vez mais importantes, conseguiram nos últimos 30 anos incrementar a esperança de vida em pessoas com mais de 65 anos.

Quadro 1. Esperança de vida aos 60, 75 e 80 anos por sexo desde 1950 até 2020.

| | | 1950 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 |
|----------|----|------|------|------|------|------|------|
| Homens | 60 | 15,4 | 17,3 | 19 | 20,3 | 21,6 | 22,8 |
| | 75 | 7 | 8,3 | 9,4 | 10,1 | 10,8 | 11,6 |
| | 85 | 3,7 | 4,5 | 4,9 | 5,2 | 5,6 | 5,9 |
| Mulheres | 60 | 18,4 | 22,4 | 24,2 | 25,7 | 27,1 | 28,4 |
| | 75 | 8,4 | 10,7 | 12 | 13 | 14 | 14,9 |
| | 85 | 4,4 | 5,4 | 6 | 6,5 | 7,1 | 7,6 |

¹ INE. Notas de prensa, 29 de octubre de 2007. www.ine.es/prensa/prensa.htm.

EPIDEMIOLOGIA

O processo de envelhecimento não tem porque ser em si mesmo patológico, se bem que é certo que determinadas doenças são muito mais frequentes no idoso do que noutras idades da vida, assim como a incidência de doenças crónicas aumenta à medida que a idade avança.

A patologia do idoso pode classificar-se em quatro grupos:

a) Doenças que são específicas da sua idade e muito raras ou inexistentes noutras idades, por exemplo: o cancro de próstata, a osteoporose...

b) Doenças com uma incidência e prevalência mais alta do que noutras idades, por exemplo: a diabetes, a insuficiência cardíaca, ...

c) Doenças que podem aparecer em qualquer idade mas que no idoso têm conotações tanto diagnósticas como terapêuticas diferentes, por exemplo: as infecções respiratórias, os traumatismos, ...

d) Doenças concomitantes, ou seja, a pluri-patologia que envolve vários órgãos e que é muito mais frequente no idoso do que em qualquer outra idade.

No quadro abaixo (Krusen, 1993) recolhem-se algumas das alterações biológicas que se produzem no idoso.

| Órgão | Alterações morfológicas | Alterações fisiológicas |
|---------------------|---|---|
| Encéfalo | Atrofia cortical Perda de células nervosas Depósitos de lipofucsina Líquido ligeiramente diminuído | Tempo de reacção prolongado Diminuição de memória (principalmente anterogradual) Diminuição da cognição |
| Nervo periférico | Diminuição da mielina | Diminuição da velocidade de condução |
| Músculo | Diminuição do tamanho das fibras musculares Gordura e colágeno intersticial Depósito de lipofucsina | Diminuição da força, resistência e velocidade |
| Osso e articulações | Cifose Degeneração discal Artrose Osteoporose | Diminuição da altura corporal Diminuição da amplitude do movimento |
| Coração | Hipertrofia miocárdica Arteriosclerose coronária* Rigidez valvular | Diminuição do vol/min* Diminuição do fluxo coronário |

| Órgão | Alterações morfológicas | Alterações fisiológicas |
|------------------|---|--|
| Vasos sanguíneos | Rigidez da parede | Aumento das resistências periféricas Hipertensão arterial* |
| Parede torácica | Deformação (cifose) Calcificação da cartilagem | Diminuição da distensibilidade |
| Pulmões | Diminuição do número de alvéolos Dilatação dos brônquios Diminuição da elasticidade e do parênquima | Diminuição da capacidade respiratória Enfisema* |
| Rim | Atrofia glomerular Diminuição da massa de células tubulares renais | Diminuição do índice de filtração glomerular Diminuição da função tubular |

* Consideram-se doenças.

Além das anteriores devem também contemplar:

- Os transtornos na visão, a redução do campo visual e da agudeza visual, opacificação do cristalino. Tudo isso produz uma deteriorização na capacidade de adaptação às mudanças de contraste e luminosidade.

- A diminuição da capacidade auditiva, assim como uma redução da capacidade de adaptação às próteses auditivas.

- Dificuldades em mastigar.

- Alterações esfinterianas, como a urgência miccional e a incontinência, principalmente.

- As alterações do equilíbrio e da marcha, produzidas pela perda da elasticidade da membrana estratocônica e as alterações do sistema vestibular periférico ou central.

- Os transtornos na esfera afectiva, tendência para a depressão,...

As alterações, tanto físicas como psíquicas, que ocorrem no idoso pressupõem que este seja uma pessoa mais vulnerável aos acidentes (de

tráfico, domésticos, na via pública, desportivos,...). A melhoria na qualidade e na esperança de vida faz com que os acidentes desportivos e de tráfico sejam contemplados como frequentes.

PATOLOGIA ACIDENTAL MAIS FREQUENTE NO IDOSO

As alterações que se produzem no idoso, como consequência do envelhecimento, convertem-no numa pessoa com uma maior vulnerabilidade para sofrer quedas e, devido ao seu estado de fragilidade, a que as consequências destas sejam mais graves do que o seriam em idades mais jovens. O traumatismo pode dar lugar a destabilizar uma situação prévia na qual o idoso era capaz de manter uma autonomia para as actividades da vida diária.

As lesões sofridas ocasionadas por um traumatismo são a primeira causa de morte acidental nas pessoas com mais de 65 anos e a quinta

causa de morte por qualquer causa dentro da população idosa.

A probabilidade de fracturas perante traumatismos leves ou de pouca intensidade é muito maior no idoso devido, entre outros factores, a um maior grau de osteoporose. As fracturas mais frequentes no idoso são as fracturas de anca, as fracturas de pescoço e as fracturas vertebrais. As fracturas vertebrais e do pulso são frequentes antes dos 70 anos e as fracturas da cabeça do fémur são mais comuns depois dessa idade.

O risco de sofrer uma fractura de pescoço femoral aos 80 anos é cinco vezes maior que o risco de a sofrer aos 50 anos. As sequelas e limitações derivadas destas fracturas são muito

mais importantes do que em idades jovens. A mortalidade por fractura de anca no idoso é elevada durante o primeiro ano, sendo máxima nos quatro primeiros meses e igualando-se no final desse período à da povoação geral. A morbilidade também é elevada, fazendo com que alguns destes idosos passem a um estado de dependência. Este tipo de fracturas, ao contrário dos jovens, aparece no idoso perante traumatismos leves, e inclusivamente sem um traumatismo aparente, o que é favorecido pelo facto de ser um osso com uma resistência diminuída pela osteoporose.

Os factores de risco para sofrer uma fractura de pescoço femoral podem ser: factores intrínsecos e factores extrínsecos.

| FACTORES INTRÍNSECOS | FACTORES EXTRÍNSECOS |
|---|--|
| Idade superior a 80 anos Transtornos da marcha e do equilíbrio Deficit cognitivos Transtornos na visão Tratamento com psicotrópicos Hipotensão arterial Sedentarismo e amiotrofia Pluripatologia | Deslumbramento Irregularidades no terreno Má iluminação Obstáculos em lugares de passagem Outros |

Nas fracturas de pulso a necessidade de tratamento cirúrgico e o tempo médio de hospitalização é maior e mais prolongado em pessoas com idades superiores a 60 anos. Além disso, certas complicações como a algodistrofia e o atraso na consolidação ocorrem aproximadamente em 30% dos casos, número muito superior aos de outras idades. As limitações funcionais residuais assim como a dor são também mais frequentes.

Outra patologia que não se pode esquecer é o desenvolvimento de um quadro de confusão

agudo ou delírio. É uma síndrome orgânica cerebral caracterizada por uma alteração da consciência, com alterações nas funções cognitivas que se desenvolve ao longo de um período breve de tempo. Produz-se uma alteração da consciência, da atenção, do pensamento, da percepção e da memória. É um quadro que, apesar de poder aparecer em qualquer idade, se dá com uma maior frequência entre a população idosa, atingindo 15% nos idosos internados no hospital e até 50% naqueles que se encontram integrados

numa residência. São factores precipitantes deste quadro: as infecções, a toma de certos medicamentos (fármacos anticolinérgicos), as alterações metabólicas, as alterações endócrinas e a cirurgia prévia. No desenvolvimento deste quadro a fractura de anca joga um papel importante. O prognóstico vai depender da causa mas, em geral, o quadro limita-se a umas horas ou dias regressando de novo à sua situação basal.

Os transtornos do humor e a depressão implicam um capítulo muito importante dentro da patologia do idoso. Ocasionalmente será necessário fazer um diagnóstico diferencial com a demência e os quadros pseudo demenciais. A disfunção neuropsicológica produzida depois de um traumatismo pode ser a origem destes quadros.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

A avaliação do idoso deve contemplar, não apenas as limitações funcionais que apresenta mas também, e com igual importância, os problemas mentais e os problemas sociais.

A avaliação geriátrica pode agrupar-se em quatro secções:

- A) Avaliação geral
- B) Avaliação funcional
- C) Avaliação mental ou cognitiva
- D) Avaliação social

A) Avaliação geral

Nesta primeira fase ter-se-á em conta, não apenas a patologia que é objecto da avaliação, mas também as possíveis patologias anteriores, o estado nutricional, os medicamentos que toma e o estudo da função renal. Seria o equivalente à primeira parte da história clínica do paciente.

B) Avaliação funcional

Posteriormente terá que estudar as limitações funcionais que apresenta para as actividades da vida diária quer sejam actividades básicas, instrumentais ou avançadas, assim como os transtornos da marcha e os deficits perceptivos que possam existir.

1. **Avaliação das actividades básica da vida diária** (comer, deslocar-se, lavar-se, controlo de esfíncteres). A perda destas funções produz-se de maneira ordenada e inversa àquela que se adquiriu na infância. Para isso dispõe-se de escalas validadas. Uma das mais utilizadas é o índice de Katz (Quadro 2). Em Espanha, usa-se com frequência a escala da Cruz Vermelha de incapacidade física e mental.

Quadro 2. Índice de Katz de independência nas actividades da vida diária

- A. Independente na alimentação, continência, mobilidade, uso da sanita, vestir-se e tomar banho.
- B. Independente para todas as funções anteriores excepto uma.
- C. Independente para todas excepto tomar banho e outra função adicional.
- D. Independente para todas excepto tomar banho, vestir-se e outra função adicional.
- E. Independente para todas excepto tomar banho, vestir-se, usar a sanita e outra função adicional.
- F. Independente para todas excepto tomar banho, vestir-se, usar a sanita, mobilidade e outra função adicional.
- G. Dependente nas seis funções.
- H. Dependente em, pelo menos, duas funções, mas não classificável como **C, D, e F**.

Independente significa sem supervisão, direcção ou ajuda pessoal activa, com as excepções que se indicam mais abaixo. Baseiam-se no estado actual e não na capacidade de as executar. Considera-se que um paciente que se nega a realizar uma função não faz essa função, apesar de ser considerado capaz.

Tomar banho (com esponja, duche ou banheira):

Independente: necessita de ajuda para se lavar num só local (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou lava-se completamente sem ajuda.

Dependente: necessita de ajuda para se lavar em mais do que uma parte do corpo, para sair ou entrar na banheira, ou não se lava sozinho.

Vestir-se:

Independente: pega a roupa sozinho, veste-a, coloca acessórios e abrigos e usa fechos (exclui-se o acto de atar os sapatos).

Dependente: não se veste sozinho ou permanece vestido parcialmente.

Usar a sanita:

Independente: acede à sanita, entra e sai dela, limpa os órgãos excretores e arranja a roupa (pode usar ou não suportes mecânicos).

Dependente: usa penico ou urinol ou precisa de ajuda para aceder à sanita e utilizá-la.

Mobilidade:

Independente: entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira sozinho (pode usar ou

não suportes mecânicos).

Dependente: precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não realiza uma ou mais deslocações.

Continência:

Independente: controlo completo de micção e defecação.

Dependente: incontinência urinária ou fecal parcial ou total.

Alimentação:

Independente: leva a comida desde o prato ou seu equivalente até à boca (exclui-se cortar a carne e barrar a manteiga ou similar).

Dependente: precisa de ajuda para a acção de se alimentar, ou necessita de alimentação entérica ou parentérica.

O resultado é informado mediante a letra adequada, por exemplo: **Índice de Katz: C.**

2. Avaliação das actividades instrumentais da vida diária. Trata-se de actividades mais complexas que pressupõem um maior grau de autonomia do idoso. Dentro destas actividades incluem-se: utilizar o telefone, ir às compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, utilizar os meios de transporte, a responsabilidade sobre a medicação e a capacidade de utilizar dinheiro. Uma escala utilizada para isto é a escala de Lawton e Brody (Philadelphia Geriatric Center) que se descreve no Quadro 3.

Quadro 3. Escala de actividades instrumentais da vida diária

A informação será obtida de um cuidador fidedigno. Pontua-se cada área conforme a descrição que melhor corresponde ao sujeito. Portanto, cada área pontua um máximo de **1 ponto** e um mínimo de **0 pontos**.

Capacidade para usar o telefone

| | |
|---|----------|
| Utiliza o telefone por iniciativa própria: | 1 ponto |
| É capaz de marcar bem alguns números familiares: | 1 ponto |
| É capaz de atender o telefone, mas não de marcar: | 1 ponto |
| Não é capaz de usar o telefone: | 0 pontos |

Fazer compras

| | |
|---|----------|
| Realiza todas as compras necessárias independentemente: | 1 ponto |
| Realiza independentemente pequenas compras: | 0 pontos |
| Necessita ir acompanhado para fazer qualquer compra: | 0 pontos |
| Totalmente incapaz de fazer compras: | 0 pontos |

Preparação da comida

| | |
|---|----------|
| Organiza, prepara e serve a comida por si só adequadamente: | 1 ponto |
| Prepara adequadamente a comida se lhe proporcionarem os ingredientes: | 0 pontos |
| Prepara, aquece e serve as comidas, mas não segue uma dieta adequada: | 0 pontos |
| Necessita que lhe preparem e sirvam a comida: | 0 pontos |

Cuidado da casa

| | |
|---|----------|
| Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados): | 1 ponto |
| Realiza tarefas ligeiras, como lavar os pratos ou fazer as camas: | 1 ponto |
| Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um adequado nível de limpeza: | 1 ponto |
| Necessita de ajuda em todas as tarefas da casa: | 1 ponto |
| Não participa em nenhuma tarefa da casa: | 0 pontos |

Lavagem da roupa

| | |
|---|----------|
| Lava por si só toda a sua roupa: | 1 ponto |
| Lava por si só pequenas peças: | 1 ponto |
| Toda a lavagem de roupa deve ser realizada por terceiros: | 0 pontos |

Uso de meios de transporte

| | |
|--|----------|
| Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro: | 1 ponto |
| É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte: | 1 ponto |
| Viaja em transporte público quando vai acompanhado por outra pessoa: | 1 ponto |
| Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros: | 0 pontos |
| Não viaja: | 0 pontos |

Responsabilidade relativamente à sua medicação

| | |
|--|----------|
| É capaz de tomar a sua medicação à hora e com a dose correcta: | 1 ponto |
| Toma a sua medicação se a dose lhe for previamente preparada: | 0 pontos |
| Não é capaz de administrar a sua medicação: | 0 pontos |

Tratar dos seus assuntos económicos

| | |
|---|----------|
| Encarrega-se dos seus assuntos económicos por si mesmo: | 1 ponto |
| Realiza as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, bancos... : | 1 ponto |
| Incapaz de gerir dinheiro: | 0 pontos |

Avaliação da pontuação:

Somam-se os pontos correspondentes a todas as áreas para obter um total. A máxima dependência estaria marcada pela obtenção de um total de **0 pontos**, enquanto que uma soma de **8 pontos** expressaria uma independência total. Esta escala é mais útil em mulheres, uma vez que muitos homens nunca realizaram algumas das actividades que se avaliam.

3. Avaliação das actividades da vida diária avançadas. Avaliam-se nesta secção as actividades lúdicas, profissionais, culturais...

C) Avaliação cognitiva

A integridade da função cognitiva é de suma importância para a manutenção da independência do idoso. Nela se integram funções intelectuais tais como recordar, perceber, orientar-se, ser capaz de expor e resolver problemas, ... Deve ser realizada com rigor, por pessoal experiente e descartando possíveis patologias subjacentes que foram a causa da perda da capacidade cognitiva. Existem questionários que podem ajudar

a sua avaliação, sem que isso pressuponha que se descarte a realização de outras provas complementares e inclusive a intervenção de especialistas. Os questionários mais utilizados são o questionário de Pfeifer e o *Mini-Mental Exam de Folstein* (em Espanha a versão validada de Lobo) disposto no Quadro 4.

D) Factores sociais

Nesta secção ter-se-á em conta a vida social do idoso, a existência de cônjuge, amigos, relações familiares, tipo de casa e acesso aos serviços sociais e sanitários, necessidade de ajuda no domicílio, quer seja parcial, total...

Quadro 4. Mini exame cognoscitivo

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ORIENTAÇÃO: Em que ano estamos? Em que estação do ano estamos? Em que dia da semana estamos? Que dia (número) é hoje? Em que mês estamos? Em que província estamos? Em que país estamos? Em que povoação ou cidade estamos? Em que lugar estamos neste momento? Trata-se de um andar ou de um piso térreo? | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | |
| MEMÓRIA DE FIXAÇÃO: Repita estas 3 palavras: PESETA-CAVALO-MAÇÃ (1 ponto por cada resposta correcta). Uma vez pontuado, se não tiver dito bem, repetir-se-ão com um limite de 6 tentativas até que os aprenda. Lembre-se delas porque ser-lhe-ão perguntadas em breve. | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| ATENÇÃO E CÁLCULO: Tem 30 pesetas e dá-me 3, quantas ficam? e se me dá 3 (até 5 subtrair) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Repita estes números: 5-9-2 (repetir até que os aprenda) Agora repita-os ao contrário (pontua-se certo um número e ordem) | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| MEMÓRIA A CURTO PRAZO: Recorde as três palavras que lhe foram ditas anteriormente? | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| LINGUAGEM E CONSTRUÇÃO: Mostrar uma caneta. O que é isto? Mostrar um relógio. O que é isto? Repita esta frase: "NUMA SEARA HAVIA CINCO CÃES" Uma maçã e uma pêra são frutas, correcto? O que são um gato e um cão? E o vermelho e o verde? | 0 0 0 0 0 | 1 1 1 1 1 | | | | |
| Agora faça o que lhe digo: PEGUE NESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O EM CIMA DA MESA (1 ponto por cada acção correcta) | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Faça o que aqui lhe escrevo (em papel e com maiúsculas escrevemos: FECHE OS OLHOS) | 0 | 1 | | | | |
| Agora escreva por favor uma frase, a que quiser neste papel (dê-lhe um papel) Copie este desenho (anotando 1 ponto se todos os ângulos se mantêm e se entrelaçam num polígono de 4 lados) | 0 | 1 | | | | |

PONTUAÇÃO TOTAL

| |
|--|
| |
|--|

BIBLIOGRAFIA

- BOROBIA FERNANDEZ, César - *Valoración de daños personales. Informes periciales e casos prácticos*. Madrid: La Ley-Actualidad, 1998.
- BOROBIA FERNANDEZ, César - *Valoración del dano corporal. Medicina de los seguros. Miembro superior*. Elsevier-Masson, 2007.
- BOROBIA FERNANDEZ, César - *Valoración del dano corporal. Medicina de los seguros. Miembro inferior*. Elsevier-Masson, 2007.
- BOROBIA FERNANDEZ, César - *Valoración del dano corporal. Medicina de los seguros. columna, pelvis e parrilla costal*. Elsevier-Masson, 2008.
- COLBEAU-JUSTIN, Ph. - La consolidation médico-légal chez l'enfant après traumatismo médullaire. *Revue française du dommage corporel*. J. B. Baillière éditeur. vol.29(2) (2003), p. 105-109.
- DAUPLEIX, Ch. - La consolidation médico-légal dans les traumatismos odontostomatológicos de l'enfant. *Revue française du dommage corporel*. J. B. Baillière éditeur. vol.29(2) (2003), p. 121-137.
- DESPLAT, P. - Consolidation médico-légale chez l'enfant et préjudice esthétique. *Revue française du dommage corporel*. J. B. Baillière éditeur. vol.29(2) (2003), p. 111-120.
- GERVAIS, Ch. - La consolidation médico-légale chez l'enfant. Une notion délicate à appréhender. *Revue française du dommage corporel*. J. B. Baillière éditeur. vol.29(2) (2003), p. 77-83.
- GÓMEZ DE MAEMBRILLERA, Gascó; GASCÓ ADRIEN, J.
[www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/-USER-/Traumatologia-epidemiologia-fracturas\(2\).Pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/-USER-/Traumatologia-epidemiologia-fracturas(2).Pdf). Dezembro 2007.
- GUET, J. L [et al.] - *La réparation du dommage corporel en droit commun*. Paris: Ed. Masson, 1980.
- HERNANDÉZ CUETO, Claudio - *Valoración del dano corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
- KRUSEN - *Medicina Física e Rehabilitação*. 4ª ed. Madrid: Panamericana, 1993.
- LECHEVALLIER, J. - Les traumatismes da cheville de l'enfant. *Revue française du dommage corporel*. J. B. Baillière éditeur. vol.32(3) (2006), p. 181-193.
- PEREA, B. - *Metodología para la AVALIAÇÃO del DANO en odontoestomatología*.
www.cejjusticia.es/pdf/publicaciones/medicos-forenses/MEDI42.pdf. Dezembro 2007
- RIBERA, J. M.; CRUZ A. J. - *Geriatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Barcelona: J. Uriach, 1997.
- Revue Française du Dommage Corporel*. J.B. Baillière éditeur. Tome 31, n.º 3 (2005).
- Revue Française du Dommage Corporel*. J.B. Baillière éditeur. Tome 32, n.º 1 (2006).

IX - Simulação e Dissimulação em Clínica Forense

Jorge Costa Santos

1. INTRODUÇÃO

A avaliação médico-legal do dano psico-físico incide sobre a pessoa concreta – *a pessoa em situação* – um ser humano que possui uma biografia, uma personalidade e um modo peculiar de vivenciar e lidar com as situações, em especial as que envolvem sofrimento, como acontece quase constantemente com os eventos traumáticos que motivam a realização de exames médico-legais. Significa isto que lesões ou sequelas objectivamente idênticas são percebidas e vivenciadas de forma mais ou menos diversa por pessoas diferentes.

A preocupação da objectividade, que deve nortear toda a intervenção pericial, não pode, pois, fazer esquecer que esta consiste numa avaliação do dano que envolve, independentemente do contexto legal, não apenas a dimensão anatómico-funcional desse dano, mas também a sua reverberação psíquica, isto é, a maneira singular como o indivíduo experimenta, lida e exprime o prejuízo sofrido. Dito de outro modo: a avaliação pericial

não pode ignorar a personalidade do examinado, a sua maneira habitual de ser e (re)agir.

Ora, cabe aqui recordar que a palavra *personalidade* vem do grego *persona*, que significa "máscara de teatro", surgindo, assim, etimologicamente ligada à noção de papel desempenhado pelo indivíduo num determinado contexto e face a um público. Estas breves referências permitem compreender melhor tanto o amplo espectro das reacções individuais face ao dano e ao sofrimento que, frequentemente, lhe está associado, quanto as condutas de natureza fraudulenta, como a simulação, a dissimulação e imposturas afins, que visam a obtenção ilegítima de benefícios económicos ou outros.

Ao contrário da relação terapêutica, tradicionalmente baseada na confiança entre médico e doente, que constitui um dos principais alicerces do processo terapêutico, a intervenção médico-legal serve uma finalidade diferente, que lhe confere uma feição própria. Materializa-se na realização de um

certo número de exames periciais visando, sobretudo, a avaliação e reparação do dano sofrido em consequência de um determinado evento, o mais das vezes de natureza traumática, e raras vezes tem lugar por iniciativa do indivíduo lesado, mas a solicitação de entidades terceiras (autoridades judiciárias ou judiciais, companhias de seguros, etc.).

A busca da verdade material e a cadeia de procedimentos que caracterizam a missão pericial nem sempre são facilmente compreendidas pelos examinados, que reagem, amiúde, com reserva ou mesmo desconfiança, reforçada, não raras vezes, pelo conflito de interesses que opõe as partes envolvidas. Daí a eclosão de sentimentos de indignação e revolta por parte de alguns examinados, que, tendo sido vítimas de um dano ocasionado por terceiros, reagem negativamente à sucessão de exames mais ou menos morosos e à ideia de que o resultado final nunca contemplará a totalidade das vicissitudes e prejuízos por si sofridos.

É neste contexto, frequentemente marcado pela dúvida, pela insatisfação, pela desconfiança e deficiente colaboração dos examinados, que o perito médico é chamado a desempenhar as suas funções e a destrinçar as reacções individuais, compreensíveis perante situações concretas, das condutas de simulação e dissimulação, que obedecem a outro tipo de motivações. Ao perito não lhe basta, pois, possuir bons conhecimentos médicos e uma sólida experiência clínica, torna-se indispensável que saiba identificar estas condutas, a fim de salvaguardar a verdade pericial. No limite, se existe algo que distingue verdadeiramente o perito médico dos demais médicos é – deve ser – uma competência especial para diagnosticar a simulação e a dissimulação.

2. CONCEITO

Simulação significa, segundo os dicionários correntes: 1) na *acepção comum*: acção ou efeito

de simular, falta de correspondência com a verdade, fingimento, disfarce, dissimulação; carácter do que carece de sinceridade, hipocrisia, impostura, falsidade; 2) na *acepção jurídica*: declaração fictícia da vontade de uma ou ambas as partes, visando fugir de determinado imperativo local; 3) na *acepção psicológica*: manifestação exterior que tende a exagerar ou prolongar perturbações somáticas ou psíquicas. A diversidade das leituras permitidas por cada uma destas acepções, embora conexionada pela ideia de falsidade, suscita uma questão: quando se fala de simulação no contexto médico-legal, fala-se, afinal, de quê?

Segundo o DSM-IV, o aspecto essencial da simulação reside na produção intencional de sintomas falsos ou exagerados, de ordem física ou psicológica, motivados por incentivos externos, tais como eximir-se ao cumprimento do serviço militar, furtar-se ao trabalho, obter compensações económicas ou drogas, ou evitar o cumprimento de sanções penais.

Para alguns autores, as características que melhor definem a simulação são:

1. Propósito deliberado de cometer uma fraude;
2. Verbalização de sintomas e/ou imitação de sinais de natureza patológica;
3. Finalidade utilitária, ou seja, a obtenção de benefícios ou proveitos imediatos.

Esta visão linear revela-se, todavia, algo simplista porquanto ignora alguns aspectos de natureza clínica e psicopatológica contemplados, por exemplo, na formulação do DSM-IV, à luz do qual deve equacionar-se a hipótese de simulação nas seguintes situações:

- a. Contexto médico-legal (p. ex., requisição de exame pericial pelo sistema de justiça);
- b. Discrepância acentuada entre o sofrimento ou incapacidade referidos pelo sujeito e os dados objectivos apurados pelo médico;

c. Falta de colaboração na avaliação clínica e na adesão ao tratamento prescrito;

d. Presença de uma perturbação anti-social da personalidade.

Embora se afigure algo excessivo que o contexto médico-legal, só por si, possa constituir razão bastante para fazer suspeitar a ocorrência de simulação, esta formulação, de alcance psiquiátrico, é, de algum modo, complementar da anterior, porquanto integra aspectos relacionados com o funcionamento da personalidade do sujeito com inegável relevância para uma correcta avaliação pericial.

Resulta, assim, no essencial, que a simulação é uma forma de logro semelhante à mentira, ainda que os seus modos de expressão sejam diversos. Uma e outra representam meios fraudulentos visando a obtenção de determinados fins. Mas enquanto a mentira se esgota na simples expressão verbal da falsidade, o processo de simulação, ainda que alicerçado na mentira, implica a execução de actos e gestos destinados a alimentar, reforçar e tornar credível a mentira. Dito de outro modo: a simulação não é uma mera deixa verbal como a mentira, mas uma encenação da fraude para obter proveitos.

3. TIPOLOGIA DA SIMULAÇÃO

O conceito de simulação, estreitamente associado à ideia de fingimento, abrange, todavia, um espectro bem mais vasto do que aquele que se encontra na clínica médico-legal, obedecendo a fins, motivações, causas, sintomas ou modos de expressão muito diversos.

De entre as várias classificações propostas na literatura científica, avulta a de Gisbert Calabuig (1991), que contempla as modalidades mais frequentes por referência aos fins visados pelo simulador. A saber:

1. *Simulação defensiva*: a que pretende evitar o cumprimento de uma sanção penal ou outra;

2. *Simulação ofensiva*: quando o estado patológico é forjado visando satisfazer um desejo de vingança em relação a uma pessoa a quem o simulador atribui a autoria do mal de que padece;

3. *Simulação exoneratória*: a que tem por finalidade eximir-se ao cumprimento do serviço militar ou a outras obrigações;

4. *Simulação lucrativa*: a utilizada pelos mendigos para explorarem a caridade pública;

5. *Simulação adulatora*: a praticada por discípulos e cortesãos, que imitam os comportamentos ou padecimentos dos mestres e poderosos em busca de reconhecimento pessoal;

6. *Simulação ambiciosa*: parcialmente sobreponível à anterior, embora aqui a finalidade seja obter honrarias e outras prebendas ou sinecuras;

7. *Simulação afectiva*: motivada pelo jogo dos afectos ou razões sentimentais, por vezes de natureza altruísta, mas, mais frequentemente, egoísta.

Uma classificação mais precisa da simulação de doenças ou quadros mórbidos (Gisbert Calabuig, 1991; Lloret *et al.*, 1995), adopta como referência a natureza da fraude clínica, distinguindo:

1. *Doenças provocadas*: assim designadas por serem induzidas pelo próprio ou resultarem de lesões auto-infligidas (p. ex., feridas, conjuntivites, dermatoses, auto-mutilações). Nestes casos, o quadro patológico ou as lesões são reais, mas incluem-se no conceito de simulação devido à intenção fraudulenta e à finalidade utilitária que estiveram na sua origem;

2. *Doença alegada*: é a variedade mais elementar, na qual o sujeito se limita a referir sintomas, sem que existam sinais ou manifestações objectivas que os sustentem;

3. *Doença imitada*: constitui a variedade

mais frequente e típica da simulação, na qual o sujeito, à maneira de um actor, desempenha o papel de doente, exibindo sinais e sintomas de um determinado quadro mórbido;

4. *Doença exagerada*: partindo da existência prévia de sintomas mórbidos, o simulador exagera a intensidade dos mesmos de molde a acentuar a gravidade do sofrimento e a obter, por esse meio, maiores proveitos (p. ex., impotência funcional, atitude viciosa, perturbações nervosas motoras ou sensitivas, perturbações sensoriais, lombalgias, tremores, cefaleias, vertigens, tonturas, acufenos, insónias);

5. *Doença imputada*: também aqui existe uma doença prévia, que não é exagerada nem modificada, limitando-se o simulador a falsear a sua origem, isto é, a atribuí-la a outra causa. Habitualmente trata-se de lesões ou sequelas traumáticas que se pretendem imputar a uma doença natural ou a um traumatismo diferente daquele que as provocou (p. ex., protrusões ou hérnias discais, fracturas-achatamento vertebrais, contractura cervical, úlcera da perna);

6. *Doença dissimulada*: ao contrário do que sucede na simulação, o sujeito oculta o estado mórbido de que realmente padece, com vista a obter algum tipo de proveito (p. ex., ingressar nos quadros da Administração Pública ou das Forças Armadas, ou celebrar seguros de vida, ocultando situações patológicas que inviabilizariam a sua concretização).

4. FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA SIMULAÇÃO

A simulação reveste várias formas de apresentação, consoante a doença ou perturbação mórbida seja provocada, imitada, prolongada ou falsamente atribuída a um tratamento.

a. Nas *doenças e lesões provocadas*, o simu-

lador apresenta-se a exame exibindo uma afecção autêntica provocada por meios artificiais. Na maioria dos casos, trata-se de lesões de pequena gravidade, mas suficientes para determinarem incapacidade temporária para o trabalho, sem perda de salário. Noutros casos, bem mais raros, as lesões podem revestir-se de maior gravidade, deixando sequelas anátomo-funcionais, com as correspondentes incapacidades permanentes.

No primeiro grupo, os tipos etiológicos observados são muito variados (feridas contusas e úlceras provocadas, infecções localizadas, etc.). Em geral, as lesões são superficiais e localizam-se em regiões topográficas electivas. Em alguns casos, observam-se mesmo padrões típicos de lesões auto-infligidas, através das quais o autor procura a incriminação de uma pessoa de quem pretende vingar-se, acusando-a de o ter agredido (Costa Santos & Afonso, 2004): feridas superficiais múltiplas (p. ex. feridas incisais); localização em regiões topográficas facilmente acessíveis à mão dominante; lesões agrupadas e paralelas; preferência pelos braços, mãos e face anterior do tórax; ausência de lesões em zonas particularmente sensíveis à dor, como os lábios e os olhos; distribuição simétrica; ausência de feridas de defesa, etc.

As mutilações voluntárias verificam-se, sobretudo, nos membros superiores: fracturas dos ossos do antebraço ou da mão, secções tendinosas, amputações do polegar ou do indicador, habitualmente geradoras de incapacidades consideráveis. Embora relativamente graves do ponto de vista funcional, as lesões provocadas pelo próprio não envolvem, em regra, risco de vida;

b. Na *simulação de estados mórbidos*, o simulador apresenta-se ao médico referindo queixas fictícias ou exageradas, ou imitando perturbações objectivas com repercussão na sua vida pessoal e

laboral. O simulador escolhe sobretudo sintomas que admite serem difíceis de controlar, mas fáceis de imitar ou exagerar e manter por tempo indeterminado (p. ex., cefaleias, tonturas e rigidez cervical, atribuídas a traumatismos do tipo *golpe de coelho*, *chicotada cervical* ou *whiplash* (Muñoz Barús, 2006). Todavia, ainda que o sujeito se esforce por transmitir uma aparência de realidade, o quadro clínico de uma doença é raramente representado, visto ser difícil reproduzi-lo exacta e completamente.

A simulação de doença mental, bastante mais rara, ocorre, sobretudo, em arguidos da prática de crimes graves que pretendem subtrair-se a uma condenação penal pela via da declaração de inimputabilidade em razão de *anomalia psíquica*. Este tipo de simulação é particularmente difícil e esses indivíduos, embora evidenciando com frequência alguma forma de perturbação mental, exageram mais do que simulam.

5. MOTIVOS E CONTEXTOS DA SIMULAÇÃO

Os motivos da simulação são assaz diversos, variando em função do sujeito, do contexto legal em que se inscrevem e dos objectivos visados. Assim:

a. Em *matéria penal*, a simulação está sobretudo relacionada com a tentativa do sujeito se eximir ao cumprimento de obrigações legais (p. ex., incorporação ou mobilização militar e notificação judicial), para se furtar a uma sanção penal ou à reclusão, para satisfazer um desejo de vingança ou exercer chantagem, ou ainda para fazer crer ter sido atacado e roubado (p. ex., simulação de agressão ou violação);

b. Em *matéria civil*, a simulação é utilizada para obter indemnizações e outros benefícios de natureza pecuniária (p. ex., seguros por danos e prejuízos relacionados com acidentes rodoviários

ou prestações sociais);

c. Em *matéria laboral*, a simulação visa, à semelhança da anterior, a obtenção de indemnizações e outros benefícios, mas aqui relacionados com a esfera do trabalho (p. ex., prolongamento do período de incapacidade, pensão de invalidez ou reforma antecipada).

Assinale-se, porém, que existem perturbações mentais cujo modo de apresentação pode sugerir uma simulação, embora obedeçam a motivações diversas (DSM-IV, 1996; Sáiz, 2000). É o caso das *perturbações factícias*, que, embora caracterizadas pela produção intencional de sintomas ou sinais físicos ou psicológicos, tal como sucede na simulação, distinguem-se desta porque não visam a obtenção de incentivos ou ganhos externos, traduzindo antes uma necessidade intrapsíquica do sujeito para manter o papel de doente.

Também a *perturbação de conversão* e outras *perturbações somatoformes*, caracterizadas pela presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral, sem que possam ser explicados por patologia orgânica, pelos efeitos directos de substâncias tóxicas ou por outra perturbação mental, obrigam ao diagnóstico diferencial com a simulação, pois também elas se traduzem por dificuldades no funcionamento familiar, social e ocupacional, com eventuais ganhos secundários. Todavia, ao invés do que se verifica na simulação e nas perturbações factícias, os sintomas físicos associados às perturbações somatoformes não são intencionais, isto é, não se encontram sob o controlo da vontade.

6. DIAGNÓSTICO DA SIMULAÇÃO

Antes de mais, importa ter presente que não existem elementos patognomónicos da simula-

ção, tal como não existem na grande maioria das doenças ditas naturais. A sua demonstração deve assentar em factos, não em especulações. Baseia-se na pesquisa, observação e análise crítica de um certo número de elementos de natureza semiológica e médico-legal, tarefa assaz delicada, que exige conhecimentos, experiência e bom senso.

Mesmo que existam suspeitas de simulação prévias, a conduta do perito médico deve pautar-se pela maior isenção, observando os procedimentos habituais, com a extensão e o rigor exigíveis em todos os exames periciais. A saber:

1. Exame indirecto (por recurso a fontes de informação externa)

A intervenção pericial começa, como sempre, por uma cuidada análise das peças processuais disponíveis (petições forenses, relatórios e boletins clínicos, exames complementares de diagnóstico, etc.), com vista a contextualizar o motivo que deu lugar à realização do exame e a recolher a informação relevante, com vista a averiguar:

a. As circunstâncias que estiveram na origem da doença ou das lesões traumáticas apresentadas;

b. O tipo e duração dos cuidados médicos a que o examinando foi sujeito (intervenções cirúrgicas, especialidades envolvidas, internamento hospitalar, consultas de ambulatório, tratamentos efectuados, medicamentos prescritos, programas de reabilitação, etc.);

c. A evolução clínica (incluindo complicações e intercorrências).

2. Exame directo

A observação começa no primeiro olhar. Como em todos os exames periciais, é importante procurar estabelecer uma relação clínica de neutralidade empática, de molde a facilitar a

espontaneidade e fluidez do relato.

a. *Motivo do exame*, segundo o examinando (este deve ter oportunidade de falar livremente sobre o sucedido, evitando-se as interrupções desnecessárias);

b. *Antecedentes pessoais e familiares* (a anamnese deve ser exaustiva, contemplando não apenas os antecedentes médico-cirúrgicos e hábitos tóxicos, mas também as várias etapas do desenvolvimento, as vicissitudes da sua biografia pessoal e a dinâmica familiar);

c. *Personalidade prévia* (característica relativamente estável e geral da maneira de ser habitual do sujeito no seu modo de reagir às situações nas quais se encontra, nomeadamente os aspectos cognitivos e não cognitivos, incluindo-se nestes últimos as emoções, as motivações, os traços e os tipos, os estilos de condutas, as atitudes e os mecanismos de defesa).

d. *Exame do estado actual*:

d.1. *Queixas* (o interrogatório deve ser conduzido com especial cuidado; os detalhes podem ser clarificados em momento posterior através de questões específicas, a fim de testar a sua verosimilhança e consistência);

d.2. *Exame clínico* (completo e minucioso, contemplando não apenas a observação física, mas também o funcionamento mental: apresentação, contacto, nível de consciência, tipo de linguagem, discurso, percepção, memória, pensamento, juízo crítico, raciocínio, nível de conhecimentos gerais, nível intelectual, capacidade de abstracção, humor, ressonância afectiva, capacidade geral de autocrítica; observação das lesões e avaliação do seu aspecto, antiguidade, gravidade, repercussão sobre o estado geral e autonomia e compatibilidade com as queixas. Em alguns casos, pode ser vantajoso prolongar a duração do exame, porquanto a fadiga diminui a capacidade

do sujeito para manter o mesmo nível de desempenho. A repetição dos exames, visando seguir a evolução das lesões ou das perturbações mórbidas, revela, não raras vezes, a variabilidade e inconsistência dos sinais clínicos e a ineficácia dos tratamentos efectuados).

3. *Exames complementares* (em função da indicação clínica: exames neurofisiológicos, laboratoriais, imagiológicos, ou do domínio de outras especialidades, como, por exemplo, neurologia, psiquiatria ou psicologia). Existem múltiplos testes psicométricos que têm vindo a ser utilizados para detecção da simulação de perturbações mentais, embora poucos tenham verdadeira utilidade (de entre os mais vulgarizados, destacam-se a *Structured interview of reported symptoms* (SIRS), o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Revised* (MMPI-2) e o *M test* (Hall & Poirier, 2000; Resnick, 2003; Halligan, Bass & Oakley, 2003).

4. *Inquérito social* (pode ser de grande utilidade para esclarecer o contexto em que se inscreve o comportamento do examinado, designadamente a sua situação familiar, social e laboral).

5. *Diagnóstico* (impõe-se um diagnóstico diferencial rigoroso e a pesquisa sistemática e discussão dos critérios gerais do nexa de causalidade, com relevância para o encadeamento anátomo-clínico, tendo presente que um diagnóstico é sempre um exercício de probabilidades):

a. *Diagnóstico das doenças ou lesões provocadas*

O interrogatório é, amiúde, elucidativo: o relato do examinado sobre as causas e circunstâncias da doença ou acidente são idênticas, estereotipadas, mas as explicações proporcionadas são contraditórias, inexactas ou inverosímeis e, por vezes, absurdas.

As lesões observadas em numerosos sujeitos

apresentam características clínicas comuns que sugerem a sua produção em série: aspecto, localização (acessível à mão do próprio) e evolução amplamente sobreponíveis; estranha resistência à terapêutica; agravamentos bruscos, repetidos e inexplicáveis;

b. *Diagnóstico das perturbações mórbidas simuladas*

Também aqui a observação do sujeito deve ser minuciosa, incidindo sobre a sua atitude, o modo como se exprime e a concordância com a mímica facial e gestual, a marcha, os movimentos, a maneira como se despe e veste. Com frequência, constata-se que os sintomas relatados não correspondem a uma síndrome clássica completa, detectando-se incoerências, incongruências, excessos e até factos anormais forjados; a patomímia, quase sempre imperfeita ou paradoxal, evidencia uma afecção estranha, sem correspondência com qualquer entidade nosológica ou quadro sindromático conhecidos;

c. *Síntese*

Nestas situações, a avaliação contextualizada de todos estes elementos, nomeadamente a pobreza, inverosimilhança e inconsistência do relato do examinado e a discordância entre as suas manifestações e o resultado das observações clínicas, permite, em regra, admitir a hipótese de simulação, que terá de ser sempre devidamente fundamentada. O perito médico deve fazer constar no seu relatório as razões que o levaram a tal conclusão e assinalar a necessidade de um inquérito relativo às circunstâncias que tenham dado origem à simulação.

A concluir, importa realçar que este tipo de investigação pericial constitui um trabalho particularmente complexo e sensível, não isento de problemas acrescidos, entre os quais avultam o contexto legal, a intervenção médico-legal tardia

(meses ou até anos depois da ocorrência que esteve na origem da perícia), a dificuldade em obter dados fidedignos sobre a lesão inicial e os antecedentes do examinado, a ausência ou

escassez de informação relativa à evolução clínica, e, em não raros casos, a impossibilidade material de objectivar o dano sofrido ou as manifestações subjectivas.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-IV – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
- GISBERT CALABUIG, J.A. - *Medicina Legal y Toxicología*. 4ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1991.
- HALL, H.V.; POIRIER, J.G. - *Detecting Malingering and Deception. Forensic Distortion Analysis*. 2ª ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 2000.
- HALLIGAN, P.W.; BASS, Ch.; OAKLEY, D. - *Malingering and Illness Deception*. New York: Oxford University Press, 2003.
- LLORET, F.R., LLORET, J.B.M.; MÁRQUEZ, M.A.V. - Simulación y exageración en la valoración del daño corporal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 4, n.º 5 (1995), p. 47-59.
- MUÑOZ BARÚS, I. - Wiplash: Traumatismo cervical leve y simulación. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 15, n.º 16 (2006), p. 49-56.
- RESNICK, Ph.J. – Malingering. In ROSNER, Richard - *Principles and practice of forensic psychiatry*. 2ª ed. London: Arnold, 2003. p. 543-554.
- SÁIZ, E.M. - Aspectos que distorsionan la valoración médico-legal de enfermedades y lesiones. Simulación versus neurosis traumáticas. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 9, n.º 10 (2000), p. 9-29.
- SANTOS, J. COSTA; AFONSO, P.A. - *Lesões auto-infligidas simulando crime contra a integridade física: A propósito de um caso clínico médico-legal*. Comunicação apresentada ao 3º Congresso Nacional de Medicina Legal, Porto, 12-13 Nov. 2004 (Livro de Resumos do Congresso).

X - O Relatório Pericial de Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil

Teresa Magalhães
Francisco Corte-Real
Duarte Nuno Vieira

I. INTRODUÇÃO

No âmbito da avaliação de danos corporais a prova pericial é essencialmente médica. Contudo, é também exigível nesta área, e cada vez mais, promover a abertura à interdisciplinaridade e transversalidade de saberes, de forma particular à antropologia social e psicologia, dado ser a pessoa que constitui, em geral, o objecto da perícia. Tal interdisciplinaridade concretiza-se não apenas pela intervenção de disciplinas não médicas mas também pela necessidade de uma contribuição das diversas especialidades em que actualmente se subdividem as áreas clínicas e cirúrgicas da medicina. Face ao extraordinário desenvolvimento científico do saber médico, não é actualmente possível que o perito médico tenha, em simultâneo, conhecimentos aprofundados das matérias relativas a todas as distintas especialidades e subespecialidades médicas, sem prejuízo de poder (e dever) dominar, em cada uma delas, os aspectos relativos à avaliação de danos corporais com que mais frequentemente se se pode confrontar no

exercício desta actividade. É por este motivo que frequentemente tem de apoiar a sua perícia em pareceres e relatórios complementares elaborados por colegas especialistas em distintas áreas. Tal interdisciplinaridade deve ser entendida com naturalidade e deve ser solicitada sempre que o perito médico considere não possuir os conhecimentos que lhe permitam uma fundamentada e correcta avaliação da situação. Constitui, aliás, um imperativo ético fazê-lo. O perito médico deverá evitar assumir opções sobre as quais não possua absoluta segurança e não deverá hesitar no pedido de esclarecimentos ou pareceres aos que melhor dominam áreas específicas das ciências médicas cuja intervenção é necessária no âmbito da situação que avalia. Não é absolutamente necessário que esses colegas possuam conhecimentos no âmbito das ciências forenses em geral e da avaliação do dano corporal em particular (embora fosse desejável), dado que a obrigação da avaliação pericial, no seu conjunto, recai sobre

o perito médico responsável pela perícia. Este permanecerá como o elemento integrador das distintas apreciações médicas competindo-lhe a valorização pericial final adequada à área do direito em que decorre.

O exame pericial de avaliação de danos corporais constitui uma actividade técnica, efectuada a diversos títulos, nomeadamente e muito frequentemente em sede de processo judicial, mas é, antes de mais, um acto médico ao qual se aplicam as regras habituais da "arte" médica e, muito particularmente, uma atitude de "escuta", de abertura, de compreensão e de empatia com a vítima e a sua família. Implica desde logo disponibilidade do perito em termos de tempo, fundamental para o estabelecimento de uma boa relação médico/doente, para uma compreensão das queixas e atitudes da vítima (nomeadamente pela sua subjectividade e pela dificuldade de expressão de muitas) e da sua verdadeira dimensão (face à compreensível e, por vezes, até inconsciente possibilidade de alguma ampliação destas na expectativa de uma melhor atenção por parte do perito e de uma melhor valorização pericial da situação), isto é, para a formulação de um diagnóstico de eventuais comportamentos de simulação ou dissimulação. Disponibilidade pessoal e de tempo são factores decisivos para uma correcta avaliação médico-legal. Por muitos e aprofundados conhecimentos que o perito médico possa possuir, se não tiver disponibilidade pessoal para perceber e sentir as dificuldades vivenciadas pelo examinado, se não puder dispor de tempo para ouvir o relato e as queixas de forma pormenorizada, bem como para realizar um exame atento e minucioso, não será possível a realização de uma perícia completa, única forma de se obter uma correcta e justa avaliação pericial.

A prova pericial no âmbito da avaliação de danos corporais apresenta-se sob a forma de um relatório onde se descreve o resultado do ou dos exames efectuados e se interpretam esses resultados, elaborando-se um conjunto de conclusões devidamente fundamentadas. O relatório deverá obedecer a normas específicas de forma a satisfazer cabalmente os objectivos a que se destina, dependendo naturalmente o seu conteúdo e forma do âmbito do Direito em que essa perícia de avaliação de danos corporais tem lugar (Penal, Civil, Trabalho, Administrativo, etc.).

A função do perito é saber dar resposta ao objectivo da perícia, à missão pericial concreta para aquele domínio do direito, fazendo-o de forma imparcial e objectiva, procurando traduzir a complexidade da avaliação médica por palavras simples, fugindo a esoterismos e jargões profissionais, para que todos os outros intervenientes no processo de avaliação e reparação da vítima (advogados, magistrados, seguradores, etc.), e que não possuem esses conhecimentos técnicos, possam apreciar os resultados exarados no relatório pericial sobre bases concretas, podendo utilizar a informação pericial na fundamentação do pedido ou decisão sobre a reparação que vierem a ter de formular.

No exercício das suas funções periciais, o perito que exerça actividade médico-legal deve gozar de autonomia e ser o responsável pela elaboração do relatório pericial (no qual deverá integrar as eventuais opiniões de outros especialistas). Poderá estar obrigado, contudo, quando exercer a sua actividade no âmbito de uma qualquer instituição ou organismo, nomeadamente em instituições públicas oficiais, a respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor nesse organismo ou instituição. Em Portugal assim ocorre com as perícias concretizadas no

seio do INML, I.P.¹. A autonomia assinalada é fundamental para que o perito médico-legal não se sinta constrangido na formulação das conclusões que considera mais adequadas a cada caso e não é de forma alguma posta em causa pela necessidade óbvia de subordinação a um modelo comum de actuação. Tal circunstância confere também uma maior responsabilidade à sua actuação. Naturalmente que o perito médico-legal que realizou o exame de avaliação do dano corporal é aquele que aprofundadamente observou o examinado, sendo pois certamente (se nenhum outro o fez também) o que em melhores condições está para proceder à correcta valorização dos danos. Mas o assinalado não significa que os relatórios não devem ser submetidos a uma revisão e até supervisão técnico-científica por profissionais detentores de igual ou superior qualificação. É por exemplo comum e mesmo desejável que, sempre que possível e necessário, sejam ouvidas opiniões de colegas com experiência na área e que os relatórios sejam submetidos a reuniões de serviço para análise conjunta. E, em boa verdade, o verdadeiro perito saberá, quando justificado, proceder a uma alteração do posicionamento pericial que havia assumido quando, no contexto dessa análise ou supervisão, constatar que o posicionamento pericial que havia assumido não era o mais adequado, o mais cientificamente fundamentado.

A necessidade assinalada do perito respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor no organismo ou instituição em que exerce as suas funções, decorre do facto de apenas dessa forma ser possível promover a harmonização de

procedimentos e de avaliações para situações similares, ou seja, o respeito por um princípio da equidade, um tratamento pericial o mais igualitário possível de situações equivalentes. Esta harmonização é fundamental numa área em que se pretende obter justiça e não coarctada, de forma alguma, a liberdade técnico-científica dos peritos médico-legais (dos verdadeiros peritos), nem limita a plena manifestação das capacidades daqueles que, por via da sua elevada experiência e capacidades, enriquecem o exercício da actividade pericial médico-legal. Naturalmente que a harmonização tem que assentar em instrumentos uniformizados, assumindo nestes o modelo de relatório pericial particular importância. Pode ocorrer, porventura, alguma dificuldade inicial de adaptação a novos modelos, designadamente para os mais dependentes de formalismos e metodologias anteriormente estabelecidos e a que estavam habituados, mas afigura-se óbvio que apenas a adopção de procedimentos comuns permitirá a uniformização desejada, bem como a obtenção de valorizações globalmente justas.

A metodologia de realização do exame e de elaboração do relatório é muito próxima para todos os tipos de perícia de avaliação de danos corporais mas o seu objectivo e conclusões diferem com o âmbito do Direito à luz da qual ela é efectuada: Penal, Civil, Trabalho, Família ou Administrativo. Assim, é fundamental conhecer as regras e objectivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente das implicações que o parecer pericial irá ter na decisão judicial.

O relatório possui, em termos probatórios, um valor particularmente relevante. O relatório

¹ Cfr. o disposto no artigo 5º, n.ºs 4 e 5 da lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses.

pericial é um testemunho escrito de natureza médica, relativo a uma situação da qual analisa as causas, as circunstâncias e as consequências. O perito médico deve ter sempre presente esta enorme responsabilidade. Ela obriga-o a ser exigente no que se refere à qualidade da mensagem que através do relatório vai transmitir aos restantes profissionais que darão continuidade ao caso. A leitura do relatório deverá permitir reconstituir, sem equívocos, tudo o que foi a observação feita pelo perito e todos os elementos que fundamentam as conclusões da perícia que concretizou, de forma a que esta possa ser também eventualmente submetida a um saudável contraditório em sede de julgamento, ou vir a ser posteriormente possível em caso de eventual agravamento (por vezes anos depois), uma correcta apreciação da situação efectivamente constatada na altura em que foi elaborado. O relatório pericial é tão importante como o próprio exame pericial da vítima. É a conclusão deste exame. É o que permanece dele. É o registo permanente de tudo o que foi a perícia, podendo todas as palavras que contém virem a ser dissecadas em tribunal meses ou anos depois, quando porventura o perito até já nem se recordar com pormenor da situação concreta. O exame pericial terá pouco valor por melhor que tenha sido concretizado se as observações, as interpretações e opiniões do perito dele decorrentes, não forem comunicadas de uma forma clara e precisa e documentadas de uma forma permanente.

O objectivo de qualquer relatório pericial é servir a verdade. A sua relevância resulta também do facto de ser um elemento primordial na fundamentação da decisão judicial ou do segurador.

É absolutamente essencial que, na elaboração do relatório, o perito médico-legal seja objectivo, pormenorizado e imparcial, entre outros aspectos. Objectivo, para que sejam correctamente valorizadas as consequências do evento traumático; pormenorizado, para que não deixem de ser considerados todos os efeitos e consequências desse evento; imparcial, para que seja assegurada a justa avaliação do dano causado.

O relatório deve ser tão completo quanto possível, não apenas para fazer compreender a situação real da vítima àquele que terá de estabelecer e assegurar o montante indemnizatório, mas também para permitir uma fácil comparação em caso de nova perícia, seja por contestação da anterior, seja na sequência de agravamento verificado por vezes anos após a sua elaboração.

No caso da avaliação do dano corporal de natureza cível, a perícia tem como objectivo orientar, em termos técnicos e científicos, a reparação integral desse dano, de forma justa e adequada à real situação e necessidades das vítimas. Tal está de acordo com dois princípios fundamentais contemplados nos diversos ordenamentos jurídicos dos países da União Europeia: todos gozamos plenamente dos mesmos direitos e, no caso de dano corporal, deve a situação ser repostada o mais próximo possível daquela que existiria se o evento traumático não tivesse tido lugar², devendo ser avaliados e reparados todos os danos que tenham uma dignidade suficiente para merecerem a tutela do Direito.

II. METODOLOGIA GERAL

Abordar a metodologia de exame e relatório pericial implica equacionar questões diversas

² Veja-se o art.º 562º do Código Civil Português e o Princípio da Protecção da Saúde, contemplado em todas as Constituições Europeias.

como: a) o objecto da perícia; b) a linguagem e conceitos usados (designadamente os relativos aos parâmetros do dano a avaliar); c) as normas e os modelos de relatórios periciais (de acordo com o âmbito do Direito em que têm lugar).

Como já referimos anteriormente, visa-se em Direito Civil a reparação integral dos danos. O objecto da perícia é pois a *pessoa*, tratando-se aqui de avaliar o dano por ela apresentado de forma global e personalizada, descrevendo-o em todo o seu pormenor. Para tal, e tendo em vista uma avaliação que corresponda efectivamente à realidade e uma reparação concreta e integral, teremos de considerar a pessoa não como a soma das partes do corpo que a constitui mas, antes, no seu todo: corpo, funções e situações (Hamonet C, Magalhães T, 2001).

O nível "Corpo" refere-se aos aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas.

As "Funções" correspondem às capacidades físicas e mentais (actuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontra; surgem na sequência das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por factores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitectónicas, as ajudas técnicas ou as ajudas humanas).

As "Situações de vida" avaliam-se pela confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural; as situações podem ser relativas às actividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de formação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social, e surgem em consequência das sequelas, a nível do corpo e das funções e de

factores pessoais e do meio.

Estas questões, relativas à avaliação e reparação do dano, situam-se num terreno onde os principais interlocutores (médicos, juristas e seguradores) usam linguagens técnicas relativamente específicas, geralmente pouco acessíveis a uns e a outros. Por isso, o perito médico-legal terá de fazer um esforço para que a comunicação possa ser adequada e efectiva, usando uma linguagem clara e facilmente compreensível pelos diferentes interlocutores, ainda que respeitando a terminologia médica, designadamente a nomenclatura anatómica e traumatológica estabelecida; aspectos mais técnicos poderão ser esclarecidos no capítulo da "Discussão".

O mesmo se diga em relação aos conceitos usados, sendo aqui a questão ainda algo mais complexa, uma vez que relativamente a muitos deles (particularmente alguns parâmetros do dano corporal) não existe um consenso absoluto, nem mesmo dentro da mesma área profissional. Daí que seja fundamental, tendo em vista uma boa comunicação, que nos relatórios médico-legais se esclareça sempre cada conceito usado.

O relatório deverá obedecer a normas específicas de maneira a satisfazer cabalmente os objectivos a que se destina. Envolverá sempre, em qualquer circunstância, uma exposição dos factos que estiveram na origem da situação, o relato do estado actual da vítima, o estabelecimento do nexo de causalidade entre uns e outros, a indicação e explicação dos diversos parâmetros de dano, etc. De uma forma geral, e tal como já sublinhado, deve apresentar uma descrição clara, objectiva, pormenorizada e sistematizada das observações feitas, bem como a indicação das fontes da informação, dos métodos e instrumentos utilizados (ex.: escalas, tabelas, etc.). Sendo certo que os relatórios não são peças literárias,

a verdade é que devem ainda assim assegurar o respeito pela língua e por aqueles que o vão ler, tendo em consideração (repete-se) que estes não são frequentemente médicos, mas que terão de o compreender. Nesta conformidade, o relatório deve evitar os termos demasiadamente técnicos ou explicá-los; deve evitar as abreviaturas (IPP, ITG, ITP, etc.), frequentemente geradoras de confusão; deve usar com moderação as enumerações sem cair no excesso do estilo telegráfico; deve evitar as considerações desnecessárias, pois um relatório não vale pela sua extensão ou peso, existindo detalhes que podem e devem ser evitados, e particularmente as repetições; deve evitar reproduzir integralmente outros documentos que tenham sido tomados em consideração na avaliação (e dos quais frequentemente poderá ser anexada cópia), mas conter sim (e apenas) as constatações de interesse que estes tenham; deve recorrer aos tempos verbais adequados. Relativamente aos tempos verbais, sublinhe-se que é conveniente ter algum cuidado, usando nomeadamente o passado ou imperfeito para aquilo que é anterior à perícia (ex: a vítima circulava em..., usava o cinto de segurança..., foi transportada..., etc.), o condicional para aquilo que é afirmado pela vítima ou por quem a acompanha mas de que não se possui qualquer elemento comprovativo (ex: terá sofrido um hematoma na região...), o presente para tudo aquilo que é actual, contemporâneo da perícia (ex: queixa-se de ..., refere que...) e o futuro para o que se prevê posteriormente à perícia (ex: será hospitalizado em ... para retirada de material de osteossíntese).

III. CAPÍTULOS

O modelo de relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil que vem sendo preconizado em Portugal (similar aliás ao da generali-

dade dos países da União Europeia) é constituído pelos seguintes capítulos, correspondentes às diversas fases de realização da perícia: Preâmbulo, Informação, Estado actual, Discussão e Conclusões. Sublinhe-se que é este o modelo actualmente em vigor entre nós nos serviços médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal. Formularemos apenas considerações gerais, pois o modelo de relatório terá obviamente algumas diferenças consoante se trate de perícia privada ou executada no contexto de organismo (público ou privado) que disponha de modelo impresso ou informatizado de relatório, do qual decorra imediatamente os contactos e qualificações do perito, o local de realização da perícia, etc.

Dispõe-se, aliás, hoje por rotina, de modelos informatizados de relatórios periciais, que envolvem múltiplas vantagens, nomeadamente o proporcionarem já um "esqueleto" que vai ser progressivamente preenchido, contendo variáveis que serão incorporadas automaticamente e textos preparados que podem ser inseridos ou adoptados, assegurando que não seja esquecida a referência a todos os aspectos relevantes, facilitando o arquivamento e consulta, etc.

A) PREÂMBULO

Em termos gerais destina-se o "Preâmbulo" a dar a conhecer todos os elementos relativos à completa identificação da situação em apreço e dos respectivos intervenientes. Deverá conter, assim, a identificação do tipo de perícia, do contexto em que a mesma ocorre, do processo em causa, do(a) examinando(a) e do perito ou peritos. Na situação que abordamos, deverá, pois, esta parte inicial do relatório começar por assinalar que se trata de uma perícia de avaliação do dano corporal em Direito Civil, envolvendo depois indicação da qualidade do exame (perícia judiciária,

particular, etc.), os dados da entidade judiciária requisitante, da companhia seguradora ou do particular que a solicitou, o número do processo, etc. Deve conter também claramente assinalada a identificação da vítima, nomeadamente nome, filiação, sexo, data de nascimento, estado civil, naturalidade, nacionalidade, residência e contacto telefónico, número de documento de identificação e (se necessário) impressão digital do dedo indicador direito, profissão actual e no momento do evento traumático e regime de protecção social. Deve envolver ainda a identificação do perito(s), nomeadamente nome, títulos e contacto profissional.

É fundamental que o preâmbulo seja preenchido de forma completa e cuidadosa dado que, por vezes, poderá ser decisivo para o esclarecimento de dúvidas relativas à identificação do examinando, ocorrência que não constitui raridade no âmbito da actividade pericial médico-legal.

B) INFORMAÇÃO

Este capítulo subdivide-se em três partes: História do Evento, Dados Documentais e Antecedentes.

Na "História do Evento" irá constar a descrição de tudo o que aconteceu desde o momento do evento até ao momento da perícia. Nele se descreverá o traumatismo e suas consequências com base na informação da vítima ou de quem a represente. Deve envolver as circunstâncias do evento (data, local, situação da vítima – isto é, se era peão, ciclista, condutor, passageiro, etc. - se levava cinto de segurança ou não, mecanismos da ocorrência, etc.), os eventos imediatos (perda de consciência, primeiros socorros, transporte a hospital, etc.), a evolução verificada (hospitalização, diagnósticos, tratamentos, complicações surgidas, consultas em ambulatório, etc.), a retoma total ou parcial de actividades pessoais e

profissionais e respectivas datas, a mudança de actividade profissional, uma eventual situação de desemprego ou passagem à aposentação, etc.. Será fundamental que este capítulo comece desde logo por possibilitar a percepção da vivência do trauma pela vítima para posterior fundamentação dos danos a atribuir, muito particularmente dos de carácter mais subjectivo.

Nos "Dados Documentais" constarão os elementos retirados de toda a documentação relativa ao evento (clínica, laboral, social, etc.) a que tenha sido possível ter acesso e que confirme, complete ou melhore a informação obtida no decurso da entrevista com a vítima ou suscite eventuais discrepâncias. São elementos sempre particularmente importantes, nomeadamente para um melhor conhecimento, descrição e comprovação das lesões sofridas e dos tratamentos efectuados, pois frequentemente o perito não observou as lesões iniciais. Deve ser feita uma descrição cronológica dos dados relevantes, transcrevendo apenas quando necessário (e sem cair em exageros) e indicando sempre a fonte da informação. Da documentação clínica deve procurar extrair-se, por exemplo, informação sobre a data do evento, as lesões resultantes à data (procurando ordenar a descrição obtida a partir dos diferentes registos clínicos e assinalando discrepâncias eventualmente existentes entre eles), estabelecimentos médicos a que houve efectivamente recurso, as complicações surgidas e tratamentos efectuados, a data da alta hospitalar, as consultas em ambulatório (especialidades, instituições, tratamentos, exames de diagnóstico complementares efectuados e período de consultas com referência às datas de alta), a data (ou datas) da alta clínica, os parâmetros de dano previamente valorizados, se for caso disso, etc..

Não será demais sublinhar a importância da

correcta observação das datas consignadas na documentação que for possível analisar, bem como de todos os aspectos que permitam a percepção da evolução das lesões sofridas e respectiva repercussão sobre as actividades do examinando. Os registos clínicos e as facturas relativas à aquisição de analgésicos após a alta hospitalar poderão proporcionar, por exemplo, alguma fundamentação quanto à realidade e intensidade da sintomatologia dolorosa que a vítima diz ter vivenciado na sequência do evento traumático.

Se os dados documentais não forem presentes ao perito, deve o mesmo procurar ter acesso a todos os registos (sobretudo clínicos) que entender necessários. Poderá fazê-lo, consoante a qualidade da perícia em que intervém, solicitando-os directamente ao Tribunal ou até a serviços clínicos, através da vítima, da companhia seguradora, etc. Sucederá por vezes não ser possível obter nada. Deverá então existir um cuidado acrescido, usando sempre tempos condicionais e fundamentando eventuais propostas periciais nos dados da ciência médica.

Sob a designação de "Antecedentes" descrevem-se os antecedentes pessoais patológicos e(ou) traumáticos que possam ser relevantes ou susceptíveis de influenciar o resultado final do estado sequelelar relativo ao caso em análise (com base na informação da vítima e/ou em registos

clínicos, indicando-se a respectiva fonte). Serão particularmente importantes os antecedentes médicos, cirúrgicos ou traumáticos susceptíveis de constituírem um estado anterior relativamente às lesões e sequelas decorrentes do evento traumático em apreço. Caso existam incapacidades prévias deve dar-se particular atenção à sua descrição e análise. Não deve, obviamente, ser feita referência a qualquer antecedente de que se tenha tomado conhecimento (seja na entrevista, seja na análise da documentação) e que embora importante, não tenha tido nem possa vir a ter qualquer interferência com a situação em apreço e a sua eventual evolução futura. Podem e devem descrever-se sim, quando relevantes no âmbito da apreciação e valorização que está a ser concretizada, aspectos relativos aos antecedentes patológicos familiares, caso existam.

Os elementos constantes desta parte do relatório são fundamentais no âmbito da ponderação do nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano, nomeadamente pela circunstância de poderem dar indicações quanto a eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo. Sempre que necessário, sublinha-se novamente, pode e deve o perito solicitar às instituições de saúde ou outras, que lhe sejam presentes registos clínicos ou outros documentos, que lhe permitam confirmar a situação de saúde anterior da pessoa a avaliar³, não podendo nem

³ O artigo 10.º da lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, com a epígrafe «Acesso à informação», dispõe o seguinte relativamente aos peritos que exercem as suas funções no âmbito dos serviços médico-legais:

«1 - No exercício das suas funções periciais, os médicos e outros técnicos têm acesso à informação relevante, nomeadamente à constante dos autos, a qual lhes deve ser facultada em tempo útil pelas entidades competentes por forma a permitir a indispensável compreensão dos factos e uma mais exaustiva e rigorosa investigação pericial.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior, o presidente do Instituto, os directores das delegações, os directores dos serviços técnicos ou os coordenadores dos gabinetes médico-legais podem, observado o disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 156.º do Código de Processo Penal, solicitar informações clínicas referentes aos examinados em processos médico-legais, directamente aos serviços clínicos hospitalares, serviços clínicos de companhias seguradoras ou outras entidades públicas ou privadas, que as devem prestar no prazo máximo de 30 dias.».

devendo utilizar (repete-se também uma vez mais) senão aquilo que é relevante para a avaliação pericial em apreço.

Diversos elementos sobre os antecedentes da vítima serão, como se referiu, obtidos no decurso da entrevista. Há, contudo, que ter presente que a entrevista deve começar pelo evento traumático em si e sua sequência, pois é isto que particularmente preocupa a vítima a qual, por desconhecer a metodologia pericial médica, poderá ter dificuldade em compreender que o médico comece por colocar-lhe questões sobre os seus antecedentes pessoais e familiares e não sobre a situação que originou a perícia. A abordagem de eventuais antecedentes será, pois, concretizada numa fase mais avançada da entrevista e já depois de se terem ouvido as queixas da vítima.

C) ESTADO ACTUAL

Este capítulo inclui as "Queixas", o "Exame Objectivo" e os "Exames Complementares".

Nas "Queixas" descrevem-se os danos relativamente às funções e situações de vida, níveis estes já anteriormente referidos.

As funções humanas são múltiplas, mas entre as mais frequentes e relevantes contam-se as seguintes: postura, deslocações e transferências, manipulação e preensão, comunicação, cognição e afectividade, controlo de esfíncteres, sentidos e percepção, mastigação e ingestão, sexualidade e procriação, adaptação aos esforços e fenómenos dolorosos.

As situações de vida são ilimitadas mas devem ser descritas quanto aos prejuízos mais relevantes, de acordo com os seguintes aspectos: actos e gestos essenciais da vida quotidiana, actividades familiares e afectivas, actividades sociais e de lazer, actividades profissionais e actividades escolares e de formação. Relativamente aos actos,

gestos e movimentos envolvidos em cada uma destas distintas situações de vida deve assinalar-se aqueles que se tornaram difíceis, parcialmente impossíveis ou totalmente impossíveis.

Deve proporcionar-se à vítima espaço e tempo para formular as suas queixas, mas procurando simultaneamente concretizar uma entrevista orientada e sistematizada, nomeadamente quando se constata que terão necessariamente de existir perturbações que a vítima não está a referir face ao quadro sequelar existente (talvez mais preocupada com aquelas que mais a perturbam), fazendo-o com recurso a perguntas abertas, que não sugiram as respostas. Devem, aliás, assinalar-se separadamente as queixas referidas espontaneamente pela vítima, das que resultam de um interrogatório dirigido. Isto porque as queixas espontâneas traduzirão certamente os aspectos que a vítima sente como geradores de maiores perturbações e deverá ser-lhes dada uma particular valorização.

No caso dos *handicaps* graves a descrição pormenorizada destas queixas é ainda mais fundamental. Nestes casos deve descrever-se, para cada um destes níveis com interesse para o caso concreto, o grau de dificuldade observada na concretização de determinada função ou situação (*Inventário de Avaliação do Dano Corporal*):

- a) Grau 1 - lentidão, desconforto, hesitação;
- b) Grau 2 - necessidade de recurso a ajuda técnica e/ou medicamentosa;
- c) Grau 3 - necessidade de ajuda humana;
- d) Grau 4 - impossibilidade e necessidade de ajuda humana total.

No "Exame Objectivo" descreve-se o dano no "Corpo" (aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas). Deve começar-se pelo estado geral da pessoa, fazendo-se depois

uma descrição orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas, incluindo (em função de cada situação) o seu tipo, localização precisa, características (cor, dimensões exactas, graus de mobilidade com eventual comparação com o lado contra-lateral, etc.). Neste item devem, pois, assinalar-se aspectos tão diversos quanto, por exemplo, se se trata de equimose, escoriação, ferida cortante, ou outra, se existe dismorfia, amiotrofia, dismetria, alteração da amplitude ou da estabilidade articular, desvio do eixo ou rotação do membro, perda de segmento ou órgão, alteração na força, sensibilidade, equilíbrio, etc., etc. Deve ser também feita referência a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior.

O exame deve descrever de forma ordenada e sistematizada, de acordo com as seguintes regiões: crânio, face, pescoço, coluna, tórax, abdómen, membro superior direito; membro superior esquerdo; membro inferior direito e membro inferior esquerdo. Relembra-se que no decurso do exame clínico da vítima se deve começar, sem prejuízo de ter de se concretizar um exame geral, pelas regiões que foram atingidas pelas lesões iniciais e por aquelas que são objecto das queixas formuladas. A vítima terá, por exemplo, dificuldade em compreender que estando em causa sequela no membro inferior, comece o médico por examinar regiões corporais que não foram atingidas e relativamente às quais não formula quaisquer queixas.

Como complemento da observação clínica é altamente recomendável a concretização de documentação fotográfica das lesões. O texto do relatório deve remeter para as fotografias que o acompanham e estas devem conter escalas que permitam estimar as dimensões das lesões fotografadas; devem, ainda, permitir perceber a forma

como se enquadra a lesão no contexto corporal global o que pode implicar a realização das fotografias do geral para o particular.

Nos "Exames complementares e de diagnóstico" elencam-se aqueles que o perito entendeu solicitar para melhor esclarecimento da situação e fundamentação da sua avaliação pericial e descrevem-se as respectivas conclusões (ex.: pareceres especializados de ortopedia, otorrinolaringologia ou oftalmologia, relatório de exame imagiológico, electrofisiológico, bioquímico, etc.).

D) DISCUSSÃO

Caso seja possível formular conclusão ou conclusões finais, deve o perito proceder previamente à "Discussão" da avaliação pericial concretizada. O capítulo Discussão, dizia Oliveira Sá, é a pedra de toque da peritagem. É o reflexo da qualidade do perito. É nele que este vai colocar em confronto todos os elementos em que fundamenta as suas opções periciais e as conclusões que formulará no capítulo seguinte (e final) do seu relatório pericial. Aqui procederá, pois, à abordagem de aspectos tão diversos quanto os elementos que fundamentam o estabelecimento de um nexo de causalidade ou aqueles que suscitam dúvidas ou se opõem a este estabelecimento, as propostas de datas de cura ou consolidação médico-legal das lesões, a interpretação de tudo o que observou e constatou no decurso da entrevista, da observação e da análise da documentação a que teve acesso, a justificação dos diversos parâmetros de dano que considera deverem ser perspectivados e das valorizações que lhes irá atribuir, com indicação dos dados que apoiam as opções tomadas e daqueles que se lhe opõem.

Será, pois, neste penúltimo capítulo que encontraremos avaliados e discutidos os diversos parâmetros de dano a ponderar no âmbito do

Direito Civil, de acordo com o período em que os mesmos se manifestam: período de danos temporários e período de danos permanentes.

A análise de todos os parâmetros de dano, patrimoniais e extra-patrimoniais, é fundamental para a descrição da totalidade do dano. Até um passado recente, a avaliação do dano corporal assentava essencialmente e na maior parte das vezes, na determinação de uma taxa de "incapacidade permanente", particularmente associada ao dano a nível do corpo. Isto é manifestamente insuficiente, nomeadamente tendo em vista o princípio da reparação integral vigente em Direito Civil. De facto, só aparentemente será lógico deduzir a existência do dano corporal a partir da presença de certas sequelas lesionais, pois sabe-se que qualquer pessoa pode apresentar uma sequela a nível orgânico sem repercussão funcional ou sem *handicap* ou um *handicap* sem sequela orgânica ou funcional. Assim, as simples descrições orgânicas não são suficientes para exprimir a realidade das dificuldades encontradas pela pessoa e, conseqüentemente, também o não são para efeito de avaliação do dano corporal (Hamonet C, 1988). É, pois, fundamental que os peritos médico-legais sejam capazes de identificar e avaliar as repercussões dos traumatismos a todos os níveis, traduzindo-as e valorizando-as através dos parâmetros de dano na pessoa definidos para este tipo de avaliação e reparação.

O capítulo "Discussão" deve envolver uma descrição das dificuldades, das limitações que sejam o reflexo, o rebote das sequelas nos diversos grupos de actividades já anteriormente assinalados: actividades profissionais, de lazer, escolares e de formação, nos actos essenciais da vida quotidiana, na vida familiar e relações afectivas. Com esta descrição o magistrado, o segurador,

o advogado da vítima e até mesmo esta, ficarão certamente muito melhor conhecedores das implicações reais das alterações da sua integridade psico-física do que com um mero valor numérico de uma taxa de incapacidade permanente parcial que, por si só, terá um valor relativo, muito relativo mesmo, e questionável.

E) CONCLUSÕES

Caso não seja possível concluir o relatório de forma definitiva (por ainda não ter sido atingida a cura ou consolidação médico-legal das lesões, porque são necessários exames complementares ou pareceres de outras especialidades, por ser necessária a análise de registos clínicos a solicitar, etc.), poderá o perito formular conclusões preliminares. Se for este o caso, deve indicar o que é ainda necessário para poder concluir a perícia (podendo esses elementos ser requeridos através do Tribunal, directamente pelo perito, através da vítima, etc., em função da situação concreta) e se é ou não necessária nova presença da vítima, indicando ainda, caso tal presença seja necessária, se ela já foi informada e/ou notificada para tal ou se deverá ser antes o Tribunal ou quem requisitou o exame a fazê-lo.

Deve sublinhar-se que os pedidos de exames complementares devem ser sempre fundamentados. Desde logo para que os médicos que os vão realizar dêem efectivamente resposta aos elementos que o perito pretende ver esclarecidos e que fundamentam o pedido, mas também para justificação do custo acrescido que o exame irá representar no custo global da perícia.

O capítulo das conclusões não deverá, obviamente, ser longo. Envolverá desde logo referência quanto ao nexo de causalidade. Existindo nexo de causalidade, deverão ser incluídas propostas quanto à data de cura ou de consolidação e quanto

aos diversos parâmetros de dano mencionados e fundamentados na discussão.

Como é sabido, não raras vezes (e lamentavelmente) o requisitante da perícia lê apenas as conclusões do relatório. Resultará dessa postura um substancial prejuízo para a correcta interpretação do relatório pericial e para a compreensão integral da situação. Para que se evitem prejuízos maiores, deverá o perito médico cuidar que as conclusões evidenciem, de uma forma completa, os danos sofridos pelo examinado em consequência do evento traumático em questão.

No final, o perito não deverá esquecer-se de assinar o relatório e de rubricar todas as páginas, que deverão estar numeradas.

Não constituindo o relatório pericial um elemento absolutamente vinculativo para o decisor, é usual que tenha uma relevância significativa na decisão a tomar. Como dizia Paré, os Juízes decidem dependendo da informação que possuem.

Assim, o médico perito tem uma elevada responsabilidade em todo o processo e uma simples referência ou comentário poderá ter repercussões muito significativas no resultado decisório final. As consequências do processo reparativo afectam profundamente o equilíbrio instável daqueles que vêem nesse processo a última oportunidade de obter a justiça que procuram. É, pois, fundamental saber honrar essa imensa responsabilidade. Saber escutar pacientemente o que relatam os examinados. Saber procurar com persistência os elementos e informações relativas ao sinistro. Saber observar com pormenor os extensos registos que frequentemente nos são presentes. Saber realizar exames completos e minuciosos que não descurem as sequelas de menor gravidade.

Saber descrever, discutir e concluir com objectividade e isenção. Saber ponderar com abertura os conselhos e sugestões pertinentes de colegas com opiniões distintas. Saber ser humilde, objectivo e profundo nos pareceres. Enfim, saber ser verdadeiramente perito e honrar com profissionalismo a nobre responsabilidade que é a avaliação do dano corporal.

Deve, pois, quem exerce actividade neste domínio procurar aproveitar o escasso tempo de que certamente dispõe para se actualizar, para estudar, para ler, para seguir e colaborar nas iniciativas que procurem promover a qualidade da avaliação do dano corporal. Procurar ser directo, imparcial e perspicaz nos exames periciais que concretiza. Procurar ser justo, cuidadoso e completo nas avaliações. Procurar perder (ganhar) o tempo que o processo exige, trabalhando sem pressas nem precipitações, mas não descurando a brevidade no envio do relatório. Há que ter sempre presente que enquanto o processo não é finalizado o sinistrado padece frequentemente de privações que o perito poderá, com um simples gesto, ajudar a minimizar ou até abolir. Que não sejam nunca os médicos peritos a retardar a concretização de uma merecida justiça. A diligência é aliás apontada como uma das qualidades fundamentais para o exercício de actividade pericial. Contribuir enquanto perito para o adiamento da aplicação da justiça é fomentar o prejuízo daquele que no perito depositou as esperanças da reparação a que poderá ter direito. Em muitas situações ninguém agradecerá ao perito por ter cumprido a sua obrigação; mas quando a cumpre ficará este com a íntima satisfação de ter contribuído para que a reparação se tornasse possível e pudesse ser justa.

BIBLIOGRAFIA

- ANCIAUX, P., ATTANIAN, E. - L'expert et le préjudice non économique. *Revue française du dommage corporel*. Paris: J. B. Baillière Editeur. Vol. 19, n.º 4 (1993), p. 345-361.
- BESSIÈRES-ROQUES, Isabelle [et al.] - *Précis d'évaluation du dommage corporel*. Paris : L'argus, 1997.
- BOROBIA FERNANDEZ, César [et al.] - *Valoración del daño corporal. Medicina de los seguros. Legislación, metodología y prueba pericial médica*. Barcelona: Masson, 2006.
- HAMONET, Claude; MAGALHÃES, Teresa - *Système d'identification et de Mesure des Handicaps (SIMH). Manuel Pratique*. Paris: Ed. ESKA, 2000.
- HAMONET, C. - Utilisation du concept de la Classification de Wood dans l'Enseignement du Handicap et de la Readaptation aux Etudiants et Professionnels de la Santé. In *Actes du Colloque CTNERHI "Classification Internationale des Handicaps: Du Concept à l'Application"*. Paris: Diffusion PUF, 1988.
- MAGALHÃES, Teresa - *Avaliação Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal*. Coimbra: Livraria Almedina, 1998.
- MORÉ, Dolores S. - El informe pericial en valoración de daño corporal. In CRIADO DEL RIO, Maria Teresa - *Valoración Médico Legal del Daño a la Persona por Responsabilidad Civil*. Madrid: Editorial Mapfre, 1994.
- PRIGENT M. - A. L'harmonisation des régimes de compensation du handicap. *Les Publications du CTNERHI*. Paris: CTNERHI. Vol. 3, n.º 3 (1979), p.11.
- SÁ, Fernando Oliveira - *Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: APADAC, 1992.
- ROGIER, A. - L'avis médical et l'expertise. *Revue française du dommage corporel*. Paris: J. B. Baillière éditeur. Tome 19, n.º 2 (1993), p. 123-128.
- ROUSSEAU, Claude; FOURNIER, Claude - *Précis d'évaluation du dommage corporel en Droit Commun*. Paris: AREDOC-CDDC, [1989].

Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL

DECRETO-LEI N.º 352/2007

DE 23 DE OUTUBRO

A avaliação médico-legal do dano corporal, isto é, de alterações na integridade psico-física, constitui matéria de particular importância, mas também de assinalável complexidade. Complexidade que decorre de factores diversos, designadamente da dificuldade que pode existir na interpretação de sequelas, da subjectividade que envolve alguns dos danos a avaliar, da óbvia impossibilidade de submeter os sinistrados a determinados exames complementares, de inevitáveis reacções psicológicas aos traumatismos, de situação de simulação ou dissimulação, entre outros. Complexidade que resulta também da circunstância de serem necessariamente diferentes os parâmetros de dano a avaliar consoante o domínio do direito em que essa avaliação se processa, face aos distintos princípios jurídicos que os caracterizam. Assim sucede nomeadamente em termos das incapacidades a avaliar e valorizar. No direito laboral, por exemplo, está em

causa a avaliação da incapacidade de trabalho resultante de acidente de trabalho ou doença profissional que determina perda da capacidade de ganho, enquanto que no âmbito do direito civil, e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, se deve valorizar percentualmente a incapacidade permanente em geral, isto é, a incapacidade para os actos e gestos correntes do dia-a-dia, assinalando depois e suplementarmente o seu reflexo em termos da actividade profissional específica do examinando.

Não obstante a diversidade de realidades apontada e a consequente necessidade de adequar a elas a avaliação dos diversos tipos das incapacidades em causa, consoante a sua natureza e a resposta particular que reclamam, a protecção jurídico-laboral reforçada dos sinistrados ou doentes é um princípio básico, do qual não se pode abdicar, em defesa dos mais elementares direitos dos trabalhadores.

Na realidade, tal princípio justifica por si só, quer a manutenção de um instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas no específico domínio das relações do trabalho, quer ainda a sua constante evolução e actualização, por forma a abranger todas as situações em que, do exercício da actividade laboral, ou por causa dele, resultem significativos prejuízos para os trabalhadores, designadamente os que afectam a sua capacidade para continuar a desempenhar, de forma normal, a actividade profissional e, consequentemente, a capacidade de ganho daí decorrente.

O que se torna hoje de todo inaceitável é que seja a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, utilizada não apenas no contexto das situações especificamente referidas à avaliação de incapacidade laboral, para a qual foi efectivamente perspectivada, mas também por vezes, e incorrectamente, como tabela de referência noutros domínios do direito em que a avaliação de incapacidades se pode suscitar, para colmatar a ausência de regulamentação específica que lhes seja directamente aplicável. Trata-se de situação que urge corrigir pelos erros periciais que implica, que conduz a avaliações destituídas do rigor que as deve caracterizar, e potencialmente geradora de significativas injustiças.

Por isso mesmo opta o presente decreto-lei pela publicação de duas tabelas de avaliação de incapacidades, uma destinada a proteger os trabalhadores no domínio particular da sua actividade como tal, isto é, no âmbito do direito laboral, e outra direccionada para a reparação do dano em direito civil.

Para realizar este duplo objectivo, optar-se-á pela publicação, como anexo I, da revisão e actualização da Tabela Nacional de Incapacidades por

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais já referida, a qual decorreu nos últimos seis anos, fruto de ininterruptos trabalhos realizados por parte de uma comissão permanente que foi criada pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, e que integrou representantes de diversos ministérios, de organismos e serviços públicos, da Associação Portuguesa de Seguros, dos tribunais do trabalho, da Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados do Trabalho, da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, das associações patronais e das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, e do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Com tal publicação são ajustadas as percentagens de incapacidade aplicáveis em determinadas patologias, como resultado de um trabalho técnico-científico preciso e sério, levado a cabo em obediência não apenas à dinâmica do panorama médico-legal nacional, mas também por recurso ao cotejo com o preconizado em várias tabelas europeias, nomeadamente a francesa.

A pesquisa e o estudo que conduziram à actual revisão jamais perderam de vista os valores da justiça, igualdade, proporcionalidade e boa-fé, nem descuraram também o pressuposto da humanização de um processo de avaliação das incapacidades que sempre deve ter em conta que o dano laboral sofrido atinge a pessoa, para além da sua capacidade de ganho.

A precisão e seriedade do trabalho desenvolvido, assente nos valores e pressupostos referenciados, são, para além do mais, garantidos pela própria composição da comissão permanente criada e pela forma como todos os seus elementos assumiram, nos longos e complexos trabalhos desenvolvidos, a co-autoria do processo de revisão.

Em segundo lugar, como anexo II, o presente

decreto-lei introduz na legislação nacional uma Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, consubstanciado na aplicação de uma tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física.

Esta segunda tabela que ora se institui insere-se numa progressiva autonomização da avaliação do dano corporal em direito civil que vem tendo lugar nas legislações de diversos países, as quais, identificando esses danos, os avaliam e pontuam por recurso a tabelas próprias, a exemplo, aliás, do que acontece com a própria União Europeia, no seio da qual entrou recentemente em vigor uma tabela europeia intitulada «Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique e psychique». Nesta encontram-se vertidas as grandes incapacidades, estabelecem-se as taxas para as sequelas referentes aos diferentes sistemas, aparelhos e órgãos e respectivas funções e avaliam-se as situações não descritas por comparação com as situações clínicas descritas e quantificadas.

Fortemente inspirada nesta tabela europeia, mas também fruto da elevada capacidade científica e técnica do Instituto de Medicina Legal, que a co-redigiu, esta nova Tabela Nacional para o direito civil destina-se a ser utilizada exclusivamente por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas médicos de outras áreas com específica competência na avaliação do dano corporal, ou seja, por peritos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no âmbito do direito civil e das respectivas regras, desde os problemas decorrentes de um eventual estado anterior, à problemática das sequelas múltiplas,

constituindo assim um elemento auxiliar que se reputa de grande utilidade prática para a uniformização de critérios e procedimentos.

De acordo com esta nova tabela, a avaliação da incapacidade basear-se-á em observações médicas precisas e especializadas, dotadas do necessário senso clínico e de uma perspectiva global e integrada, fazendo jus à merecida reputação que Portugal tem tido na avaliação do dano corporal.

Com a adopção desta nova tabela visa-se igualmente uma maior precisão jurídica e a salvaguarda da garantia de igualdade dos cidadãos perante a lei, no respeito do princípio de que devem ter avaliação idêntica as sequelas que, sendo idênticas, se repercutem de forma similar nas actividades da vida diária.

Dado que a reparação do dano corporal se traduz em regra na fixação de uma indemnização, em virtude da impossibilidade material da plena restituição ao estado anterior, a instituição desta nova tabela constitui um importante passo com vista à definição normativa e metodológica para avaliação do dano no domínio da responsabilidade civil, visando simplificar e dar maior celeridade à fixação do valor das indemnizações, nomeadamente no âmbito do seguro de responsabilidade civil automóvel.

A propósito de ambas as tabelas refira-se, ainda, que visando um constante acompanhamento da sua correcta interpretação e aplicação e também a sua periódica revisão e actualização no sentido de nos aproximarmos, gradualmente, de uma tabela cada vez mais abrangente do ponto de vista da avaliação da pessoa segundo os parâmetros da Classificação Internacional da Funcionalidade da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde e de acordo com a vontade do governo manifesta no Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou

Incapacidade, serão criadas comissões encarregues destas tarefas, à semelhança aliás do que já existia relativamente à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

Foi ouvido o Instituto dos Seguros de Portugal, I. P., e solicitada a audição da Ordem dos Médicos.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

ARTIGO 1.º

OBJECTO

São aprovadas a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, constantes respectivamente dos anexos I e II ao presente decreto-lei e que dele fazem parte integrante.

ARTIGO 2.º

ÂMBITO

1 - A incapacidade do sinistrado ou doente no âmbito do direito do trabalho e a incapacidade permanente do lesado no domínio do direito civil são calculadas respectivamente em conformidade com as duas tabelas referidas no artigo anterior, observando-se as instruções gerais e específicas delas constantes.

2 - Na avaliação do sinistrado ou doente é tido em conta o disposto no artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 143/99, de 30 de Abril, no artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 248/99, de 2 de Julho, e no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro.

3 - A incapacidade permanente do lesado para efeitos de reparação civil do dano é calculada por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas noutras áreas com

competência específica no âmbito da avaliação médico-legal do dano corporal no domínio do direito civil e das respectivas regras, os quais ficam vinculados à exposição dos motivos justificativos dos desvios em relação às pontuações previstas na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

ARTIGO 3.º

COMISSÕES

1 - Por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da justiça, no que se refere à Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, e dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e do trabalho, no que se refere à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, são constituídas comissões para a interpretação, revisão e actualização das referidas tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei.

2 - As portarias referidas no número anterior definem a composição, competências e modo de funcionamento das comissões.

3 - Enquanto não forem constituídas as comissões previstas no presente artigo mantêm-se em funcionamento, no âmbito da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, a comissão constituída pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, com as competências que lhe são legalmente reconhecidas.

ARTIGO 4.º

DISPOSIÇÕES REGULAMENTARES

As portarias referidas no artigo 3.º são aprovadas no prazo de 90 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei.

ARTIGO 5.º**NORMA REVOGATÓRIA**

É revogado o decreto-lei n.º 341/93, de 30 de Setembro.

ARTIGO 6.º**NORMA DE APLICAÇÃO NO TEMPO**

1 - As tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei aplicam-se respectivamente:

a) Aos acidentes de trabalho ocorridos após a sua entrada em vigor;

b) Às doenças profissionais diagnosticadas após a sua entrada em vigor, independentemente da data do início do procedimento de avaliação e da data a que os efeitos do diagnóstico se reportam, salvo se ao caso em apreço corresponder legislação mais favorável, na data do início do procedimento;

c) A todas as peritagens de danos corporais efectuadas após a sua entrada em vigor.

2 - Nas revisões dos processos por doença profissional aplica-se a tabela em vigor à data do diagnóstico.

ARTIGO 7.º**ENTRADA EM VIGOR**

O presente decreto-lei entra em vigor 90 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Julho de 2007. — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *José Manuel Vieira Conde Rodrigues* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 27 de Setembro de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.
Referendado em 1 de Outubro de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO II**TABELA DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES PERMANENTES EM DIREITO CIVIL**

A presente tabela não constitui um manual de patologia sequelar nem um manual de avaliação. Foi concebida para utilização exclusiva por verdadeiros peritos, isto é, por médicos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no domínio do Direito Civil, e das respectivas regras, nomeadamente no que se refere ao estado anterior e a sequelas múltiplas.

Instruções gerais

1 - Na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista físico e bio-funcional, bem como o sexo e a idade, sempre que estas duas variáveis não estiverem contempladas em eventual tabela indemnizatória.

2 - Cada sequela deve ser valorizada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos da tabela, excepção feita à valorização do dano estético. Não se valorizam as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma independente.

3 - Nas sequelas múltiplas sinérgicas, isto é, envolvendo a mesma função, deve proceder-se ao somatório directo da pontuação de cada uma delas, ajustando o seu valor final por comparação com a pontuação mais elevada correspondente à perda total da função ou órgão, que não poderá ser superada.

4 - Nos casos de sequelas não sinérgicas, isto é, envolvendo órgão(s) e/ou funções distintas, é a afectação global do(s) órgão(s) ou função(ões) que deve ser avaliada, devendo o perito optar pela pontuação de sequela equivalente à perda do(s) órgão(s) e/ou da(s) função(ões) decorrentes daquelas. A pontuação obtida tem necessariamente de ser inferior à

soma das pontuações isoladas.

5 - Quando no âmbito da valorização de sequelas múltiplas, não sinérgicas, não for possível proceder da forma assinalada no ponto anterior, deve o perito recorrer à utilização do cálculo da capacidade restante (regra de Balthazard).

6 - Em casos devidamente fundamentados, pode o perito ajustar os valores obtidos, através do cálculo da capacidade restante, por comparação com as pontuações correspondentes à perda dos órgãos ou funções em causa.

7 - As situações sequelares não descritas na tabela, são avaliadas por analogia, isto é, por comparação com as situações contempladas e quantificadas.

CAPÍTULO I

Sistema nervoso e psiquiatria

I - SISTEMA NERVOSO (N)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional,

avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas. Nas situações em que a tabela apenas contempla o défice completo, a avaliação de sequelas que impliquem apenas um défice parcial, deve ser feita tendo em consideração a taxa correspondente à perda total. Relativamente aos graus de força muscular, utiliza-se a escala seguinte:

Grau 0 - Paralisia completa, ausência de contracção;

Grau 1 - Esforço de contracção visível mas não produzindo movimento;

Grau 2 - Movimento activo possível mas não vencendo a força da gravidade;

Grau 3 - Movimento activo possível vencendo a força da gravidade;

Grau 4 - Movimento activo vencendo a resistência do observador;

Grau 5 - Força normal.

No caso de existirem grupos musculares com graus de força diferentes, valoriza-se o mais grave.

A) Neurologia

1 - Sequelas motoras e sensitivo-motora de origem central e medular:

| Código | | Valorização em pontos |
|----------------------------|--|-------------------------------|
| Na0101 | Estado vegetativo persistente | 100 |
| Na0102 Na0103 | Tetraplegia: Com necessidade de respiração assistida Segundo a capacidade funcional | 95 90 a 94 |
| Na0104 Na0105 Na0106 | Tetraparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD) | 71 a 90 56 a 70 20 a 55 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--|--|--|
| Na0107 | Hemiplegia (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, tendo em conta o lado dominante e as repercussões nas AVD) | 70 a 80 |
| Na0108 Na0109 Na0110 | Hemiparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD) | 41 a 70 26 a 40 10 a 25 |
| Na0111 | Paraplegia (segundo o compromisso funcional, relacionado com o nível, e tendo em conta as suas repercussões nas AVD). | 70 a 75 |
| Na0112 Na0113 Na0114 | Paraparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD) | 51 a 70 41 a 50 15% a 40 |
| Na0115 | Síndrome da cauda equina (segundo o compromisso sensitivo, sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD; nos casos em que houver paraparésia, valorizar de acordo com o artigo 1.7) | 15 a 30 |
| Na0116 Na0117 | Monoplegia: Membro superior (em função do lado dominante) Membro inferior | 45 a 50 50 a 55 |
| Na0118 Na0119 Na0120 Na0121 Na0122 Na0123 | Monoparésia: Membro superior Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 Membro inferior Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, tendo em conta o predomínio distal ou proximal, e o lado dominante, no caso do membro superior, bem como as suas repercussões nas AVD) | 31 a 45 21 a 30 5 a 20 31 a 50 21 a 30 5 a 20 |

| Código | | Valorização em pontos |
|----------------------------|---|-------------------------------|
| Na0124 | Parésia de grupo muscular (envolve apenas o compromisso de um grupo muscular clinicamente identificável e não contemplado em qualquer outro artigo da tabela, designadamente nos relativos aos nervos cranianos) (segundo o compromisso funcional) | 1 a 15 |
| Na0125 Na0126 Na0127 | Ataxia: Com impossibilidade de marcha e graves repercussões nas AVD Com marcha possível e repercussões moderadas nas AVD Com marcha possível e repercussões ligeiras nas AVD | 71 a 80 31 a 70 10 a 30 |
| Na0128 | Apraxia | 10 a 35 |
| Na0129 | Disartria (como manifestação isolada não contemplada noutras síndromes) | 5 a 20 |

2 - Sequelas motoras e sentivo-motoras de origem periférica:

A lesão nervosa provoca paralisia, parésia e ou alterações da sensibilidade (neste artigo excluem-se, contudo, as perturbações algicas, contempladas no artigo 8). Deve ser avaliada em consonância com a sua repercussão clínica e os resultados dos exames complementares.

Os nervos cranianos não contemplados neste artigo constam nos artigos correspondentes aos respectivos aparelhos e sistemas. No caso de bilateralidade os coeficientes variam entre o coeficiente mínimo e o dobro dos coeficientes máximos previstos.

Face

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|---|-----------------------|
| Na0201 | Afectação do nervo trigémio (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor) | 2 a 10 |
| Na0202 Na0203 | Afectação do nervo facial: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%) Parésia (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso motor) | 11 a 20 2 a 10 |
| Na0204 Na0205 | Afectação do nervo glossofaríngeo: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%) Parésia (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor; pode incluir a afectação associada do nervo vago) | 6 a 10 1 a 5 |

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|---|-----------------------|
| Na0206 Na0207 | Afectação do nervo grande hipoglosso (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor): Paralisia Parésia | 6 a 10 1 a 5 |

Membro Superior

| Código | | Valorização em pontos |
|----------------------------|---|---|
| Na0208 Na0209 | Paralisia total (lesão completa do plexo braquial) (em função do lado dominante) Parésia de todo o membro superior (em função do lado dominante) | 45 a 50 Veja-se artigo 1.10.1 |
| Na0210 Na0211 | Afectação do nervo sub-escapular: Paralisia Parésia (em função do lado dominante) | 6 a 10 1 a 5 |
| Na0212 Na0213 | Afectação do nervo circunflexo: Paralisia Parésia (em função do lado dominante) | 6 a 10 1 a 5 |
| Na0214 Na0215 | Afectação do nervo músculo-cutâneo: Paralisia Parésia (em função do lado dominante) | 6 a 12 1 a 5 |
| Na0216 Na0217 Na0218 | Afectação do nervo mediano: Paralisia a nível do braço Paralisia a nível do antebraço/punho Parésia (em função do lado dominante) | 30 a 35 16 a 20 10 a 15 |
| Na0219 Na0220 Na0221 | Afectação do nervo radial: Paralisia a nível do braço Paralisia a nível do antebraço/punho Parésia (em função do lado dominante) | 30 a 35 20 a 25 10 a 15 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0222 | Paralisia do nervo cubital: | 20 a 25 |
| Na0223 | Paralisia a nível do braço | 16 a 20 |
| Na0224 | Parésia (em função do lado dominante) | 10 a 15 |
| Na0225 | Parestesias de partes moles | 1 a 3 |
| Na0226 | Paralisia do nervo espinal (incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante) | 10 a 12 |
| Na0227 | Paralisia do nervo torácico superior (incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante) | 4 a 5 |

Membro Inferior

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0228 | Afectação do nervo ciático comum: | 45 |
| Na0229 | Paralisia | 10 a 20 |
| | Parésia | |
| Na0230 | Afectação do nervo femoral: | 30 |
| Na0231 | Paralisia | 5 a 15 |
| | Parésia | |
| Na0232 | Afectação do nervo obturador: | 5 |
| Na0233 | Paralisia | 1 a 3 |
| | Parésia | |
| Na0234 | Afectação do nervo glúteo superior: | 4 |
| Na0235 | Paralisia | 1 a 2 |
| | Parésia | |
| Na0236 | Afectação do nervo glúteo inferior: | 6 |
| Na0237 | Paralisia | 1 a 3 |
| | Parésia | |
| Na0238 | Afectação do nervo ciático poplíteo externo: | 20 |
| Na0239 | Paralisia | 5 a 12 |
| | Parésia | |

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|--|-----------------------|
| Na0240 Na0241 | Afectação do nervo musculo-cutâneo: Paralisia a nível do braço Parésia | 3 1 |
| Na0242 Na0243 | Afectação do nervo tibial anterior: Paralisia Parésia | 8 2 a 4 |
| Na0244 Na0245 | Afectação do nervo ciático poplíteo interno: Paralisia Parésia | 22 5 a 12 |
| Na0246 | Parestesias de partes moles | 1 a 3 |

3 - Perturbações cognitivas:

A análise das síndromes deficitárias neuro-psicológicas deve fazer referência a uma semiologia precisa. A síndrome dita «frontal» corresponde efectivamente a entidades agora bem definidas cujos défices associados, mais ou menos importantes, originam quadros clínicos muito polimórficos.

A avaliação da incapacidade deve, portanto, basear-se imperativamente sobre observações médicas precisas e especializadas, correlacionando as lesões iniciais e os dados dos exames clínicos e para-clínicos.

Síndrome frontal

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0301 | Perturbação grave (com apragmatismo e alterações graves da inserção social e familiar) | 61 a 85 |
| Na0302 | Perturbação importante (com alteração das condutas instintivas, perda da iniciativa, perturbações do humor, inserção familiar e social precária) | 36 a 60 |
| Na0303 | Perturbação moderada (com bradipsiquismo relativo, dificuldade de memorização, perturbações do humor e repercussões na inserção social e familiar) | 21 a 35 |
| Na0304 | Perturbação ligeira (com distractibilidade, lentificação, dificuldades de memorização e de elaboração de estratégias complexas; escassas ou nulas perturbações da inserção social e familiar) | 10 a 20 |

Perturbações da comunicação

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0305 | Afasia grave (com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão) | 60 a 75 |
| Na0306 | Disfalias (perturbações da nomeação e repetição, parafalias, estando a compreensão conservada) | 10 a 30 |

Perturbações da memória

Perturbações associando esquecimentos frequentes, condicionando a vida corrente com necessidade de auxiliares de memória, falsos reconhecimentos, eventualmente fabulações, dificuldades de aprendizagem e alterações da capacidade de evocação:

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0307 | Grau I (perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as AVD, requerendo vigilância e cuidados permanentes) | 41 a 60 |
| Na0308 | Grau II (perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral) | 11 a 40 |
| Na0309 | Grau III (perturbações ligeiras, com discreta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral) | 1 a 10 |

Problemas cognitivos menores

Na ausência de síndrome frontal ou de afectação isolada de uma função cognitiva, alguns traumatismos cranianos mais ou menos graves podem condicionar a persistência de queixas objectiváveis constituindo uma síndrome diferente da síndrome pós comocional, associando:

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0310 | Labilidade da atenção, lentificação ideativa, dificuldades de memorização, fadigabilidade intelectual, intolerância ao ruído, instabilidade do humor, persistindo para além de 2 anos | 1 a 10 |

Demências

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0311 | Na ausência de elementos científicos que permitam reconhecer a existência de demências pós-traumáticas, a avaliação clínica de um eventual agravamento de demência pré-existente, deve ter em consideração os défices mistos cognitivos e sensitivo-motores e o estado anterior. A sua ponderação pericial deve ser concretizada em consonância com o estipulado no Grupo B deste capítulo (Psiquiatria). | |

4 - Défices mistos cognitivos e sensitivo-motores:

Estes défices mistos constituem as sequelas características de traumatismos cranianos graves. Associam frequentemente disfunções frontais, défices cognitivos, perturbações do comportamento, síndromes piramidais e/ou cerebelosas, perturbações sensoriais (hemianópsias, paralisias óculo-motoras) correspondendo a lesões visualizáveis por imagiologia.

Estas associações originam quadros clínicos variáveis de pessoa para pessoa, de tal forma que não é possível propor uma taxa precisa, como acontece por exemplo para sequelas perfeitamente individualizáveis. Estes défices devem ser objecto de uma avaliação global.

É todavia possível reconhecer no contexto da avaliação médico-legal vários níveis de gravidade em função do défice global.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0401 | Ausência de toda a actividade voluntária útil (perda de toda a possibilidade relacional identificável) | 100 |
| Na0402 | Défices sensitivo-motores severos (limitando gravemente a autonomia, associados a défices cognitivos incompatíveis com a vida relacional) | 86 a 95 |
| Na0403 | Perturbações cognitivas severas (caracterizadas fundamentalmente pela desinibição e perturbações graves do comportamento, comprometendo a socialização, com défices sensitivo-motores incompatíveis com a autonomia para as AVD) | 61 a 85 |
| Na0404 | Perturbações cognitivas associando uma perturbação permanente da atenção e da memória, perda relativa ou total da iniciativa e/ou da autocrítica, incapacidade de gestão das situações complexas, com défices sensitivo-motores evidentes mas compatíveis com autonomia para as AVD | 41 a 60 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0405 | Perturbações cognitivas associando lentificação ideativa evidente, défice evidente da memória e dificuldade de elaboração de estratégias complexas com défices sensitivo-motores menores | 10 a 40 |

5 - Epilepsia:

Não é possível propor uma taxa de incapacidade na ausência de demonstração prévia de traumatismo crânio-encefálico e da ocorrência de crises, nem antes do período de tempo indispensável para a estabilização da evolução espontânea

das perturbações e ou adaptação ao tratamento.

As anomalias isoladas do EEG, na ausência de crises confirmadas, não permitem o diagnóstico de epilepsia pós-traumática.

Epilepsias com perturbações da consciência (crises generalizadas e complexas)

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0501 | Epilepsias refractárias (com crises quase diárias confirmadas, determinando dificuldades nas AV, apesar de uma terapêutica adaptada e continuada) | 36 a 70 |
| Na0502 | Epilepsias dificilmente controláveis (com crises frequentes, várias por mês, e efeitos secundários dos tratamentos, com ligeira a moderada repercussão nas AVD) | 16 a 35 |
| Na0503 | Epilepsias controladas (com tratamento bem tolerado, com nula ou discreta repercussão nas AVD) | 10 a 15 |

Epilepsias com crises sem perturbações da consciência (simples)

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0504 | Epilepsias parciais (devidamente confirmadas, segundo o tipo e frequência das crises e os efeitos secundários dos tratamentos) | 5 a 15 |

6 - Síndrome pós-comocional:

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Na0601 | Queixas não objectiváveis após uma perda de conhecimento confirmada e com persistência de pelo menos seis meses | 2 |

7 - Nevralgias:

As nevralgias são consecutivas à afectação de um nervo craniano ou periférico, desde que a dor referida seja sustentada por elementos clínicos e ou exames complementares objectivos,

necessitando o diagnóstico de certeza de uma opinião especializada. A avaliação tem em consideração a frequência das crises e a eficácia da terapêutica.

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|--|-----------------------|
| Na0701 Na0702 | Trigémio (exclui-se aqui a nevralgia essencial do trigémio): Nevralgia intermitente Nevralgia contínua | 5 a 15 20 a 25 |
| Na0703 | Facial | 1 a 8 |
| Na0704 | Cervico-braquial | 1 a 12 |
| Na0705 | Intercosta | 1 a 3 |
| Na0706 | Femuro-cutâneo | 1 a 3 |
| Na0707 | Femoral | 1 a 12 |
| Na0708 | Ciático | 1 a 20 |

8 - Dores de desaferentação:

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Na0801 | As dores de desaferentação estão associadas a uma lesão do sistema nervoso periférico, afastada que seja toda a simulação nociceptiva e apresentando diversas manifestações clínicas: anestesia dolorosa, sensação de "choque eléctrico", hiperpatias (dores do tipo membro «fantasma» das amputações, por exemplo). São dores de ocorrência excepcional que não integram o quadro sequelar habitual e que não são por isso incluídas nas taxas previstas nesta tabela, constituindo pois um prejuízo suplementar. Nestas situações pode atribuir-se uma taxa de compensação | 2 a 10 |

B) Psiquiatria

(de acordo com as classificações da CID-10 e do DSM-IV)

9 - Perturbações persistentes do humor:

No caso de lesões físicas pós-traumáticas geradoras de sequelas graves e necessitando de tratamento complexo e de longa duração, pode subsistir um estado psíquico permanente dolo-

roso caracterizado por perturbações persistentes do humor (superior a dois anos), com repercussão a nível do funcionamento social, laboral ou de outras áreas importantes da actividade do indivíduo.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Nb0901 | Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 16 a 25 |
| Nb0902 | Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 11 a 15 |
| Nb0903 | Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 4 a 10 |

10 - Perturbação de stress pós-traumático:

São manifestações psíquicas, mediadas pela ansiedade e provocadas pela ocorrência súbita e imprevisível, de um evento traumático que excede os mecanismos de defesa do indivíduo. O factor de stress deve ser intenso e ou prolongado. A sintomatologia inclui condutas de evitamento

(de situações ou pensamentos que evoquem o trauma), reexperiência penosa do acontecimento traumático, sintomas de hiperactivação fisiológica e alterações do padrão de comportamento.

A sua valorização pericial só deve ter lugar após, pelo menos, dois anos de evolução.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Nb1001 | Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 16 a 25 |
| Nb1002 | Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 11 a 15 |
| Nb1003 | Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 4 a 10 |

11 - Perturbações mentais decorrentes de lesão cerebral orgânica.

V. artigo 3 (Perturbações cognitivas) do sub-capítulo «Neurologia».

12 - Outras perturbações mentais:

Outras perturbações psíquicas não especificadas, como por exemplo, estados fóbicos, estados obsessivos, quadros psicóticos, desde que

estabelecido um nexo de causalidade com o acontecimento traumático podem ser objecto de valorização pericial.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Nb1201 | Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 16 a 25 |
| Nb1202 | Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 11 a 15 |
| Nb1203 | Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional | 4 a 10 |

II - SISTEMA SENSORIAL E ESTOMATOLOGIA (S)

A) Oftalmologia

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

1 - Acuidade visual.

Perda total da visão:

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|------------------------|
| Sa0101 | Perda da visão dos dois olhos (amaurose bilateral) | 85 |
| Sa0102 | Perda da visão de um olho (amaurose unilateral) | 25 |
| Sa0103 | Perda da acuidade visual dos dois olhos — visão de longe e de perto | Resultado tabela 1 e 2 |

TABELA 1

Visão para longe

| | 10/10 | 9/10 | 8/10 | 7/10 | 6/10 | 5/10 | 4/10 | 3/10 | 2/10 | 1/10 | 1/20 | <1/20 | Amaurose |
|----------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|----------|
| 10/10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 12 | 16 | 20 | 23 | 25 |
| 9/10 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 14 | 18 | 21 | 24 | 26 |
| 8/10 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | 15 | 20 | 23 | 25 | 28 |
| 7/10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 10 | 16 | 22 | 25 | 28 | 30 |
| 6/10 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 12 | 18 | 25 | 29 | 32 | 35 |
| 5/10 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 | 15 | 20 | 30 | 33 | 35 | 40 |
| 4/10 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 10 | 11 | 18 | 23 | 35 | 38 | 40 | 45 |
| 3/10 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 15 | 18 | 20 | 30 | 40 | 45 | 50 | 55 |
| 2/10 | 12 | 14 | 15 | 16 | 18 | 20 | 23 | 30 | 40 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| 1/10 | 16 | 18 | 20 | 22 | 25 | 30 | 35 | 40 | 50 | 65 | 68 | 70 | 78 |
| 1/20 | 20 | 21 | 23 | 25 | 29 | 33 | 38 | 45 | 55 | 68 | 75 | 78 | 80 |
| <1/20 | 23 | 24 | 25 | 28 | 32 | 35 | 40 | 50 | 60 | 70 | 78 | 80 | 82 |
| Amaurose | 25 | 26 | 28 | 30 | 35 | 40 | 45 | 55 | 65 | 78 | 80 | 82 | 85 |

TABELA 2

Visão para perto

| | P 1,5 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P8 | P10 | P14 | P20 | < P20 | Amaurose |
|-------|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-------|----------|
| P 1,5 | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 8 | 10 | 13 | 16 | 20 | 23 | 25 |
| P 2 | 0 | 0 | 4 | 5 | 8 | 10 | 14 | 16 | 18 | 22 | 25 | 28 |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-------|----------|
| | P 1,5 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P8 | P10 | P14 | P20 | < P20 | Amaurose |
| P 3 | 2 | 4 | 8 | 9 | 12 | 16 | 20 | 22 | 25 | 28 | 32 | 35 |
| P 4 | 3 | 5 | 9 | 11 | 15 | 20 | 25 | 27 | 30 | 36 | 40 | 42 |
| P 5 | 6 | 8 | 12 | 15 | 20 | 26 | 30 | 33 | 36 | 42 | 46 | 50 |
| P 6 | 8 | 10 | 16 | 20 | 26 | 30 | 32 | 37 | 42 | 46 | 50 | 55 |
| P 8 | 10 | 14 | 20 | 25 | 30 | 32 | 40 | 46 | 52 | 58 | 62 | 65 |
| P 10 | 13 | 16 | 22 | 27 | 33 | 37 | 46 | 50 | 58 | 64 | 67 | 70 |
| P 14 | 16 | 18 | 25 | 30 | 36 | 42 | 52 | 58 | 65 | 70 | 72 | 76 |
| P 20 | 20 | 22 | 28 | 36 | 42 | 46 | 58 | 64 | 70 | 75 | 78 | 80 |
| < P 20 | 23 | 25 | 32 | 40 | 46 | 50 | 62 | 67 | 72 | 78 | 80 | 82 |
| Amaurose | 25 | 28 | 35 | 42 | 50 | 55 | 65 | 70 | 76 | 80 | 82 | 85 |

Utilizar a tabela 2 apenas em caso de distorção importante entre a visão de perto e a visão de

longe. Neste caso convém fazer a média aritmética das duas taxas.

Campo visual

Em traumatologia as diminuições concêntricas dos campos visuais são frequentemente resultantes de manifestações funcionais e não justificam a atribuição de incapacidade permanente.

Torna-se necessário utilizar várias provas de

controlo e avaliar de forma integrada o quadro clínico e o resultado dos exames imagiológicos e neurológicos. Não se pode contudo ignorar as diminuições campimétricas bilaterais orgânicas resultantes de duplas hemianópsias.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Sa0104 | Hemianópsia: Homónimas | 12 |
| Sa0105 | Heterónimas: Nasal | 15 |
| Sa0106 | Temporal (segundo o tipo, a extensão e o compromisso ou não da visão central) Se houver perda da visão central adicionar às taxas anteriores 65. | 5 |
| Sa0107 | Quadrantanópsia (segundo o tipo.) | 2 a 20 |
| Sa0108 | Escotoma central: Bilateral | 21 a 60 |
| Sa0109 | Unilateral | 1 a 20 |
| Sa0110 | Escotoma justacentral ou paracentral (segundo o carácter uni ou bilateral, com acuidade visual conservada) | 1 a 15 |

Oculomotricidade

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Sa0111 | Diplopia: Nos campos superiores — menos de 10° de desvio | 1 a 10 |
| Sa0112 | No campo lateral — menos de 10° de desvio | 5 a 15 |
| Sa0113 | Nos campos inferiores — menos de 10° de desvio | 1 a 10 |
| Sa0114 | Em todas as direcções, obrigando a ocluir um olho — mais de 10° de desvio (segundo as posições do olhar, o carácter permanente ou não, e a necessidade de fechar um olho em permanência) | 20 a 25 |
| Sa0115 | Paralisia oculomotora (se existir diplopia, valorizar a incapacidade permanente de acordo com o tipo da mesma. Ver quadro acima) | 1 a 15 |
| Sa0116 | Motricidade intrínseca (segundo o tipo.) | 1 a 5 |
| Sa0117 | Heteroforia, paralisia completa da convergência | 1 a 5 |

Cristalino

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Sa0118 | Perda (afaquia) corrigida por equipamento óptico externo (valorizar em função da taxa correspondente à perda de acuidade visual corrigida - Sa0103) | |
| Sa0119 | Perda corrigida por implante do cristalino (pseudofaquia) (adicionar 5 % por olho pseudofáquico à taxa correspondente à perda da acuidade visual; note-se que a partir dos 50 anos este aspecto pode não constituir factor de desvalorização) | |

Anexos do olho

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Sa0120 | Segundo o tipo de afectação (entrópio, ectrópio, cicatrizes viciosas, má oclusão palpebral, ptose, etc.), sendo a mais grave a ptose com défice campimétrico e alacrimia bilateral: | |
| Sa0121 | Afectação unilateral | 1 a 8 |
| | Afectação bilateral | 2 a 16 |

B) Otorrinolaringologia

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

2 - Audição**Acuidade auditiva:**

No caso de existirem associadamente perturbações do equilíbrio, avalia-se o dano de acordo com os resultados da Audiometria Tonal e Vocal, Potenciais Evocados Auditivos, Oto-emissões e Impedanciometria.

Surdez total

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|------------|-----------------------|
| Sb0201 | Bilateral | 60 |
| Sb0202 | Unilateral | 15 |

Surdez parcial

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------|---------------------------|
| Sb0203 | Surdez parcial | Resultado da tabela 3 e 4 |

A avaliação faz-se em 2 tempos: com a ajuda das tabelas 3 e 4 da perda auditiva e percentagem de discriminação.

Perda auditiva média

Estabelece-se por referência ao défice tonal em meio de condução aérea medida em decibéis sobre 500, 1000, 2000 e 4000 hertz, atribuindo coeficientes de ponderação de 2, 4, 3 e 1, respectivamente. A soma é dividida por 10. Toma-se por referência à tabela 3.

TABELA 3
Perdas auditivas

| Perda auditiva média em dB | 0 – 19 | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | 70 – 79 | ≥ 80 |
|----------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| 0 – 19 | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 | 14 |
| 20 – 29 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 | 14 | 18 |

| Perda auditiva média em dB | 0 – 19 | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | 70 – 79 | ≥ 80 |
|----------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| 30 – 39 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 | 15 | 20 | 25 |
| 40 – 49 | 6 | 8 | 10 | 12 | 15 | 20 | 25 | 30 |
| 50 – 59 | 8 | 10 | 12 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 |
| 60 – 69 | 10 | 12 | 15 | 20 | 25 | 30 | 40 | 45 |
| 70 – 79 | 12 | 14 | 20 | 25 | 30 | 40 | 50 | 55 |
| ≥ 80 | 14 | 18 | 25 | 30 | 35 | 45 | 55 | 60 |

Distorções auditivas:

A avaliação deve ser feita por confrontação da taxa bruta com os resultados de uma audiometria vocal para apreciar eventuais distorções auditivas (recobro em particular) que agravem

a perturbação funcional.

A tabela 4 propõe as taxas de incapacidade que podem ser discutidas por confronto com os resultados de audiometria tonal liminar.

| Discriminação | 100 % | 90 % | 80 % | 70 % | 60 % | < 50 % |
|---------------|-------|------|------|------|------|--------|
| 100 % | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90 % | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80 % | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70 % | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60 % | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| < 50 % | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Em caso de prótese auditiva, a melhoria é determinada pela comparação das curvas auditivas sem e com prótese, podendo assim reduzir-se

a taxa, que deve, no entanto, ter em conta o incómodo gerado pela prótese, especialmente em ambientes ruidosos.

Acufenos isolados

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Sb0204 | Valorizável apenas se for admissível o nexo de causalidade com o traumatismo e se não estiverem já sido considerados no âmbito da síndrome pós-comocional | 1 a 2 |

3 - Perturbações do equilíbrio

Valorizar estas alterações tendo em conta os resultados da Videonistagmografia e da Posturografia Dinâmica Computorizada.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Sb0301 | Afectação vestibular: Bilateral (com perturbações destrutivas objectivas, segundo a importância) | 11 a 25 |
| Sb0302 | Unilateral | 4 a 10 |
| Sb0303 | Vertigens paroxísticas benignas | 1 a 3 |

4 - Perturbação da ventilação nasal

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Sb0401 | Alteração da permeabilidade nasal não corrigível pela terapêutica: Bilateral | 2 a 8 |
| Sb0402 | Unilateral | 1 a 4 |

5 - Perturbações olfactivas (compreende as alterações das percepções gustativas)

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------|-----------------------|
| Sb0501 | Anosmia | 15 |
| Sb0502 | Disosmia | 1 a 10 |

6 - Perturbações da fonação

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Sb0601 | Afonia | 25 |
| Sb0602 | Disfonia: (em função da diminuição da eficácia da emissão vocal para a comunicação) | 11 a 20 |
| Sb0603 | Grau I (perturbações que afectam acentuadamente) Grau II (rouquidão e outras perturbações que afectam ligeira ou moderadamente) | 1 a 10 |

C) Estomatologia**7 - Estomatologia**

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

No caso da aparelhagem móvel, reduzir as taxas propostas em 50 %. No caso de aparelhagem fixa, reduzir as taxas propostas em 75 %. A colocação de implantes determina apenas a atribuição de uma taxa entre 1 e 3.

| Código | | Valorização em pontos |
|----------------------------|---|----------------------------|
| Sc0701 | Edentação completa insusceptível de correcção por prótese (atendendo à repercussão sobre o estado geral) | 20 a 28 |
| Sc0702 Sc0703 | Perda de dente insusceptível de correcção por prótese: Incisivo ou canino Prémolar ou molar | 1 1,5 |
| Sc0704 Sc0705 Sc0706 | Disfunções mandibulares Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm Limitação da abertura bucal entre 31 e 40 mm (atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função) | 21 a 30 6 a 20 até 5 |
| Sc0707 | Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular (segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias) | 2 a 10 |
| Sc0708 | Amputação da parte móvel da língua (tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações) | 3 a 30 |

III - SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO (M)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

Quer se trate de uma articulação ou do próprio membro, quando existir mais do que uma sequela, a taxa global não é a soma de taxas isoladas mas a resultante da sua sinergia; a soma das taxas correspondente à anquilose em boa posi-

ção de todas as articulações do membro ou segmento não pode ter um valor superior ao da respectiva perda anatómica total ou funcional.

As taxas justificadas por rigidez acentuada não contempladas de maneira sistemática devem ter em conta o valor correspondente à anquilose da respectiva articulação.

Relativamente às endopróteses das grandes articulações, é necessário admitir que nenhuma

restabelece por completo a sensibilidade proprioceptiva e que todas são acompanhadas de algumas limitações na vida do sinistrado. Nestas circunstâncias, a presença de uma endoprótese justificativa, por si só, uma taxa de 5%.

Quando o resultado funcional objectivo não for satisfatório, estes inconvenientes de princípio da endoprótese estão contemplados no défice funcional, não se justificando esta taxa complementar.

Acrescenta-se no final deste capítulo uma relação de algumas das doenças pós-traumáticas mais frequentemente decorrentes de lesões traumáticas do sistema ósteo-articular. Situações não contempladas, nomeadamente artroplastias, são como sempre avaliadas de acordo com o acima referido.

A) Membro superior

(excepto a mão e os dedos)

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

1 - Amputações

As possibilidades protéticas ao nível dos membros superiores não asseguram actualmente uma verdadeira função, perdendo-se designadamente a sensibilidade. Se se verificar uma melhoria, o perito deve ponderar em concreto uma diminuição das taxas abaixo indicadas.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 70, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ma0101 | Amputação total do membro superior | 51 a 55 |
| Ma0102 | Amputação do braço (cintura escapular móvel) | 46 a 50 |
| Ma0103 | Amputação do antebraço | 40 a 45 |

2 - Anquiloses e rigidez

Cintura escapular

Existem 6 movimentos elementares da cintura escapular que se associam para assegurar a função. Cada um destes movimentos contribui para as AVD.

Os 3 movimentos essenciais são a flexão (antepulsão), a abdução e a rotação interna, segui-

dos pela rotação externa, a extensão (retropulsão) e a adução. Isoladamente, os compromissos da extensão e da adução apenas justificam pequenas taxas, não compreendidas nesta tabela, o que deve levar a ponderar a taxa em função das limitações dos outros movimentos.

Artrodese ou anquilose em posição funcional

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---------------|-----------------------|
| Ma0201 | Omolata fixa | 21 a 25 |
| Ma0202 | Omolata móvel | 18 a 20 |

Rigidez

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|--|-----------------------|
| Ma0203 Ma0204 | Limitação da flexão e/ou da abdução a 60°: Com perda total das rotações Restantes movimentos completos | 15 a 17 13 a 14 |
| Ma0205 Ma0206 | Limitação da flexão e/ou da abdução a 90°: Com perda total das rotações Restantes movimentos completos | 11 a 13 6 a 8 |
| Ma0207 | Limitação da flexão e/ou da abdução a 130° | 2 a 5 |
| Ma0208 | Perda isolada da rotação interna | 3 a 5 |
| Ma0209 | Perda isolada da rotação externa | 2 a 4 |

Cotovelo

Apenas a mobilidade entre 20° e 120° de flexão (em baixo designadas por extensão útil e flexão útil) tem relevância funcional no contexto das AVD, tendo os valores situados fora deste arco de movimento uma reduzida repercussão sobre as mesmas.

As taxas abaixo indicadas referem-se aos défices no arco útil.

O perito deve ter em conta o défice da extensão e da flexão, sendo as respectivas taxas ponderadas mas não adicionadas, excepto no que se refira a um défice da prono-supinação, em que tal se pode justificar.

Artrodese ou anquilose em posição funcional

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|---|-----------------------|
| Ma0210 Ma0211 | Prono-supinação conservada Prono-supinação abolida | 15 a 20 21 a 25 |

Rigidez

| Código | | Valorização em pontos |
|----------------------------|--|---------------------------|
| Ma0212 Ma0213 Ma0214 | Flexão útil possível e extensão: Com arco de movimento que se detém acima de 90° Com arco de movimento entre 60° a 90° Com arco de movimento de 20° a 60° | 10 a 12 6 a 9 1 a 5 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ma0215 | Extensão útil possível e flexão: Com arco de movimento que se detém abaixo de 60° | 10 a 12 |
| Ma0216 | Com arco de movimento que se detém entre 60° e 90° | 6 a 9 |
| Ma0217 | Com arco de movimento que se detém entre 90° e 120° | 1 a 5 |

Compromisso da prono-supinação
Anquilose

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------------|-----------------------|
| Ma0218 | Em posição funcional | 6 a 8 |

Rigidez

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------------|-----------------------|
| Ma0219 | Rigidez na pronação | 1 a 5 |
| Ma0220 | Rigidez na supinação | 1 a 5 |

Punho

O arco útil de movimento situa-se entre 0° e 45° para a flexão e entre 0° e 45° para a extensão. Os movimentos fora deste arco têm apenas

uma ligeira repercussão nas AVD, o mesmo se verificando relativamente ao desvio radial.

Artrodese ou anquilose em posição funcional

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------------------|-----------------------|
| Ma0221 | Prono-supinação conservada | 6 a 8 |
| Ma0222 | Prono-supinação abolida | 13 a 16 |

Rigidez

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ma0223 | Rigidez no sector útil: Défice de flexão | 1 a 3 |
| Ma0224 | Défice de extensão | 1 a 5 |
| Ma0225 | Perda de desvio cubital e ou radial | 1 |

No caso de haver compromisso conjugado das articulações do ombro, cotovelo e punho, não sendo possível levar a mão ao pavilhão auricular homolateral, à região inter-glútea e à crista ilíaca contra-lateral, a taxa a atribuir, tendo em conta o estudo da sinergia destas articulações, deve variar entre 15 e 24, não sendo de considerar as taxas correspondentes a cada uma das articulações envolvidas.

B) Mão

A preensão constitui a principal função da mão, a qual depende da eficácia das pinças (finas e grossas), pressupondo a conservação do comprimento, mobilidade e sensibilidade dos dedos.

O exame objectivo da mão deve ter em conta a possibilidade de realização das principais modalidades de pinças (Fig.1).

Nos casos de sequelas múltiplas, em que a utilização desta tabela não se adegue, pode justificar-se uma eventual correcção da taxa de incapacidade permanente proposta, tendo em conta as repercussões funcionais e nas AVD, sendo o limite absoluto correspondente ao valor da perda dos segmentos em causa.

Quando existir um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

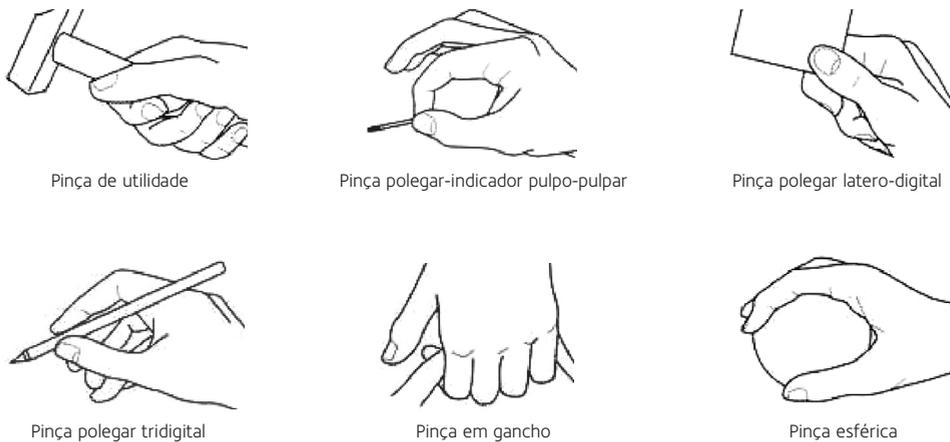


Fig.1 - Principais pinças

3 - Amputações

Amputação da mão

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mb0301 | Amputação total | 35 a 40 |
| Mb0302 | Amputação transtmetacárpica com conservação do polegar | 18 a 20 |
| Mb0303 | Amputação metacarpo-falângica com conservação do polegar | 15 a 17 |

Amputação dos dedos

As amputações parciais de cada dedo deverão ser proporcionais aos valores da amputação total, tendo em conta as repercussões funcionais (incluindo as perturbações na sensibilidade) e nas AVD.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ma0304 | Polegar: Perda do metacárpico e das 1. ^a e 2. ^a falanges | 17 a 20 |
| Mb0305 | Perda das 1. ^a e 2. ^a falanges | 11 a 15 |
| Mb0306 | Perda da 2. ^a falange | 5 a 10 |
| Mb0307 | Segundo e terceiro dedos: Perda do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges | 5 a 8 |
| Mb0308 | Perda da 2. ^a e 3. ^a falanges | 3 a 4 |
| Mb0309 | Perda da 3. ^a falange | 1 a 2 |
| Mb0310 | Quarto dedo e quinto dedos: Perda do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges | 4 a 5 |
| Mb0311 | Perda da 2. ^a e 3. ^a falanges | 2 a 3 |
| Mb0312 | Perda da 3. ^a falange | 1 |

4 - Anquiloses e rigidez

Artrodese ou anquilose em posição funcional. O valor da anquilose dos dedos, em posição funcional, deve corresponder a cerca de metade dos valores atribuídos para as amputações. No que se refere às anquiloses em posição não funcional, pode o perito propor uma taxa superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como valor máximo o da amputação.

TABELA 5
Taxas relativas à anquilose na mão

| | Articulação carpo-metacárpica (CM) | Articulação metacarpo-falângica (MCF) | Articulação inter-falângica proximal (IFP) | Articulação inter-falângica distal (IFD) |
|----------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Polegar | (Mb0401) 2 | (Mb0402) 4 | (Mb0407) 3 | - |
| 2.º dedo | - | (Mb0403) 1 | (Mb0408) 1 | (Mb0412) 1 |
| 3.º dedo | - | (Mb0404) 1 | (Mb0409) 1 | (Mb0413) 1 |
| 4.º dedo | - | (Mb0405) 1 | (Mb0410) 1 | - |
| 5.º dedo | - | (Mb0406) 1 | (Mb0411) 1 | - |

Rigidez

A taxa a atribuir no caso de rigidez articular deve ser proporcional à taxa prevista para a anquilose, em posição funcional, tendo em conta o arco de movimento útil de cada articulação (MCF e IFP - para o 2.º e 3.º dedos: 20 a 80º; para os 4.º e 5.º dedos: 30 a 90º; IFD - 20 a 70º).

TABELA 6
Códigos de rigidez

| | Articulação carpo-metacárpica (CM) | Articulação metacarpo-falângica (MCF) | Articulação inter-falângica proximal (IFP) | Articulação inter-falângica distal (IFD) |
|----------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Polegar | (Mb0414) | (Mb0415) | (Mb0420) | – |
| 2.º dedo | – | (Mb0416) | (Mb0421) | (Mb0425) |
| 3.º dedo | – | (Mb0417) | (Mb0422) | (Mb0426) |
| 4.º dedo | – | (Mb0418) | (Mb0423) | – |
| 5.º dedo | – | (Mb0419) | (Mb0424) | – |

Sinergia

Quando haja compromisso de mais de um dedo, existindo entre eles um efeito sinérgico, a valorização tem sempre de atender a que no caso da pinça fina, um dos dedos tem de ser sempre o polegar.

Se os dedos afectados estão amputados, o valor sinérgico deve ser superior à soma arit-

mética dos dedos perdidos, e inferior ao valor da perda da mão.

Se os dedos afectados estão anquilosados, o valor da sinergia deve ser superior à soma aritmética das anquiloses, mas inferior à soma aritmética das amputações desses dedos.

Alterações da sensibilidade palmar

As alterações da sensibilidade do dorso da mão não têm repercussão funcional e não justificam a atribuição de qualquer taxa de incapacidade.

As taxas previstas integram as parestesias ligeiras, as disestesias e as discretas alterações tróficas que podem ocorrer, nomeadamente

o pequeno neuroma que pode resultar de uma secção nervosa.

Nos compromissos associados de vários dedos, há que ter em conta a afectação sensitiva dependente de cada um dos nervos, considerando que ao território do mediano corresponde 15%, ao do cubital 3% e ao do radial 2%.

Anestesia

A taxa corresponde a 66% da taxa prevista para a perda anatómica do ou dos segmentos do(s) dedo(s) atingido(s).

TABELA 7
Códigos de anestesia

| | |
|----------------------------|---|
| Mb0427 Mb0428 Mb0429 | Polegar: Anestesia do metacárpico e das 1. ^a e 2. ^a falanges. Anestesia das 1. ^a e 2. ^a falanges. Anestesia da 2. ^a falange. |
| Mb0430 Mb0431 Mb0432 | Segundo e terceiro dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges. Anestesia da 2. ^a e 3. ^a falanges. Anestesia da 3. ^a falange. |
| Mb0433 Mb0434 Mb0435 | Quarto e quinto dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges. Anestesia da 2. ^a e 3. ^a falanges. Anestesia da 3. ^a falange. |

Disestesia e hipostesia

A taxa a atribuir varia entre 50 % e 66 % a intensidade, localização e dedo(s) atingido(s) (de acordo com a função - realização das pinças).
da prevista para a perda anatômica do ou dos segmento(s) do(s) dedo(s) atingido(s) segundo

TABELA 8
Códigos de disestesia e hipostesia

| | |
|----------------------------|---|
| Mb0436 Mb0437 Mb0438 | Polegar: Disestesia e hipostesia do metacárpico e das 1. ^a e 2. ^a falanges. Disestesia e hipostesia das 1. ^a e 2. ^a falanges. Disestesia e hipostesia da 2. ^a falange. |
| Mb0439 Mb0440 Mb0441 | Segundo e terceiro dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges. Disestesia e hipostesia da 2. ^a e 3. ^a falanges. Disestesia e hipostesia da 3. ^a falange. |
| Mb0442 Mb0443 Mb0444 | Quarto e quinto dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a falanges. Disestesia e hipostesia da 2. ^a e 3. ^a falanges. Disestesia e hipostesia da 3. ^a falange. |

C) Membro inferior

Nos casos em que exista um intervalo para entre outros aspectos, o prejuízo funcional e para as AVD.
as coeficientes propostos, deve ser considerado,

5 - Amputações

Uma amputação do membro inferior, excepto se localizada ao nível do pé, não permite nem a marcha nem o ortostatismo. Os pontos propostos são por isso correspondentes a um indivíduo correctamente aparelhado. Se a prótese não for a mais indicada, os pontos a atribuir devem à

tolerância à mesma e ao seu resultado funcional. Os pontos não podem, contudo, ultrapassar o valor correspondente à amputação a um nível superior.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 65 pontos, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0501 | Desarticulação da anca ou amputação alta da coxa não aparelhada | 60 |
| Mc0502 | Desarticulação unilateral da anca ou amputação alta da coxa sem apoio isquiático | 55 |
| Mc0503 | Amputação da coxa | 50 |
| Mc0504 | Desarticulação do joelho | 40 |
| Mc0505 | Amputação da perna | 30 |
| Mc0506 | Amputação da tíbio-társica (Syme) | 25 |
| Mc0507 | Amputação társica | 20 |
| Mc0508 | Amputação médio-társica (Chopart) | 12 |
| Mc0509 | Amputação tarso-metatarsica (Lisfranc) | 10 |
| Mc0510 | Amputação dos 5 dedos do pé e do 1.º metatarsico | 8 |
| Mc0511 | Amputação do 1.º dedo e do 1.º metatarsico | 4 |
| Mc0512 | Amputação de uma ou das duas falanges do 1.º dedo | 2 a 3 |
| Mc0513 | Amputação de um ou mais dos outros dedos | 1 a 2 |

6 - Anquiloses e rigidez

Anca

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização da grande maioria das AVD; 70° permitem a posição sentada e a utilização de escadas; 30° permitem a marcha;

Abdução: 20° permitem praticamente todas as AVD;

Adução: tem pouca importância prática; Rotação externa: a importância funcional assenta principalmente nos primeiros 30°;

Rotação interna: 10° são o necessário para a maioria das AVD;

Extensão: 20° têm importância funcional na marcha e na utilização de escadas;

A dor é um elemento essencial condicionando a utilização da anca na vida diária (marcha e posição ostostática), pelo que se encontra já contemplada nos pontos propostos;

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0601 | Anca (de acordo com o compromisso da marcha) | 30 a 35 |

Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não

seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--------------------------------|-----------------------|
| Mc0602 | Perda total da flexão | 17 |
| Mc0603 | Flexão: Limitada a 30° | 13 |
| Mc0604 | Limitada a 70° | 7 |
| Mc0605 | Limitada a 90° | 4 |
| Mc0606 | Perda total da extensão | 2 |
| Mc0607 | Flexão irreductível a 20° | 4 |
| Mc0608 | Perda total da abdução | 6 |
| Mc0609 | Perda total da adução | 1 |
| Mc0610 | Perda total da rotação externa | 3 |
| Mc0611 | Perda total da rotação interna | 1 |

Joelho.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização das funções mais importantes (deslocar-se, colocar-se na posição sentada, etc.) e das AVD (utilizar escadas, etc.); 110° permitem a realização da maioria das AVD e 135° permitem a realização de todas elas;

Extensão: um défice de extensão inferior a 10° é compatível com a maioria das AVD.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0612 | Joelho (de acordo com o compromisso da marcha) | 23 a 25 |

Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mc0613 | Flexão (arco possível a partir da extensão completa): Limitada a 30° | 20 |
| Mc0614 | Limitada a 50° | 15 |
| Mc0615 | Limitada a 70° | 10 |
| Mc0616 | Limitada a 90° | 5 |
| Mc0617 | Limitada a 110° | 2 |
| Mc0618 | Extensão (arco em défice): De 10° | 3 |
| Mc0619 | De 15° | 5 |
| Mc0620 | De 20° | 10 |
| Mc0621 | De 30° | 20 |

Instabilidades.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0622 | Lateral | 1 a 10 |
| Mc0623 | Anterior | 2 a 10 |
| Mc0624 | Posterior | 3 a 12 |
| Mc0625 | Instabilidade mista (com compromisso simultâneo de vários grupos ligamentares) | 10 a 17 |

Desvios axiais.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-------------------------|-----------------------|
| Mc0626 | Genu valgum: Até 10° | 1 a 3 |
| Mc0627 | De 10 a 20° | 4 a 10 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--------------------------------------|-----------------------|
| Mc0628 | Acima de 20° (raramente é funcional) | 11 a 20 |
| Mc0629 | Genu varum: Até 10° | 1 a 3 |
| Mc0630 | De 10 a 20° | 4 a 10 |
| Mc0631 | Acima de 20° (raramente é funcional) | 11 a 20 |

Síndromes fêmuro-patelares.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------------------|-----------------------|
| Mc0632 | Síndromes fêmuro-patelares | 1 a 8 |

Sequelas de lesões meniscais.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|------------------------------|-----------------------|
| Mc0633 | Sequelas de lesões meniscais | 1 a 5 |

Tibio-társica e pé.

Articulação tibio-társica.

Na avaliação destas sequelas há que atender a que 20° de flexão plantar permitem a realização da maioria das AVD, 35° permitem a realização de todas e 10° de flexão dorsal permitem a realização de praticamente todas as AVD.

A perda de alguns graus de flexão dorsal é mais incapacitante do que a perda da mesma amplitude na flexão plantar, devido à menor amplitude da flexão dorsal.

Artrotese ou anquilose em posição funcional.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|------------------------------------|-----------------------|
| Mc0634 | Em função do compromisso da marcha | 8 a 10 |

Rigidez.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-------------------------------|-----------------------|
| Mc0635 | Perda total da flexão plantar | 5 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-----------------------------------|-----------------------|
| Mc0636 | Perda total da flexão dorsal | 5 |
| Mc0637 | Flexão plantar: De 0 a 10° | 5 |
| Mc0638 | De 0 a 20° | 4 |
| Mc0639 | De 0 a 30° | 2 |
| Mc0640 | Flexão dorsal: De 0 a 5° | 5 |
| Mc0641 | De 0 a 10° | 3 |
| Mc0642 | De 0 a 15° | 1 |
| Mc0643 | Equinismo ou pé talo irreductível | 1 a 12 |

Laxidez.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------|-----------------------|
| Mc0644 | Se documentada | 2 a 5 |

Articulação sub-talar.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Valgo: com 5° é possível realizar praticamente todas as AVD;

Varo: com 5° é possível realizar a maioria das AVD e com 15° é possível realizar todos.

A perda do valgo é mais invalidante que a do varus já que a anquilose em varo é pior tolerada.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0645 | Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo | 7 a 9 |

Rigidez.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mc0646 | Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo | 2 a 3 |

Articulações médio-társica (Chopart)
e tarso-metatársica (Lisfranc).
Artrodese ou anquilose em posição funcional.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|------------------------------------|-----------------------|
| Mc0647 | Em função do compromisso da marcha | 4 a 6 |

Rigidez.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|------------------------------------|-----------------------|
| Mc0648 | Em função do compromisso da marcha | 2 a 3 |

Articulações metatarso-falângicas - dedos do pé.
Anquiloses e rigidez.

| Código | | |
|--------|---|--|
| Mc0649 | Para determinar os pontos, o perito deve ter em conta que o limite máximo corresponde à amputação pelo nível respectivo | |

Anquiloses e rigidez combinadas.

| Código | | |
|--------|---|--|
| Mc0650 | No que se refere a estas sequelas, quando associadas, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões funcionais e nas AVD, tendo como valor limite o da amputação do segmento superior | |

7 - Dismetrias.

A avaliação de alongamentos e encurtamentos dos membros inferiores é efectuada sem ter em conta a compensação por ortótese.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-----------------------------------|-----------------------|
| Mc0701 | Igual ou superior a 5 cm | 6 a 8 |
| Mc0702 | Superior a 3 cm e inferior a 5 cm | 4 a 5 |
| Mc0625 | Superior a 1 cm e até 3 cm | 2 a 3 |

D) Coluna vertebral**8 - Coluna cervical.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Md801 | Sem lesão óssea ou disco-ligamentar documentada (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade) | 1 a 3 |
| Md802 | Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas: Dores muito frequentes e ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada | 10 a 15 |
| Md803 | Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional | 4 a 9 |
| Md804 | Artrodese ou anquilose sem outras queixas, segundo o número de níveis | 3 a 10 |

**9 - Coluna torácica (dorsal), lombar e char-
neira lombo-sagrada.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Md901 | Sem lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade) | 1 a 3 |
| Md0902 | Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas Coluna torácica ou dorsal: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada | 7 a 10 |
| Md0903 | Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional | 3 a 6 |
| Md0904 | Coluna lombar e charneiras toraco-lombar e lombo-sagrada: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada | 8 a 12 |
| Md0905 | Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional | 3 a 7 |

10 - Coccix.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--------------|-----------------------|
| Md1001 | Coccicodínia | 1 a 2 |

E) Bacia**11 - Bacia-Dores.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mc1101 | Dores pós-fracturárias de um ramo isquio-púbico | 1 a 2 |
| Mc1102 | Dores e/ou instabilidade da sínfise púbica | 2 a 5 |
| Mc1103 | Dores relacionadas com diastase ou fractura sacro-iliaca | 2 a 5 |
| Mc1104 | Dores e instabilidade da sínfise púbica e da articulação sacro-iliaca associadas: Sem alteração da estática da bacia nem compromisso da marcha | 5 a 8 |
| Mc1105 | Com alteração estática da bacia e compromisso da marcha | 9 a 15 |

F) Outros quadros sequelares

As situações contempladas neste grupo independentes, não devendo ser adicionadas às só podem ser valorizadas enquanto entidades previstas nos outros grupos.

12 - Membro superior.**Cintura escapular.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1201 | Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) | 1 a 5 |
| Mf1202 | Ombro doloroso | Até 3 |
| Mf1203 | Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) | 18 a 20 |
| Mf1204 | Luxação recidivante inoperável (segundo as limitações funcionais) | 3 a 13 |

Clavícula.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1205 | Luxação acrómio-clavicular/esterno-clavicular inoperável | 1 a 3 |
| Mf1206 | Pseudo-artrose inoperável da clavícula (segundo as limitações funcionais) | 1 a 3 |

Braço.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1207 | Pseudo-artrose inoperável do úmero (segundo as limitações funcionais) | 10 a 15 |
| Mf1208 | Osteíte/osteomielite crónica do úmero | 10 a 15 |
| Mf1209 | 14.3.3. Consolidação em rotação e/ou angulação do úmero superior a 10° (segundo as limitações funcionais) | 1 a 3 |

Cotovelo.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1210 | Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) | 1 a 5 |
| Mf1211 | Cotovelo doloroso | 1 a 3 |
| Mf1212 | 14.4.3. Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) | 18 a 20 |

Antebraço.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mf1213 | Consolidação em rotação e/ou angulação de mais de 10° | 1 a 3 |
| Mf1214 | Pseudo-artrose inoperável do cúbito e rádio (segundo as limitações funcionais) | 10 a 15 |
| Mf1215 | Pseudo-artrose inoperável do cúbito (segundo as limitações funcionais) | 6 a 8 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1216 | Pseudo-artrose inoperável do rádio (segundo as limitações funcionais) | 8 a 10 |
| Mf1217 | Osteomielite/osteíte de ossos do antebraço | 6 a 10 |
| Mf1218 | Retracção isquémica de Volkmann | 25 a 30 |
| Mf1219 | Punho doloroso/artrose do punho | 1 a 3 |

Punho.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1220 | Artrose pós-traumática de articulações metacarpo-falângicas e/ou interfalângicas/mão dolorosa | 1 a 3 |
| Mf1221 | Síndrome residual pós-algodistrofia da mão (permanente) | 3 a 5 |

13 - Membro inferior.**Anca.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1301 | Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) | 1 a 10 |
| Mf1302 | Anca dolorosa | 1 a 3 |
| Mf1303 | Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) | 20 a 25 |

Fémur.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mf1304 | Osteomielite/osteíte crónica | 14 |
| Mf1305 | Pseudo-artrose inoperável (segundo as limitações funcionais) | 18 a 20 |
| Mf1306 | Consolidação em rotação e/ou angulação: Até 10° | 1 a 3 |
| Mf1307 | Mais de 10° | 4 a 8 |

Joelho.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1308 | Osteoartrite crónica (segundo as limitações funcionais) | 18 a 20 |
| Mf1309 | Artrose pós-traumática (segundo as limitações funcionais e dor) | 1 a 8 |
| Mf1310 | Joelho doloroso | 1 a 3 |

Perna.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mf1311 | Osteomielite /osteíte da tíbia e perónio | 12 |
| Mf1312 | Pseudo-artrose da tíbia (segundo as limitações funcionais) | 14 a 17 |

Tíbio-társica/pé.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1313 | Talalgia | 1 a 3 |
| Mf1314 | Metatarsalgia | 1 a 3 |
| Mf1315 | Artrose das articulações do pé (Chopart-Lisfranc) | 1 a 5 |

14 - Torác.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Mf1401 | Dores inter-costais — pós-fractura de arcos costais/esterno | 1 a 3 |

15 - Coluna Vertebral.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mf1501 | Artrose pós-traumática sem antecedentes a nível cervical, dorsal e lombar (inclui dores) | 1 a 5 |
| Mf1502 | Agravamento de artrose prévia ao traumatismo | 1 a 3 |

| Código | | Valorização em pontos |
|------------------|--|-----------------------|
| Mf1503 Mf1504 | Fractura em cunha/achatamento vertebral: Até 50 % Mais de 50 % | 1 a 3 4 a 7 |
| Mf1505 | Alterações da estática vertebral (cifose, escoliose, lordose) (segundo o arco de curvatura e graus) | 1 a 12 |

16 - Pélvis.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Mf1601 | Estreitamento pélvico sem possibilidade de parto por via baixa | 4 |

IV - SISTEMA CÁRDIO-RESPIRATÓRIO (C).

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Coração

Reportando-se à classificação que se segue, inspirada na da New York Heart Association (NYHA),

o perito deve basear-se nas manifestações funcionais expressas pelo examinando, no exame clínico e nos diversos exames complementares de diagnóstico.

De entre os dados técnicos, a fracção de ejeção tem uma importância primordial para a quantificação objectiva das sequelas. O perito deve além disso ter em conta as exigências terapêuticas e a vigilância que esta impõe.

1 - Sequelas cardiológicas.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ca0101 | Sintomatologia funcional mesmo em repouso (confirmada por dados clínicos e para-clínicos; exigências terapêuticas muito importantes e hospitalizações frequentes; fracção de ejeção < 20%) | 81 a 90 |
| Ca0102 | Limitação funcional para esforços moderados (com manifestações de falência miocárdica - edema pulmonar - ou associada a complicações vasculares periféricas ou a perturbações do ritmo complexas com exigências terapêuticas importantes e vigilância apertada; fracção de ejeção 20 a 25%) | 66 a 80 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ca0103 | Idem com exigência terapêutica considerável (com ou sem perturbações do ritmo associadas; fracção de ejeccção 25 a 30%) | 41 a 65 |
| Ca0104 | Limitação funcional com implicações na actividade diária (marcha rápida) (alteração franca dos parâmetros ecográficos ou eco-dopler; intolerância ao esforço com anomalias do ECG de esforço e com exigência terapêutica; fracção de ejeccção 30 a 35%) | 31 a 40 |
| Ca0105 | Limitação funcional alegada para esforços comuns (2 andares) (confirmada por ECG de esforço ou existência de sinais de disfunção miocárdica; contra-indicação de esforços físicos consideráveis e exigência terapêutica com vigilância cardiológica próxima; fracção de ejeccção 35 a 40%) | 21 a 30 |
| Ca0106 | Limitação funcional alegada para esforços significativos (com sinais de disfunção miocárdica, exigências terapêuticas e vigilância próxima; fracção de ejeccção 40 a 50%) | 11 a 20 |
| Ca0107 | Limitação funcional alegada para esforços importantes (desporto) (sem sinais de disfunção ou isquémia miocárdica, com necessidades terapêuticas e vigilância regular; fracção de ejeccção 50 a 60%) | 3 a 10 |
| Ca0108 | Sem limitação funcional (boa tolerância ao esforço; segundo as necessidades terapêuticas e/ou vigilância regular; fracção de ejeccção > 60%) | Até 2 |

2 - Transplante.

A eventualidade de um transplante deve ter em conta a necessidade de exigências terapêuticas muito importantes e de uma vigilância particularmente apertada.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ca0201 | Transplante cardíaco (segundo o resultado funcional (calculado de acordo com o previsto no artigo anterior), acrescido de valor fixado em função da tolerância aos imuno-supressores) | 10 a 20 |

B) Aparelho respiratório

Qualquer que seja a origem da afecção pulmonar, a avaliação deve ter em conta a importância da insuficiência respiratória crónica que é apreciada a partir da gravidade da dispneia, graduada

por referência à escala clínica das dispneias de Sadoul (Tabela 6), ao exame clínico especializado e aos exames complementares já efectuados ou requeridos no âmbito da perícia.

TABELA 6
Escala das dispneias de Sadoul

| Estadio ou classe | Descrição |
|-------------------|---|
| 1 | Dispneia para esforços importantes acima do 2.º andar |
| 2 | Dispneia na marcha em inclinação ligeira ou na marcha rápida, ou subir a um 1.º andar |
| 3 | Dispneia na marcha normal em terreno plano |
| 4 | Dispneia na marcha lenta |
| 5 | Dispneia ao mínimo esforço |

3 - Perda anatómica total ou parcial de um pulmão.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-------------|-----------------------|
| Cb0301 | Perda total | 15 |
| Cb0302 | Perda lobar | 5 |

Estas taxas são acumuláveis com a taxa correspondente à eventual insuficiência respiratória associada.

4 - Insuficiência respiratória crónica.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Cb0401 | Dispneia para pequenos esforços (despir), em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT inferior a 50 %; VEMS inferior a 40% hipoxémia de repouso (PaO_2) inferior a 60mm Hg associada ou não a uma alteração da capnia ($PaCO_2$) com eventual necessidade de oxigenoterapia de longa duração (>15h/dia) ou de uma traqueostomia ou de uma assistência ventilatória intermitente. | 51 a 90 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Cb0402 | Dispneia na marcha em terreno plano no seu ritmo próprio, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 50 e 60%; VEMS entre 40 e 60% hipoxémia de repouso (PaO_2) entre 60 a 70mm Hg. | 31 a 50 |
| Cb0403 | Dispneia na marcha normal em superfície plana, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 60 e 70%; VEMS entre 60 e 70%; DLCO/VA inferior a 60%. | 15 a 30 |
| Cb0404 | Dispneia na subida a um andar em marcha rápida, ou em inclinação ligeira, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 70 e 80%; VEMS entre 70 e 80%; DLCO/VA entre 60 e 70%. | 6 a 15 |
| Cb0405 | Dispneia para esforços importantes com alteração discreta das provas funcionais | 2 a 5 |

CV: Capacidade Vital.

CPT: Capacidade Pulmonar Total.

VEMS: Volume Expiratório Máximo por segundo.

DEM: Débito Expiratório Médio.

PaO_2 : Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial.

PaCO_2 : Pressão parcial de carbono no sangue arterial.

SaO_2 : Saturação em oxigénio de hemoglobina no sangue arterial.

DLCO/VA: Medição da capacidade de difusão de monóxido de carbono.

5 - Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Cb0501 | Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia | 1 a 3 |

V - SISTEMA VASCULAR (V).

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional,

avaliem-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Sequelas arteriais, venosas e linfáticas

A taxa deve ter em conta as exigências terapêuticas e ou a vigilância médica.

1 - Arteriais.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Va0101 | Membro inferior: | 5 a 10 |
| Va0102 | Queixas de esforço com claudicação | 11 a 20 |
| Va0103 | Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas) Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas com necrose do tecido que pode chegar à amputação) Limite máximo amputação da coxa | 21 até 50 |
| Va0104 | Membro superior (segundo as perturbações funcionais (por exemplo, perda de força, hipotermia...) e lado dominante, tendo em conta o resultado do eco-doppler) | 1 a 10 |

2 - Venosas.

Trata-se de sequelas de flebite indiscutível, eventual estado anterior, que devem ser avaliadas tendo em conta um

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Va0201 | Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção; lesões tróficas e úlceras recidivantes | 11 a 20 |
| Va0202 | Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção | 5 a 10 |
| Va0203 | Sensação de pernas pesadas com edema vespertino verificável | 1 a 4 |

3 - Linfáticas (ou linfoedema).

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-----------------|-----------------------|
| Va0301 | Membro superior | 1 a 10 |
| Va0302 | Membro inferior | Ver sequelas venosas |

B) Baço

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Vb0301 | Esplenectomia total, com exigências terapêuticas | 6 a 15 |
| Vb0302 | Esplenectomia total, assintomática | 5 |

VI - SISTEMA DIGESTIVO (D)

As situações não contempladas neste capítulo avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas, nomeadamente as de carácter excepcional,

A) Estomias cutâneas definitivas e incontinência**1 - Estomias.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|-----------------------------------|-----------------------|
| Da0101 | Estomias (colostomia, ileostomia) | 30 |

2 - Incontinência fecal.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Db0301 | Incontinência fecal: Sem possibilidade de controlo terapêutico | 45 |
| Db0302 | Com possibilidade de controlo terapêutico | Até 15 |

B) Perturbações comuns às diferentes afecções do aparelho digestivo

A taxa inclui a inerente à perda orgânica.

3 - Perturbações da absorção.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Db0301 | Síndrome de Malabsorção: Necessitando de alimentação parentérica permanente | 50 a 60 |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Db0302 | Necessitando acompanhamento médico frequente, tratamento contínuo e exigências dietéticas estritas com repercussão no estado geral | 21 a 30 |
| Db0303 | Necessitando acompanhamento médico regular, tratamento quase contínuo e exigências dietéticas estritas com incidência social | 11 a 20 |
| Db0304 | Necessitando acompanhamento médico periódico, tratamento intermitente, precauções dietéticas, e sem repercussões sobre o estado geral | 1 a 10 |

C) Hérnias e aderências.

| Código | | |
|--------|---|--|
| Dc0301 | As hérnias são corrigíveis cirurgicamente, podendo todavia persistir aderências a valorizar segundo as repercussões funcionais, numa taxa entre 5 a 10. | |

VII — SISTEMA URINÁRIO (U)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Rim

1 - Nefrectomia.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ua0101 | Perda de um rim: (a taxa corresponde à da perda de um órgão interno dentro do contexto psicológico e cultural; sem indicação de transplante, função renal normal ou manutenção do estado anterior) | 15 |

2 - Insuficiência renal.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ua0201 | Clearance de creatinina inferior a 10 ml/mn: (necessidade de tratamento por diálise num centro ou auto-diálise, segundo as complicações) | 36 a 65 |
| Ua0202 | Clearance de creatinina entre 10 e 30 ml/mn: (alteração do estado geral; dieta muito condicionada e consideráveis limitações terapêuticas) | 25 a 35 |
| Ua0203 | Clearance de creatinina entre 30 e 60 ml/mn: (astenia; necessidade de dieta e de tratamento médico rigoroso) | 15 a 25 |
| Ua0204 | Clearance de creatinina entre 60 e 80 ml/mn: (em função da dieta alimentar, das alteração do estado geral e dos tratamentos a seguir) | 5 a 15 |

No caso particular de alteração da função renal de um indivíduo submetido a nefrectomia unilateral, a taxa correspondente à perda anató-

mica não é cumulativa, devendo, todavia, ser fixada uma taxa mínima de 15 %, em conformidade com o artigo 1 deste capítulo.

3 - Transplante.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ua0301 | Segundo tolerância aos corticóides e imunodepressores: Caso deste resulte, também, insuficiência renal, acrescem as taxas contempladas no artigo 2 deste capítulo | 10 a 20 |

B) Incontinência

4 - Incontinência.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ub0401 | Sem possibilidade de controlo terapêutico | 30 |
| Ub0402 | Com possibilidade de controlo terapêutico | Até 10 |

C) Estomia**5 - Estomia.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ub0501 | Com necessidade de material apropriado | 15 |

VIII - SISTEMA REPRODUTOR (R)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

As repercussões endócrinas não se incluem nas taxas, devendo ser valorizadas no capítulo

respectivo. Estas também não incluem as consequências na diferenciação sexual quando a lesão se produz antes da puberdade. Algumas das taxas contemplam a perda do órgão no seu contexto sócio-cultural.

A) Mulher**1 - Perda de órgão.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ra0101 | Histerectomia (sem consequências a nível da reprodução) | 5 |
| Ra0102 | Ooforectomia: Unilateral | 5 |
| Ra0103 | Bilateral (sem consequências a nível da reprodução) | 6 |
| Ra0104 | Mastectomia: Bilateral | 16 a 25 |
| Ra0105 | Unilateral | 10 a 15 |

2 - Esterilidade.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ra0201 | Definitiva e resistente às técnicas médicas dirigidas à procriação numa mulher que era apta para a mesma. A taxa inclui a perda dos órgãos. | 30 |

B) Homem**3 - Perda de órgão.**

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Rb0301 | Orquidectomia: Unilateral | 5 |
| Rb0302 | Bilateral (sem consequências a nível da reprodução) | 6 |
| Rb0303 | Perda do pénis | 40 |

4 - Esterilidade.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Rb0401 | Num indivíduo que era apto para a procriação, a taxa inclui a perda dos testículos. Se, além do mais, existir uma perda do pénis, a taxa combinada da perda de órgãos e da esterilidade é de 45. | 30 |

5 - Disfunção eréctil.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Rb0501 | Em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico | 5 a 15 |

IX - SISTEMA GLANDULAR ENDÓCRINO (G)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

Os problemas relativos aonexo de causalidade revestem-se, neste domínio, de particular complexidade. Com efeito, é extremamente raro observar um dano corporal constituído, unicamente, por um défice endócrino isolado.

Aqui, mais do que nos outros capítulos, convém apreciar o nexode causalidade em função dos exames clínicos e das provas complementares efectuadas por especialista da área.

A avaliação é feita em função da adaptação ao tratamento, do seu controlo e da sua eficácia.

A) Hipófise

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Ga0101 | <p>Panhipopituitarismo (défice funcional total das funções hipofisárias anterior e posterior, necessitando de terapêutica de substituição e de vigilância clínica e biológica regular, segundo a eficácia do tratamento)</p> <p>Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento e do desenvolvimento sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário.</p> | 20 a 45 |
| Ga0102 | Diabetes insípida (em função do controlo da poliúria e polidipsia e da eficácia terapêutica) | 5 a 20 |

B) Tiróide

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Gb0101 | Hipotiroidismo (excepcionalmente pós-traumático, podendo resultar como sequela de tratamento do hipertiroidismo) | 1 a 5 |

C) Paratiróide

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|---|-----------------------|
| Gc0101 | Hipoparatiroidismo (valorizável de acordo com os valores séricos de cálcio, fósforo e paratormona, e com a gravidade da sintomatologia e sua repercussão nas AVD) | 5 a 30 |

D) Pâncreas endócrino

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| | <p>Diabetes insulino-dependente.</p> <p>O aparecimento deste tipo de diabetes coloca frequentemente problemas de nexos de causalidade, a não ser quando resulta de lesões pancreáticas major.</p> <p>A taxa é apreciada em função da sua estabilidade, da repercussão sobre as actividades da vida diária e social e das perturbações resultantes da terapêutica e vigilância clínica.</p> | |

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Gd0101 | Diabetes mal compensada (com repercussão sobre o estado geral, necessitando de vigilância clínica constante) | 20 a 40 |
| Gd0102 | Diabetes bem compensada (por insulino-terapia simples, em função das perturbações resultantes da vigilância clínica) Em casos de complicações com sequelas definitivas, devem estas ser avaliadas no âmbito das respectivas especialidades. | 15 a 19 |

E) Supra-renais

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Ge0101 | Insuficiência supra-renal (valorizável em função da perturbação relacionada com a terapêutica e vigilância clínica) Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do desenvolvimento, nomeadamente sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário. | 10 a 25 |

F) Gónadas

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|--|-----------------------|
| Gf0101 | De acordo com o resultado da terapêutica de substituição. Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento, do desenvolvimento sexual e da fecundidade, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário. | 10 a 25 |

X - SISTEMA CUTÂNEO (P)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

As taxas propostas tomam essencialmente em consideração as sequelas cutâneas para as

funções próprias da pele (protecção e transpiração) e não incluem as consequências estéticas e as limitações de movimentos, que devem ser valorizadas independentemente.

A avaliação de sequelas cutâneas a nível da face, mãos e região genital, deve suscitar, pelas

suas especificidades, uma ponderação acrescida. Por ser possível que sequelas cutâneas de dimensões mais reduzidas possam, em função da sua localização, ter consequências mais significati-

vas do que outras de maior dimensão, os intervalos propostos no quadro seguinte apresentam sobreposições.

A) Queimaduras profundas ou cicatrizações patológicas

Valorizam-se segundo a percentagem de superfície corporal atingida pelas lesões.

| Código | | Valorização em pontos |
|--------|----------------|-----------------------|
| Pa0101 | Inferior a 10% | 1 a 10 |
| Pa0102 | De 10 a 20% | 5 a 15 |
| Pa0103 | De 21 a 60% | 10 a 30 |
| Pa0104 | Mais de 60% | 25 a 50 |

Valores Orientadores de Proposta Razoável para Indemnização do Dano Corporal Resultante de Acidente Automóvel

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DA JUSTIÇA

PORTARIA N.º 377/2008 DE 26 DE MAIO

A defesa dos interesses das vítimas dos acidentes de viação tem sido uma das prioridades do Governo.

Patente no Decreto-Lei n.º 83/2006, de 3 de Maio, que estabeleceu procedimentos obrigatórios de proposta razoável para a regularização do dano material, esta matéria foi mais recentemente reajustada, em vários aspectos, com a publicação do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto.

Este diploma, além de transpor para o nosso ordenamento jurídico a Quinta Directiva Automóvel — Directiva n.º 2005/14/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Maio —, regulou inovadoramente, por iniciativa do legislador nacional, diversos domínios da regularização de sinistros rodoviários, sobretudo no que respeita ao dano corporal.

O regime relativo aos prazos e as regras de proposta razoável, agora também aplicáveis ao dano corporal, exige o apoio de normativos específicos que evidenciem, com objectividade, a transparência e justiça do modelo no seu conjunto e sejam aptos a facilitar a tarefa de quem está obrigado a reparar o dano e sujeito a penalizações, aliás significativas, pelo incumprimento de prazos ou quando for declarada judicialmente a falta de razoabilidade na proposta indemnizatória.

Daí ter sido prevista a publicação de portaria dos Ministros das Finanças e da Justiça, sob proposta do Instituto de Seguros de Portugal, que aprovasse critérios para os procedimentos de proposta razoável, em particular quanto à valorização do dano corporal.

Parte significativa das soluções adoptadas nesta portaria baseia-se em estudos sobre a

sinistralidade automóvel do mercado segurador e do Fundo de Garantia Automóvel e na experiência partilhada por este e pelas seguradoras representadas pela Associação Portuguesa de Seguradores, no domínio da regularização de processos de sinistros.

Uma das alterações de maior impacte será a adopção do princípio de que só há lugar à indemnização por dano patrimonial futuro quando a situação incapacitante do lesado o impede de prosseguir a sua actividade profissional habitual ou qualquer outra.

No entanto, ainda que não tenha direito à indemnização por dano patrimonial futuro, em situação de incapacidade permanente parcial o lesado terá direito à indemnização pelo seu dano biológico, entendido este como ofensa à integridade física e psíquica.

A indemnização pelo dano biológico é calculada segundo a idade e o grau de desvalorização, apurado este pela Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, e com referência inicial ao valor da RMMG (retribuição mínima mensal garantida).

Fica ainda garantido ao lesado, quando não lhe for atribuída qualquer incapacidade permanente, o direito à indemnização por dano moral decorrente de dano estético e/ou do *quantum doloris*, que lhe sejam medicamente reconhecidos.

É também de destacar que o cálculo das indemnizações por prejuízo patrimonial, tanto emergente como futuro, passa a ter por base, para efeitos de proposta razoável, os rendimentos declarados à administração fiscal pelos lesados.

Por último, importa frisar que o objectivo da portaria não é a fixação definitiva de valores indemnizatórios mas, nos termos do n.º 3 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de

Agosto, o estabelecimento de um conjunto de regras e princípios que permita agilizar a apresentação de propostas razoáveis, possibilitando ainda que a autoridade de supervisão possa avaliar, com grande objectividade, a razoabilidade das propostas apresentadas.

Assim:

Ao abrigo do n.º 5 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto, sob proposta do Instituto de Seguros de Portugal, manda o Governo, pelos Secretários de Estado do Tesouro e Finanças e Adjunto e da Justiça, o seguinte:

ARTIGO 1.º

OBJECTO DA PORTARIA

1 - Pela presente portaria fixam-se os critérios e valores orientadores para efeitos de apresentação aos lesados por acidente automóvel, de proposta razoável para indemnização do dano corporal, nos termos do disposto no capítulo III do título II do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto.

2 - As disposições constantes da presente portaria não afastam o direito à indemnização de outros danos, nos termos da lei, nem a fixação de valores superiores aos propostos.

ARTIGO 2.º

DANOS INDEMNIZÁVEIS EM CASO DE MORTE

São indemnizáveis, em caso de morte:

a) A violação do direito à vida e os danos morais dela decorrentes, nos termos do artigo 496.º do Código Civil;

b) Os danos patrimoniais futuros daqueles que, nos termos do Código Civil, podiam exigir alimentos à vítima, ou aqueles a quem esta os prestava no cumprimento de uma obrigação natural;

c) As perdas salariais da vítima decorrentes

de incapacidade temporária havida entre a data do acidente e a data do óbito;

d) As despesas feitas para assistir e tratar a vítima bem como as de funeral, luto ou transladação, contra apresentação dos originais dos comprovativos.

ARTIGO 3.º

DANOS INDEMNIZÁVEIS EM CASO DE OUTROS DANOS CORPORAIS

São indemnizáveis ao lesado, em caso de outro tipo de dano corporal:

a) Os danos patrimoniais futuros nas situações de incapacidade permanente absoluta, ou de incapacidade para a profissão habitual, ainda que possa haver reconversão profissional;

b) O dano pela ofensa à integridade física e psíquica (dano biológico), de que resulte ou não perda da capacidade de ganho, determinado segundo a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil;

c) As perdas salariais decorrentes de incapacidade temporária havida entre a data do acidente e a data da fixação da incapacidade;

d) As despesas comprovadamente suportadas pelo lesado em consequência das lesões sofridas no acidente.

ARTIGO 4.º

DANOS MORAIS COMPLEMENTARES

Além dos direitos indemnizatórios previstos no artigo anterior, o lesado tem ainda direito a ser indemnizado por danos morais complementares, autonomamente, nos termos previstos no anexo I da presente portaria, nas seguintes situações:

- a) Por cada dia de internamento hospitalar;
- b) Pelo dano estético;
- c) Pelo *quantum doloris*;

d) Quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente absoluta para a prática de toda e qualquer profissão ou da sua profissão habitual;

e) Quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente que lhe exija esforços acrescidos no desempenho da sua actividade profissional habitual;

f) Quando resulte uma incapacidade permanente absoluta para o lesado que, pela sua idade, ainda não tenha ingressado no mercado de trabalho e por isso não tenha direito à indemnização prevista na alínea a) do artigo anterior.

ARTIGO 5.º

PROPOSTA RAZOÁVEL PARA DANOS NÃO PATRIMONIAIS EM CASO DE MORTE

Para efeitos de proposta razoável, as indemnizações pela violação do direito à vida, bem como as compensações devidas aos herdeiros da vítima, nos termos do Código Civil, a título de danos morais, e previstos na alínea a) do artigo 2.º, são calculadas nos termos previstos no quadro constante do anexo II da presente portaria.

ARTIGO 6.º

PROPOSTA RAZOÁVEL PARA DANOS PATRIMONIAIS FUTUROS EM CASO DE MORTE

1 - A proposta razoável para a indemnização prevista na alínea b) do artigo 2.º obedece às seguintes regras e critérios:

a) O dano patrimonial futuro é calculado de acordo com as regras constantes do anexo III da presente portaria;

b) Para cálculo do tempo durante o qual a prestação se considera devida ao cônjuge sobrevivente ou a filho dependente por anomalia física ou psíquica, presume-se que a vítima se reformaria aos 70 anos de idade.

2 - Para efeitos de apuramento do rendimento mensal da vítima, são considerados os rendimentos líquidos auferidos à data do acidente fiscalmente comprovados.

3 - É considerada a retribuição mínima mensal garantida (RMMG) à data da ocorrência, relativamente a vítimas que não apresentem declaração de rendimentos, não tenham profissão certa ou cujos rendimentos sejam inferiores à RMMG.

4 - No caso de a vítima estar em idade laboral, ter profissão, mas encontrar-se numa situação de desemprego, é considerada a média dos últimos três anos de rendimentos líquidos declarados fiscalmente, majorada de acordo com a variação do índice de preços no consumidor (total nacional, excepto habitação), nos anos em que não houve rendimento, ou o montante mensal recebido a título de subsídio de desemprego, consoante o que for mais favorável ao beneficiário.

ARTIGO 7.º
PROPOSTA RAZOÁVEL PARA DANOS
PATRIMONIAIS FUTUROS EM CASO DE
DANO CORPORAL

1 - A proposta razoável para a indemnização dos danos patrimoniais futuros nas situações de incapacidade permanente absoluta obedece às seguintes regras e critérios:

a) O dano patrimonial futuro é calculado de acordo com a fórmula constante do anexo III da presente portaria;

b) Para cálculo do tempo durante o qual a prestação se considera devida, presume-se que o lesado se reformaria aos 70 anos de idade;

c) Para apuramento do rendimento mensal do lesado, aplicam-se as regras e critérios constantes dos n.ºs 2 a 4 do artigo anterior.

2 - Nas situações em que se verifique incapacidade permanente absoluta para a prática da

profissão habitual, sem possibilidade de reconversão para outras profissões dentro da sua área de formação técnico profissional, a proposta indemnizatória corresponde a dois terços do capital calculado nos modos previstos na alínea a) do n.º 1.

3 - Sem prejuízo do disposto no número seguinte, nas situações em que se verifique incapacidade permanente absoluta para a prática da profissão habitual, embora com possibilidade de reconversão prevista no número anterior, a proposta indemnizatória corresponde a quatro anos de rendimentos líquidos.

4 - Para os lesados com idade igual ou superior a 65 anos com incapacidade permanente absoluta para a prática da profissão habitual, ainda que tenham a possibilidade de se reconverterem profissionalmente, a proposta indemnizatória é calculada de acordo com o disposto no n.º 2.

ARTIGO 8.º
PROPOSTA RAZOÁVEL PARA
O DANO BIOLÓGICO

A compensação prevista na alínea b) do artigo 3.º é calculada de acordo com o quadro constante do anexo IV da presente portaria.

ARTIGO 9.º
ACIDENTES SIMULTANEAMENTE
DE VIAÇÃO E DE TRABALHO

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto, quanto ao Fundo de Garantia Automóvel, se o acidente que originou o direito à indemnização for simultaneamente de viação e de trabalho, o lesado pode optar entre a indemnização a título de acidente de trabalho ou a indemnização devida ao abrigo da responsabilidade civil automóvel, mantendo-se a actual complementaridade entre os dois regimes.

2 - Sendo o lesado indemnizado ao abrigo do regime específico de acidentes de trabalho, as indemnizações que se mostrem devidas a título de perdas salariais ou dano patrimonial futuro são sempre inacumuláveis.

3 - Nos casos em que não haja lugar à indemnização pelos danos previstos na alínea a) do artigo 3.º, é também inacumulável a indemnização por dano biológico com a indemnização por acidente de trabalho.

ARTIGO 10.º

PROPOSTA RAZOÁVEL PARA DANOS PATRIMONIAIS EMERGENTES

1 - A proposta razoável relativamente aos danos patrimoniais emergentes deve contemplar o pagamento integral dos rendimentos perdidos, decorrentes da incapacidade temporária do lesado e que sejam fiscalmente documentáveis, bem como das despesas médicas e medicamentosas, refeições, estadas e transportes, desde que sejam apresentados os originais dos respectivos comprovativos.

2 - Nos casos de auxílio de terceira pessoa, adaptação de veículo ou de residência, consideram-se como valores de referência os constantes do anexo V da presente portaria.

ARTIGO 11.º

INDEMNIZAÇÃO SOB A FORMA DE RENDA

A proposta razoável para ressarcimento dos danos a que se refere o artigo 7.º, em especial relativamente aos lesados com idade inferior a 25 anos e/ou de incapacidades iguais ou superiores a 60 %, deve preferencialmente ser efectuada através do oferecimento de uma renda ou de um sistema misto de renda e capital que reserve para o pagamento em renda, salvo em

situações especialmente fundamentadas, verba não inferior a dois terços da indemnização.

ARTIGO 12.º

IDADES A CONSIDERAR

Para todos os efeitos desta portaria, as idades a considerar, quer da vítima, quer dos beneficiários, reportam-se à data da ocorrência do acidente.

ARTIGO 13.º

ACTUALIZAÇÕES

Anualmente, até ao final do mês de Março, são revistos todos os critérios e valores constantes na presente portaria, sendo os valores automaticamente actualizados de acordo com o índice de preços no consumidor (total nacional, excepto habitação).

ARTIGO 14.º

ENTRADA EM VIGOR

A presente portaria entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Em 29 de Abril de 2008.

O Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, *Carlos Manuel Costa Pina*

O Secretário de Estado Adjunto e da Justiça, *José Manuel Vieira Conde Rodrigues*.

ANEXO I**COMPENSAÇÕES DEVIDAS POR DANOS****MORAIS COMPLEMENTARES**

Internamento:

Por dia de internamento - € 20 a € 30.

| Dano estético | Até (Euros) |
|---------------|-------------|
| 1 ponto | 800 |
| 2 pontos | 1 600 |
| 3 pontos | 2 400 |
| 4 pontos | 4 000 |
| 5 pontos | 5 600 |
| 6 pontos | 7 250 |
| 7 pontos | 10 000 |

| <i>Quantum doloris</i> | Até (Euros) |
|-------------------------|-------------|
| 4 pontos ⁽¹⁾ | 800 |
| 5 pontos | 1 600 |
| 6 pontos | 3 200 |
| 7 pontos | 5 200 |

⁽¹⁾ Até 3 pontos, sem indemnização.

| Repercussão na vida laboral | ≤ 30 anos | 31 - 45 anos | 46 - 60 anos | 61 - 70 anos |
|-----------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| > 10P E ≤ 35P | Até € 25 000 | Até € 20 000 | Até € 15 000 | Até € 10 000 |
| > 35P E ≤ 70P | Até € 62 500 | Até € 50 000 | Até € 37 500 | Até € 25 000 |
| > 70P | Até € 100 000 | Até € 80 000 | Até € 60 000 | Até € 40 000 |

IPA:

Jovem que não iniciou vida laboral - até
€ 150 000.

ANEXO II

**COMPENSAÇÕES DEVIDAS EM CASO DE
MORTE E A TÍTULO DE DANOS MORAIS
AOS HERDEIROS**

DANOS MORAIS HERDEIROS (A)

| | |
|--|----------|
| Grupo I - Cônjuge e Filhos e/ou Outros Descendentes | Até |
| Ao cônjuge com 25 ou mais anos de casamento | 25 000 € |
| Ao cônjuge com menos de 25 anos de casamento | 20 000 € |
| A cada filho com idade menor ou igual a 25 anos | 15 000 € |
| A cada filho maior de 25 anos | 10 000 € |
| A cada neto ou outros Descendentes ⁽³⁾ ⁽⁵⁾ | 5 000 € |
| Grupo II - Só Filhos e/ou Outros Descendentes | Até |
| A cada filho com idade menor ou igual a 25 anos | 15 000 € |
| A cada filho maior de 25 anos | 10 000 € |
| A cada neto ou outros Descendentes ⁽³⁾ ⁽⁵⁾ | 5 000 € |
| Grupo III - Só Pais ou Outros Ascendentes/Colaterais | Até |
| a) Pais | |
| A cada pai por filho com idade menor ou igual a 25 anos | 15 000 € |
| A cada pai por filho maior de 25 anos | 10 000 € |
| b) Sem pais e com avós | |
| A cada um dos avós ⁽⁴⁾ | 7 500 € |
| c) Sempre pais e avós e com outros ascendentes / colaterais | |
| A cada outro ascendente / colateral | 2 500 € |
| Grupo IV - Só Irmãos e/ou Sobrinhos que os representam | Até |
| Irmão | 7 500 € |
| A cada sobrinho que represente irmãos falecidos | 2 500 € |

NOTAS:

(1) Com carácter geral.

a) Cada Grupo exclui os seguintes.

b) Quando se trata de filhos, incluem-se também os adoptivos.

c) As idades referidas no quadro, quer relativas à vítima, quer aos prejudicados/beneficiários da indemnização são as reportadas à data do acidente.

(2) Cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens ou de facto. A união de facto legalmente reconhecida é equiparada ao casamento.

(3) Apenas terão direito a esta indemnização se o Ascendente representado faleceu ou tiver já falecido à data do sinistro. Se o Ascendente falecer posteriormente ao acidente, seguem-se as regras da sucessão.

(4) Os netos serão equiparados a filhos se avós são substitutos dos pais (tutores).

(5) Os avós serão equiparados a pais se substitutos dos pais (tutores).

| MAJORAÇÕES (A) ⁽¹⁾ | Até |
|--|------|
| Perda de filho único | 25% |
| Perda de filho único com idade da mãe = 40 anos | 50% |
| Perda de mais do que um filho no mesmo acidente | 50% |
| Perda de todos os filhos no mesmo acidente | 100% |
| Por coabitação de filhos maiores de 25 anos, irmãos com idade menor ou igual a 25 anos e netos | 25% |
| Filhos com idade menor ou igual a 18 anos que fiquem orfãos do segundo progenitor | 100% |
| Filhos com idade menor ou igual a 18 anos que fiquem orfãos dos dois pais no mesmo acidente | 150% |
| Filhos com idade menor ou igual a 25 anos que fiquem orfãos do segundo progenitor | 50% |
| Filhos com idade menor ou igual a 25 anos que fiquem orfãos dos dois pais no mesmo acidente | 75% |
| Filhos maiores de 25 anos que fiquem orfãos do segundo progenitor | 25% |
| Filhos maiores de 25 anos que fiquem orfãos dos dois pais no mesmo acidente | 40% |
| Dependência decorrente de diminuição física ou psíquica do beneficiário ⁽²⁾ | |
| a) Se for cônjuge ou filho menor de 25 anos | 75% |
| b) Se for filho maior de 25 anos | 50% |
| c) Qualquer outro beneficiário | 25% |

(1) Caso existam situações de sobreposição, deve aplicar-se a majoração mais favorável ao lesado

(2) Dependência clinicamente comprovada e anterior à data do acidente, desde que decorrente de IPP \geq 60%

DANO MORAL POR PERDA DE FETO (B)

| Tempo de gravidez | 1º filho | 2º filho ou posterior |
|---|-------------|-----------------------|
| Até às 10 semanas de gravidez para ambos os pais dividido em partes iguais | Até € 7 500 | Até € 2 500 |
| A partir da 10ª semana de gravidez para ambos os pais dividido em partes iguais | Até € 2 500 | Até € 7 500 |

| MAJORAÇÕES (B) | Até |
|---|-----|
| Perda de feto (1.º filho) com idade da mãe 40 anos, apenas para a mãe sobreviva | 50% |

DIREITO À VIDA (C)

| | Idade da vítima | | | |
|--|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| | Até 25 anos | Entre 25 a 49 anos | Entre 50 e 75 anos | Mais de 75 anos |
| Aos herdeiros, dividido em partes iguais | Até € 60 000 | Até € 50 000 | Até € 40 000 | Até € 30 000 |

DANO MORAL DA PRÓPRIA VÍTIMA (D)

| | Tempo de sobrevivência | | |
|--|------------------------|--------------|----------------------|
| | Até 24 horas | Até 72 horas | Mais do que 72 horas |
| Aos herdeiros, dividido em partes iguais | Até € 2 000 | Até € 4 000 | Até € 7 000 |

Nota: 72 horas é considerado clinicamente o período crítico de sobrevivência.

| | |
|---|-----|
| MAJORAÇÕES (B) | Até |
| Qualquer dos valores poderá ser alvo de majoração em função do nível de sofrimento e antevisão da morte | 50% |

ANEXO III

MÉTODO DE CÁLCULO DO DANO

PATRIMONIAL FUTURO

1 - Fórmula de cálculo:

DPF= $\{[(1 - ((1 + k)/(1 + r))^n)/(r - k)] \times (1 + r)\} \times p$
sendo:

p = prestações (rendimentos anuais);

r (taxa juro nominal líquida das aplicações financeiras) = 5 %;

k (taxa anual de crescimento da prestação) = 2 %.

| PRAZO | FACTOR | PRAZO | FACTOR | PRAZO | FACTOR | PRAZO | FACTOR |
|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| 1 | 1 | 16 | 12,988887 | 31 | 20,750320 | 46 | 25,774961 |
| 2 | 1,971429 | 17 | 13,617776 | 32 | 21,157454 | 47 | 26,038534 |
| 3 | 2,915102 | 18 | 14,228696 | 33 | 21,552955 | 48 | 26,294576 |
| 4 | 3,831813 | 19 | 14,822162 | 34 | 21,937157 | 49 | 26,543302 |
| 5 | 4,722333 | 20 | 15,398672 | 35 | 22,310381 | 50 | 26,784922 |
| 6 | 5,587409 | 21 | 15,958710 | 36 | 22,672941 | 51 | 27,019639 |
| 7 | 6,427769 | 22 | 16,502747 | 37 | 23,025143 | 52 | 27,247649 |
| 8 | 7,244118 | 23 | 17,031240 | 38 | 23,367282 | 53 | 27,469145 |
| 9 | 8,037144 | 24 | 17,544633 | 39 | 23,699645 | 54 | 27,684312 |
| 10 | 8,807511 | 25 | 18,03358 | 40 | 24,022512 | 55 | 27,893332 |
| 11 | 9,555868 | 26 | 18,527833 | 41 | 24,336155 | 56 | 28,096379 |
| 12 | 10,282843 | 27 | 18,998466 | 42 | 24,640836 | 57 | 28,293626 |
| 13 | 10,989047 | 28 | 19,455653 | 43 | 24,936812 | 58 | 28,485236 |
| 14 | 11,675075 | 29 | 19,899777 | 44 | 25,224332 | 59 | 28,671373 |
| 15 | 12,341501 | 30 | 20,331212 | 45 | 25,503637 | 60 | 28,852190 |

2 - Deduções (artigo 6.º da portaria) ⁽¹⁾:

Percentagens de abatimento aos rendimentos a título dos gastos que a vítima suportaria consigo própria:

Vítima, sem filhos e cônjuge sobrevivente que trabalha e possui rendimento superior ao da vítima - 75%;

Vítima, sem filhos e cônjuge sobrevivente que trabalha e possui rendimento inferior ao da vítima - 65%;

Vítima, sem filhos, no qual o cônjuge sobrevivente não trabalha - 40%;

Vítima, com filhos, de idade menor ou igual a 18 anos ou com anomalia física ou psíquica ⁽²⁾ - 20%;

Vítima, com filhos, de idade compreendida entre os 18 e os 25 anos - 30%;

Vítima, com filhos, de idade superior a 25 anos - 40%;

Vítima não referida nas situações anteriores que contribua para a economia familiar ⁽³⁾ - 80%.

(1) Caso existam situações de sobreposição deve aplicar-se a percentagem de abatimento mais favorável ao lesado.

(2) Dependência clinicamente comprovada e anterior à data do acidente.

(3) Salvo prova em contrário.

ANEXO IV
COMPENSAÇÃO DEVIDA PELA
VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE
FÍSICA E PSÍQUICA - DANO BIOLÓGICO

| Pontos | Idade | | | | | |
|---------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 20 ou menos | 21 a 25 | 26 a 30 | 31 a 35 | 36 a 40 | 41 a 45 |
| 1 a 5 | De 865 a 1 040 | De 830 a 1 015 | De 790 a 975 | De 745 a 925 | De 690 a 870 | De 630 a 805 |
| 6 a 10 | De 1 070 a 1 245 | De 1 030 a 1 220 | De 980 a 1 170 | De 920 a 1 110 | De 855 a 1 045 | De 780 a 965 |
| 11 a 15 | De 1 370 a 1 390 | De 1 315 a 1 360 | De 1 250 a 1 305 | De 1 180 a 1 240 | De 1 095 a 1 165 | De 1 000 a 1 075 |
| 16 a 20 | De 1 465 a 1 485 | De 1 405 a 1 455 | De 1 340 a 1 395 | De 1 260a 1 325 | De 1 170 a 1 245 | De 1 065 a 1 150 |
| 21 a 25 | De 1 525 a 1 500 | De 1 465 a 1 515 | De 1 395 a 1 455 | De 1 315 a 1 380 | De 1 220 a 1 295 | De 1 115 a 1 200 |
| 26 a 30 | De 1 590 a 1 610 | De 1 525 a 1 580 | De 1 455 a 1 515 | De 1 370 a 1 435 | De 1 270 a 1 350 | De 1 160 a 1 250 |
| 31 a 35 | De 1 635 a 1 660 | De 1 570 a 1 625 | De 1 495 a 1 555 | De 1 410 a 1 480 | De 1 310 a 1 390 | De 1 195 a 1 285 |
| 36 a 40 | De 1 700 a 1 725 | De 1 630 a 1 685 | De 1 555 a 1 615 | De 1 465 a 1 535 | De 1 360 a 1 445 | De 1 240 a 1 335 |
| 41 a 45 | De 1 745 a 1 770 | De 1 675 a 1 735 | De 1 595 a 1 660 | De 1 505 a 1 580 | De 1 395 a 1 485 | De 1 275 a 1 375 |
| 46 a 50 | De 1 795 a 1 820 | De 1 725 a 1 780 | De 1 640 a 1 705 | De 1 545 a 1 620 | de 1 435 a 1 525 | De 1 310 a 1 410 |
| 51 a 55 | De 1 825 a 1 850 | De 1 755 a 1 810 | De 1 670 a 1 735 | De 1 570 a 1 650 | de 1.460 a 1 550 | De 1 330 a 1 435 |
| 56 a 60 | De 1 875 a 1 900 | De 1 800 a 1 860 | De 1 710 a 1 780 | De 1 615 a 1 695 | de 1 500 a 1 590 | De 1 365 a 1 475 |
| 61 a 65 | De 1 920 a 1 950 | De 1 845 a 1 905 | De 1 755 a 1 825 | De 1 655 a 1 735 | de 1 535 a 1 630 | De 1 400 a 1 510 |
| 66 a 70 | De 1 965 a 1 995 | De 1 890 a 1 950 | De 1 800 a 1 870 | De 1 695 a 1 780 | de 1 575 a 1 670 | De 1 435 a 1 545 |
| 71 a 75 | De 2 000 a 2 025 | De 1 920 a 1 985 | De 1 825 a 1 900 | De 1 720 a 1 805 | de 1 600 a 1 700 | De 1 455 a 1 570 |
| 76 a 80 | De 2 045 a 2 075 | De 1 965 a 2 030 | De 1 870 a 1 945 | De 1 760 a 1 850 | de 1 635 a 1 740 | De 1 490 a 1 610 |
| 81 a 85 | De 2 095 a 2 125 | De 2 010 a 2 075 | De 1 915 a 1 990 | De 1 805 a 1 895 | de 1 675 a 1 780 | De 1 525 a 1 645 |
| 86 a 90 | De 2 125 a 2 155 | De 2 040 a 2 110 | De 1 945 a 2 020 | De 1 830 a 1 920 | de 1 700 a 1 805 | De 1 550 a 1 670 |
| 91 a 99 | De 2 235 a 2 265 | De 2 145 a 2 220 | De 2 045 a 2 125 | De 1 925 a 2 020 | de 1 785 a 1 900 | De 1 630 a 1 760 |
| 100 | De 2 250 a 2 285 | De 2 160 a 2 235 | De 2 060 a 2 140 | De 1 940 a 2 035 | de 1 800 a 1 910 | De 1 640 a 1 770 |

| Pontos | Idade | | | | | |
|---------|------------------|------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | 46 a 50 | 51 a 55 | 56 a 60 | 61 a 65 | 66 a 69 | 70 ou mais |
| 1 a 5 | De 560 a 730 | De 480 a 645 | De 385 a 545 | De 275 a 430 | De 175 a 295 | De 145 a 175 |
| 6 a 10 | De 690 a 875 | De 590 a 770 | De 475 a 650 | De 340 a 515 | De 215 a 355 | De 180 a 210 |
| 11 a 15 | De 885 a 975 | De 755 a 860 | De 605 a 730 | De 430 a 575 | De 275 a 395 | 230 |
| 16 a 20 | De 945 a 1 045 | De 810 a 920 | De 650 a 780 | De 460 a 615 | De 295 a 420 | 250 |
| 21 a 25 | De 985 a 1 090 | De 845 a 960 | De 675 a 810 | De 480 a 640 | De 305 a 440 | 260 |
| 26 a 30 | De 1 030 a 1 135 | De 875 a 1 000 | De 705 a 845 | De 500 a 665 | De 320 a 460 | 270 |
| 31 a 35 | De 1 060 a 1 170 | De 905 a 1 030 | De 725 a 870 | De 515 a 685 | De 330 a 470 | 275 |
| 36 a 40 | De 1 100 a 1 215 | De 940 a 1 070 | De 750 a 905 | De 535 a 710 | De 340 a 490 | 290 |
| 41 a 45 | De 1 130 a 1 245 | De 965 a 1 100 | De 775 a 930 | De 550 a 730 | De 350 a 505 | 295 |
| 46 a 50 | De 1 160 a 1 280 | De 990 a 1 130 | De 795 a 955 | De 565 a 750 | De 360 a 515 | 305 |
| 51 a 55 | De 1 180 a 1 300 | De 1 010 a 1 150 | De 810 a 970 | De 575 a 765 | De 365 a 525 | 310 |
| 56 a 60 | De 1 210 a 1 335 | De 1 035 a 1 180 | De 830 a 995 | De 590 a 785 | De 375 a 540 | 315 |
| 61 a 65 | De 1 240 a 1 370 | De 1 060 a 1 210 | De 850 a 1 020 | De 605 a 805 | De 385 a 555 | 325 |
| 66 a 70 | De 1 275 a 1 405 | De 1 085 a 1 235 | De 870 a 1 045 | De 620 a 825 | De 395 a 565 | 335 |
| 71 a 75 | De 1 295 a 1 425 | De 1 105 a 1 255 | De 885 a 1 060 | De 630 a 835 | De 400 a 575 | 340 |
| 76 a 80 | De 1 325 a 1 460 | De 1 130 a 1 285 | De 905 a 1 085 | De 645 a 855 | De 410 a 590 | 345 |
| 81 a 85 | De 1 355 a 1 495 | De 1 155 a 1 315 | De 925 a 1 110 | De 660 a 875 | De 420 a 605 | 355 |
| 86 a 90 | De 1 375 a 1 515 | De 1 175 a 1 335 | De 940 a 1 130 | De 670 a 890 | De 425 a 610 | 360 |
| 91 a 99 | De 1 445 a 1 595 | De 1 235 a 1 405 | De 990 a 1 190 | De 705 a 935 | De 450 a 645 | 380 |
| 100 | De 1 455 a 1 605 | De 1 240 a 1 415 | De 995 a 1 195 | De 710 a 940 | De 450 a 650 | 380 |

(1) Ponto determinado com base no RMMG 2007.

(2) Valores em EUR, definidos por ponto.

(3) Deverão considerar-se os pontos mínimos e máximos do intervalo em função da proximidade do caso concreto aos limites para os quais cada intervalo foi construído: i) o limite máximo corresponde à menor idade e à maior pontuação; ii) o limite mínimo corresponde à maior idade e à menor pontuação.

ANEXO V

TABELA INDICATIVA DE VALORES PARA PROPOSTA RAZOÁVEL EM CASO DE DESPESAS INCORRIDAS E RENDIMENTOS PERDIDOS POR INCAPACIDADE

1 - Rendimentos perdidos por incapacidade temporária absoluta (ITA) — todos os comprovados e declarados fiscalmente, determinados com a seguinte fórmula, excepto se a produção de rendimentos tiver diferente período temporal:

**Rendimentos perdidos = rendimento anual/
/365 x número de dias ITA**

2 - Despesas emergentes:

Refeições, estadas, transportes ou outras despesas emergentes - comprovadas ⁽¹⁾;

Médicas, medicamentosas e assistência - comprovadas ⁽¹⁾;

Ajuda doméstica temporária - até € 6;

Adaptação de veículo - até € 7500;

Adaptação de casa - até € 30 000.

3 - Despesas futuras:

Médicas, medicamentosas e assistência, desde que clinicamente previsíveis - valor actual ⁽²⁾.

(1) São apenas aceites facturas originais, não sendo admissíveis segundas vias.

(2) Determinação do valor actual com a fórmula de cálculo do dano patrimonial futuro.

Biblioteca Seguros

Publicação da Caixa Seguros

Co-edição Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra

Título

Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Coordenação

Duarte Nuno Vieira e José Alvarez Quintero

Tradução

Sónia Almeida

Design

Liquid Design

Impressão

SerSilito - Empresa Gráfica, Lda.

ISBN

978-989-8074-31-7

ISBN DIGITAL

978-989-26-0400-8

DEPÓSITO LEGAL

279157/08

Junho 2008

CAIXA SEGUROS, SGPS, S.A.
Grupo **Caixa Geral de Depósitos**