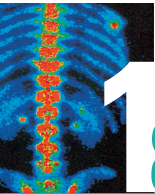


REVISTA PORTUGUESA

do **Dano**

**Corporal**



**18**

Nov. 2008 • ANO XVII • N.º 18

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal  
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

**APADAC**  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE AVALIAÇÃO  
DO DANO CORPORAL

INSTITUTO NACIONAL  
DE MEDICINA LEGAL, I.P.  
DELEGAÇÃO DO CENTRO



# REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

NOVEMBRO 2008, Ano XVII, N.º 18

**DIRECTOR:**

*Duarte Nuno Vieira*

**DIRECTOR ADJUNTO:**

*Francisco Corte-Real Gonçalves, Teresa Magalhães*

**EDIÇÃO:**

*APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal*

**Sede:** *Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.*

**REDACTOR PRINCIPAL:**

*Ascensão Rebelo*

**SECRETÁRIOS DE REDACÇÃO:**

*Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares*

**CORPO REDACTORIAL:**

*Ana Paula Sousa, André Pereira, António Bernardes, António Mestre, Francisco Lucas, Graça Santos Costa, Isabel Antunes, Jerónimo Coelho dos Santos, Luis André Rodrigues, Marta Ferreira, Rita Duarte*

**CONSELHO CIENTÍFICO:**

**JURISTAS**

*António Joaquim Piçarra, Braga Temido, Costa Andrade, Faria Costa, Guilherme de Oliveira, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sinda Monteiro, Sousa Dinis*

**MÉDICOS**

*Agostinho Santos, Andrea Costanzo, António Carlos Miguéis, António Diogo de Paiva, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Oliveira, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Concheiro Carro, Cristina Mendonça, Cunha Vaz, Eduardo Murcia, Eugenio Laborda Calvo, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Hélène Huges, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Pinto Ribeiro, João Bosco Penna, Joaquim Neto Murta, Jorge Costa Santos, Jorge Soares, José António Pereira da Silva, Lesseps Reys, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Oliveira Sá, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Teresa Criado del Rio, Teresa Magalhães*

---

**Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • Tiragem deste número: 700 ex.**

**Preço PVP: 5€ (IVA incluído à taxa de 5%)**

**Execução Gráfica**

SerSilito - Maia

Novembro, 2008

**Correspondência:**

Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854230 Fax: 239 820549



## INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* publica artigos dedicados à avaliação e reparação do dano corporal em Português, Espanhol, Francês e Inglês. Também publica notícias e informações relativas a reuniões, cursos de pós-graduação, congressos, colóquios e outras actividades no âmbito da avaliação do dano corporal. Em intercâmbio com a *Revue Française du Dommage Corporel*, publica os resumos dos artigos contidos nessa Revista.

As opiniões emitidas são da inteira responsabilidade do(s) autor(es), assim como o rigor dos textos e respectivos resumos.

**TIPO DE ARTIGOS** – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece as seguintes hipóteses de publicação:

- A – Artigos de opinião médico-legal e/ou jurídica
- B – Artigos de revisão e investigação
- C – Pareceres no âmbito da avaliação e/ou indemnização
- D – Apresentação de casos periciais

**CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO** – Os artigos não podem ter sido publicados anteriormente, a não ser que sejam considerados de interesse especial pelo Conselho Redactorial e a sua aceitação depende do parecer dos elementos do Conselho Científico consultados para esse efeito. Devem sempre ser acompanhados de título, resumo e palavras chave em Português, Inglês e Francês.

**PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS** – Os autores devem enviar os artigos em documento word não protegido por e-mail para arebelo@inml.mj.pt

**BIBLIOGRAFIA** – As referências bibliográficas serão colocadas por ordem alfabética dos autores (ou para o mesmo autor respeitando a ordem cronológica da publicação). Devem ser seguidos os *National Library of Medicine Recommended Formats for Bibliographic Reference*, de que se apresentam alguns exemplos.

**1. Referência a artigos de revista (no caso de mais do que 3 autores, estes devem ser seguidos de et al.)**

Lee KY, Bedford CD, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

**2. Referência a um livro**

Ohlsen MM, Horne AM, Loew CF et al. *Group counseling*. 2nd ed. New York: Rinehart; 1998. 416 p. (Analysis and intervention series; 2).

**3. Referência a capítulo de um livro**

Anderson C, Robert J. Acute renal failure. In: Braunswald E, Isselbacher K, Petersdorf R, et al., editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 1149-55.

**4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos**

Vivian V. Child abuse and neglect: a medical community response. 1st AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985. p. 22-25.

**5. Referência a artigo de revista online**

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [atualizado 1990 Nov 26]; 71(2):22-37. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

**6. Referência a outros documentos online**

Brown SA. The role of prostaglandins. [documento online] 1988 Jan [atualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

**SEPARATAS** – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* enviará em formato PDF ao primeiro autor o respectivo artigo.

# SUMÁRIO

Editorial . . . . .	7
<i>Teresa Magalhães</i>	
A actualização do sistema de indemnização nos acidentes de viação. Uma reforma necessária? . . . . .	9
<i>J. Alvarez Quintero, M. João Sales Luis</i>	
O dano sexual. Contributo para a avaliação médico-legal dos danos na pessoa . . . . .	35
<i>L. Santos, T. Magalhães, D. Pinto da Costa, E. Matos</i>	
Avaliação Médico-Legal do “Dano Futuro”. Que Critérios? . . . . .	51
<i>S. Frazão, P. Norton, T. Magalhães</i>	
O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura . . . . .	67
<i>Aguiar I., Pereira R., Ralha T.</i>	
Quantificação de dano corporal maxilo-mandibular – relato de caso . . . . .	85
<i>C. M. Carvalho, W. F. M. da Silva, F. C. H. Bouchardet</i>	
Valutazione delle lesioni dell’articolazione temporomandibolare: danni iatrogeni e traumatologici . . . . .	91
<i>D. Manfredini, L. Guarda-Nardini</i>	
Crimes públicos e crimes semi-públicos. Quando denunciar? . . . . .	99
<i>Diogo Pinto da Costa</i>	

Atuação conjunta medicina e odontologia legal em perícia civil – relato de caso . . . . .	117
<i>C. M. Carvalho, W. B. Santos, B. R. Silva, W. F. M. Silva, F. C. H. Bouchardet</i>	
Intercâmbio . . . . .	123
Noticiário . . . . .	139
Lista dos Auditores com aproveitamento no XIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. – 2008 . . . . .	143

Em 2008 a APADAC associou-se à Liberty e ao Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. para, em conjunto, organizarem um congresso sobre “Acidentes de trabalho e rodoviários – Prevenir e reparar”. Este congresso teve como principal objectivo discutir questões relacionadas com a prevenção destes acidentes e das lesões a eles associados, bem como com questões relativas à sua avaliação e reparação. Sobre este último ponto foram debatidas, sobretudo, as novas Tabelas de Avaliação das Incapacidades, em Direito do Trabalho e Direito Civil (Anexos 1 e 2, respectivamente, do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro), que entraram em vigor em Janeiro desse ano. Face ao interesse do tema e ao prestígio dos oradores, nacionais e estrangeiros, este congresso contou com uma importante participação de peritos médicos portugueses.

Também neste ano, e pela primeira vez na história da reparação do dano corporal em Portugal, foi publicada uma Tabela de Indemnizações (Portaria nº 377/2008, de 26 de Maio) elaborada para casos de acidentes de viação, avaliados e reparados em sede de Direito Civil. Trata-se de um instrumento que não se destina a ser usado por peritos médicos mas que contribuirá, seguramente, para ajudar a esclarecer certas questões relativas à avaliação e reparação do dano corporal. Desde logo, porque ao definir a forma como a reparação deve ser determinada, tanto para danos patrimoniais como extra-patrimoniais, confere mais sentido aos parâmetros de dano extra-patrimoniais até aqui determinados em sede avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Civil, de acordo com as normas do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. Por outro lado, e apesar de não se tratar, naturalmente, de um instrumento perfeito – até porque a matéria em questão é particularmente complexa – esta Tabela permitirá posicionar de uma forma mais clara, e de uma vez por todas, as metodologias de avaliação e reparação do dano corporal em Direito Civil face à metodologias usadas em Direito do Trabalho e até aqui tantas vezes confundidas; não que sejamos favoráveis a uma separação destas metodologias, mas acreditamos que a sua verdadeira e desejada harmonização



só se poderá começar a delinear depois de se assumirem de forma clara os objectivos e metodologias de cada uma destas áreas.

Assinala-se contudo que, apesar das referências positivas à Tabela, acima referidas, existem algumas questões nas quais importará repensar. Em alguns aspectos esta não está de acordo com as directrizes europeias em matéria de reparação do dano corporal, designadamente no que respeita ao distinto tratamento das vítimas de acordo com a idade; por outro lado, usa conceitos não aplicáveis em Direito Civil, como é o caso da Incapacidade Permanente Parcial, da Incapacidade Permanente Absoluta e da Incapacidade Permanente para Trabalho Habitual, conceitos estes usados antes em Direito do Trabalho, e cria novas designações para danos já previamente aceites e estabelecidos, como por exemplo o Dano Biológico para designar a actual Incapacidade Permanente Geral. Finalmente, refira-se que a Tabela não faz referência a danos tradicionalmente valorados, como o Prejuízo Sexual, o Prejuízo de Afirmação Pessoal e a Incapacidade Temporária Parcial Geral, o que não significa que a Seguradora ou o Tribunal não os possam ter em conta, pelo que deverão continuar a ser avaliados pelos peritos médico-legais, pelo menos até que novas orientações surjam sobre o assunto.

Neste ano a Ordem dos Médicos decidiu alterar o âmbito da Competência em Avaliação do Dano Corporal, criada no ano anterior, alargando-a à avaliação na Segurança Social; criou-se, assim, a Competência em Peritagem Médica da Segurança Social e do Dano Corporal. Neste sentido, foi nomeada uma comissão instaladora que irá definir os critérios de admissão por consenso a esta Competência, considerando-se admitidos todos os médicos a quem anteriormente havia sido conferida a Competência em Avaliação do Dano Corporal.

Esta alteração trás um novo sentido ao Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho, recuperado já em 2007 e agora com periodicidade anual, o qual teve as suas primeiras edições em 1996 e 1998, sob a orientação do Professor Oliveira Sá.

# A actualização do sistema de indemnização nos acidentes de viação. Uma reforma necessária?

J. Alvarez Quintero<sup>1</sup>, M. João Sales Luis<sup>2</sup>

Neste artigo, que teve por base as apresentações<sup>3</sup> realizadas para divulgar o novo regime de indemnização<sup>4</sup> nos acidentes de viação, tentaremos demonstrar que a reforma do sistema era necessária e oportuna. Não duvidamos que vai permitir indemnizar as vítimas de forma mais célere, e transparente, propiciando uma mais justa distribuição dos valores indemnizatórios, beneficiando tanto as vítimas com lesões mais graves como as de menores rendimentos.

Em nossa opinião, o novo sistema indemnizatório português adequa-se melhor à Resolução (75) 7 aprovada pelo Conselho de Ministros da União Europeia em 1975<sup>5</sup>, Resolução que define os princípios de compensação dos danos corporais no espaço comunitário e que, decorridos mais de 35 anos desde a sua aprovação, continua a ser de referência obrigatória nesta matéria.

Em conclusão, que nos permitimos adiantar, diremos que o novo regime ajudará a vencer o atraso histórico de Portugal na adaptação da legislação do seguro obrigatório às necessidades das vítimas de acidentes de viação.

## 1. O seguro obrigatório em Portugal

O seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel foi instituído em Portugal em 1979, pelo DL 408/79 de 25 de Setembro. Dinamarca, Finlândia

---

<sup>1</sup> Administrador das Companhias de Seguros Fidelidade-Mundial, Império-Bonança e Multicare e Presidente da Comissão Técnica Automóvel da APS

<sup>2</sup> Administradora da Companhia de Seguros Multicare e ex-Directora da Direcção de Sinistros Automóvel da Império-Bonança e Fidelidade-Mundial

<sup>3</sup> 7º Congresso Nacional de Medicina Legal, Tomar, 7-8 Novembro de 2008; Seminário Peopil, Porto, 3 Outubro de 2008 e Jornadas'08 da APS de 9 de Outubro de 2008

<sup>4</sup> Decreto-Lei 291/2007 de 21 de Agosto; Portaria 377/2008 de 26 de Maio

<sup>5</sup> Council of Europe. Committee of Ministers Resolution (75) 7 On compensation for physical injury or death adopted on 14 March 1975 at the 233rd meeting of the Minister's Deputies

Suécia, Alemanha e o Reino Unido, entre outros, já o tinham feito antes da II Guerra Mundial. Em 1958 foi introduzido em França, e já nos anos 60 a Espanha (1968) e a Itália (1969) tinham seguido o exemplo.

Em 1980, pela primeira vez muitas famílias, das 2.262 vítimas mortais de acidentes de trânsito naquele ano<sup>6</sup>, tiveram uma lei que lhes permitia reclamar a compensação dos danos sofridos a um devedor solvente. Circulavam já mais de 2.000.000 de veículos e o país apresentava rácios de sinistralidade rodoviária incomparavelmente piores do que outros países com legislações mais avançadas em matéria de protecção às vítimas.

Cinco anos depois, em 1985, pelo DL 522/85 de 31 de Dezembro, o seguro obrigatório passou a garantir capitais mínimos e foi alargado a todos os ocupantes do veículo que não tivessem relação familiar com o condutor, o proprietário ou o tomador do seguro.

Teremos de esperar mais de 20 anos para que os capitais mínimos do seguro obrigatório fossem actualizados e estabelecidas novas regras para simplificar e agilizar os processos de reclamação de danos e de indemnização. A directiva 2005/14/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 11 de Maio de 2005 serviu de base a este movimento de modernização.

## 2. O seguro obrigatório no direito comparado

Esta inércia contrasta com a evolução da responsabilidade civil automóvel no direito comparado. Na verdade, a maioria dos países europeus tem adaptado o instituto de responsabilidade civil às características próprias da compensação de danos emergentes dos acidentes de viação, trilho que logo tem sido seguido para a cobertura de outros riscos próprios da sociedade actual.

A primeira característica, que consideramos própria da compensação de danos emergentes de acidentes de viação, é a transferência obrigatória do risco individual para o seguro, seja privado ou público. Esta transferência de responsabilidade é uma garantia para as vítimas de que receberão as indemnizações a que têm direito, ainda que arraste como consequência a anulação da penalização do lesante, implícita no instituto de responsabilidade civil, que deveria ver afectado o seu património pela indemnização devida à vítima (consequência idealmente vantajosa no plano da prevenção geral ou especial).

A segunda característica, consequência da anterior, reside na circunstância do custo das indemnizações ser um custo suportado pela comunidade de tomadores de seguro, comunidade que pela sua dimensão – praticamente todas as famílias portuguesas têm um ou mais veículos – o transforma

---

<sup>6</sup> Direcção Geral de Viação. Observatório de Segurança Rodoviária

num custo social: a soma das compensações devidas às vítimas não pode ultrapassar a capacidade da sociedade as pagar, via prémios de seguros ou cotizações obrigatórias.

A terceira característica, é a proliferação das situações de risco criado pela circulação maciça de veículos, para todos os utentes das vias públicas e, em particular, para os mais débeis – os peões e os ciclistas – e, em consequência, a multiplicação de prejuízos que carecem de reparação, sendo necessário estabelecer procedimentos adequados para o conseguir.

As principais linhas de evolução no direito comparado podem agrupar-se em três grandes categorias: as que melhor visam proteger as vítimas do risco criado pela circulação automóvel – tornando a indemnização obrigatória -, as que têm por objectivo padronizar as indemnizações e finalmente as que procuram agilizar os procedimentos de reclamação e de indemnização dos danos, em particular dos danos pessoais, sendo poucas as situações em que estas grandes categorias não estão interligadas.

## 2.1 A indemnização obrigatória

Quanto às soluções que visam proteger melhor as vítimas do risco criado pela circulação automóvel, desde logo, a Finlândia e outros países nórdicos, nos anos 60, adoptaram o princípio de responsabilidade objectiva. Segundo este princípio, sempre que exista nexa causal entre as lesões e o acidente, a vítima tem de ser indemnizada, mesmo que o condutor do veículo não tenha culpa ou que a própria vítima tenha contribuído para a ocorrência do acidente. Este sistema, também baptizado de “non-fault” vigora hoje em numerosas legislações, dentro e fora de Europa, sendo o mais habitual a sua aplicação exclusiva aos danos corporais.

A *Loi Badinter*, em vigor desde 1985<sup>7</sup> para os acidentes de viação ocorridos em França, exime de culpa as vítimas não condutores (ocupantes, peões e ciclistas), excepto nos casos de falta de excepcional gravidade.

Outro exemplo, mais próximo, é o do regime que vigora em Espanha desde 1995, data em que foi publicada uma nova lei para a responsabilidade civil resultante da circulação de veículos a motor<sup>8</sup>. A lei atribui ao condutor do veículo a responsabilidade pelos danos causados às pessoas em virtude do risco criado pela condução do mesmo<sup>9</sup>, sendo que esta responsabilidade

<sup>7</sup> Loi du 5 juillet 1985

<sup>8</sup> Ley 30/1995 del 8 de Diciembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados

<sup>9</sup> El conductor de vehículos a motor es responsable, en virtud del riesgo creado por la conducción del mismo, de los daños causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación. Título I, Capítulo I, Artículo 1 de la Ley 30/1995

pode ser afastada quando o condutor prove que os danos foram devidos exclusivamente a conduta (negligente ou dolosa) da vítima.

Porém, a exclusão de cobertura da vítima nos casos em que agiu com culpa exclusiva, como previsto no direito espanhol e francês, para citar apenas dois exemplos, não é pacífica em termos do direito comunitário, pelo menos nos danos causados aos ocupantes do veículo. Com efeito, o Tribunal de Justiça Europeu estabeleceu, que o artigo 1º da Terceira Directiva, se opõe a uma regulamentação nacional que permita excluir ou limitar de modo desproporcionado – com fundamento na contribuição de um passageiro para a produção do seu dano -, a indemnização suportada pelo seguro automóvel obrigatório<sup>10</sup>. Acresce que a Directiva se opõe, também, a qualquer legislação nacional nos termos da qual o seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel pudesse não cobrir a responsabilidade por danos corporais causados a pessoas que viajassem numa zona do veículo automóvel não concebida, nem construída, para o transporte de passageiros<sup>11</sup>.

Nesta mesma linha de defesa das vítimas de acidentes de trânsito, o Tribunal Europeu condenou o Estado Português<sup>12</sup> pela existência, na Lei Civil, de limites para a responsabilidade pelo risco inferiores aos capitais mínimos obrigatórios.

Ora, a actualização dos limites de responsabilidade pelo risco em Portugal, implicou, na prática, uma quase inversão do ónus da prova (pelo menos no caso das vítimas desprotegidas, como os peões) na medida em que a seguradora apenas pode recusar a indemnização quando possa provar a culpa da vítima, (se não provar a culpa do peão, o acidente acaba por ser resolvido com base no risco, sem outros limites que não os do seguro, sendo pacífico o entendimento de que o peão não cria risco à circulação)

Em síntese, parece poder concluir-se que as indemnizações devidas pelo seguro obrigatório automóvel têm vindo progressivamente a ser autonomizadas do instituto clássico da responsabilidade civil, efectuando-se essa autonomização seja pelo lado da exigência de efectiva responsabilidade para a eficácia da cobertura, seja pela criação de soluções que alteram as regras clássicas de prova, recorrendo a mecanismos de inversão do ónus da prova.

## 2.2 A padronização das indemnizações

Relativamente à quantificação dos danos, a generalidade dos países mantém como princípio básico a reparação integral do dano (assim o prevê a

---

<sup>10</sup> Caso Candolin (processo C-537/03) Tribunal de Justiça Europeu

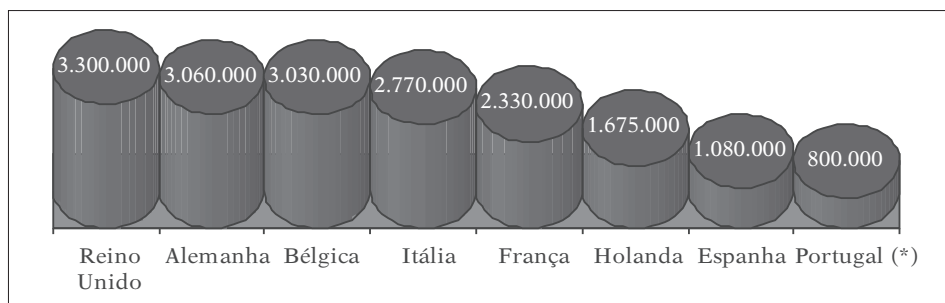
<sup>11</sup> Caso Farrel (processo C-356-05)

<sup>12</sup> Caso V. Mendes Ferreira e C. Delgado Correia Figueira (processo C-348/98)

Resolução do Comité de Ministros do Conselho de Europa atrás referida<sup>13</sup>) e o artigo 562º do Código Civil Português estabelece o mesmo princípio: “quem estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação”.

A reparação integral, seguindo os critérios de AVV. Marco Bona<sup>14</sup> significa: a) ter em consideração todos os danos económicos e não económicos, assim como as alterações à saúde e à vida de cada vítima; b) que a compensação seja proporcional aos danos sofridos pela vítima e c) que lesões semelhantes sejam compensadas com indemnizações semelhantes e diferentes lesões sejam indemnizadas de forma diversa.

A realidade, porém, mostra grandes discrepâncias nos valores indemnizatórios nos diferentes países da União Europeia, diferenças que não se justificam pelos níveis de riqueza de cada país (gráfico nº1<sup>15</sup>), mas antes, pela forma diversa como são avaliados os prejuízos económicos futuros, e, ainda, pelas diferenças na indemnização dos danos não patrimoniais bem como das diferenças que decorrem de distinta interligação entre o seguro e os sistemas de segurança social e/ou de saúde. Outros factores também influenciam os resultados, como os procedimentos de avaliação das sequelas, os procedimentos de reclamação, etc.



**Gráfico 1.** Custos indemnizados pela seguradora a um tetraplégico (C6-C7) de 25 anos e 30.000€ de rendimento anual e despesas médicas passadas de igual valor em todos os países

<sup>13</sup> Subject to the rules relating to liability, the person who has suffered damage has the right to compensation for this damage suffered so that he is restored to a situation as near as possible to that in which he would have been if the act for which compensation is claimed had not occurred. General Provisions I-1 Principles Related to Compensation for Damage in the case of Physical Injury and Death

<sup>14</sup> AVV. Marco Bona Public Hearing on Road Traffic Accidents en the European Parliament. Committee on Legal Affairs. 19 March 2007

<sup>15</sup> CEA/AREDOC L'indemnisation du dommage corporel en Europe. Résultats d'une enquête effectuée à partir de cas concrets. Données 2003.

\* Portugal. Informação própria

A diferença de valores indemnizatórios não se circunscreve às diferenças de país para país – o que seria compreensível e, até certo ponto, justificável – sendo frequente observar fortes diferenças, dentro do mesmo país, de região para região ou até de tribunal para tribunal, pondo em causa o princípio de igualdade de tratamento entre as vítimas.

O movimento, que actualmente existe na Europa, em favor duma maior harmonização das indemnizações é consequência, em primeiro lugar, do aumento de sinistros com vítimas que circulam entre diferentes estados membros e das obrigações impostas pela 4ª Directiva<sup>16</sup> para a regularização célere dos mesmos. Mas também resulta do próprio processo de harmonização “nacional”, na medida em que este só é possível, se forem estabelecidas referências de indemnização. Referências que terão de surgir em dois âmbitos: no âmbito da perícia médica, em particular na procura de critérios comuns na avaliação dos danos à integridade física e psíquica, e no âmbito judicial e extrajudicial, no que concerne à determinação de valores orientadores para a fixação das indemnizações, nomeadamente às de carácter imaterial ou não patrimonial.

Relativamente à avaliação médica, os países de tradição “latina” – França, Bélgica, Itália, Espanha e Portugal – adoptaram tabelas com escalas de 1 a 100 para medir a gravidade das sequelas e as repercussões nas actividades da vida diária. A Tabela Europeia<sup>17</sup>, que vigora desde Janeiro de 2006 para a avaliação pericial dos funcionários comunitários, e que tem como objectivo uma futura harmonização europeia, resulta destas experiências. Cabe esperar que as futuras actualizações das tabelas de cada um dos países da UE adoptem, ou se aproximem, da Tabela Europeia, como já foi feito em Portugal com a publicação da Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil<sup>18</sup>.

Relativamente ao regime compensatório, a dispersão de modelos é maior, mesmo entre países de tradições legais próximas. Espanha e Itália adoptaram, por lei, tabelas de valores de indemnização – neste último país, apenas para as pequenas incapacidades (até 10 pontos de Incapacidade Permanente Parcial) – que englobam danos económicos e não económicos, atribuindo um valor indemnizatório a cada ponto, valor que cresce com a gravidade e decresce com a idade. Em França, Bélgica ou Itália os danos não económicos são indemnizados com referência à jurisprudência dos tribunais, que pode

<sup>16</sup> Directiva 2000/26/CE do Parlamento e do Conselho de 16 de Maio

<sup>17</sup> Guide barème d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique e psychique. Ed Anthemis

<sup>18</sup> Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro

variar de região para região. No Reino Unido o *Judicial Studies Board*<sup>19</sup> publica regularmente “guidelines” para o cálculo dos danos não patrimoniais. Na Irlanda, funciona desde Julho de 2004, um órgão independente (*PIAB-Personal Injuries Assessment Board*)<sup>20</sup> para a avaliação dos danos não patrimoniais, o que é feito com referência à Tarifa Pública de Danos que especifica os valores máximos e mínimos para as sequelas mais frequentes. Finalmente, nos países nórdicos, e, em especial, na Finlândia, todo o ênfase é posto na reabilitação da vítima, sendo as indemnizações por danos não económicos marginais<sup>21</sup>.

Desta sumária exposição, pode apreciar-se a diversidade de soluções existentes, porém, também é possível vislumbrar pontos de convergência, nomeadamente na atribuição, às sequelas mais frequentes, de valores de compensação de danos não económicos, sejam estes calculados por referência a uma tarifa pública de danos ou multiplicando os pontos resultantes das Tabelas Médicas pelo valor do ponto fixado nas Tabelas de Indemnização.

De salientar, como logo teremos oportunidade de detalhar, que o modelo que vigora em Portugal, depois da transposição da 5ª Directiva, está em linha com as tendências centrais antes referidas, sendo, que os valores económicos resultantes mostram uma convergência efectiva com os valores praticados em países de maior riqueza.

## 2.3 A Proposta Razoável

Finalmente, e no que diz respeito ao terceiro pilar de evolução – o da procura de procedimentos que permitam agilizar a reclamação e indemnização dos danos – a solução mais generalizada, e agora harmonizada a nível comunitário pela 5ª Directiva<sup>22</sup>, reside no estabelecimento de prazos máximos de resposta à reclamação, assim como, na formulação, dentro destes prazos, de uma Proposta Razoável ou de uma Resposta Fundamentada.

Quer os prazos – noventa dias, a contar da data da reclamação, – quer as figuras da proposta razoável e da resposta fundamentada, vigoram para os sinistros ao abrigo da 4ª Directiva, os sinistros com vítimas de diferentes países comunitários, desde 2003.

Os procedimentos de oferta razoável e resposta fundamentada foram transpostos para os direitos nacionais, nalguns países, sem alterações, com alterações significativas, noutros. Na Itália, por exemplo, o prazo foi reduzido de 90 para 60 dias nos sinistros de danos materiais. Em Espanha foram

<sup>19</sup> [www.jsboard.co.uk/publications.htm](http://www.jsboard.co.uk/publications.htm)

<sup>20</sup> [www.injuriesboard.ie/eng/Forms\\_and\\_Publications/Book\\_of\\_Quantum](http://www.injuriesboard.ie/eng/Forms_and_Publications/Book_of_Quantum)

<sup>21</sup> Janne Jumppanen, Finland's Streamlined Approach. Partner Re 2008

<sup>22</sup> Directiva nº 2005/14/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Maio



acrescentados deveres de informação, até agora inexistentes, nomeadamente o envio de documentos necessários à formulação da proposta razoável e da resposta fundamentada (neste último caso, como exemplo, retenha-se que quando a fundamentação residir na impossibilidade de quantificação do dano, o devedor terá de actualizar a informação todos os meses). Portugal, como teremos oportunidade de explicitar melhor, foi o país que introduziu mais obrigações adicionais às já previstas na norma comunitária.

Apesar do exposto, podendo afirmar-se que embora subsistam diferenças substanciais na regularização de sinistros no domínio judicial, as diferenças tendem a desaparecer ou, pelo menos, a serem mais mitigadas, no plano extrajudicial, sendo que os novos procedimentos instituídos vão ter impacto profundo nas práticas indemnizatórias de cada país, estimulando a sua convergência.

### **3. A transposição da 5ª Directiva em Portugal**

A transposição da 5ª directiva para o direito interno, efectuada pelo Decreto-Lei 291/2007 de 21 de Agosto mudou o paradigma indemnizatório, atribuindo às vítimas novos direitos e impondo às seguradoras exigentes obrigações, quando comparadas com as vigentes noutros normativos.

Assim, os prazos de reposta à reclamação são hoje de 30 dias úteis para os sinistros com danos materiais – reduzidos a 15 caso os dois condutores tenham assinado a Declaração Amigável de Acidentes Automóvel – e contados desde a data da participação do acidente. Acrescem para as seguradoras outras obrigações, como a de contactar o lesado em 2 dias úteis, concluir a peritagem nos 8 dias úteis seguintes, etc... etc.... Para os danos corporais o prazo de reposta à reclamação é de 45 dias corridos, embora, neste caso, o prazo comece a contar desde a data em que o lesado efectua a reclamação.

Nos termos da lei, o cumprimento de todos os prazos e obrigações é controlado exaustivamente, pelo Instituto de Seguros de Portugal, através da conferência de ficheiros, enviados pelas seguradoras, com informação sobre todos os sinistros encerrados, sendo que o incumprimento de qualquer prazo legal é punido com coima que vai de 3.000€ a 44.890€.

Os deveres de informação das seguradoras são agora especialmente alargados, sejam os relativos à informação comum (os procedimentos de gestão de sinistros, os prazos de regularização, as convenções e arbitragens a que aderiu, etc.) sejam os específicos de cada sinistro (relatório de peritagem, exame médico, exames complementares, etc.).

Este vasto conjunto de imposições mudou a prática habitual de gestão de sinistros das seguradoras em três aspectos fundamentais: maior diligência, transparência absoluta e fiscalização exaustiva.

O novo paradigma de gestão representa uma significativa ruptura com o tradicional modo de gestão dos sinistros, especialmente daqueles com danos corporais, caracterizado como estava pela lentidão, opacidade e escassa supervisão. Retenha-se que a demora média para regularizar um sinistro é de dois anos e, caso o processo seja tramitado em Tribunal, esse tempo médio é aumentado para mais de cinco anos. Retenha-se, ainda, que mais de metade dos sinistros contenciosos terminam por acordo na semana do julgamento, ou nas semanas imediatamente precedentes, facto a que não é alheio tanto a opacidade que domina a relação entre segurador, lesado e os seus representantes, como o momento tardio em que se verifica a perícia médico-legal.

No cenário em que vivíamos (e do qual ainda não saímos verdadeiramente) a disparidade dos valores de indemnização em situações semelhantes é enorme, seja entre sinistros regularizados por acordo judicial ou extrajudicial, seja entre sinistros indemnizados por sentença, em ambos os casos em claro e grave incumprimento do princípio jurídico de tratar igual o que é igual e diferente o que é diferente.

Na origem destas diferenças está, sobretudo, a prática judicial de considerar alguns danos de natureza não patrimonial como danos patrimoniais e, de indemnizá-los como tal, considerando que toda e qualquer incapacidade funcional tem repercussões na capacidade de ganho. Exemplo desta abordagem é o aresto do STJ<sup>23</sup> que considerou que a disfunção psicosexual corresponde à perturbação da inibição da excitação sexual e inibição do orgasmo que se traduz numa “incapacidade funcional” da vítima, constituindo um “dano patrimonial”.

Considerado o rendimento como pedra basilar do cálculo da indemnização, não admira que vitimas da mesma idade e com igual sequela funcional, com os sofrimentos físicos e psíquicos que ela comporta, tenham indemnizações diferentes, proporcionais aos respectivos rendimentos, em clara contradição com a Resolução (75) 7 do Comité de Ministros do Conselho Europeu, que estabelece que as dores físicas e os sofrimentos psíquicos devem ser compensados na base da sua severidade e duração, independentemente da situação financeira da vítima<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> STJ (SOUSA INÊS) por ac de 28 de Outubro de 1999

<sup>24</sup> Compensation is to be paid for physical pain and mental suffering on the basis of their severity and duration. Compensation is to be calculated without regard to the victim's financial situation. Provision 12 of Principles Related to Compensation for Damage in the case of Physical Injury and Death.

### 3.1 A formulação da Proposta Razoável no caso dos danos corporais

Sobre esta matéria, inovadoramente, o Decreto-lei nº 291/2007 de 21 de Agosto estabelece que uma proposta é razoável quanto tiver sido efectuada nos termos substanciais e procedimentos previstos no sistema de avaliação e valorização dos danos corporais por utilização da Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil e por recurso aos critérios e valores orientadores constantes de portaria aprovada pelos Ministérios das Finanças e Administração Pública e da Justiça<sup>25</sup>.

Na exposição de motivos deste último diploma<sup>26</sup>, consta que “o regime relativo aos prazos e as regras de proposta razoável (...) 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”.

Com efeito, a principal característica deste diploma é a definição de critérios e valores orientadores para as seguradoras, cabendo recurso aos Tribunais, caso o lesado considere que a indemnização proposta seja considerada inadequada ou insuficiente.

A Portaria 377/2008 veio assim definir quais os danos indemnizáveis em caso de sinistro com dano corporal, estabelecendo fórmulas de cálculo para a determinação dos danos patrimoniais futuros e padronizando tanto os danos morais como o dano biológico ou dano à integridade física e psíquica.

#### 3.1.1 Os danos indemnizáveis em caso de morte na Portaria 377/2008

Os danos indemnizáveis de natureza não patrimonial são agrupados em três categorias: a violação do direito à vida, o dano moral da própria vítima e o dano moral dos herdeiros, definidos estes com respeito pelas regras estabelecidas no Código Civil.

Adiante-se, desde já, que a violação do direito à vida é um conceito indemnizatório específico do direito português. Já a STJ (BERNANRDEZ DE MIRANDA) de 17 de Março de 1971 afirmava que a perda do direito à vida constitui um dano não patrimonial autónomo, que deve ser pago aos herdeiros da vítima<sup>27</sup>. Na Portaria os valores da compensação para este dano

<sup>25</sup> Artigo 39º nº 3 e 5

<sup>26</sup> Portaria 377/2008 de 25 de Maio

<sup>27</sup> Armando Braga. A Reparação do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontratual. Ed. Almedina. pag 182

estão escalonados em função da esperança de vida, alcançando o valor máximo de 60.000€<sup>28</sup> para vítimas menores de 25 anos de idade<sup>29</sup>.

Acresce a este dano, de natureza não patrimonial, o dano moral da própria vítima<sup>30</sup>. Os valores admitidos na Portaria, neste caso, variam em função da duração e intensidade da “antevisão” da morte, com um valor máximo de 10.500€, caso o sofrimento e antevisão da morte sejam de excepcional intensidade.

A terceira e última categoria dos danos não patrimoniais é o dano moral dos herdeiros<sup>31</sup>. Neste caso os valores indemnizáveis são graduados em função da proximidade do parentesco (cônjuge, filho, neto, irmão), da idade dos filhos e da duração da união matrimonial, quanto ao dano moral do cônjuge.

O legislador tabelou, ainda, a indemnização por Perda de Feto, já consagrada em muitas decisões judiciais, graduando-a em função do tempo de gravidez e da existência de outros filhos.

Para diferenciar as situações de excepcional gravidade (perda de um filho único, perda de todos os filhos no mesmo acidente, perda de ambos os progenitores, etc) o legislador optou por aplicar majorações às indemnizações base fixadas para os danos não patrimoniais,

Relativamente aos danos de natureza patrimonial, os de maior relevância em termos indemnizatórios, são os que resultam das perdas de rendimentos futuros daqueles que, nos termos da lei, podiam exigir alimentos à vítima<sup>32</sup>. Para este efeito, considerou-se que os rendimentos (fiscalmente provados), líquidos dos gastos que a vítima suportaria consigo própria, crescerão à taxa de 2%, até aos 70 anos, sendo por sua vez actualizados à taxa nominal de 5% (ambas as taxas, como todos os valores indemnizatórios previstos na Portaria, passíveis de revisão anual). A fórmula financeira, embora idêntica à utilizada pelo Tribunal da Relação de Coimbra, reveste-se de alguma complexidade para os não especialistas, pelo que na Portaria figuram os factores financeiros calculados para os prazos de 1 a 60. O prazo é exactamente o número de anos de vida activa que ainda seria expectável para a vítima. Assim sendo, o valor da indemnização i.e. o dano patrimonial futuro obtém-se multiplicando

---

<sup>28</sup> A seguir expõem-se exemplos de indemnizações recentes no Supremo Tribunal de Justiça e o respectivo limite na Portaria 377/2008: STJ (2152-08) de 23 de Junho de 2008: 60.000€-60.000€; STJ (3459-07) de 30-12-2007: 50.000€-60.000€; STJ (08B1841) de 19-06-2008: 60.000€-60.000€; STJ (08A1853) de 10-07-2008: 50.000€-40.000€; STJ (08B2989) de 30-10-2008: 60.000€-60.000€; STJ (08B726) de 08-05-2008: 28.000€-42.000€ (neste último caso a vítima teve 30% de responsabilidade na ocorrência do acidente)

<sup>29</sup> Anexo II (C) da Portaria 377/2008

<sup>30</sup> Anexo II (D) e aplicação da majoração prevista no quadro B. Portaria 377/2008

<sup>31</sup> Anexos II A e B da Portaria 277/2008

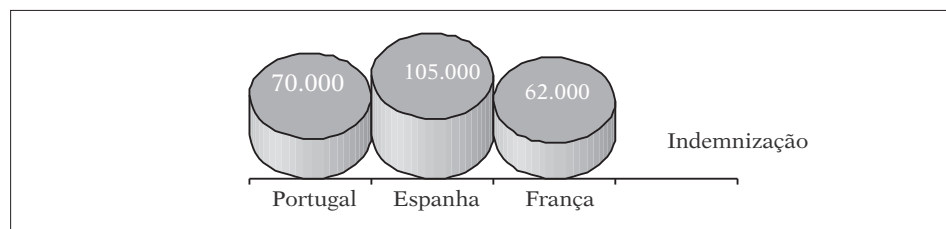
<sup>32</sup> Anexo III da Portaria 377/2008

o rendimento anual perdido pelo factor financeiro relativo ao prazo “n”<sup>33</sup> correspondente.

Já os gastos com o próprio são graduados em função do agregado familiar que dependia da vítima, podendo variar em função do rendimento do cônjuge sobrevivente e da idade dos filhos. O diploma introduz, neste ponto, maior discriminação de valores do habitualmente praticado pelos tribunais<sup>34</sup>. É indubitável que estes factores correctores, quando majorem as indemnizações, não levantem nenhuma objecção e sejam amplamente admitidos nos tribunais. Maiores dificuldades apresentam os factores de redução. Ora bem, uns não podem existir sem os outros, e naturalmente ambos têm de ser aplicados ponderando as circunstâncias que visam avaliar e não de uma forma automática.

No âmbito patrimonial encontram-se ainda as perdas salariais da vítima decorrentes de incapacidade temporária desde a data do acidente até à data do óbito e as despesas de tratamento, funeral, etc., que forem provadas.

As indemnizações resultantes dos critérios anteriores à publicação da Portaria já atingiam valores comparáveis com os praticados em França ou Espanha, como se pode observar nos gráficos 2 e 3<sup>35</sup>.

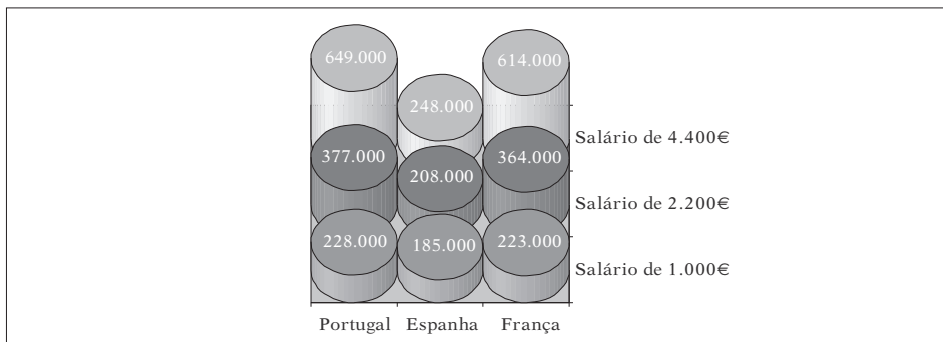


**Gráfico 2.** Criança 5 anos de idade (pai, mãe e irmão de 8 anos, sem avós) não inclui despesas de funeral

<sup>33</sup> O diploma não especifica o que representa o termo “n” utilizado na fórmula. “n” é o prazo i.e. número de anos de vida activa expectável ou seja o número de anos decorridos entre a data definida para início da pensão e a data em que a vítima atingiria os 70 anos

<sup>34</sup> O critério mais habitual é considerar que 1/3 do rendimento é consumido com o próprio e o restante com o agregado familiar com independência de quem angaria os rendimentos e de qual a composição do agregado familiar

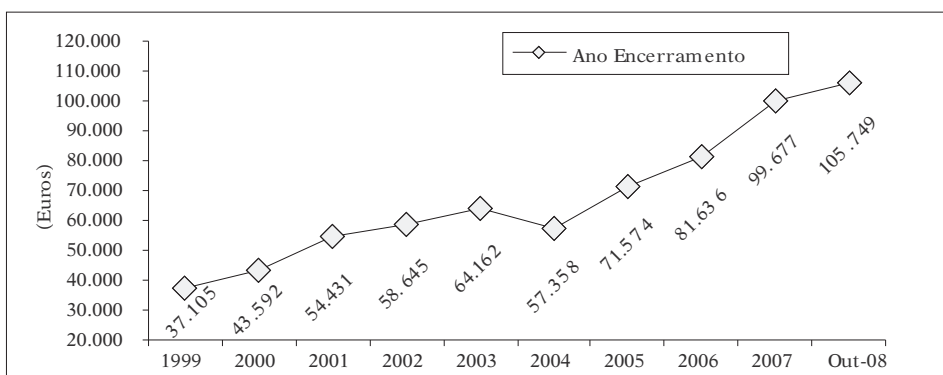
<sup>35</sup> Estimativa própria com base nos critérios seguidos na seguradora para provisionar os sinistros em 2007



**Gráfico 3.** Homem de 40 anos, com mulher e 2 filhos de 10 e 15 anos

Porém, as indemnizações por morte vão aumentar significativamente, com a aplicação dos valores e critérios previstos na Portaria, por duas ordens de razões: os valores dela resultantes estão em linha com os mais elevados praticados nos tribunais e estes, por sua vez, ultrapassam largamente os indemnizados por acordo extrajudicial, tendo sido, tendencialmente, abolidas as diferenças entre as indemnizações praticadas nestes dois planos. Quanto à primeira afirmação é elucidativo o comentário do STJ (MARIA DE GRAÇA GOUVEIA)<sup>36</sup> “*de resto mostram-se respeitados os critérios e valores orientadores da “proposta razoável de indemnização” em acidente de viação definidos na Portaria n.º 377/08 de 26 de Maio (anexo II-A) o que é demonstrativo da sua justeza*”.

Como se pode observar no gráfico 4<sup>37</sup>, na última década os valores médios de indemnização triplicaram, o que associado ao aumento acima referido permite afirmar que as indemnizações, outrora consideradas miserabilistas, têm vindo a acentuar a sua convergência para com os valores praticados na Europa.



**Gráfico 4**

<sup>36</sup> STJ 2152/08-5 de 24-06-2008

<sup>37</sup> Custo médio dos sinistros encerrados pela Companhia de Seguros Império-Bonança

### 3.1.2 Os danos indemnizáveis em caso de outros danos corporais na Portaria 377/2008

Também aqui temos de distinguir entre os danos de natureza não patrimonial e patrimonial mas, também, inovadoramente, afastarmo-nos de uma visão redutora da pessoa humana, admitido que o dano corporal tem dignidade para ser indemnizado como dano a se, ou seja, com independência do dano patrimonial e do dano não patrimonial que possa ocasionar.

No que aos danos patrimoniais respeita, e relativamente aos danos futuros nas situações de incapacidade permanente absoluta<sup>38</sup>, a Portaria, tal como nos casos de morte, considera que os rendimentos (fiscalmente provados) crescerão à taxa de 2%, até aos 70 anos, sendo por sua vez actualizados à taxa nominal de 5%. Para a incapacidade permanente absoluta para a profissão habitual, sem possibilidade de reconversão dentro da sua área de formação técnico profissional, o capital anterior é reduzido em 1/3 (por se considerar que a vítima continua apta a poder angariar rendimentos, não devendo ser incentivada a desistir de o fazer). Já quando é possível a reconversão a proposta indemnizatória corresponde a quatro anos de rendimentos líquidos (incentivando-se a efectiva reconversão profissional do lesado por forma a promover a sua efectiva reinserção social). A fórmula de cálculo do dano patrimonial futuro é idêntica à utilizada nos casos de morte e como tal aplicam-se-lhe os mesmos comentários.

O dano pela ofensa à integridade física e psíquica (dano biológico)<sup>39</sup> de que resulte ou não perda de capacidade de ganho, é determinado, por peritos médicos devidamente qualificados<sup>40</sup>, segundo a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

Embora seja possível encontrar com relativa frequência sentenças e acórdãos que se referem a este dano como dano “a se”, carecendo de tutela jurídica autónoma, a forma como a Portaria quantifica a indemnização é verdadeiramente inovadora.

Na verdade, o método habitualmente utilizado, de multiplicar o coeficiente de incapacidade pelo salário líquido, isto é, de aplicar fórmulas de cálculo de danos patrimoniais a danos que revestem distinta natureza, tinha o efeito perverso de indemnizar as mesmas limitações funcionais para a vida diária dos lesados em função dos seus diferentes rendimentos. O exemplo seguinte ilustra bem esta afirmação: Imaginemos dois lesados da mesma idade que

<sup>38</sup> Anexo III da Portaria 377/2008

<sup>39</sup> Anexo IV da Portaria 377/2008

<sup>40</sup> (...) 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 (...) Decreto-Lei N° 352/2007 de 23 de Outubro

sofrem os dois, em consequência de um acidente viação, de disfunção erétil<sup>41</sup>. Imaginemos que um deles é pedreiro e ganha o salário mínimo e que o outro, empregado numa instituição financeira, ganha 2.250€mês. Justificar-se-ia que o segundo receba uma indemnização cinco vezes superior só pelo facto do seu ordenado ser cinco vezes maior? Será que o pedreiro tem menor direito a uma vida sexual normal, a fundar uma família e ter filhos do que o empregado da instituição financeira? Aliás, este último, pela sua posição económica e social, pode, muito provavelmente, aceder, com maior facilidade, a soluções alternativas para mitigar a sua disfunção. Acresce que justificar, neste caso, a diferença nos valores indemnizados pelos esforços acrescidos seria, no mínimo, caricato. O direito à saúde, ou à integridade física, é igual para todos os seres humanos e deve ser autónomo e independente do nível de rendimento e da situação financeira da vítima. Aliás este tem sido o entendimento unânime dos tribunais atribuindo um valor à vida igual para todos, considerando apenas como elemento diferenciador a idade da vítima.

O tratamento desigual para iguais sequelas, que resulta dos critérios tradicionalmente seguidos pelos tribunais portugueses, está em contradição com os princípios e práticas seguidos pelos mesmos tribunais na indemnização dos danos não patrimoniais nas mortes, assim como com os princípios comuns a todos os países da União Europeia, conforme já referido. Certo é, que o critério adoptado tem sido útil para indemnizar valores mais elevados dos que resultariam da aplicação de critérios de equidade delimitados pelos valores arbitrados para o direito à vida. Com efeito, se o bem supremo é a própria vida, qualquer perda parcelar da mesma teria de ser indemnizada aquém daquele valor. Naturalmente esta afirmação seria inatacável se o destinatário da indemnização fosse o próprio, se fosse ele a escolher entre viver e não viver. Não é por acaso que este conceito não se encontra noutros sistemas compensatórios, que apenas indemnizam directamente os familiares da vítima pela dor e o sofrimento criado pela perda de um ser querido e não por um direito da própria vítima<sup>42</sup>. A jurisprudência tem ultrapassado aquela contradição considerando que as limitações funcionais para a vida diária têm consequências semelhantes para a vida laboral, não obstante “ ... não se ter provado que o autor haja passado a receber um vencimento mensal inferior... mas passa a ter de distender um esforço físico e psíquico, suplementar, em

<sup>41</sup> A Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil atribui à disfunção erétil uma valorização em pontos entre 5 e 15 em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico

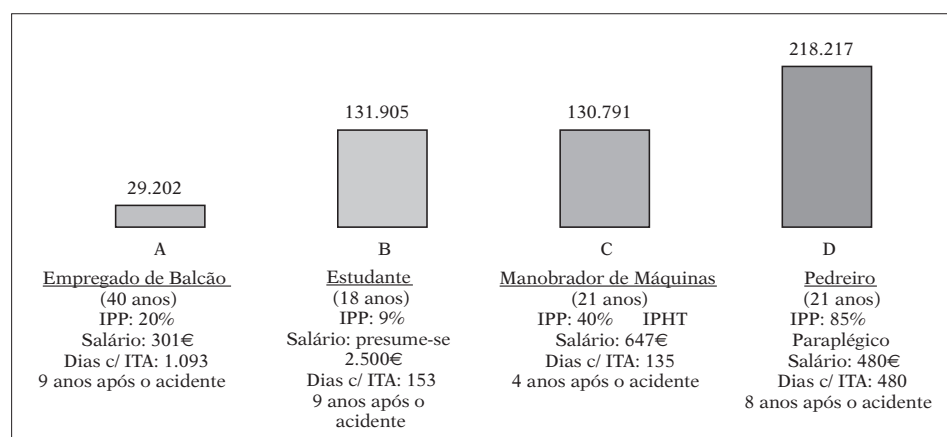
<sup>42</sup> Acerca da titularidade do direito à indemnização pela ofensa ao direito à vida sugere-se a consulta de A Reparação do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontratual. Autor Armando Braga. Ed. Almedina. pag 182 e seguintes



*relação ao que acontecia, antes do acidente....*"<sup>43</sup>. Isto é, as sequelas exigem esforços adicionais que são avaliados tendo como base a presunção de que existe perda salarial, seguindo a lógica das indemnizações dos Acidentes de Trabalho.

Mas a consequência mais perversa desta lógica indemnizatória é discriminar os que sofrem perdas efectivas de rendimentos dos que não sofrem, bem como penalizar os trabalhadores menos qualificados dos mais qualificados, sendo os primeiros os que provavelmente maiores dificuldades vão encontrar no seu futuro profissional.

No gráfico 5 mostram-se alguns exemplos dos desequilíbrios entre os montantes indemnizatórios e as gravidades das lesões.



**Gráfico 5.** Incapacitados regularizados por sentença judicial<sup>44</sup>

Foi perante este estado de coisas que levou o legislador da Portaria a procurar uma nova via que consagrasse o princípio de igualdade – que deve nortear as indemnizações de natureza não económica. Com este intuito adoptou a Retribuição Mínima Mensal Garantida (RMMG) ou, mais exactamente, múltiplos desta, em substituição do salário individual do lesado, para determinar o valor a indemnizar por cada ponto de incapacidade, obtendo, assim, uma base de referência socialmente mais equitativa para transformar em dinheiro o que “a se” não tem valor monetário. Este racional está presente em praticamente todos os valores de danos que não revistam natureza patrimonial, previstos na norma.

<sup>43</sup> STJ (04B2084) de 4 –11-2003

<sup>44</sup> Repara-se que apenas nos exemplos C e D foram provados danos patrimoniais futuros. O manobrador de máquinas ficou incapaz para sua profissão habitual enquanto o pedreiro ficou incapaz para todo e qualquer trabalho

Com este enquadramento, a Portaria valora o ponto em função da idade e da intensidade da ofensa corporal, sendo que o valor do ponto decresce com a idade e aumenta com a gravidade das sequelas.

Parece indiscutível que o legislador acertou, ao graduar o valor do ponto da menor à maior gravidade numa lógica multiplicativa e não apenas aditiva. Este mesmo princípio está presente no valor do ponto das tabelas espanhola e italiana e nos valores arbitrados pelos tribunais franceses, o que comprova a sua universalidade

Mais discutível poderá ser a variação do ponto em função da idade, quando nos estamos a referir a direitos universais iguais para todos. Porém, se consideramos a duração do dano, como a diferença entre a idade do lesado e a sua esperança de vida, aceitar-se-á, sem dificuldade, que quem sofre por mais tempo a privação de um direito tenha de ser compensado por um valor superior ao de quem o sofre por menos. Este princípio está, aliás, explicitamente acolhido na Resolução do Conselho de Ministros do Conselho Europeu, já referida, e pode encontrar-se na lei italiana e espanhola e na prática jurisprudencial francesa, entre outras.

Nos termos da Portaria 377/2008, o dano biológico calcula-se multiplicando o número de pontos atribuído às sequelas – segundo a Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, – pelo valor dos respectivos pontos, constante da tabela do Dano Biológico (anexo IV da Portaria), abaixo ilustrada (resumida) no Quadro 1.

Pontos	<= 20 anos	De 21 a 25 anos	De 26 a 30 anos	De 31 a 35 anos		>= 70 anos
1- 5	885 a 1040	830 a 1015	790 a 975	745 a 925	...	145 a 175
6-10	1.070 a 1.245	1.030 a 1.220	980 a 1.170	920 a 1.110	...	180 a 210
11-15	1.370 a 1.390	1.315 a 1.360	1.250 a 1.305	1.180 a 1.240	...	230
16- 20	1.465 a 1.485	1.405 a 1.455	1.340 a 1.395	1.260 a 1.325	...	250
21- 25	1.525 a 1.550	1.465 a 1.515	1.395 a 1.455	1.315 a 1.380	...	260
26- 30	1.590 a 1.610	1.525 a 1.580	1.455 a 1.515	1.370 a 1.435	...	270
31- 35	1.635 a 1.660	1.570 a 1.625	1.495 a 1.555	1.410 a 1.480	...	275
36- 40	1.700 a 1.725	1.630 a 1.685	1.555 a 1.615	1.465 a 1.535	...	290
41- 45	1.745 a 1.770	1.675 a 1.735	1.595 a 1.660	1.505 a 1.580	...	295
46- 50	1.795 a 1.820	1.725 a 1.780	1.640 a 1.705	1.545 a 1.620	...	305
51- 55	1.825 a 1.850	1.755 a 1.810	1.670 a 1.735	1.570 a 1.650	...	310
56- 60	1.875 a 1.900	1.800 a 1.860	1.710 a 1.780	1.615 a 1.695	...	315
.....	...	...	...	...	...	...
100	2.250 a 2.285	2.160 a 2.235	2.060 a 2.140	1.940 a 2.035	...	380

**Quadro 1**

Por exemplo, para uma vítima de 28 anos, com uma pontuação de 38 pontos o valor do ponto varia entre 1.555 e 1.615€, sendo a indemnização atribuída entre 57.535€ e 59.755€. Neste caso concreto o valor médio deste intervalo parecer-nos-ia o valor razoável de indemnização atendendo a que, quer a idade, quer a pontuação, situam-se no ponto médio do intervalo.

Pode discutir-se, naturalmente, se o valor encontrando é suficiente, ou não, para reparar a perda da integridade física e psíquica. É uma questão sem possibilidade de resposta no âmbito pessoal e subjectivo. Apenas podemos encontrar respostas em termos relativos, quando comparamos os novos valores com os anteriores à Portaria ou quando os comparamos com os de outros países com os quais seja possível efectuar essa comparação.

Neste contexto, é preciso, desde logo, ter em linha de conta o Artigo 4º da Portaria, relativo aos Danos Morais Complementares<sup>45</sup>. Com efeito, a norma prevê que o lesado cumule a indemnização pelo dano biológico com as indemnizações pelos seguintes danos de natureza não patrimonial:

- Por cada dia de internamento hospitalar;
- Pelo dano estético;
- Pelo quantum doloris;
- Quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente absoluta para a prática de todo e qualquer profissão ou da sua profissão habitual
- Quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente que lhe exija esforços acrescidos no desempenho da sua actividade profissional
- Quando o lesado, pela sua idade, não tenha entrado no mercado laboral

O legislador considerou, nestas três últimas situações, que os lesados careciam de uma protecção complementar à prevista no Anexo IV, para além da compensação devida pelos danos patrimoniais futuros nos termos já referidos. Repare-se que o legislador usa conceitos utilizados em Direito do Trabalho, na medida que o que pretende é precisamente considerar a repercussão na vida laboral como factor de agravamento ou majoração dos danos não patrimoniais.

E fê-lo, em primeiro lugar, porque estas situações estão normalmente associadas as lesões mais graves, que exigem especial protecção; em segundo, pela repercussão que a alteração na vida laboral tem no indivíduo, no seu projecto de vida e na sua realização profissional e social. Acresce que é possível encontrar no direito comparado critérios semelhantes de agravamento dos danos morais, como por exemplo no “Baremo”<sup>46</sup> espanhol.

<sup>45</sup> Anexo I da Portaria 377/2008

<sup>46</sup> Tabla IV Factores de corrección de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes. Ley 30/1995 del 8 de Diciembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados

A Portaria gradua os valores indemnizatórios, para os danos morais complementares, em função da idade e da valoração da incapacidade. Se a duração do dano, como medida do tempo de privação da vida laboral normal, não levanta grandes dúvidas como factor de agravamento, o grau de incapacidade pode ser discutível, nomeadamente quando não exista correlação entre a gravidade da lesão e a repercussão na vida laboral ou quando para a mesma gravidade de lesão a repercussão seja diferente. No futuro o legislador terá de equacionar se os intervalos em valores absolutos não deverão ser substituídos por valores relativos, como, por exemplo, percentagens de agravamento da indemnização pelo dano biológico em função da maior ou menor repercussão que exista na vida laboral.

Para os casos que se afastem das situações habituais, a Portaria não inibe as seguradoras de ajustar a sua proposta indemnizatória à situação específica em causa, esta deve ser, aliás, a conduta a seguir na formulação de toda e qualquer proposta razoável.

Finalmente, poder-se-ão criticar os limites dos intervalos, no que aos valores dos danos morais complementares respeita. Mais difícil será negar que a redução da capacidade profissional carece de ser tida em conta no valor indemnizatório, nomeadamente quando ela gerando esforços acrescidos não é susceptível de ser indemnizada a título de danos patrimoniais futuros.

Como se comparam os valores de indemnização da Portaria, *para os danos biológicos e não patrimoniais*, com os valores praticados noutros países, *nas lesões mais leves*?

Como se pode observar no quadro 2, para uma vítima de 45 anos de idade, com fractura simples do punho, sem repercussão na sua vida laboral, os valores resultantes da Portaria estão em linha com as indemnizações padrão praticadas em França, Espanha, Itália, Reino Unido e Irlanda.

França <sup>47</sup>	Espanha <sup>48</sup>	Itália <sup>49</sup>	Portugal <sup>50</sup>	Reino Unido <sup>51</sup>	Irlanda <sup>52</sup>
3.750€	3.558€	5.743€	4.025€	4.000£	5.200-15.600€

**Quadro 2**

<sup>47</sup> Indemnização fixada pela Cour d'Appel de Paris: 750 € por ponto e 5 pontos

<sup>48</sup> Valor ponto da Tabela III: 711,64€ por ponto e 5 pontos

<sup>49</sup> Dano biológico relativo a 5 pontos de IPP: 4.318,29. A este valor acresce mais 33% de dano moral (1.425€)

<sup>50</sup> Valor do ponto (de 630-805€) De 3.150€ até 4.025€

<sup>51</sup> Guidelines for the assessment of general damages in personal injury cases. Non uncomplicated Colle's fracture: Simple wrist fracture £2.000- £5.850 (www.national-acident-helpline.co.uk)

<sup>52</sup> PIAB Book of Quantum Fracture Substantially Recovered €5.200-15.600€

Como se comparam os valores de indemnização da Portaria, para os danos biológicos e não patrimoniais, com os valores praticados noutros países nas lesões mais graves?

No quadro 3 apresentam-se valores de referência de Irlanda e França

Sequela	Pontos	Portugal <sup>53</sup>	Irlanda <sup>54</sup>	França <sup>55</sup>
Tetraplegia	95	até €328.500	até €300.000	até €450.000
Amputação das duas mãos	75	até €237.000	até €190.000	até €300.000
Amputação de uma perna	50	até €145.000	até €136.000	até €130.000

**Quadro 3**

Para comparar as indemnizações com Espanha é preciso ter em linha de conta que o “Baremo” espanhol indemniza danos não patrimoniais e patrimoniais, pelo que o comparativo tem de ser feito incluindo estes últimos.

<b>Indivíduo de 40 anos, ITA = 180 dias com internamento, IPP=80 P c /            Incapacidade Permanente Absoluta para a Profissão Habitual (IPAPH), QD=4,            Dano Estético = 4, Rendimentos = 25.000,00€/ano</b>	
<b>PORTUGAL</b>	<b>ESPAÑA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITA: €12.329</li> <li>• Dano biológico: €139.000</li> <li>• DM complementares: €64.000</li> <li>• Dias de internamento: €5.400</li> <li>• Dano Estético: €7.250</li> <li>• Quantum Doloris: € 3.200</li> <li>• Dano Patrimonial Futuro: €338.853</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITA: €5.166</li> <li>• Sequelas: €204.636</li> <li>• Factores de correcção:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Prejuízos económicos: €24.850</li> <li>Dano Moral Complementar: €86.158</li> <li>Invalidez Permanente Total: €86.158</li> </ul> </li> <li>• Danos morais de familiares: €129.238</li> <li>• Dano Estético: €38.696</li> </ul>
<b>Total: €570.032</b>	<b>Total: €574.902</b>

Aos valores anteriores acrescem, nos dois casos, as despesas de adaptação da casa e do veículo, a assistência de 3ª pessoa e as despesas médicas futuras.

Pode concluir-se assim, sem margem para dúvidas, que as indemnizações que resultam da aplicação da Portaria estão razoavelmente próximas, tanto para as lesões invalidantes mais leves, como para as mais graves, das praticadas em países com níveis de rendimento bem superiores aos de Portugal.

<sup>53</sup> Valores calculados para uma vítima jovem que não iniciou a vida laboral

<sup>54</sup> Valores dos limites superiores definidos no Book of Quantum [www.injuriesboard.ie/](http://www.injuriesboard.ie/)

<sup>55</sup> Valores de referência utilizados pelos seguradores em França para os casos mais graves, nomeadamente as crianças

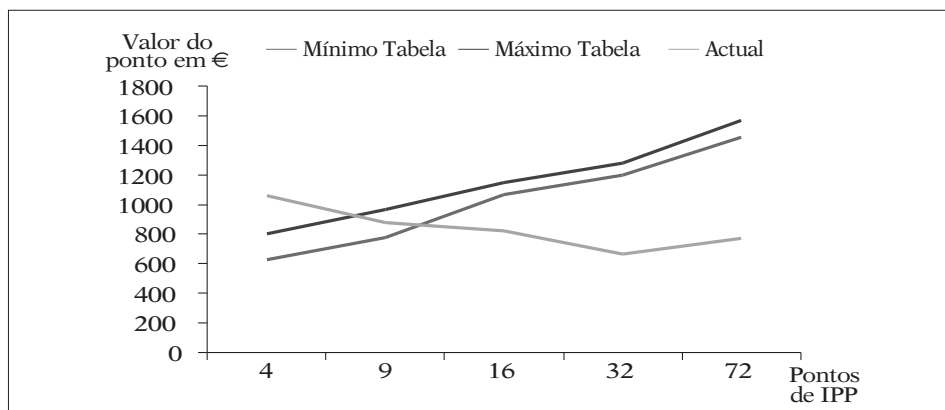
Convém referir que estes países apresentam melhores índices de sinistralidade rodoviária grave (o que por si só já poderia implicar menores indemnizações em Portugal).

A Portaria redistribuiu as indemnizações em favor das lesões mais graves. Se consideramos o valor médio pago pelos danos não patrimoniais em 74 lesados, regularizados entre 2006 e 2008<sup>56</sup>, com IPP média de 81 pontos e idade média de 35 anos, o valor pago foi de 55.000€. Para a mesma idade e pontuação, a Portaria atribuiria, a “este caso tipo”, valores superiores a 200.000€.

Se analisarmos, agora, todas as vítimas com Incapacidade Parcial Permanente (IPP)<sup>57</sup> podemos afirmar que os valores médios atribuídos a cada ponto de IPP, pela Portaria, são superiores, excepto nos casos mais leves, aos actualmente pagos, admitida a hipótese dos valores da amostra estudada não serem díspares dos das restantes seguradoras.

597 lesados	IPP-(0:5] VM:4	IPP-(5:10] VM:9	IPP-(10:20] VM:16	IPP-(20:50] VM:32	IPP-(50:100] VM:72
Idade Média	43	45	43	44	44
Valor por ponto paga em 2007	€1.059	€880	€823	€667	€769
Valor Ponto na Portaria	€630-805	€780-965	€1.065-1.150	€1.195-1.282	€1.455-1570

**Quadro 4**



**Gráfico 6**

<sup>56</sup> Grandes inválidos indemnizados pela Império-Bonança

<sup>57</sup> Vítimas com IPP indemnizadas em 2007 pela Império-Bonança

Donde se concluir que o legislador, claramente, procurou redistribuir as indemnizações em benefício das situações mais graves – mortes e incapacidades elevadas – sendo nestas últimas onde se verificam as maiores disparidades face a valores praticados noutros países europeus, seguindo, assim, a mesma lógica de outras reformas do sistema indemnizatório por acidentes viação<sup>58</sup>.

Para concluir o capítulo relativo aos Outros Danos Morais Complementares, é preciso mencionar as indemnizações previstas na Portaria para os seguintes danos:

- Pelos dias de internamento hospitalar, de 20 a 30€ / dia
- Pelo dano estético, de 800 a 10.000€, numa tabela de 1 a 7 graus
- Pelo quantum doloris, isto é pela dor sofrida antes da alta clínica, de 800 a 5.200€, numa escala de 1 a 7, sendo que os valores tabelados começam no grau 4

Criticamente, é de admitir que a opção do legislador de não incluir valores de indemnização pelos danos morais para os dias de incapacidade sem internamento ou para o quantum doloris em grau 1,2 ou 3 possa ser polémico.

Contudo, a este respeito, dir-se-à que o legislador está a aplicar, *strictu sensu*, o número 1 do artigo 496º do Código Civil, no qual se refere: “*na fixação da indemnização deve atender-se aos danos não patrimoniais que, pela sua gravidade merecem a tutela de direito*”.

Em todo o caso, convém mencionar que o facto da Portaria não obrigar a seguradora a incluir na sua proposta razoável um valor para indemnizar estes danos, tal não implica que ela não deva indemnizá-los quando, pela sua natureza e/ou gravidade, o mereçam, como acontecerá, por exemplo, nas situações de internamento domiciliário prolongado ou quando os tratamentos clínicos tenham comportado incómodos significativos para os lesado.

O mesmo se aplica a danos menos habituais que a Portaria não contempla de forma expressa. Temos, a este respeito, como exemplos, o prejuízo de afirmação pessoal e o prejuízo sexual que, a verificarem-se, terão, necessariamente, de ser indemnizados segundo princípios de equidade e, sempre que possível, em linha com os critérios nela previstos para a indemnização dos outros danos não patrimoniais.

---

<sup>58</sup> Elucidativo desta tendência é a avaliação da necessidade da reforma do sistema de compensação no Quebec. “The main weaknesses in the liability (or fault) system with a single and definitive payment scheme concerned bodily injuries in which minor lesions were over-compensated, although extensive bodily injury were notoriously under-compensated” Jean-Lous Gauvin. A Centralized Approach to Compensation, Qubec. PartnerRe 2008. Bodily Injury Viewpoints for Europe

## 4. Conclusões

A primeira conclusão que importa retirar é a de que os valores e critérios que configuram a Proposta Razoável aproximam as indemnizações do seguro obrigatório português às vigentes noutros países europeus.

A segunda, é a de que o modelo indemnizatório está em linha com a legislação e/ou a prática jurisprudencial da maioria dos países europeus, no sentido de existir uma clara separação entre os danos patrimoniais, calculados caso a caso, e os danos biológicos e não patrimoniais, calculados em função de valores de referência que permitem indemnizar de forma igual o que é igual – princípio de igualdade – e de forma diferente o que é diferente – princípio de diversidade<sup>59</sup>. ultrapassando a actual situação, sem igual na Europa, de indemnizar danos de natureza não patrimonial em função dos rendimentos auferidos.

A terceira é a de o modelo indemnizatório redistribui as indemnizações em favor dos lesados mais graves, atribuindo valores mais elevados às vítimas com lesões mais graves, nomeadamente quando estão impedidas de desenvolver o seu trabalho habitual ou qualquer outro tipo de trabalho. Acresce que os Tribunais mantêm o poder discricionário de alterar os valores da proposta razoável, se esta não se adequar à situação concreta do lesado a indemnizar.

A quarta conclusão, a terminar, é a que o novo sistema estabelece uma relação de total transparência entre as seguradoras e os lesados, favorecendo, naturalmente, os mais desprotegidos. Como um exemplo vale mais do que mil palavras, permitimo-nos reproduzir um e-mail enviado por um advogado na sequência de uma proposta razoável efectuada muito recentemente<sup>60</sup>.

*Após ter regularizado junto da sua respeitada Companhia o sinistro automóvel (...) pensei em escrever algo sobre a forma como (...) conduziram o processo até à sua conclusão. (...) Desta vez não deixei cair no esquecimento, porque é simultaneamente um gosto e uma obrigação agradecer-lhe (...) pela forma transparente e honesta como conduziram a regularização do sinistro em apreço, ademais porque não é habitual (pelo menos nunca me aconteceu) não ser aceite a minha proposta para regularização do sinistro porque aquém do valor que a Companhia tinha para pagar em sede de regularização extrajudicial. Esta postura é algo que não poderei esquecer (...!*

Por último e não menos importante, reter que o novo normativo revaloriza a função do médico avaliador na formulação da proposta razoável. A actual legislação dá, à seguradora, a faculdade de pedir ao lesado para ser avaliado

<sup>59</sup> AVV. Marco Bona Public Hearing on Road Traffic Accidents in the European Parliament. Committee on Legal Affairs. 19 March 2007

<sup>60</sup> E-mail enviado pelo Senhor Dr. A. Dinis de Oliveira em 11 de Novembro de 2008. A reprodução foi autorizada pelo autor. Sublinhado pelos autores



por perito médico. O lesado, por sua vez, tem o direito a receber o relatório pericial, em prazo não superior a dez dias após estar na posse da seguradora.

O perito médico passa, sem dúvida, a ser o principal interlocutor da vítima na procura de alternativas adequadas à reparação dos danos que sofreu e, sempre que se justifique, à sua reabilitação e integração na vida activa.

Terminamos sabendo que, o sistema de compensação das vítimas de acidentes de viação, agora delineado, não é perfeito, nem podia sê-lo. Abre, porém, novas vias que ajudam a ultrapassar as dificuldades sentidas, no dia a dia, por todos os que têm responsabilidade em indemnizar. Novas vias que, beneficiando da rica e vasta experiência jurisprudencial existente, nos aproxima das melhores práticas europeias. É responsabilidade de todos, seguradoras, advogados, peritos médicos e, naturalmente, dos tribunais, como supervisores de ultima instância, aperfeiçoá-lo. E o primeiro passo neste fim pode ser institucionalizar um centro de arbitragem que, mediante parecer do Instituto Nacional de Medicina Legal, seja competente para resolver os conflitos entre as partes relativamente à avaliação do dano corporal, segundo a proposta formulada pelo Conselheiro Sousa Dinis<sup>61</sup>.

## Bibliografia

- ALVAREZ QUINTERO J.M. Delinquência Rodoviária, impunidade e compensação de danos. Coimbra. Revista Portuguesa do Dano Corporal nº 14 2004
- ÁLVARO DIAS J.A Dano Corporal Quadro epistemológico e aspectos ressarcitórios. Coimbra. Almedina 2001
- BRAGA A. A reparaçõ do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontractual. Coimbra. Almedina 2005
- COMITÉ EUROPÉEN DES ASSURANCES. L'indemnisation du dommage corporel en Europe. Essai Comparatif [www.cea.assur.org](http://www.cea.assur.org) 2004
- DA COSTA OLIVEIRA A.F. Seguro obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel. Síntese das alterações de 2007-DL 291/2007,21 de Agosto. Coimbra. Almedina 2008
- DONÁRIO A.A. Análise Económica da Regulação Social. Causas, Consequências e Politicas dos Acidentes de Viação. Edual 2007
- NUNO VIEIRA, D Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra. Biblioteca Seguros da Caixa Seguros. 2008
- PARTNER RE Bodily Injury. Viewpoint for Europe. [www.partenerre.com](http://www.partenerre.com)
- FUNDACION INADE Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación 2008 [www.inade.org](http://www.inade.org)
- SOUSA DINIS J.J. A baremização do dano corporal na responsabilidade civil (excluídos os acidentes laborais) Coimbra. Revista Portuguesa do Dano Corporal nº 14 2004

<sup>61</sup> SOUSA DINIS J.J. A baremização do dano corporal na responsabilidade civil (excluídos os acidentes laborais) Coimbra. Revista Portuguesa do Dano Corporal nº 14 2004

**Resumo:** A actualização do sistema de indemnização nos acidentes viação. Uma reforma necessária?

A compensação de danos corporais em Portugal foi alterada recentemente. Os autores defendem que as novas disposições são necessárias e oportunas, e conduzem a uma compensação das vítimas mais transparente, célere e justa.

Um dos principais méritos do novo sistema é o de reequilibrar as indemnizações, beneficiando os que sofrem lesões mais graves e os que têm menores recursos financeiros. O novo normativo está mais ajustado à resolução (75) 7 aprovada pelo Comité de Ministros do Conselho Europeu.

Finalmente, os autores consideram que Portugal está a superar o atraso histórico que tinha na adaptação da legislação do seguro obrigatório às necessidades das vítimas.

**Palavra-chave:** Proposta razoável.

**Summary:** To update the road compensation system. Is it necessary?

New provisions regarding personal damage compensation have come into force in Portugal. The authors believe these new regulations were necessary and opportune, leading a more transparent, faster and fairer compensation to the victims.

One of the main features of the new system is a re-balanced award benefiting the worse after-effects and people with fewer financial resources. Also the current provisions fit better the (75) 7 resolution approved by the Committee of Ministers of the European Council.

Finally the authors consider Portugal is overcoming its age-old problem of delay in adopting compulsory motor insurance for victim's needs.

**Key-word:** Reasoned offer.

**Résumé:** L'actualisation du système d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation. Une réforme nécessaire?

De nouvelles conditions d'indemnisation des dommages corporels sont entrées en vigueur au Portugal. Les auteurs estiment que ces réglementations étaient nécessaires et opportunes, conduisant à une compensation des victimes plus transparente, plus rapide et plus juste.

L'une des principales caractéristiques de ce nouveau système est un rééquilibrage de l'indemnité dans les cas de séquelles les plus graves et des personnes aux faibles revenus. De même, les dispositions actuelles répondent mieux aux critères de la résolution 7 (75) approuvée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.

Pour conclure, les auteurs considèrent que le Portugal est en train de rattraper son retard historique en adoptant une assurance automobile obligatoire qui répond aux besoins des victimes.

**Mot-clé:** Offre raisonnable.

**Pedido de separatas:**

JOSÉ ALVAREZ QUINTERO

jose.quintero@bep.pt



# O dano sexual. Contributo para a avaliação médico-legal dos danos na pessoa

L. Santos<sup>1,2</sup>, T. Magalhães<sup>1,3</sup>, D. Pinto da Costa<sup>1,2</sup>, E. Matos<sup>3</sup>

## Introdução

A sexualidade humana constitui uma área essencial das nossas vidas, não só como uma via para a reprodução, como também na perspectiva da afectividade e da gratificação pessoal. Assim, disfunções de carácter sexual, qualquer que seja a sua etiologia, podem ter enormes repercussões do ponto de vista individual (como a diminuição da auto-estima ou a depressão) e em termos familiares, podendo culminar na separação de um casal.

Muitos destes problemas têm soluções terapêuticas, mas a falta de informação da comunidade em geral sobre o assunto, bem como os tabus sociais ainda existentes, levam a que tanto doentes como terapeutas se inibam, muitas vezes, não o abordando.

A avaliação das perturbações do desempenho sexual, nomeadamente das disfunções sexuais, impõe muitas dificuldades, mas muito se tem investigado nos últimos anos para que se possa não só, compreender a etiologia e os mecanismos psico-fisiológicos subjacentes a cada uma delas, como também adequar o tratamento a cada caso particular. A evolução da medicina sexual relaciona-se não só com a necessidade de todos compreendermos uma área ainda não totalmente explorada, mas também com a assunção de que os problemas da intimidade de cada um podem ter soluções que passam por um diagnóstico preciso e atempado.

Um grande número destas situações relacionam-se com traumatismos, como é o caso dos acidentes de viação. Ora, quando nestes casos de etiologia traumática se apura eventual responsabilidade de terceiros, poderá haver lugar à avaliação médico-legal do dano corporal resultante para estas

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

vítimas, sendo em sede de Direito Civil que a maioria destas situações são avaliadas, tendo como objectivo a reparação integral dos danos sofridos, tal como consignado no artigo 562º do Código Civil Português. O momento da realização do exame médico-legal deve ser, por vários motivos, considerado privilegiado para o diagnóstico desta sequela.

O desconhecimento, a vergonha, o receio do ridículo, impedem que as questões da sexualidade sejam, por norma, abordadas. Tal não devia acontecer, uma vez que a saúde sexual se inclui na noção geral de saúde e, como tal, não deveria nunca ser negligenciada. Mas a medicina legal poderá constituir uma última hipótese para a abordagem médica desta problemática, pelo que os peritos médico-legais devem ter sempre presente a possibilidade da existência de um DS e ter a noção da importância de uma correcta avaliação de todas as sequelas do indivíduo, particularmente aquelas que ao serem normalmente esquecidas em avaliações anteriores, podem afectar a vítima para sempre. No entanto, a avaliação do DS nem sempre se realiza e quando tem lugar, nem sempre obedece a critérios rigorosos, pelo que importa analisar estes aspectos com mais pormenor.

### **a) O Dano Sexual**

No que respeita aos danos na esfera da sexualidade, está prevista, no âmbito do Direito Civil, a valoração do *Dano Sexual* (DS), enquanto parâmetro de dano independente, não económico ou extra-patrimonial. Mas, em termos médico-legais, a avaliação deste dano constitui um grande desafio pericial; primeiro, porque a sua objectivação nem sempre é possível, o que se traduz, por vezes, em critérios díspares em termos de avaliação; segundo, porque o tema em avaliação pertence à esfera íntima da vítima, a ele se associando certos preconceitos, pelo que muitas vezes o mesmo nem chega sequer a ser abordado na avaliação médico-legal; finalmente, porque passa por vezes despercebido ou é subvalorizado, face à gravidade objectiva de outras sequelas.

É, no entanto, indiscutível que para um ressarcimento total dos danos na pessoa é essencial avaliar a existência deste eventual dano. É também claro, que tal avaliação deve ser sempre feita segundo os mesmos critérios periciais, de modo a que se garanta não só rigor na avaliação, como justiça na decisão final quanto à reparação a atribuir.

A avaliação do DS está, em grande parte, relacionada com a capacidade de diagnosticar uma disfunção sexual. As dificuldades neste diagnóstico, vastamente referidas na literatura de urologia, ginecologia e psiquiatria são, em grande medida, aquelas com que se depara a Medicina Legal. Nos últimos 20 anos, muitos esforços têm sido feitos, na tentativa de colmatar estas adversidades (4). Assim, importa salientar que, se por um lado, a medicina legal

não é a única especialidade com dificuldades na avaliação do DS, por outro, a consciencialização global dessas limitações está claramente a dinamizar o estudo destas disfunções, criando instrumentos que poderão permitir colmatar tais dificuldades, estimulando também a participação neste esforço colectivo de tomada de consciência para um problema ainda demasiado oculto.

## b) Disfunções sexuais

A disfunção sexual constitui uma situação em que a função sexual está afectada por factores biológicos, psicológicos e sociais. Um distúrbio numa ou mais destas áreas pode resultar em disfunção sexual (12).

A presença de uma disfunção sexual cria no indivíduo que a sofre ansiedade, medo e vergonha, sentimentos que, por sua vez, condicionam o agravamento e a perpetuação desta disfunção (1,12,14).

Durante várias décadas, os dois sistemas de classificação de disfunções sexuais mais utilizados foram a *Classificação Internacional das Doenças* (actualmente CID-10) e o *Manual Diagnóstico e Terapêutico das Doenças Mentais* (actualmente DSM-IV-TR) adoptados, respectivamente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela *American Psychiatric Association's* (4).

As quatro categorias *major* de disfunções sexuais em ambos os sistemas acima referidos, são desordens a nível do desejo, excitação, orgasmo e dor (4,13).

O DSM-IV-TR é, ainda hoje, o sistema de classificação mais utilizado (12). De acordo com os seus critérios, são consideradas sete categorias *major* de disfunções sexuais (2):

- a. perturbações do desejo sexual (desejo sexual hipoactivo e aversão sexual);
- b. perturbações da excitação sexual (perturbação da excitação sexual na mulher e disfunção eréctil no homem);
- c. perturbações do orgasmo (perturbação do orgasmo na mulher, perturbação do orgasmo no homem e ejaculação precoce);
- d. perturbações de dor sexual (dispareunia e vaginismo);
- e. perturbações sexuais secundárias a um estado físico geral;
- f. disfunções sexuais induzidas por substâncias;
- g. disfunções sexuais sem outra especificação.

Como já referido, as duas últimas décadas foram profícuas em encontros científicos e investigações levadas a cabo na área da sexualidade humana. Na sequência destes vários encontros, actualmente são já seis os sistemas de classificação mais utilizados em medicina sexual. Além do CID-10 e do DSM-IV-TR, estão ainda disponíveis as classificações do *National Institute of Health Consensus Conference on Impotence*, da *American Foundation for Urologic Diseases*, do *International Consensus Conference on Women's Sexual*

*Dysfunction* e do *First and Second International Consultations on Sexual Dysfunctions*. (4).

Estas classificações são, genericamente, semelhantes entre si. É importante referir que a principal evolução está relacionada com a inclusão da percepção da disfunção pelo indivíduo, ou seja, no diagnóstico de uma disfunção sexual passou a ser considerado importante não apenas a limitação apresentada pelo indivíduo, mas, acima de tudo, a forma como o indivíduo entende e vivencia a sua limitação (5,11). Em consonância com isto, surgiram novas ferramentas de avaliação, nomeadamente questionários auto-aplicados. Estes questionários são cada vez mais utilizados no diagnóstico das disfunções sexuais (5). Salienta-se, assim, a valorização da subjectividade, demonstrando que a evolução não vai tanto no sentido da total objectivação das patologias mas, antes, no sentido de uma visão personalizada sobre as mesmas. A ciência caminha, claramente, para o estudo dos doentes em detrimento do estudo das doenças.

### **c) Disfunções sexuais pós-traumáticas**

A vivência de um evento traumático tem consequências por vezes devastadoras na vida do indivíduo. As consequências do trauma constituem um grande desafio, uma vez que as situações traumáticas são, actualmente, uma das causas mais importantes de morbilidade física e psico-social crónica. Nesta matéria, a medicina legal assume um papel importante pela experiência e reflexão que resultam do trabalho diário com vítimas de trauma (9). Nestes casos, a sexualidade é também muitas vezes afectada, cabendo ao perito avaliar a presença de uma perturbação do desempenho sexual e a sua relação com o trauma sofrido.

A disfunção sexual pós-traumática não é uma designação utilizada com frequência, no entanto, em muitos estudos, e mesmo na literatura médica clássica, encontram-se referências a disfunções sexuais que, pela sua etiologia, cabem nesta designação.

De acordo com os critérios do DSM-IV-TR, algumas das disfunções sexuais pós-traumáticas poderiam ser incluídas nas disfunções de tipo adquirido, secundário a factores psicológicos ou secundário a factores combinados. Dentro deste último subgrupo, é importante salientar que as especificações relativas a disfunções sexuais secundárias a um estado físico geral contemplam muitas situações onde é possível incluir casos de disfunções pós-traumáticas, designadamente: lesões do lobo temporal; epilepsia do lobo temporal; patologia traumática da medula espinal; neuropatia periférica; parésia generalizada; procedimentos cirúrgicos, nomeadamente ressecção cólica abdomino-perineal, simpatectomia, cirurgia aorto-iliaca e cistectomia radical (2,12). Acresce que alguns casos de disfunções sexuais induzidas por substâncias (2), poderão ser

consideradas pós-traumáticas, caso a terapêutica subjacente à disfunção esteja associada ao tratamento de uma patologia decorrente do evento traumático.

As disfunções podem, pois, resultar apenas do trauma psicológico, apenas do traumatismo orgânico, ou de ambos.

#### **d) Aspectos médico-legais do *Dano Sexual***

O DS constitui um dano não económico (ou extra-patrimonial), avaliado e reparado em sede de Direito Civil, e corresponde à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação (15).

É quantificado numa escala com sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7), cuja fundamentação é obrigatória não só no capítulo da “Discussão” mas, também, através da descrição correcta e pormenorizada das queixas (funcionais e situacionais) e sequelas, nos respectivos capítulos (15).

O DS pode manifestar-se através de perturbação do desejo, da excitação, do orgasmo ou de dor relacionada directamente com o acto sexual ou provocada por este, devido a sequelas resultantes do evento traumático ou, ainda, por dificuldades de posicionamento, devido também às sequelas traumáticas.

Significa isto que, tendo sempre em conta o estado anterior da vítima, o papel do perito inclui a avaliação de eventual disfunção sexual pós-traumática ou perturbação da actividade sexual na dependência de sequelas consequentes ao evento traumático. Ou seja, avaliar o nexo de causalidade entre a perturbação do desempenho sexual descrita e o evento traumático em estudo.

Pode considerar-se que o conceito de DS é um conceito mais alargado do que o conceito genérico de disfunção sexual, uma vez que, em algumas situações se encontram alterações da actividade sexual do indivíduo não contempladas nas várias classificações de disfunções sexuais.

## **II. Objectivos**

O objectivo do presente trabalho é, em termos gerais, analisar os critérios de valoração do DS numa população de peritos portugueses, identificando os pontos fracos da mesma, tendo em vista contribuir para o repensar da metodologia de avaliação do DS.

Os objectivos específicos são os seguintes:

1. Identificar os tipos de lesões associadas aos casos que apresentam perturbações do desempenho sexual, numa população de traumatizados por acidente de viação;



2. Avaliar a qualidade da valoração deste dano pelos peritos, tendo em conta a sua descrição e os critérios científicos usados para a sua fundamentação/justificação;
3. Avaliar a forma como os tribunais repararam este dano;
4. Estabelecer a correlação entre os danos valorados pelo perito e pelo tribunal.

### III. Material e Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo a partir dos relatórios periciais elaborados no âmbito do Direito Civil, nos serviços médico-legais (Delegação e Gabinetes) do norte de Portugal, de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2005 (n=156); analisaram-se, ainda, as respectivas sentenças judiciais (n=47). Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: (a) exames no âmbito de Direito Civil; (b) consequentes a acidente de viação; (c) com relatórios periciais concluídos, (d) nos quais era feita referência a queixas do foro da sexualidade e/ou atribuído DS.

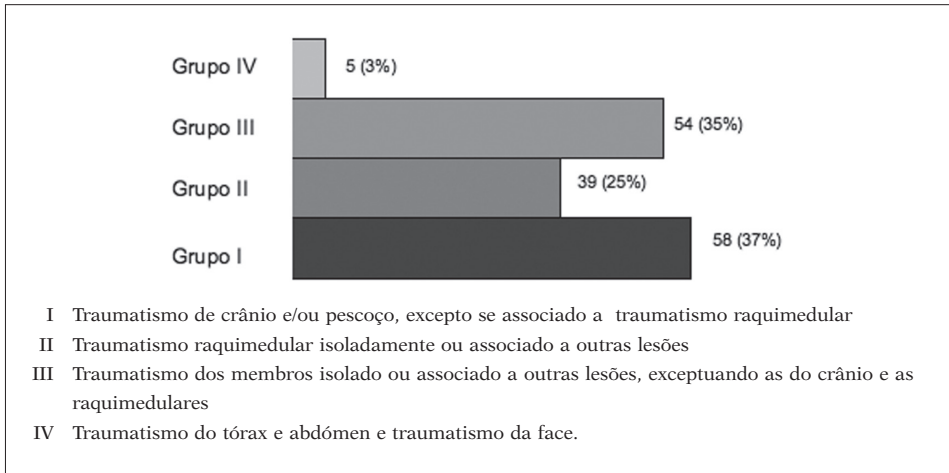
Para a realização da base de dados foi utilizado o programa informático Excel 2003 e para o tratamento estatístico dos dados foi usado o SPSS 15.0 para Windows.

### IV. Resultados

A população estudada era maioritariamente masculina (58.3%), com idade média de 36 anos (Mín=14, Máx=68, DP=13.6), sem antecedentes patológicos de relevo (96.2%).

As lesões resultantes distribuíram-se pelos seguintes grupos (Gráfico 1):

- Grupo I: traumatismos de crânio e/ou pescoço, excepto aqueles em que está associado traumatismo raquimedular (n=58; 36%);
- Grupo II: traumatismo raquimedular isoladamente ou associado a outras lesões (n=39; 25%) – atingimento neurológico em 41% (n=16);
- Grupo III: traumatismo dos membros isolado ou associado a outros traumatismos, exceptuando os do crânio e os raquimedulares (n=54; 34.6%);
- Grupo IV: traumatismos do tórax e abdómen e traumatismos da face (n=5; 3.2%); destes, 65 casos tiveram traumatismo crânio-encefálico (42%), 29 lesões da bacia e/ou anca (18.6%) e 7 lesões dos órgãos genitais e/ou vias urinárias (4.4%).



**Gráfico 1.** Distribuição das lesões segundo os grupos definidos (n=156)

Dos 156 casos em que havia referência a eventual disfunção sexual, o DS foi atribuído em apenas 111 (71%), em 3 deles de forma qualitativa e nos restantes valorado quantitativamente.

Na totalidade dos casos em que o DS foi atribuído (n=111), este não foi descrito a nível das queixas em 19.8% dos casos. Nos restantes 80.2% (n=89), e na maior parte das vezes, foi feita referência a dificuldades durante o acto sexual, devido a queixas álgicas residuais, na sequência das várias lesões sofridas (29.2%) (Tabela 1).

Em 27 dos casos em que houve atribuição de DS (24.3%), este não foi fundamentado ou justificado pelo perito. Destes, o DS foi contudo descrito a nível das queixas em 21 casos (77.8%) (Tabela 2).

Verificou-se ainda, que nos casos em que foi feita a fundamentação do DS (n=84, 76%) (Tabela 3), a mesma nem sempre encontrou suporte a nível da sua descrição no capítulo das queixas (n=16; 19.1%) (Tabela 2).

Queixas do desempenho sexual	n	%
Queixas álgicas não genitais	26	29.2
Perturbações da erecção	21	23.6
Perturbações do desejo	10	11.2
Perturbações do desejo e queixas álgicas não genitais	10	11.2
Outras queixas	22	25.1

**Tabela 1.** Descrição pelos peritos das queixas do desempenho sexual (n=89)

DS (%)	Justificado	N/ Justificado	Totais
Descrito	61	19	80
N/ Descrito	15	5	20
Totais	76	24	100

**Tabela 2.** Critérios de valoração do DS – Fundamentação da avaliação (n=111)

Justificação do DS	n	%
Queixas álgicas não genitais	21	25
Perturbações do desejo	10	12
Perturbações da erecção	8	9.5
Perturbações do desejo e queixas álgicas não genitais	3	3.5
Outras justificações	42	50

**Tabela 3.** Justificação pelos peritos do DS atribuído (n=84)

Para a melhor fundamentação deste dano, os peritos apoiaram-se, muito excepcionalmente (n=6), em exames de outras especialidades, designadamente: (a) Urologia (n=1); (b) Psiquiatria (n=3); (c) Urologia e Psiquiatria (n=2).

Analisando a amostra global (n=156), constatou-se que foi atribuído *Quantum Doloris* (QD) em todos os casos, *Incapacidade Permanente Geral* (IPG) em 155 (99.4%), *Dano Estético* (DE) em 119 (76.3%) e *Prejuízo de Afirmação Pessoal* (PAP) em 61 (39.1%) (Tabela 4).

Parâmetros de dano	Atribuído (n; %)	Mín.	Máx.
Incapacidade Permanente Geral	155; 99.4	5	100
Dano Futuro	22; 14.1	5	15
<i>Quantum Doloris</i>	156; 100	1	7
Dano Estético	119; 76.3	1	7
Prejuízo de Afirmação Pessoal	61; 39.1	1	5

**Tabela 4.** Outros parâmetros de dano valorados (n=156)

Relativamente às decisões judiciais (n=47), o DS foi considerado como um parâmetro de dano relevante para a definição da indemnização em apenas 1 caso e, em apenas 9 havia referências a queixas relacionadas com o foro sexual.

## V. Discussão

A sexualidade faz parte integrante da natureza humana e daí a sua importância, que vai para além das necessidades reprodutivas. Acresce a este facto, a circunstância de que os humanos associam o sexo ao amor e aos afectos,

razão pela qual o sexo e a sexualidade mantêm a sua importância mesmo com o avançar da idade (5), assumindo um papel preponderante na manutenção harmoniosa de relações interpessoais e familiares, e no bem-estar individual.

Apesar deste facto, a eventual existência de DS não parece ser analisada por rotina nas perícias médico-legais, como sugerem os resultados deste estudo, em que há referência à presença de perturbações do desempenho sexual apenas em 4% dos casos. A este propósito, registre-se como exemplo curioso, que num exaustivo trabalho, efectuado em área geográfica aproximada e pelos mesmos serviços médico-legais, que analisa os diferentes parâmetros de dano em relação aos acidentes de viação em geral (7), o DS não é considerado, o que pode corroborar a ideia de que este, efectivamente, não é suficientemente tido em conta.

As razões serão várias, e já foram sendo apontadas. O ensino actual da medicina em Portugal não inclui, na maioria dos estabelecimentos de ensino, formação capaz na área da medicina sexual, disto resultando um natural desconhecimento destas questões, o que acarretará uma desvalorização da sexualidade na avaliação geral dos doentes.

Por outro lado, a avaliação de uma perturbação do desempenho sexual é uma tarefa complexa, que exige conhecimento e experiência. Mas tal não justifica a sua não avaliação, uma vez que, constitui obrigação do perito médico-legal procurar adquirir capacidades, nas diversas áreas necessárias ao desempenho da sua função (8).

Nos exames realizados em sede de Direito Civil, cabe ao perito avaliar todas as sequelas decorrentes do evento traumático, conhecendo a doutrina médico-legal e a existência de vários danos a avaliar; um deles é, sem dúvida, o DS (6,10,15), apesar da Tabela de Indemnizações portuguesa<sup>4</sup> parecer ignorá-lo.

Não será exigível, que todos os peritos sejam capazes de avaliar sozinhos todas as situações em que existe uma perturbação do desempenho sexual, nem tal seria desejável, porque em muitos casos importa esclarecer o diagnóstico através do recurso a outras especialidades e a exames complementares de diagnóstico, mas é fundamental que os peritos sejam capazes de diagnosticar todas as possíveis disfunções sexuais e, sempre que necessário, orientem as vítimas para os adequados exames de especialidade (Neurologia, Endocrinologia, Ginecologia, Urologia/Andrologia, Psiquiatria/Sexologia e/ou Psicologia, entre outros) e/ou complementares. Esta é aliás, como acima referido, uma obrigação do perito, já que, face ao desenvolvimento actual da medicina, não é possível ter em simultâneo conhecimentos aprofundados das matérias relativas a todas as especialidades médicas, deve por isso, o perito médico, apoiar-se sempre que adequado, em pareceres de outras especialidades (8).

<sup>4</sup> Portaria n.º 377/2008 de 26 de Maio

A determinação do nexo de causalidade no caso do DS é um momento que encerra grandes dificuldades. Efectivamente, a determinação deste nexo é particularmente complexa, na maioria dos casos, dada a difícil objectivação do dano e comprovação do estado anterior, bem como as múltiplas etiologias das eventuais disfunções sexuais pós-traumáticas.

No entanto, a impossibilidade de objectivação não pode justificar, em todos os casos, a não atribuição do dano, uma vez que um trauma físico e/ou psíquico pode condicionar queixas persistentes, que tanto o exame clínico, como eventuais exames complementares, não consigam diagnosticar (em alguns casos justificado pelo estado actual da nossa tecnologia). Nestes casos, o médico não encontra para as queixas um substrato objectivo, mas pode dizer se estas queixas são ou não cientificamente explicáveis, ou seja, se são plausíveis (6), devendo admitir, se o forem, o nexo de causalidade.

Relativamente à reparação do DS, a análise realizada não deixa dúvidas de que são muito raras as vezes em que as questões relativas à intimidade sexual são abordadas pelos advogados e juízes. Várias podem ser as explicações para este facto.

Se, como já referido, os próprios profissionais de saúde têm algumas dificuldades em abordar estas questões, nomeadamente por falta de formação, não será surpreendente que para os advogados e juízes estes assuntos sejam ainda de mais difícil abordagem.

Como refere Foucault (3), a lei está habituada a lidar com a sexualidade no sentido punitivo, havendo uma longa tradição e evolução neste sentido, nomeadamente, em relação aos crimes sexuais. Na avaliação do DS, o que se pede ao Direito é que lembre sempre a sexualidade, não na sua vertente punitiva, mas antes como parte inerente e essencial para o bem-estar do indivíduo, tão importante que da sua normalidade está dependente a manutenção da espécie humana.

Pode parecer que ultrapassa as competências da Medicina Legal alertar a comunidade jurídica para estas questões, no entanto, tal objectivo será mais fácil de atingir do que poderá aparentar. A realização sistemática de uma análise séria deste dano, descrevendo-o, valorando-o e justificando-o de forma adequada, alertará estes profissionais para a sua existência.

A mudança não será imediata, mas o nosso objectivo maior não é a rapidez, mas sim a eficácia, e essa por vezes demora o seu tempo. Acreditamos que poderá valer a pena.

## VI. Conclusões

O carácter íntimo da matéria em avaliação, a dificuldade de objectivação do dano e, por vezes, a ausência de abordagem destas situações, conduzem a uma subavaliação do DS. No entanto, este tipo de dano pode ter grande relevância para a qualidade de vida dos doentes, pelo que não pode deixar de ser diagnosticado, tratado e reparado.

A avaliação do DS pressupõe a existência de atitudes e conhecimentos relativamente à abordagem das questões do foro da sexualidade que, com base no estudo efectuado, parecem carecer de um maior desenvolvimento, pelo menos no grupo de peritos sobre o qual foi efectuada a análise. Efectivamente, os resultados sugerem que não são seguidos quaisquer critérios na avaliação deste dano, ficando por vezes mesmo esquecida aquela norma fundamental à avaliação pericial de qualquer dano, a fundamentação ou justificação da valoração feita.

A circunstância do relatório pericial não contribuir, em quase nada, para a produção da sentença no que ao DS diz respeito, pode estar relacionada com o facto da avaliação deste dano, nos relatórios periciais, não parecer obedecer, como se referiu, a critérios rigorosos, sendo que num relevante número de casos a sua valoração é feita sem uma qualquer fundamentação (24%), mas resultará, sobretudo, do facto das vítimas e seus advogados não estarem sensibilizadas nem atentos à possibilidade deste dano poder ser reparado, pelo que o mesmo não aparece geralmente quesitado.

As dificuldades de avaliação deste dano, demonstradas no presente estudo, são reveladoras da necessidade de um maior trabalho de definição de normas procedimentais quanto aos seus critérios de avaliação, bem como uma melhor formação e sensibilização dos peritos sobre a importância desta matéria. De facto, os resultados do presente estudo permitiram concluir que:

1. As perturbações a nível da sexualidade são referidas em 4% dos relatórios periciais, realizados em sede de Direito Civil, por acidente de viação (n=156).
2. O DS foi considerado apenas em 71% dos casos em que havia referência a perturbações a nível da sexualidade (n=111);
  - 2.1. Estas perturbações estavam directamente relacionadas com a função sexual em cerca de 46% dos casos, admitindo-se a existência de outras alterações (por exemplo, a nível ortopédico), como condicionantes do desempenho sexual e, portanto, justificando a atribuição de DS;
  - 2.2. Em 3 destes casos o DS apenas foi valorado qualitativamente;

- 2.3. Em 20% não foram descritas alterações nem a nível das queixas funcionais, nem situacionais;
- 2.4. Apenas em 6 casos foram solicitados exames de especialidade para a confirmação deste dano;
- 2.5. Em nenhum caso foram requeridos, directamente pelo perito, exames complementares de diagnóstico;
- 2.6. A atribuição de DS não foi justificada no capítulo da “Discussão” em 24% dos casos;
- 2.7. Nos casos em que foi apresentada fundamentação, pelo menos em 50% esta era vaga e, por vezes, desadequada;
- 2.8. A justificação mais frequente relacionou-se com queixas algicas não genitais (25%).

Tendo em conta estas conclusões, propõe-se o seguinte, relativamente à avaliação e valoração do DS em sede de Direito Civil:

1. Este dano deve ser sempre pesquisado, independentemente da idade, sexo ou estado civil da vítima;
2. Nesse sentido, a vítima deve ser abordada de forma adequada, com delicadeza, mas com profissionalismo, face à possibilidade da sua existência, salvo em casos muito específicos em que o perito considere ser do interesse desta não o fazer. Ainda assim, tal opção deverá constar do relatório;
3. Se necessário e adequado, deve ser também entrevistado(a) sobre o assunto o(a) parceiro(a) sexual da vítima;
4. A descrição e valoração deste dano, a nível do relatório, poderá merecer o consentimento da pessoa a avaliar, se capaz de o dar;
5. A valoração deste dano deve apoiar-se na sua descrição a nível das queixas e, nos casos em que tal for possível, ser objectivado através do exame físico; se essa objectivação carecer da realização de exames de especialidade ou complementares de diagnóstico, estes devem ser efectuados;
6. Se os exames de especialidade considerarem a possibilidade terapêutica das perturbações sexuais, dever-se-á ponderar a questão da data de consolidação;
7. Esta valoração deverá privilegiar a descrição, tanto mais que a Tabela portuguesa de indemnizações não considera este dano; no entanto, atendendo à metodologia preconizada para os restantes danos permanentes, não económicos, propõe-se que seja feita, sempre que possível, a sua quantificação numa escala de 7 graus de gravidade crescente;

8. Nos casos em que as perturbações sexuais tenham uma evidente componente orgânica e funcional, este dano deverá ser avaliado em duas vertentes, a IPG (de acordo com a Tabela de Incapacidades em Direito Civil) e o DS, tal como acontece actualmente com o Dano Estético;
9. A valoração do DS deve ser sempre justificada no sub-capítulo de danos permanentes, a nível do capítulo da “Discussão”, tendo em conta, sempre que possível, as classificações existentes, designadamente o DSM-IV-TR;
10. Deverá ser descrita, na história do evento, relativamente à vivência pós-traumática, a eventual existência de dano sexual temporário;
11. Deverão ser descritos os casos de DS potencial, tendo em vista permitir a reabertura do processo caso este se venha a manifestar.

## Bibliografia

1. Allen Gomes F. Paixão Amor e Sexo. Lisboa: Publicações D. Quixote; 2004. 257 p.
2. American Psychiatry Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-IV. 4ª ed, Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores; 2006. 943 p.
3. Foucault M. História da Sexualidade I, A Vontade de Saber. Lisboa: Relógio D' Água Editores; 1994. 161p.
4. Hatzimouratidis K, and Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: Classifications and definitions, *J Sex Med* 2007; 4: 241-250.
5. Lowy M, Collins S, Bloch M, et al. Quality of Erection Questionnaire correlates. Change in erection quality with erectile function, hardness, and psychosocial measures in men treated with sildenafil for erectile dysfunction. *J Sex Med* 2007; 4: 83-92.
6. Lucas P, Bargagna M, Boróbia C, et col. La rationalisation de l'évaluation européenne des atteints à la personne humaine. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2001; 10(11): 21-35.
7. Magalhães T, Carneiro de Sousa MJ, Matos E, et col. Análise de 1082 casos de acidentes de viação não mortais. In: Vieira DN, Rebelo A, Corte-Real F eds. Coimbra: Temas de Medicina Legal. Centro de estudos de pós-graduação em Medicina Legal; 1998. p. 381-390.
8. Magalhães T, Corte-Real F, Vieira DN. O Relatório Pericial de Avaliação do Dano Pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds, Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 159-171.
9. Magalhães T, Taveira-Gomes A. Salvar o corpo / Salvar a vida – A morbilidade pós-traumática. *Arquivos de Medicina* 2001; 15(4-5-6): 95-98.
10. Magalhães T. Avaliação do dano corporal em Andrologia. In: *Andrologia clínica*. Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia; 2000. p. 677-689.
11. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, et al. For the GSSAB Investigators' Group Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and



- elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviours. *World J Urol* 2006; 24: 423-428.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 1470 p.
  13. Sidi H, Ezat S, Puteh W, et al. The Prevalence of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women, *International Society for Sexual Medicine. J Sex Med* 2005; 4(2):311-321.
  14. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria*. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006. 937 p.
  15. Vieira DN. O perito e a Missão Pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 35-59.

**Resumo:** O dano sexual. Contributo para a avaliação médico-legal dos danos na pessoa

Na prática clínica, deparamo-nos muitas vezes com questões relativas a perturbações do desempenho sexual consequentes a eventos traumáticos. A avaliação deste Dano Sexual (DS) pode ser feita em qualquer âmbito do Direito mas, no caso do Direito Civil, está prevista a sua valoração enquanto parâmetro específico de dano. No entanto, esta avaliação é muito complexa, entre outros motivos, pela sua difícil objectivação e, portanto, pela dificuldade que daí resulta no estabelecimento do nexos de causalidade com o traumatismo. Importa, por isso, que essa avaliação assente numa correcta metodologia e em critérios clínicos rigorosos e bem definidos. O presente estudo tem como objectivo analisar os critérios de avaliação e valoração médico-legal do DS, bem como a sua repercussão na decisão judicial. Para tal, realizou-se um estudo retrospectivo, a partir dos relatórios periciais elaborados nos serviços médico-legais do norte de Portugal (Delegação e respectivos Gabinetes Médico-Legais) (n=156) e uma análise das respectivas sentenças judiciais (n=47). Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: exames no âmbito de Direito Civil, consequentes a acidente de viação, com relatórios únicos e concluídos ou finais, em que havia referência à existência de queixas do foro da sexualidade e/ou valoração do DS. Os resultados revelaram que os casos onde, de alguma forma, é feita referência a perturbações da sexualidade, correspondem a 4% dos exames efectuados em sede de Direito Civil. Dos 156 casos em que havia referência a uma qualquer perturbação do foro da sexualidade, o DS não foi considerado em 29% dos casos. Dos 111 casos em que foi considerada a existência de DS, este não foi referenciado no capítulo das "Queixas" em 20% dos casos (n=22) e não foi justificado em 24% (n=27). Nos casos em que a atribuição do DS foi justificada (n=84), essa justificação nem sempre encontrou suporte a nível da sua descrição no capítulo das "Queixas" (19%). Relativamente às decisões judiciais (n=47), o DS foi considerado como um parâmetro de dano relevante para a definição da indemnização em apenas 1 caso e, em apenas 9 houve referências a queixas relacionadas com o foro sexual. O carácter íntimo da matéria em avaliação, a dificuldade de objectivação do dano e, por vezes, a ausência de abordagem destas situações, conduzem a uma subavaliação do DS. No entanto, este dano pode ter grande relevância para a qualidade de vida dos doentes, pelo que não pode

deixar de ser diagnosticado, tratado e reparado. As dificuldades inerentes à sua avaliação, demonstradas no presente estudo, são reveladoras da necessidade de um maior trabalho de definição de normas procedimentais quanto aos seus critérios de avaliação, bem como uma melhor formação e sensibilização dos peritos quanto à importância desta matéria.

**Palavras-chave:** Disfunção sexual; dano sexual; perícia médico-legal.

**Summary:** Sexual Damage. An approach to the medico-legal assessment of bodily damage

In clinical practice, we are frequently faced with sexual performance disturbances following traumatic events. This "Sexual Damage" (SD) assessment can be made by any field of the Law, however, in the case of Common Law, it should be valued as a specific parameter of damage. Nevertheless, this damage assessment is complex, among other reasons because of its objectification difficulties and, therefore, the increased difficulty in the settlement of the causality nexus with the traumatism. Thus, it is important to base that evaluation on a correct methodology and on well-defined and rigorous clinical criteria. The present study aims to analyze forensic SD criteria of evaluation and valorization, as well as its repercussions on the judicial decision. For such, a retrospective study was undertaken, based on expert reports elaborated in the medical-legal services in Northern Portugal (Delegations and Offices) (n=156) and in the respective judicial sentences analysis (n=47). The following inclusion criteria have been considered: Common Law assessment, following a road traffic accident, with "unique" or "finished" reports, in which there was mention of complaints concerning sexuality and/or valorization of SD. The results showed that the cases where, in some way, reference to sexual disturbances was made, amount for 4% of the examinations conducted in the realm of Common Law. Of the 156 cases in which there was reference to any sexual disturbance, SD was not considered in 29% of them. Of the 111 cases in which the existence of SD was considered, this was not mentioned in the "Complaints" chapter in 20% of the cases (n=22) and was not justified in 24% (n=27). In the cases in which the assessment of SD was justified (n=84), the given justification did not always find support with its description in the "Complaints" chapter (19%). Concerning judicial decisions (n=47), SD was considered as a relevant damage parameter for the definition of the compensation in just 1 case and, in only 9 cases there were references to complaints related to sexuality. The private nature of the subject being evaluated, the damage objectification difficulties and, at times, the absence of a direct approach to these situations, lead to an under-evaluation of SD. However, this sort of damage can be of great relevance to a patients' quality of life and thus, cannot be undiagnosed, untreated and unrepaired. The difficulties inherent to its evaluation, demonstrated in the present study, reveal the need for a greater effort in defining procedural norms concerning its evaluation criteria, as well as better formation and awareness of experts as to the importance of this matter.

**Key-words:** Sexual dysfunction; sexual damage; forensic expertise.

**Résumé:** Dommage Sexuel. Une contribution pour l'évaluation du dommage à la personne

Dans la pratique clinique, nous rencontrons souvent des troubles de la performance sexuelle après des événements traumatiques. L'évaluation de ce Dommage Sexuel (DS) peut se faire en tous les domaines du droit, mais il est prévu, en tant que chef de préjudice, dans le

cadre du droit civil. Toutefois, l'évaluation de ce dommage est vraiment complexe, parmi d'autres raisons, parce que son objectivation est difficile et, donc, ça rend aussi difficile l'établissement de la causalité avec un traumatisme. Il faut, par conséquent, que cette appréciation soit fondée sur une méthodologie saine et sur des critères cliniques rigoureux et bien définis.

La présente étude vise à examiner les critères d'évaluation et de valorisation médico-légale du DS, ainsi que son impact sur la décision judiciaire. On a mené une étude rétrospective, fondée sur des rapports d'experts en services médico-légaux du Nord du Portugal (Délégation et bureaux) (n=156) et une analyse de leurs jugements (n=47). On a examiné les critères d'inclusion suivants: les examens dans le cadre du droit civil (conséquences d'accident de circulation), avec des rapports uniques et complets ou définitifs, dans lesquels il était faite une référence à l'existence de plaintes dans la juridiction de la sexualité et / ou de valorisation du DS. Les résultats ont révélé que les cas où il était fait référence, en quelque sorte, à des troubles de la sexualité, correspondent à 4% des examens réalisés dans le cadre du droit civil. Sur les 156 cas où l'on faisait référence à une perturbation de la sexualité, le DS n'a pas été observé dans 29% des cas. Sur les 111 cas où l'on a considéré l'existence de DS, celui-ci n'était pas mentionné dans le chapitre concernant les «plaintes» dans 20% des cas (n = 22) et n'était pas justifié dans 24% (n=27). Dans les cas où l'attribution de DS était justifiée (n = 84), celle-ci n'a pas toujours trouvé un appui à sa description dans le chapitre concernant les «plaintes» (19%). En ce qui concerne les décisions judiciaires (n=47), le DS a été considéré comme un paramètre de dommages pertinents pour la définition de l'indemnisation, seulement dans 1 cas, et seulement dans 9 on a trouvé des références sur les plaintes relatives au forum sexuel. La nature intime de la matière en évaluation, la difficulté d'objectivation des dommages et, parfois, l'absence d'abordage de ces situations conduisent à une sous-estimation du DS. Toutefois, ce type de dommage se revêt d'une grande importance pour la qualité de vie des patients et on ne peut pas éviter qu'il ne soit pas diagnostiqué, traité et réparé. Les difficultés de l'évaluation de ces dommages, démontrées par cette étude, révèlent le besoin de poursuivre les travaux pour une meilleure définition des normes procédurales, en ce qui concerne à leurs critères d'évaluation, ainsi qu'une meilleure formation et sensibilisation des experts concernant l'importance de cette question.

**Mots-clés:** Dysfonctionnement sexuel; dommage sexuel; expertise médicale.

#### **Pedido de separatas:**

LILIANA SANTOS

[lilianagsantosster@gmail.com](mailto:lilianagsantosster@gmail.com)

# Avaliação Médico-Legal do “Dano Futuro”. Que Critérios?

S. Frazão<sup>1,2</sup>, P. Norton<sup>3</sup>, T. Magalhães<sup>1,3</sup>

## Introdução

Em Portugal existem, actualmente, diversas metodologias de avaliação e reparação dos danos, cujas normas dependem da sede do Direito em que estas práticas têm lugar.

Cabe ao Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), dirigir, coordenar e fiscalizar a actividade técnico-científica relativa à avaliação pericial (alínea f do n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei 131/2007, de 27 de Abril), não podendo os peritos médicos e especialistas de medicina legal, apesar da autonomia e responsabilidade que lhes assiste, deixar de respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor no Instituto (art. 5.º, n.º 4 e 5, da Lei 45/2004 de 19 de Agosto). Assim, o INML tem definido essas normas, de acordo com as respectivas normas europeias, sobretudo no que ao Direito Civil diz respeito.

Com tais procedimentos, pretende aquele Instituto harmonizar os diversos conceitos sobre os parâmetros de dano corporal, bem como os seus critérios e metodologias de avaliação, aspectos fundamentais para que se possa, efectivamente, e nesta matéria, contribuir para uma boa administração da justiça.

O “Dano Futuro” (DF) constitui, tal como consta dos modelos oficiais dos relatórios do INML, um parâmetro de dano que corresponde ao agravamento seguro e previsível das sequelas, podendo traduzir-se num aumento da *Incapacidade Permanente Geral*. Pode, por isso, constituir um dano extra-patrimonial, ou não económico, ainda que por vezes encerre uma vertente patrimonial.

Este dano é particularmente difícil de valorar dada a sua inexistência no momento da perícia, sendo no entanto necessário prevê-lo, tanto quanto possível, de forma segura, objectiva e rigorosa.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

Por outro lado, há quem considere que o DF poderá incluir uma série de outros danos, temporários e permanentes, que não apenas a *Incapacidade Permanente Geral*.

Mas é escassa a bibliografia médico-legal que identifique o DF (8,11,13,14,15), havendo antes referência a danos futuros (1,3,4,7), como sejam os custos futuros relacionados com tratamentos, ajudas técnicas e medicamentosas que a vítima irá necessitar, o que constitui coisa diferente.

Parece sim, que o DF, com o significado que lhe é atribuído em termos médico-legais em Portugal, constitui uma “abstracção” que tem sobretudo em vista resolver as dificuldades associadas à eventual reabertura dos processos judiciais por agravamento das sequelas em Direito Civil. Por isso, na bibliografia internacional, este dano não aparece referido com a dimensão que em Portugal lhe é atribuída.

Por outro lado, tem-se verificado uma grande discrepância de opiniões entre os diversos peritos médicos e especialistas quanto ao que é uma evolução certa e segura das sequelas e o que é uma evolução meramente potencial, levando a que sejam produzidas diversas interpretações sobre a forma de avaliar este dano.

Assim, parece importante, e necessário, proceder a uma análise aprofundada sobre este parâmetro de dano, tendo em vista contribuir para promover um melhor conhecimento sobre a realidade actual e, assim, apoiar as futuras decisões que o INML venha a tomar relativamente à sua avaliação.

## Objectivos

É objectivo geral do presente estudo, promover uma reflexão sobre a problemática da avaliação do DF em Portugal, analisando os conceitos e critérios que presidem à sua valoração, não só pelos peritos médicos e especialistas de medicina legal, como também pelos advogados e juizes, reflexão esta que poderá servir de pano de fundo para alicerçar as nossas práticas diárias neste domínio e para incentivar uma investigação científica mais aprofundada nesta matéria, tendo em vista a harmonização da avaliação médico-legal deste dano.

Os objectivos específicos são:

- a. Identificar os casos em que é considerada a existência de DF pelos peritos médico-legais;
- b. Correlacionar o DF com a atribuição de outros parâmetros de dano;
- c. Identificar os critérios e a fundamentação usada pelos peritos quanto à atribuição do DF;
- d. Identificar os critérios e a fundamentação usada pelos juizes e/ou advogados quanto à atribuição do DF;
- e. Avaliar a repercussão da avaliação médico-legal na decisão judicial.

## Material e métodos

Para dar resposta aos objectivos definidos foi realizado um estudo observacional, com componente analítico.

A amostra foi constituída pelos relatórios periciais elaborados na Delegação do Norte do INML e nos respectivos Gabinetes Médico-Legais, no âmbito do Direito Civil, entre os anos de 2004 e 2005, nos quais foi atribuído DF, e pelas respectivas decisões judiciais remetidas pelos tribunais.

Assim, dos 4162 relatórios efectuados naquele período e naquele âmbito do Direito, foram seleccionados 317 (7.6%), nos quais havia valoração do DF.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a. Perícia no âmbito do Direito Civil, por ser neste âmbito do Direito que o DF é valorado;
- b. Efectuada nos serviços médico-legais do norte;
- c. Qualquer tipo de etiologia do dano;
- d. Vítimas de ambos os sexos e de qualquer idade;
- e. Relatório médico-legal único e concluído ou final;
- f. Referência a DF no relatório pericial.

Das 317 sentenças judiciais requeridas foram apenas recebidas 88 (27.8%) e destas, em apenas 24 foi avaliado e reparado o DF.

O estudo consistiu numa análise retrospectiva dos relatórios periciais, sendo para tal utilizada uma ficha de colheita de dados onde se caracterizaram as vítimas, o tipo de evento traumático, os danos sofridos e respectivos parâmetros de dano, bem como os critérios e fundamentação que presidiram à valoração do DF. Importa esclarecer que quanto aos parâmetros de dano estudados apenas se considerou no capítulo dos danos permanentes a *Incapacidade Permanente Geral* e o *Dano Estético*, por se entender que será sobre estes que na maior parte das vezes recaem as questões relativas à avaliação do DF.

Realizou-se, ainda, uma análise das sentenças judiciais remetidas pelos Tribunais, nomeadamente em relação aos danos considerados pelos juízes na atribuição da indemnização final, realizando-se depois uma comparação desses mesmos danos com aqueles atribuídos pelos peritos médico-legais.

Todos estes dados, sempre colhidos pela mesma investigadora, tendo em vista garantir os critérios e, portanto, a fiabilidade da sua colheita, foram tratados estatisticamente utilizando-se para esse fim o programa informático SPSS 17.0.

Para a análise estatística recorreu-se ao teste do  $\chi^2$  para comparar variáveis categóricas e ao Teste t de Student para comparar variáveis contínuas. O nível de significância adoptado foi de 0.05.

## Resultados

### 1. Caracterização das vítimas e do traumatismo

A população estudada foi constituída, na sua maioria, por indivíduos do sexo masculino ( $n=213$ ; 67%), sendo a idade média das vítimas de 35.3 anos (mín=1.0; máx=85; SD=15.52). Na distribuição das idades por faixas etárias o pico mais elevado correspondeu ao intervalo entre os 31 e 40 anos. De salientar que 38 vítimas tinham menos de 18 anos (12.0%). Não se verificou a existência de diferença estatisticamente significativa entre a idade e o sexo das vítimas, constatando-se, no entanto, que as mulheres eram ligeiramente mais velhas ( $\chi^2=4.2$ ;  $p \leq 0.24$ ).

Os acidentes de viação foram a causa do traumatismo em 92% dos casos, pelo que, dado o elevadíssimo número destes acidentes, não se efectuaram associações de outras variáveis com o tipo de evento traumático.

Em 43.8% dos casos houve politraumatismos e em 42.0% apenas traumatismo dos membros inferiores. As lesões foram maioritariamente do foro ortopédico ( $n=208$ ; 65.6%).

Relativamente à associação entre a localização da lesão e o sexo da vítima, verificou-se que os politraumatismos foram os mais frequentes no sexo masculino (46.0%) e os traumatismos do membro inferior no feminino (44.2%), não sendo no entanto esta associação estatisticamente significativa ( $\chi^2=2.477$ ;  $p < 0.871$ ).

Quanto à associação entre a localização da lesão e a idade, constatou-se que os politraumatismos foram mais frequentes nas faixas etárias entre os 21 e 40 anos (44.7%) e os 41 e 60 anos (46.5%), enquanto o traumatismo dos membros inferiores foi mais frequente nas idades entre os 1 e 20 anos (43.9%) e acima dos 60 anos (50.0%), não sendo também esta associação estatisticamente significativa ( $\chi^2=19.04$ ;  $p < 0.389$ ). Neste caso usaram-se faixas etárias diferentes das anteriores dada a necessidade de as agrupar para efeitos estatísticos.

A associação entre a natureza da lesão e o sexo não se revelou estatisticamente significativa, verificando-se contudo que as lesões de foro ortopédico foram as mais frequentes para ambos os sexos – 69.2% para as mulheres e 63.8% para os homens ( $\chi^2=0.934$ ;  $p < 0.817$ ).

Na associação entre a natureza da lesão e a idade, verificou-se que a lesão do foro ortopédico foi a mais frequente em todas as idades, sendo mais prevalente entre os 41 e os 60 anos (72.1%), embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos ( $\chi^2=8.03$ ;  $p < 0.531$ ).

## 2. Caracterização dos parâmetros de dano médico-legais

Em relação aos danos temporários, verificou-se um tempo médio de incapacidade temporária mais elevado no caso da *Incapacidade Temporária Geral Parcial* (ITGP) e da *Incapacidade Temporária Profissional Total* (ITPT), ou seja, variando na razão inversa das *Incapacidades Temporária Geral Total* (ITGT) e *Incapacidade Temporária Profissional Total* (ITPP) (Tabela 1). Verificou-se, ainda, relativamente ao *Quantum Doloris*, que o grau médio atribuído a este dano foi 4.3, numa escala crescente de 1 a 7 graus. Os graus maioritariamente atribuídos foram os 4 (42%) e 5 (31.9%).

Incapacidades temporárias	Média (dias)	Mínimo	Máximo	SD
ITGT	67.4	0	1526	139.9
ITGP	406.31	0	4060	414.98
ITPT	373.42	0	2460	366.44
ITPP	42.79	0	1120	128.24

**Tabela 1.** Períodos de *Incapacidade Temporária* (dias) (n=317)

No que se refere aos danos permanentes, foi atribuída uma *Incapacidade Permanente Geral* média de 21.9% (mín=3%; máx=95%; SD=17.76%). O *Dano Estético* foi valorado no grau 2 em 27.4% dos casos e no 3 em 22.4%, verificando-se que em 13.6% não foi considerado; o valor médio foi 2.5 – numa escala crescente de 1 a 7 graus.

## 3. Caracterização do Dano Futuro

Foi considerada a existência de DF em 7.6% (n=317) das avaliações de dano corporal em Direito Civil efectuados no período do estudo. No entanto, apenas em 71% destes casos (n=225) este dano foi quantificado e fundamentado no relatório pericial, não sendo nem fundamentado, nem quantificado em 15 deles (4.7%) (Tabela 2).

Dano Futuro	n (%)
Quantificado e fundamentado	225 (71.0)
Apenas fundamentado	54 (17.0)
Apenas quantificado	23 (7.3)
Não quantificado nem fundamentado	15 (4.7)

**Tabela 2.** Valoração do *Dano Futuro* (n=317)

Dos 248 casos em que o DF foi quantificado, a média percentual foi de 5.9% (Mín=2%; Máx=20%; SD=2.72%).



Dos 279 casos em que a atribuição de DF foi fundamentada, em 164 casos (58.8%) a fundamentação baseou-se na evolução das sequelas para artrose e em 43 dos casos (15.4%) a atribuição foi baseada no agravamento da dor e da impotência funcional. De salientar o número relativamente elevado de casos (n=30; 10.8%) em que a fundamentação se baseou na diminuição da acuidade visual, substituição de prótese ou probabilidade de infecções, justificações que se incluíram no grupo “Outros” (Tabela 3).

<i>Dano Futuro</i>	n (%)
Evolução para artrose	164 (58.8)
Agravamento da dor e da impotência funcional	43 (15.4)
Outros	30 (10.8)
Necessidade de intervenções cirúrgicas	24 (8.6)
Necessidade de tratamentos médicos, fisioterapia, terceira pessoa e/ou ajudas medicamentosas	13 (4.6)
Probabilidade de aparecimento de lesões neurológicas	5 (1.8)

**Tabela 3.** Fundamentação do *Dano Futuro* (n=279)

Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre o DF e a idade da vítima ( $\chi^2=10.66$ ;  $p<0.3$ ), o seu sexo ( $\chi^2=1.77$ ;  $p<0.622$ ), a localização das lesões ( $\chi^2=18.39$ ;  $p<0.43$ ) ou o *Quantum Doloris* ( $\chi^2=9.31$ ;  $p<0.157$ ). Estas associações mostraram-se contudo significativas entre o DF e a natureza das lesões ( $\chi^2=17.53$ ;  $p<0.041$ ), o *Dano Estético* ( $\chi^2=54.16$ ;  $p<0.000$ ) e a *Incapacidade Permanente Geral* ( $\chi^2=28.2$ ;  $p<0.001$ ).

Avaliou-se a relação entre a quantificação do DF e uma série de variáveis, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas com a idade ( $\chi^2=0.96$ ;  $p<0.81$ ) ou o sexo da vítima ( $\chi^2=1.11$ ;  $p<0.29$ ), a localização da lesão ( $\chi^2=8.45$ ;  $p<0.21$ ), o *Dano Estético* ( $\chi^2=9.37$ ;  $p<0.23$ ) e a *Incapacidade Permanente Geral* ( $\chi^2=4.61$ ;  $p<0.203$ ). Encontraram-se, no entanto, diferenças significativas com a natureza da lesão ( $\chi^2=16.2$ ;  $p<0.001$ ) e o *Quantum Doloris* ( $\chi^2=5.87$ ;  $p<0.05$ ). Houve necessidade de agrupar os graus de *Quantum Doloris* para efeitos estatísticos, verificando-se que em 85.9% dos casos em que o DF foi quantificado, foram atribuídos graus superiores a 4.

Analisando apenas os casos fundamentados, não se verificaram associações estatisticamente significativas destes com a idade ( $\chi^2=0.63$ ;  $p<0.89$ ) ou o sexo da vítima ( $\chi^2=0.32$ ;  $p<0.57$ ), a localização da lesão ( $\chi^2=2.56$ ;  $p<0.86$ ), a sua natureza, o *Quantum Doloris* ( $\chi^2=3.98$ ;  $p<0.78$ ), o *Dano Estético* ( $\chi^2=9.47$ ;  $p<0.22$ ) e a *Incapacidade Permanente Geral* ( $\chi^2=3.13$ ;  $p<0.37$ ).

Relativamente às vítimas menores de 18 anos (n=38), verificou-se que os peritos em nenhum caso propuseram no relatório a realização de nova perícia após o atingimento do fim do período pubertário, crescendo que,

nestes casos, 44.7% das lesões (n=17) eram dos membros inferiores e 61% (n=23) do foro ortopédico.

#### 4. Análise das decisões judiciais

Foram apenas recebidas 88 (27.7%) decisões judiciais das 317 requeridas.

Em relação aos danos temporários, não são mencionados nas sentenças os tempos de *Incapacidade Temporária Geral Total*, de *Incapacidade Temporária Geral Parcial*, de *Incapacidade Temporária Profissional Total* e de *Incapacidade Temporária Profissional Parcial*, apenas havendo alusão ao pagamento desses mesmos danos. Foi atribuído *Quantum Doloris* em 17 casos (19.3%), podendo verificar-se que apenas foi considerado para o cálculo da indemnização valores superiores ou iguais ao grau 4.

Em relação aos danos permanentes, em 19.3% dos casos (n=17) foi atribuída uma *Incapacidade Permanente Geral* e em 26.1% (n=23) uma *Incapacidade Permanente Profissional*, com uma atribuição percentual média, considerando os 40 casos, de 21.9% (Mín=4%; Máx=90%; SD=18.59%). O *Dano Estético* foi atribuído em 15.9% dos casos (n=14), tendo este sido valorado no grau 5 em 35.7%, e no grau 4 em 28.6%. Em 27.3% dos casos (n=24) foi atribuído o DF, com uma média de 6.0% (Mín=2%; Máx=10%; SD=2.44%).

#### 5. Análise de correlações entre a valoração do *Dano Futuro* por peritos e juízes

Dos 24 casos em que foi atribuído o DF, verificou-se existir 100% de concordância entre os valores atribuídos pelos peritos médico-legais e os valores atribuídos pelos juízes, o mesmo acontecendo relativamente à *Incapacidade Permanente Geral*.

Destes, apenas em 2 casos (8.3%), não houve fundamentação da atribuição do DF pelos peritos. Dos restantes 64 casos em que este dano não foi reparado (72.7%), verificou-se haver descrita no relatório médico-legal fundamentação para a sua atribuição em 58 dos casos (90.6%) (Tabela 4).

Reparação/ Fundamentação do Dano Futuro	Fundamentado (n=80)	Não Fundamentado (n=8)
Foi reparado o DF (n=24)	22	2
Não foi reparado o DF (n=64)	58	6

**Tabela 4.** Correlação entre a fundamentação do *Dano Futuro* pelos peritos e a decisão judicial de reparação (n=88)

Dos 24 casos em que o DF foi reparado, em 14.8% foi também reparado o *Quantum Doloris* (n=13) e em 13% o *Dano Estético* (n=11). De referir que

nestes casos houve sempre atribuição do *Quantum Doloris* e de *Dano Estético* pelos peritos médico-legais. Relativamente aos 13 casos em que o *Quantum Doloris* mereceu reparação, apenas num caso o tribunal discordou do grau atribuído pelo perito (grau 5), considerando antes o grau 4. Dos 11 casos em que foi reparado o *Dano Estético*, apenas num houve discordância relativamente ao grau atribuído pelo perito (grau 3), tendo sido considerado o grau 5.

Avaliou-se a associação entre o DF considerado pelo tribunal e a idade da vítima ( $p < 0.45$ ), o seu sexo ( $\chi^2 = 0.0$ ;  $p < 1.0$ ), a natureza das lesões ( $\chi^2 = 4.09$ ;  $p < 0.251$ ), a sua localização ( $\chi^2 = 5.6$ ;  $p < 0.229$ ), a *Incapacidade Permanente Geral* atribuída pelos peritos ( $p < 0.46$ ) e o *Quantum Doloris* ( $\chi^2 = 0.35$ ;  $p < 0.55$ ), não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas. Apenas se encontrou associação estatisticamente significativa entre o DF considerado pelo tribunal e o *Dano Estético* ( $\chi^2 = 13.03$ ;  $p < 0.043$ ).

## Discussão

O presente estudo demonstrou que o DF foi atribuído em 7.6% das perícias efectuadas em sede de Direito Civil. Esta taxa foi ligeiramente superior à obtida num estudo realizado no Porto, numa amostra de 1082 casos de acidentes de viação, entre 1996 e 1997 (10), no qual o DF foi atribuído em 6.5% dos casos, o que pode significar que, entretanto, os peritos se foram sensibilizando mais quanto à possibilidade de atribuição deste dano.

Nos casos em que o DF foi atribuído, em 5% não foi quantificado nem fundamentado, em 7% não foi fundamentado e em 17% não foi quantificado, o que significa, logo à partida, que em 29% dos casos os peritos não cumpriram as normas metodológicas de descrição, quantificação e fundamentação obrigatória de cada parâmetro de dano.

No que aos critérios de valoração do DF se refere (elencados apenas na fundamentação em 88% dos casos), verificou-se que estes geralmente são pouco consistentes, havendo apenas indicações sumárias relativamente ao facto que estará na origem da atribuição deste dano. Esse facto é, maioritariamente, a possibilidade de evolução para artrose (59%), o que não será estranho à circunstância da maior parte das lesões serem a nível dos membros inferiores e do foro ortopédico. Ainda quanto aos critérios que fundamentaram a atribuição de DF, estes incluem situações não passíveis de constituir DF, como as necessidades de cirurgias, de tratamentos médicos, de fisioterapia, de terceira pessoa, de ajudas medicamentosas e/ou de substituição de prótese. Noutros casos, assumiram os peritos, apesar de considerarem a existência de DF, que este constituía apenas uma probabilidade como, por exemplo, de aparecimento de lesões neurológicas, de infecções ou de agravamento

da acuidade visual. Constatou-se, assim, que o critério fundamental para a valoração deste dano (agravamento certo e seguro), não é ainda percebido pela totalidade dos peritos.

No que às crianças concerne, verificou-se que nos 38 casos em que as vítimas têm menos de 18 anos de idade, em nenhum deles foi feita menção no relatório pericial à necessidade de nova avaliação médico-legal findo o período pubertário, tal como seria aconselhável (12), pelo menos nos casos do foro ortopédico, em que esteja atingida uma cartilagem de conjugação.

Para lá da questão relacionada com os critérios de valoração do DF, o presente estudo permite traçar uma ideia sobre a tipologia dos casos em que este dano é considerado, ainda que prejudicada pelos diversos erros de análise metodológica pericial detectados e acima descritos.

Constatou-se que a quase totalidade dos casos está associada a acidentes de viação, o que não permite retirar qualquer conclusão dado que na sua grande maioria os casos avaliados em sede de Direito Civil são relativos a estas situações.

Quanto à gravidade destes casos, inferida através do valor dos períodos de incapacidades temporárias e da *Incapacidade Permanente Geral*, encontraram-se algumas diferenças relativamente a um estudo anterior sobre acidentes de viação ocorridos na mesma área do presente estudo entre 01.05.96 e 31.03.97 (10). Neste caso, as *Incapacidades Temporária Geral Total* e *Profissional Parcial* eram superiores às encontradas na série agora em estudo (171.0 e 186.9 dias, para 67.4 e 42.79 dias, respectivamente); as *Incapacidades Temporária Profissional Total* e *Geral Parcial* eram inferiores (345.8 e 229.7 dias para 373.4 e 466.3, respectivamente). Relativamente à média de *Incapacidade Permanente Geral* atribuída, verifica-se que esta foi de 20.9% no trabalho citado e de 21.9% na amostra agora em estudo o que, podendo resultar da aplicação de diferentes tabelas de incapacidade (Tabela Nacional de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais no primeiro caso, e Tabela do *Concours Médical* no segundo), pode permitir admitir que no caso das situações em que é atribuído DF não existe maior gravidade, deste ponto de vista, do que nos acidentes em geral. Esta inferência não deverá colidir com o facto de ter sido encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a atribuição de DF e a *Incapacidade Permanente Geral* ( $p < 0.001$ ), correlação que fará sentido visto o valor atribuído ao DF ser acrescido ao valor da *Incapacidade Permanente Geral* no momento da avaliação médico-legal, estando um "dependente" do outro. Estes resultados, de uma forma global, não permitem, no entanto, concluir que esta amostra incluía casos mais graves do que as séries que se referem aos acidentes de viação em geral.

Em nenhum caso a atribuição de DF contemplou outro parâmetro de dano que não fosse aquele que se adiciona à *Incapacidade Permanente Geral*,

não indo assim ao encontro opinião defendida por Magalhães T e Pinto da Costa D (11) quanto ao facto do agravamento poder “incluir danos que vão além do agravamento da incapacidade permanente geral, podendo assim haver lugar a outros novos parâmetros de dano temporários e permanentes, patrimoniais e não patrimoniais”. Trata-se, contudo, de um aspecto que necessitará de maior reflexão e trabalho de formação junto dos peritos pois, a considerar esses outros parâmetros de dano associados a um agravamento, mais complexa e exigente se tornará a tarefa dos peritos no que se refere à fundamentação destes danos, já agora com tantas limitações.

É indiscutível a importância e utilidade para os peritos médicos quanto ao “*feed-back*” que possam ter relativamente ao “valor” do seu trabalho em matéria de decisão judicial. O presente estudo quis perceber esta questão, especialmente no que ao DF diz respeito, o que não foi completamente conseguido uma vez que das 317 decisões judiciais requeridas aos tribunais, apenas se obteve resposta em 28% dos casos (n=88).

Quanto a estas decisões, importará assinalar o facto do *Quantum Doloris* apenas ter sido reparado para graus a partir de 4, tal como passou a ser proposto, desde 2008, pela Tabela de Indemnizações (Portaria n.º 377/2008, de 26 de Maio), o que estará relacionado com o facto do Código Civil considerar que a reparação dos danos extra-patrimoniais só deve ter lugar quando, pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito (art. 496.º, n.º 1).

Da leitura das decisões, extrai-se que em todos os casos o DF foi reparado com base na capacidade de ganho do lesado. Tal facto resulta, claramente, da influência das práticas do Direito do Trabalho a nível do Direito Civil. Ou seja, tanto seguradoras como tribunais têm “ignorado” o verdadeiro significado do parâmetro de dano dito *Incapacidade Permanente Geral* (avaliado independentemente das eventuais repercussões profissionais do dano), considerando a taxa médico-legalmente definida como correspondendo à taxa de incapacidade permanente avaliada na perspectiva profissional (também chamada “IPP”), ou seja, tendo em conta a perda de capacidade de trabalho. Efectivamente, em Portugal, e pelo menos até 2008, os tribunais e as companhias de seguros não têm distinguido, na avaliação do dano em Direito Civil, entre incapacidade fisiológica, funcional ou geral e incapacidade para o trabalho, sendo que uma e outra carecem de valoração e conseqüente indemnização, ainda que as regras do processo indemnizatório se ajustem com maior facilidade às situações em que a lesão sofrida foi causa de uma efectiva privação da capacidade de ganho (6). Por este motivo, também o DF, que se soma ao valor de *Incapacidade Permanente Geral*, aparece neste estudo reparado como se de um dano patrimonial profissional se tratasse, ou seja, de acordo com o salário da vítima. Ora, na medida em que num grande número de casos este não tem repercussão patrimonial, constituindo antes um dano não económico, será

seguramente inadequada e injusta este tipo de prática. Tal poderá começar a ser solucionado com a promulgação da Tabela Portuguesa de Indemnizações; esta nova prática passa pelo recurso à Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil, elaborada de acordo com as normas europeias (2,5,9), não sendo tida em conta a profissão do lesado quando de danos extra-patrimoniais ou não económicos se trate. No entanto, e ainda a este propósito, note-se, contudo, que as dificuldades associadas à avaliação do DF poderão manter-se, visto haver na Tabela de Indemnizações um capítulo relativo a “Danos Patrimoniais Futuros”, o que não corresponde de todo ao DF agora em análise.

## Conclusões

O trabalho realizado permitiu constatar que, presentemente, não existem critérios científicos nem metodológicos para a avaliação do DF, e que os peritos não estão sensibilizados nem capacitados para avaliar de forma fundamentada este dano, na perspectiva em que ele é definido, do ponto de vista teórico, pela doutrina médico-legal.

Verificou-se, ainda, que o DF não se associa a nenhum tipo específico de casos, nem quanto à tipologia dos danos, nem quanto à sua gravidade. Ou seja, surge sobretudo associado aos casos ortopédicos e dos membros inferiores, mas estes são, também, como se viu anteriormente, os tipos de traumatismos mais frequentes nos acidentes de viação em geral, sendo que para os diversos parâmetros de dano atribuídos nos casos com ou sem DF considerado, não existem diferenças relevantes.

Assim, duas propostas se podem colocar face à avaliação do DF em Portugal:

1. Continuar a avaliar este dano, sendo nesse caso necessário:
  - a. Conseguir que este dano seja aceite e previsto a nível do Direito;
  - b. Definir critérios para a sua valoração no que se refere à sua quantificação ou não;
  - c. Definir critérios para a sua valoração no que se refere à sua inclusão apenas na *Incapacidade Permanente Geral* ou noutros eventuais danos;
  - d. Realizar estudos científicos sobre o agravamento de diversas situações clínicas pós-traumáticas, para determinar, com um grau de evidência aceitável, a possibilidade objectiva deste vir a acontecer; estudos estes que serão fundamentais para a definição de critérios clínicos de avaliação;
  - e. Incluir este dano na Tabela de Incapacidades Permanentes (idealmente, numa tabela de danos à integridade físico-psíquica – danos permanentes não económicos);

- f. Considerar que, para além do dano seguro, também se deverá fazer referência ao dano potencial, para que tal possa vir a permitir uma reabertura do processo, caso venha a surgir um agravamento que não era, contudo, seguro.
2. Deixar de avaliar este dano, sendo nesse caso necessário:
    - a. Continuar a descrever a possibilidade de um agravamento se vir a manifestar, e referir a importância de uma nova reapreciação médico-legal nessa altura, para permitir uma eventual reabertura do processo, se necessário.
    - b. Encontrar formas mais simples de avaliar este dano, o que pode passar, nas situações de handicap grave, pela atribuição da indemnização em renda ou, idealmente, pela aproximação do Direito Civil ao Direito do Trabalho, no que à matéria de revisão se refere.

Para qualquer uma das soluções que se venha a adoptar, uma obrigação assistirá sempre ao perito, tanto no que se refere ao DF como a qualquer outro parâmetro de dano: fundamentar sempre de forma rigorosa, objectiva e clara, o porquê do sentido da sua avaliação.

## Referências bibliográficas

1. AMER JG (2006). Valoración y reparación del daño corporal en Alemania. In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp. 463-467.
2. BOROBIA C (2006 a). Baremo Europeo In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp.345-351.
3. BOROBIA C (2006 b). Informe pericial en la valoración del daño corporal. In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp.389-430.
4. CANNAVÓ G, MASTROROBERTO L (2006). Valoración y reparación del daño corporal en Italia. In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp. 490-504.
5. CAROL J (2006). Baremo Europeo. In: Valoración del Daño Corporal. Manual de Consulta. Atelier. Barcelona, pp. 231-286.
6. DIAS A (2001). Dano Corporal. Quadro epistemológico e aspectos ressarcitórios. Almedina. Coimbra, pp. 255-260.
7. HUGUES-BEJUI H (2006). Valoración y reparación del daño corporal en Francia. In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp. 479-490.
8. LUCAS P (2006). Valoración y reparación del daño corporal en Bélgica. In: Boróbia C ed. Valoración del daño corporal – Legislación, metodología y prueba pericial médica. Masson. Barcelona, pp. 471-478.



9. LUCAS P, BARGAGNA M, BORÓBIA C, BÉJUI-HUGES H, STRECK W, VIEIRA DN (2001). La rationalisation de l'évaluation européenne des atteints à la personne humaine. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 10 (11):21-35.
10. MAGALHÃES T, CARNEIRO DE SOUSA MJ, MATOS E, GRAMS AC, RIBEIRO C, GONZÁLEZ R, PINTO DA COSTA J (1998). Análise de 1082 casos de acidentes de viação não mortais. In: Vieira DN, Rebelo A, Corte-Real F eds. *Temas de Medicina Legal*. Centro de estudos de pós-graduação em Medicina Legal, pp. 381-390.
11. MAGALHÃES T, PINTO DA COSTA D (2007). Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. *Perspectivas actuais*. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto*, IV: 419-452.
12. MARÍN JM (1998). Valoración del daño corporal en lesiones no quirúrgicas del miembro inferior del niño. In: *Valoración del daño corporal. Lesiones en el miembro inferior*. Fundacion Mapfre Medicina. Madrid, pp. 241-249.
13. OLIVEIRA SÁ (1992). Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil. APADAC. Coimbra, pp. 33-43.
14. VIEIRA DN (2000). A "missão" de avaliação do dano corporal em direito civil. *Sub Júdice*, 17:23-30.
15. VIEIRA DN (2008). O Perito e a missão Pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, pp. 35-59.

**Resumo:** Avaliação médico-legal do "Dano Futuro". Que critérios?

O Dano Futuro (DF) constitui um parâmetro de dano corporal avaliado em sede de Direito Civil. Para a medicina legal portuguesa, corresponde ao agravamento seguro e previsível das sequelas, podendo traduzir-se num aumento da Incapacidade Permanente Geral, constituindo, portanto, um dano permanente. A avaliação deste dano é complexa, devido à sua inexistência no momento da avaliação e à falta de critérios rigorosos e científicos para a sua adequada valoração.

Por outro lado, este dano, assim definido, dificilmente encontra homólogo a nível do Direito português e a nível do que nesta matéria acontece nos outros países da União Europeia.

Assim, foi objectivo geral do presente estudo, analisar os conceitos e critérios que presidem à valoração do DF em Portugal, não só pelos peritos e especialistas de medicina legal, como também pelos advogados e juizes, tendo em vista, uma eventual proposta de alterações quanto à valoração médico-legal deste dano.

Para esse efeito, foi efectuado um estudo observacional com componente analítico, com base na análise dos relatórios elaborados entre os anos 2004 e 2005 na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., e nos Gabinetes Médico-Legais do Norte de Portugal, nos quais foi atribuído DF (n=317). Analisaram-se, ainda, as decisões judiciais enviadas pelos tribunais sobre estes casos (n=88).

Os resultados revelaram que o DF foi tido em conta em 7.6% das perícias efectuadas em Direito Civil. Nestes últimos, em 5% dos casos o DF não foi quantificado nem fundamentado, em 7% não foi fundamentado e em 17% não foi quantificado. Nos casos em que o DF foi fundamentado, a sua fundamentação baseou-se, maioritariamente, na evolução das sequelas para artrose (59%).



Relativamente à análise das decisões judiciais, constatou-se que os tribunais consideraram o DF apenas em 27.8% da amostra em que foi possível estudar este aspecto mas destes, o DF foi apenas reparado em 27% dos casos (n=24).

Estes resultados permitem concluir que não estão a ser aplicados critérios científicos nem metodológicos para a avaliação do DF e que os peritos não estão sensibilizados nem capacitados para avaliar de forma fundamentada, na perspectiva em que ele é definido, do ponto de vista teórico, pela doutrina médico-legal.

Assim, duas propostas se podem colocar face à avaliação do DF em Portugal: (1) deixar de se avaliar este dano, fazendo apenas referência a um eventual agravamento futuro e, portanto, à necessidade de reabertura do processo; (2) continuar a avaliá-lo, sendo necessário, nesse caso, efectuar estudos científicos sobre o agravamento de diversas situações clínicas pós-traumáticas e definir critérios para a sua valoração e quantificação.

**Palavras-chave:** Dano corporal; dano futuro; avaliação médico-legal.

**Summary:** Medico-legal evaluation of "Future Damage". Which criteria?

Future Damage (FD) is a parameter of bodily damage evaluated in common law. In the Portuguese legal medicine it refers to the predictable and likely deterioration of the present injury, which may result in an increase of the Permanent Disability, leading in effect to permanent damage. The assessment of FD is extremely difficult since it is a damage that effectively does not exist at the time of evaluation and also because there is a lack of strict scientific criteria.

Furthermore, this damage, as described, hardly has another counterpart in Portuguese law or in another European country.

Consequently, the general aim of the present study was to analyze the concepts and the criteria that underline the evaluation of FD in Portugal by forensic experts, solicitors and judges and to use this knowledge to formulate proposals to change the medico-legal assessment of this damage.

For this purpose an observational study with an analytical component was undertaken. This study was based on the analysis of reports where FD had been considered (n=317), written between 2004 and 2005 in the North Branch of the National Institute of Legal Medicine and its Offices. Courtroom legal decisions related with these cases were also analyzed (n=88).

Results indicate that FD was considered in 7.6% of the medico-legal evaluations in common law cases. In 5% of the cases where FD was considered it was neither quantified nor justified, in 7% it was not justified and in 17% it was not quantified. In the cases where the FD was justified, it was mainly used for assessing the likelihood of onset of post-traumatic arthritis (59%).

With regards to the courtroom legal decisions, it was found that the courts only considered the FD in 27.8% of cases provided for analysis (n=88) and of these, only 27% received compensation for FD (n=24).

The results indicate that there are no scientific criteria nor are methodological methods in place to assess FD, and that experts are neither aware of nor adequately equipped to evaluate this damage as it is theoretically defined by medico-legal doctrine.

Consequently, two proposals can be made with regards to the way FD is evaluated in Portugal: (1) to stop evaluating this damage, making reference only to a future aggravation and

therefore allowing a easiest re-opening of the judicial process; (2) to continue evaluating it, being necessary to do so, to conduct scientific studies on several post traumatic clinical situations and to define criteria for the assessment and quantification of this damage.

**Key-words:** Bodily damage; future damage; medico-legal assessment.

**Résumé:** Évaluation médico-légale du "Dommage Futur". Quels critères?

Le Dommage Futur (DF) est un chef de préjudice évalué dans le cadre du droit civil. Le système médico-légal portugais considère qu'il correspond à l'aggravement sur et prévisible des séquelles qui peut se traduire dans une augmentation de l'Incapacité Permanente Générale. Mais l'évaluation de ce dommage est complexe, due à sa inexistence au moment de l'expertise et à la manque de critères rigoureux et scientifiques.

Au même temps, ce dommage ne trouve pas homologue au niveau du droit portugais ni au niveau des autres pays de l'Europe.

Ainsi, l'objectif de cet étude est d'analyser les concepts et les critères utilisés pour la valorisation du DF au Portugal, soit pour les experts, soit pour les avocats et juges, de façon à proposer les adéquats altérations à l'évaluation de ce dommage.

On a réalisé une étude observationnelle et analytique, a partir des rapports élaborés entre 2004 et 2005 à la Délégation Nord de l'Institut National de Médecine Légal et respectives Cabinets Médico-légaux du nord de Portugal, auxquels il a été attribué DF (n=317). On a aussi analysé les respectives décisions judiciaires (n=88).

Les résultats ont démontré que le DF a été considéré dans 7.6% des expertises effectués à la cadre du droit civil. Dans les cas où le DF a été considéré, en 5% il n'a pas été quantifié ni justifié, en 7% il n'a pas été justifié et en 17% il n'a pas été quantifié. Dans les cas où le DF a été justifié, la justification s'a basée, pour la plus part des cas, sur l'évolution des séquelles pour arthrose post-traumatique (59%). Par rapport à l'analyse des décisions judiciaires, on a vérifié que les tribunaux ont considéré le DF seulement en 27.8% des cas et, pour ces cas, le DF a été indemnisé en 27% (n=24).

Ces résultats permettent conclure que pour l'évaluation du DF ils ne sont pas appliqués ni critères scientifiques ni méthodologiques et que les experts ne sont pas sensibilisés ni capacités pour l'évaluer de façon fondementée.

En conséquence, deux propositions peuvent être faites par rapport à l'évaluation du DF au Portugal: (1) arrêter l'évaluation de ce dommage et faire référence uniquement à une possible aggravation, pour permettre la réouverture de la procédure judiciaire; (2) continuer à évaluer le DF, supporté par des études scientifiques sur plusieurs situations cliniques post-traumatique, pour meilleur définir des critères pour son évaluation et quantification.

**Mots-clés:** Dommage corporel; dommage futur; évaluation médico-légale.

**Pedido de separatas:**

SOFIA FRAZÃO

lalanda77@hotmail.com



# O traumatismo e o cancro: relação causal?

## Revisão da literatura<sup>1</sup>

I. Aguiar<sup>2</sup>, R. Pereira<sup>2</sup>, T. Ralha<sup>2</sup>

### 1. Introdução

Em 1907, no 20º Congresso de Cirurgia Francesa, foi apresentado o primeiro estudo a enunciar os critérios clínicos necessários para a existência de uma relação causa-efeito entre traumatismo e o aparecimento de tumor. Tais condições foram apresentadas por Segond, baseando-se em critérios médico-legais já estabelecidos: 1. Perfeita integridade prévia da região traumatizada; 2. O traumatismo deve ser suficientemente severo e deve deixar marca no ponto de aplicação; 3. Deve existir absoluta correspondência entre a região traumatizada e a região de aparecimento do tumor; 4. O intervalo de tempo entre o traumatismo e o aparecimento dos primeiros sintomas não deve ser inferior a 4-6 semanas; 5. Deve haver continuidade das manifestações patológicas; 6. O diagnóstico clínico deve ser confirmado, na medida do possível, por um exame anátomo-patológico.

Em 1935 Ewing confrontou estes dados no seu artigo “A atitude moderna perante o cancro traumático”, tendo defendido os mesmos critérios e realçado a importância da autenticidade e adequação do traumatismo (contexto possível de ocorrência do traumatismo e adequação do objecto causador). Ao longo dos anos vários autores têm definido critérios baseados nos originais, na perspectiva de estabelecer uma relação causal entre o traumatismo e a neoplasia, nomeadamente: Pisenti (1938), Warren (1943), Chiurco (1931, 1933, 1956), Diez (1959), Zulch (1965), Scannavino (1969) e Manuelidis (1971).

Em 1979 Boni propôs critérios mais pormenorizados e actualizados: 1. O traumatismo deve ser claramente comprovado e ser suficientemente grave para provocar dano tecidual e conseqüente processo metabólico e regenerativo; 2. A natureza neoplásica da afecção deve ser comprovada his-

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina em 2008

<sup>2</sup> Aluna do 6º ano Médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

tologicamente ou, pelo menos, ter documentação clínica segura; 3. Os locais do traumatismo e do desenvolvimento do tumor devem ser coincidentes; 4. O período de latência entre o traumatismo e o tumor deve ser concordante com os dados experimentais e clínicos conhecidos (na prática, quanto mais curto é o tempo de latência, mais improvável é a relação causal entre os dois eventos); 5. O período de latência deve corresponder a cicatrização consequente ao traumatismo, fase assintomática suficientemente longa e aparecimento da sintomatologia tumoral; 6. O local onde se desenvolveu o tumor deve estar previamente intacto. Infelizmente, a aplicação destes critérios não é por si só a garantia de uma abordagem científica e objectiva desta problemática.

A importância do traumatismo no desenvolvimento de metástases foi abordada por Froge e Valette (1976) que defenderam esta correlação causal perante o agravamento de uma metástase conhecida, na revelação fortuita de uma metástase latente e na indução metastática: por activação de células cancerosas fixadas localmente e latentes ou por fixação de células cancerosas circulantes. Tavennier e Godinot (1947), Robinson e Hoppe (1972) e Padovani (1974) desenvolveram também estudos nesta temática.

A etiopatogenia do cancro baseia-se na actuação de dois tipos de factores: agentes desencadeantes (físicos, químicos e biológicos) e agentes co-cancerígenos que isoladamente não induzem o aparecimento de neoplasia mas são capazes de aumentar a susceptibilidade a carcinogénios. A oncogénese é considerada um processo complexo que decorre em 3 fases: iniciação, promoção e progressão. O traumatismo pode constituir um factor inespecífico que acelera o desenvolvimento do tumor (factor promotor) e a sua progressão (estimulação do crescimento tumoral).

## 2. Localizações tumorais e discussão

### 2.1 Cancro da pele

O traumatismo da pele repetido ou de carácter crónico tem maior probabilidade em resultar no aparecimento de cancro da pele do que o simples e isolado.

1. *Carcinoma espinho-celular*: as cicatrizes espessas e densas dão normalmente origem a carcinoma de células escamosas, sendo inúmeros os casos descritos na literatura de carcinomas epidermóides que surgem nestas situações. Contusões solitárias ou arranhaduras, queimaduras isoladas com metal quente, feridas de bala e incisões cirúrgicas têm sido relatadas como causas de cancro. Este tumor tem elevada incidência no Japão, China e Norte

da Índia provavelmente devido à exposição crónica ao calor de placas de ferro aquecido colocadas debaixo do vestuário para aquecimento.

De acordo com Oliveira (1992), Marjolin foi o primeiro a descrever, em 1828, os carcinomas em cicatrizes pós-traumáticas tendo DaCosta, em 1903, proposto o tema de “úlceras de Marjolin” para descrever as alterações neoplásicas que ocorrem em cicatrizes pós-traumáticas com ulcerações crónicas, sobretudo nos membros inferiores. Lifeso e col. usaram, a partir de 1990, o termo genérico “carcinoma espinho-celular pós-traumático” para descrever carcinomas desenvolvidos em cicatrizes, tractos fistulosos, osteomielites crónicas, queimaduras ou zonas de pele previamente irradiada. A incidência destes tumores tem diminuído, devido ao tratamento mais correcto das feridas traumáticas e queimaduras com redução das ulcerações crónicas.

O estudo epidemiológico publicado em 2006 por Mellemkjaer, sobre a vigilância por mais de 25 anos de 16.903 doentes hospitalizados por queimaduras, concluiu que a evolução das cicatrizes não resultou em excesso de carcinomas de células escamosas ou de qualquer outro tipo de cancro: identificaram-se 139 casos de cancro em 189 esperados. Este baixo risco ficou a dever-se à baixa incidência de basalioma e melanoma, enquanto que os casos de carcinoma epidermóide corresponderam ao número esperado. Estima-se, actualmente, que cerca de 2% das cicatrizes sofram transformação maligna.

2. *Basalioma*: o tumor maligno mais comum em humanos, sobretudo em idosos. A sua patogenia está directamente relacionada com a exposição à luz UV mas, ocasionalmente, é associada ao traumatismo.

Reverendo a literatura é importante salientar a conclusão de Brodtkin e Bleiberg (1970) da não existência de relação causal entre traumatismo e basalioma. O carcinoma ocorre em áreas de exposição solar máxima e não em áreas de traumatismo crónico, tais como mãos, pés, área da barba e zona do decote. Foi estabelecido que o seu aparecimento após um traumatismo simples requer factores que induzam mudança na pele, tais como exposição solar, alcatrão ou produtos petrolíferos. Treves e Pack (1930) afirmaram que este carcinoma ocorre mais frequentemente após uma queimadura superficial causada por sólidos quentes, poupando os folículos pilosos e glândulas sudoríparas.

3. *Melanoma*: é extremamente raro surgir em cicatrizes de queimadura. Os traumatismos continuam a ser discutidos como agentes causais, podendo levantar questões médico-legais. Kaskel e col. (2000) avaliaram a possível existência de relação causal num questionário retrospectivo a 369 pacientes com melanoma: 337 (91,3%) negaram traumatismo prévio e apenas 32 (8,7%) consideraram a sua possibilidade. Tendo em conta que a maioria dos pacientes sofria de melanoma acral, era esperada uma história de traumatismo mais

frequente. Após revisão da literatura clínica, epidemiológica e experimental os autores afirmam não parecer haver evidência de que traumatismo simples ou múltiplo seja factor causal na formação de melanoma. Bero e col. (2006) relatam 2 casos recentes de melanoma em cicatrizes de queimadura e referem apenas 27 outros casos descritos na literatura.

Os melanomas subungueais representam aproximadamente 20% dos melanomas na raça negra e oriental e apenas 2% nas populações leucodermóides. O seu desenvolvimento não pode ser associado aos raios UV, que não penetram o prato ungueal, pelo que Möhrle e Häfner (2002) tentaram identificar possível origem traumática. Foram analisados 406 melanomas subungueais das mãos e pés de 74 pacientes; alguns deles relataram traumatismo directo relacionado com o aparecimento do melanoma que poderia ser explicado como coincidência, maior atenção a área negra debaixo da unha, hemorragia traumática de melanoma subclínico ou mutação dos melanócitos durante a proliferação induzida pelo traumatismo. Não foi estabelecida relação causal.

4. *Sarcomas*: raramente são encontrados no contexto de cicatrizes de queimadura. A literatura antiga descreve apenas 24 casos. Tanaka e col. (2004) relataram o segundo caso de dermatofibrosarcoma no contexto de uma cicatriz.

Admite-se que o traumatismo da pele e tecidos moles, complicado por ulceração crónica, determine a transformação maligna. Cicatrizes resultantes de traumatismo com ulceração deverão ser vigiadas periodicamente, sendo o carcinoma epidermóide o mais frequentemente encontrado. Parece, no entanto, não haver relação entre traumatismos e melanomas cutâneos, não estando estabelecida uma relação entre basalioma e traumatismo.

## 2.2 Tumores do SNC

Os tumores malignos do SNC mais frequentes são os gliomas (50 a 60 %) e os meningiomas (25%). Os gliomas são tumores do tipo glial que podem ter origem em astrócitos (astrocitomas), oligodendrócitos (oligodendrogliomas) bem como noutros componentes celulares do tecido encefálico.

Desconhece-se a etiopatogenia da maioria dos tumores. Existem, contudo, alguns factores que contribuem para a transformação neoplásica: factores físicos, químicos, agentes virais, inflamação crónica e radiação ionizante. Algumas síndromas hereditárias estão também associadas a um maior risco, tais como Neurofibromatose tipos 1 e 2, Síndrome de Li-Fraumeni, Síndrome de Turcot, Esclerose Tuberosa e Retinoblastoma.

A relação entre o traumatismo e o desenvolvimento deste tipo de tumores tem vindo a ser discutida desde a altura em que Virchow a colocou como hipótese, permanecendo, actualmente, bastante controversa e obscura. De facto a maioria dos estudos epidemiológicos realizados entre 1931 e 1998 por diversos autores não apoia essa relação.

Estudos experimentais realizados por Morantz e Shain (1978) e Schiffer e col. (1991) mostraram que o traumatismo intracerebral poderá actuar como um co-carcinogéneo, ao aumentar a taxa de formação de gliomas em ratos expostos a um potente neurocarcinogéneo.

Segundo Ewing (1935) e Perez-Díaz e col. (1985) a patogenia de gliomas pós-traumáticos deverá ser apontada. Processos regenerativos e cicatriciais secundários ao traumatismo podem, em raros casos, ultrapassar os processos normais de reparação e transformar-se em focos de proliferação celular neoplásica. Contudo, apesar das alterações carcinomatosas em cicatrizes antigas terem sido bem descritas, é pouco provável que a presença de tecido cicatricial isolado degenere em neoplasia.

Nygren e col. (2001) revelaram um estudo constituído por um grupo de 311 pacientes hospitalizados entre 1965 e 1994 por traumatismos cerebrais. Foram diagnosticados 281 tumores numa fase muito tardia do período de vigilância, tendo os autores concluído não haver associação entre os traumatismos cerebrais e a incidência destes tumores. Monteiro e col. (2006) publicaram um estudo que incluía 231 pacientes hospitalizados com tumores primários do SNC. Factores de risco como traumatismos cranianos foram mais frequentes nos doentes com os respectivos tumores (46%) do que nos controlos saudáveis (36%). Os autores concluíram que o aparecimento tumoral era directamente proporcional ao número de traumatismos da cabeça e não à sua gravidade.

Philips e col. (2002) publicaram um estudo baseado em 200 casos e 400 controlos, tendo verificado que os traumatismos cranianos estavam associados a um aumento do risco de meningiomas, especialmente os ocorridos entre os 10 e os 19 anos. Foi novamente concluído que o desenvolvimento de tumores estava relacionado com o número de traumatismos previamente sofridos e não com a sua gravidade.

Em 2004 Salvati e col. publicaram 4 casos clínicos de gliomas pós-traumáticos. O primeiro descrevia o caso de uma mulher com 54 anos com convulsões e hemiparésia esquerda, cerca de 7 anos após um acidente. Foi-lhe removido um glioblastoma multiforme do lobo temporal esquerdo. O segundo caso tratava de uma mulher com 68 anos com perda de força nos membros direitos, cerca de 5 anos após queda com inconsciência durante 10 dias; a TAC crânio-encefálica mostrou fractura antiga e uma lesão de densidade mista na região parietal esquerda, cujo estudo anátomo-patológico após



remoção revelou um astrocitoma maligno. Citaram também o caso de um homem com 67 anos com afasia e antecedente de acidente, havia cerca de 4 anos; após estudos imagiológicos e posterior excisão parcial da lesão, foi diagnosticado um glioblastoma multiforme. Por fim, descreveram o caso de uma mulher com 61 anos com afasia e história de traumatismo craniano, havia cerca de sete anos; foi identificado hematoma intracerebral no lobo frontal esquerdo, cujo estudo histológico mostrou tratar-se de um astrocitoma. O estudo histológico revelou nos 4 casos mencionados, células tumorais no local da cicatriz antiga, observação muito importante não só para demonstrar a relação topográfica entre o local prévio do traumatismo e o conseqüente tumor cerebral, mas também para admitir a possibilidade do tecido cicatricial ser causa de degeneração neoplásica. Contudo, sabe-se hoje que a maior parte dos pacientes com traumatismos cerebrais não desenvolve gliomas, nem a maioria dos pacientes com gliomas cerebrais apresenta história de traumatismo focal, o que poderá significar a necessidade de envolvimento de um factor adicional na sua etiologia.

A origem traumática destes tumores tem sido extensivamente discutida ao longo dos anos sem uniformidade de opiniões. Existem poucos casos diagnosticados associados a lesão craniana importante, o que dificulta relacionar tal lesão com a origem tumoral. Há mesmo autores que afirmam ser esta relação tão rara que, provavelmente, será apenas mera coincidência.

### 2.3 Tumores ósseos

As reacções do tecido ósseo ao traumatismo ou fractura podem fornecer evidências a favor do traumatismo severo como causa essencial de certos tumores do osso, sobretudo em faixas etárias mais baixas, onde a incidência de traumatismos é especialmente alta. Contudo, o facto de inúmeras fracturas, cirurgias e transplantes ósseos nunca terem resultado em sarcomas, leva a acreditar na existência de outros factores, não relacionados com a lesão, que actuem no seu desenvolvimento.

A reacção do tecido ósseo à lesão sugere que apenas as variantes tumorais osteoblásticas possam estar associadas a traumatismo. Em 1935 Sebesteyen, citado por Ewing (1935), relatou três casos de sarcoma ósseo após lesão traumática do tipo osteoblástico. São poucos os casos descritos até ao momento, pelo que não se pode afirmar que os sarcomas ósseos traumáticos sejam obrigatoriamente desse tipo.

Os osteossarcomas medulares, condrossarcomas e mixomas resultam de anomalias da estrutura óssea congénitas ou adquiridas, enquanto que os

endoteliomas resultam de anomalias estruturais vasculares. A possibilidade do traumatismo poder induzir tais alterações e ser considerado agente causal tumoral, não se comprovou experimentalmente.

Grenard e col. (2001) publicaram o caso de uma menina de 18 anos com osteoma osteogénico no local de fusão de fractura do terço médio do fémur e Schulze e col. (2001) o caso de um osteoma osteóide no local de fractura na região tibial distal, três anos após osteossíntese. Tendo em conta a patogenia deste tumor, os autores defendem a baixa probabilidade de relação causal entre as fracturas e as neoplasias.

Glasel e Schraub (1985) relataram dois casos de queda com fractura femoral em crianças nas quais foi feito o diagnóstico de osteossarcoma alguns meses mais tarde.

Bonadonna e col. (1988) publicaram o caso de uma menina de 13 anos que sofreu queda com resultante traumatismo do ombro esquerdo, tendo-lhe sido diagnosticado Sarcoma de Ewing um mês mais tarde.

Os quistos corticais pós-traumáticos são lesões benignas, assintomáticas, raras em crianças, não expansivas e que tendem a resolver espontaneamente. Parecem resultar da invasão da gordura da medula óssea por hematoma subperiosteal e ocorrem tipicamente na extremidade distal do rádio, como resultado de fracturas em vara verde. Houshian e col. (2007) relataram 3 casos de quistos corticais pós-traumáticos.

Existem relatos de casos de tumores ósseos pós-traumáticos na literatura, mas em nenhum deles foi efectuado um estudo suficientemente dirigido e exaustivo para obter evidência científica de uma relação causal. Do ponto de vista médico e científico, actualmente não é possível afirmar que o traumatismo directo e violento de um segmento ósseo seja um factor de carcinogénese. Contudo, no plano médico-legal, esta constatação é fundamental, devendo-se encorajar a avaliação atenta do caso e informar o juiz das eventuais coincidências existentes.

## 2.4 Tumores do tecido conjuntivo

**Intramusculares** – A actual classificação da OMS diferencia as proliferações conjuntivas na dependência das fáscias e tecidos aponevróticos intermusculares em fibromas, dermatofibromas, fibrossarcomas e fibromatoses. Entre as últimas existem algumas com tendência para a destruição muscular progressiva – fibromatoses agressivas/extra-abdominais extensivas, também designadas tumores desmóides extra-abdominais (Nichols).

1. *Tumores Desmóides (fibromatose agressiva)*: benignos, localmente agressivos, aderem ao osso, mas raramente provocam a sua erosão. Gebhart e col. (1999) relataram o caso de tumor desmóide no local de colocação de prótese total da anca, Skhiri e col. (2004) publicaram um caso de tumor desmóide cervical após colocação de cateter jugular e Wiel Martin e col. (1995) descreveram um tumor desmóide no local de fractura prévia de costela. Em 2007 Delpla e col. relataram o caso de um homem de 53 anos, vítima de contusão lombar sem evidência radiológica de fractura, com formação de hematoma no local traumatizado (L3-L5). Foi realizada exérese cirúrgica com recidiva da massa 2 vezes em 6 meses. Um ano após o traumatismo inicial detectou-se um tumor a nível de L3-L4, com diagnóstico histológico de fibromatose agressiva. Tsai e col. publicaram em 2007 o relato de um caso de tumor desmóide que ocorreu 15 meses após fractura não complicada do rádio esquerdo distal. Mais recentemente Sarit Cohen e col. (2008) relatam o caso de uma mulher de 27 anos com um tumor desmóide paraespinal, diagnosticado 3 anos após acidente.

Em todos os artigos revistos a correlação entre o local do traumatismo e o tumor, assim como o intervalo de tempo entre o traumatismo e o seu aparecimento apontam para a origem causal do traumatismo na ocorrência do tumor; embora a causalidade directa pós traumática não possa ser demonstrada. Segundo Cohen a raridade dos tumores desmóides, a sua biologia específica, a associação bem documentada entre tumores desmóides da parede abdominal e gravidez e a tendência da cirurgia em induzir novos tumores em doentes com PAF, suportam a noção de que o traumatismo/lesão dos tecidos é uma causa provável de, pelo menos, alguns deles.

2. *Fibrossarcoma*: lesão tumoral conjuntiva maligna. É classificado em diferentes graus de acordo com a sua diferenciação, número de mitoses e necrose tumoral existente. A cada uma destas variáveis é atribuída uma pontuação de 1 a 3 e a soma dos 3 valores define um grau, que está correlacionado com o aparecimento de metástases e sobrevivência: grau I (pontuação 3 ou 4) tumores mais diferenciados e menos agressivos; grau III (pontuação 7 a 9) tumores menos diferenciados e mais agressivos; grau II (pontuação 5 ou 6) gravidade intermédia.

Delpla e col. (2007) relataram o caso de um homem de 51 anos que sofreu contusão violenta por pedra de 180 kg, no 1/3 distal anterior da perna direita, com ferimento profundo. Cinco anos mais tarde surgiu uma massa dolorosa no local da perda muscular, tendo o exame histológico diagnosticado fibrossarcoma de grau I. Realizaram-se duas exéreses cirúrgicas nesse mesmo ano complementadas com radio e quimioterapia e, um ano depois, surgiram metástases pulmonares e recidiva local. Os autores destacaram a hipótese

de que um processo inflamatório conduziu a uma cancerização local. Por outro lado, a presença de partículas minerais teria favorecido o processo inflamatório, através de um tipo de reacção crónica a um corpo estranho.

Mais uma vez, embora a causalidade directa pós-traumática não possa ser demonstrada, é apontada a responsabilidade etiopatogénica do traumatismo inicial, possivelmente complementada pela influência da cirurgia e presença de corpos minerais estranhos.

**Extra-musculares** – 1. *Lipoma*: tumor benigno do tecido adiposo, de etiologia ainda desconhecida, sendo considerada a neoplasia benigna mais comum no ser humano. Ewing (1935) fez uma revisão da literatura apontando diversos casos relatados como lipomas pós traumáticos, realçando que poucos são aqueles nos quais a sequência de eventos é sugestiva de origem traumática. Admite, no entanto, que traumatismos repetidos possam induzir o crescimento de certos tipos de lipoma (lipoma arborescente da articulação do joelho ou lipomas sobre antigas hérnias inguinais e umbilicais). Brooke e MacGregor (1969) introduziram a denominação de pseudolipoma como a existência de tecido adiposo normal numa localização anormal, secundária ao traumatismo, através do seu prolapso pela fásia de Scarpa, diferindo do lipoma por não ser capsulado. Rozner e Isaacs (1977) relataram 24 casos de pseudolipomas por contracção cicatricial após lesão da fásia e Penoff (1982) descreveu 3 casos de lipoma da anca, sem lesão anatómica confirmada. David e col. (1996) relataram 10 casos de lipoma pós-traumático e Signorini e Campiglio (1998) outros 9. Os últimos propuseram que a diferenciação dos precursores mesenquimatosos (pré-adipócitos) em adipócitos maduros (um processo despoletado pelo traumatismo) poderia conduzir à formação de lipomas subcutâneos. Copcu e col. (2003) analisaram 12 casos de lipoma secundário a traumatismo, defendendo que apenas os causadores de necrose do tecido adiposo poderiam despoletar a formação do tumor. Mais recentemente Aust e col. (2007) realizaram uma análise retrospectiva de todos os casos de lipoma identificados na sua instituição, tendo sido identificados como pós-traumáticos 34 casos em 170 doentes. Os autores apresentaram duas explicações potenciais para a relação causal: o impacto traumático directo induziria prolapso de adipócitos através da fásia com formação de pseudolipoma pós-traumático; o lipoma resultaria da diferenciação e proliferação de um pré-adipócito, mediada pela libertação de citocinas após o traumatismo dos tecidos e formação do hematoma.

A relação directa entre o traumatismo dos tecidos moles e a formação de lipomas continua a ser discutida de forma controversa, aceitando-se, no entanto, a possível origem traumática de alguns destes tumores benignos.

2. *Lipossarcoma*: existem na literatura poucos relatos de origem traumática. Sabendo que o tecido adiposo reage à lesão através de proliferação activa de adipócitos, Ewing (1935) acreditava que a base para o desenvolvimento tumoral estava criada.

## 2.5 Cancro da mama

Existem factores de risco conhecidos: idade (pico de incidência aos 60-65 anos); antecedentes familiares de cancro da mama; raça leucodermóide; nuliparidade; antecedentes pessoais de lesões pré-malignas; exposição prolongada aos estrogénios (quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa); exposição a radiações (<30 anos de idade); consumo moderado a excessivo de álcool; primípara idosa. Acrescem ainda factores de risco controversos: campos electromagnéticos; terapêutica hormonal de substituição prolongada; ingestão excessiva de calorias e de gorduras; peso (muito elevado na pós-menopausa ou muito baixo na pré-menopausa); classe sócio-económica.

Cerca de 1% dos casos de cancro da mama ocorrem no homem, sendo apontados como factores de risco: antecedentes familiares de cancro da mama; alterações testiculares ou atrofia pós-orquites; exposição a radiações ionizantes; síndrome de Klinefelter; insuficiência hepática; história de ginecomastia; tratamento com estrogénios ou com prolactina.

Dos casos estudados, Lowental em 1859 (em *Oncologi e Traumi*, 1991) afirmou existir relação causal em 3,4%, Boèpke em 1905 (em *Oncologi e Traumi*, 1991) em 19% e Niceforo (1928) em 8%. Lubarsch e Ribbert (1912) e Marsch (1933), tentaram induzir cancro da mama em ratos através de traumatismo mamários, porém sem sucesso. Rasch (1931) descreveu o caso de uma mulher de 64 anos que afirmava ter desenvolvido cancro da mama 6 meses após punção esternal. Korbler (em *Oncologi e Traumi*, 1991) estudou 74 casos de carcinoma da mama dos quais apenas 4 (5,4%) foram precedidos de traumatismo. Chiurco (1956) revelou que o traumatismo tinha um papel secundário no desenvolvimento do cancro da mama. Giovannoni e Andreucci (1972) aceitaram a hipótese de que a neoplasia da mama pudesse decorrer na sequência de um evento traumático. Verhaege (1974) referiu 2 casos nos quais concluiu que o traumatismo foi factor despoletante de uma patologia mamária pré-existente e não a sua causa. Hermelont e Rodat (1982) relataram o caso de uma mulher de 52 anos em que, 11 dias após um acidente com contusão do lado direito do tórax, surgiu um nódulo na mama direita diagnosticado como hematoma pós-traumático. Um mês mais tarde, e por manter sintomatologia dolorosa, foi realizada biópsia do nódulo que revelou adenocarcinoma infiltrativo. Os autores e especialistas que estudaram o caso foram da opinião de que não havia relação causal.

No final do século XX Olsson e Ranstam (1988) publicaram um estudo no qual concluíram que eventos que provocassem a elevação de prolactinémia (como traumatismos crânio-encefálicos que causam prolactinomas), estariam relacionados com maior incidência de cancro da mama nos homens. Foi verificado, neste estudo, que 1/3 dos homens com esta neoplasia apresentava hiperprolactinémia, não ocorrendo o mesmo nas mulheres.

O único traumatismo que poderá estar relacionado com o aparecimento de cancro da mama é o traumatismo craniano nos homens. É assim uma forma causal indirecta mas que não necessita de patologia mamária pré-existente para actuar. Pode-se afirmar que não há correlação entre cancro da mama e traumatismo mamário prévio, sendo essencial fazer o diagnóstico diferencial com citoesteatonecrose e hematoma mamário, que podem ser decorrentes deste último.

## 2.6 Cancro testicular

Do ponto de vista histológico os tumores primários de células germinativas, que correspondem a 95% de todos os tumores testiculares, podem dividir-se em tumores seminomatosos, não seminomatosos e mistos.

Michalowsky (1928) tentou induzir cancro testicular em galos, ao submetê-los a traumatismo mecânico severo dos testículos, sem sucesso (0 em 100). Westerlain (em *Oncologi e Traumi*, 1991) descreveu em 1932 o caso de um homem de 50 anos de idade que sofreu várias contusões do escroto e que 4 semanas depois desenvolveu hidrocelo com agravamento clínico passados 7 meses, altura em que foi feito o diagnóstico de tumor testicular homolateral. Em 1935, Ewing publicou um artigo no qual referiu que, após pesquisar vários casos de possível relação causal entre traumatismo e cancro, chegou à conclusão de que em nenhum tal se confirmou. Verhaeghe (1974) descreveu dois casos: 1. Homem de 32 anos que sofreu contusão directa do testículo que quadruplicou de tamanho no dia seguinte tendo sido diagnosticada orquite traumática e, dois meses depois, seminoma; 2. Homem (desconhece-se a idade) sofreu contusão traumática com hematocelelo. O agravamento da clínica, três meses depois, levou ao diagnóstico de tumor embrionário do testículo com invasão ganglionar regional. O autor referiu que no primeiro caso a conclusão médica foi “fragilidade extrema do tumor agravado pelo traumatismo” e no segundo caso “traumatismo agravante de tumor latente”. Cassagne (1994) publicou um artigo no qual descreveu um homem de 50 anos que sofreu contusão dos genitais externos, tendo-lhe sido diagnosticado seminoma testicular puro, 6 meses mais tarde; concluiu no entanto, recorrendo a impressões de vários especialistas, que o traumatismo não poderia ter provocado o cancro.

Quanto a estudos de caso controlo: 1. Heising e Engelking (1978) concluíram que não havia relação causal entre traumatismo mecânico e tumor testicular mas que não se podia excluir a possibilidade de haver libertação de células tumorais na corrente sanguínea após um mesmo traumatismo, nos casos de tumores testiculares pré-existentes; 2. Swerdlow, Huttly e Smith (1988) compararam as frequências de traumatismos prévios em 259 doentes com cancro testicular com dois grupos controlo sem cancro. Concluíram que a frequência destes tumores não estava significativamente associada a exposição traumática prévia e os limites de confiança dos resultados permitiram excluí-la como factor de risco elevado; 3. Merzenich e col. (2000) compararam 269 doentes com cancro testicular com um grupo controlo de 797 indivíduos sem cancro, concluindo que não havia relação causal entre traumatismo e cancro testicular. Em 2002, foi redigido um relatório por Vincuña e col., sobre dois casos de traumatismo testicular com posterior diagnóstico de cancro, com o intuito de demonstrar a sua coincidência e não a relação causal, uma vez que acreditam que a bibliografia sobre este assunto não é clara.

Concluiu-se que não há dados científicos que sugiram relação causa-efeito entre o traumatismo e o cancro testicular.

### 3. Conclusão

O problema da imputabilidade da responsabilidade do traumatismo na patogenia do cancro não será resolvido até que a biologia do cancro esteja melhor esclarecida. Contudo, nada permite pensar que este conhecimento seja eminente.

A informação actual confirma a ideia, há muito adoptada por patologistas, que um único traumatismo de um tecido normal não é capaz de induzir um tumor maligno. Assim, apenas se sabe que traumatismos repetidos actuando em tecidos sucessivamente alterados têm maior probabilidade de induzir regeneração desorganizada do que um traumatismo isolado. É importante referir que este princípio não altera a possível importância que o traumatismo poderá ter ao ser uma causa indirecta, mas essencial e determinante, de certos tumores.

A interpretação do regime da indemnização por danos corporais reconhece que o traumatismo nunca é a causa isolada do tumor, havendo uma grande probabilidade de coincidência, sendo o agravamento pela lesão raro e difícil de definir.

A principal tarefa em detectar a relação de um traumatismo com qualquer tipo de tumor é um processo de procura de factos. A maioria dos casos descritos



na literatura como alegados tumores de causa traumática seriam excluídos, caso os factos fossem agrupados e correctamente avaliados. Os efeitos reais e prováveis das lesões devem ser avaliados por pessoas competentes, devendo todos os casos ser estudados do ponto de vista médico e patológico, para além de serem tomados em consideração os critérios médico-legais.

As opiniões, em relação à possível origem traumática de qualquer tumor, devem ser baseadas na localização, análises da literatura, nas peculiaridades estruturais e na evolução clínica do tumor em cada órgão. As generalizações podem ser enganadoras, pelo que estas questões têm que ser avaliadas por clínicos e por patologistas oncológicos experientes.

São inúmeras as perguntas que ainda permanecem sem qualquer resposta: Como é que se sabe que um determinado tumor não existia antes do traumatismo? Qual o papel do traumatismo na carcinogénese, se admitirmos que o tumor já estava presente? Estas interrogações levantam, com acuidade, um dos problemas mais difíceis no que diz respeito à fixação da indemnização por danos corporais. Não cabe certamente a nós médicos responder, mas sim aos juízes. Contudo, estes não poderão julgar correctamente sem informação clínica detalhada e crítica sobre cada caso em apreciação.

É urgente a necessidade de uma análise mais exaustiva e detalhada dos casos individuais de tumores de possível causa traumática e de estudos mais exigentes sobre os efeitos do traumatismo nos diferentes órgãos e tecidos.

## Bibliografia

- Aust MC, Spies M, Kall S et al. Lipomas after blunt soft tissue trauma: are they real? Analysis of 31 cases. *Br J Dermatol* 2007; 157(1): 92-9.
- Bartle EJ, Sun JH, Wang XW et al. Cancers arising from burn scars. A literature review and report of twenty-one cases. *J Burn Care Rehabil* 1990; 11: 46-9.
- Bashara ME, Jules KT, Potter GK. Dermatofibrosarcoma protuberans: 4 years after local trauma. *J Foot Surg* 1992; 31: 160-5.
- Bero SM, Busam KJ, Brady MS. Cutaneous melanoma arising in a burn scar: two recent cases and a review of the literature. *Melanoma Res* 2006; 16(1): 71-6.
- Bonadonna G, Robustelli Della Cuna G. *Manuale di oncologia medica*. Milano: Ed. Masson; 1988.
- Boni P. Traumi e tumori: valutazioni patogenetiche. *Federazione Medica* 1979; 32: 394.
- Brodkin RH, Bleiberg J. Trauma and skin cancer. *Med Trial Tech Q*. 1970; 17(1):37-47.
- Brooke RI, Macgregor AJ. Traumatic pseudolipoma of the buccal mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969; 28: 223-5.
- Cassagne. Observations cliniques d'expertise. *Revue Française du Dommage Corporel* 1994; 20 (2): 168-74.
- Ceino A, Marmo C. *Oncologia e traumi*. Roma: Edizioni Colosseum. 1991. 49-75; 107; 109 p.



- Chiurco GA. Studio sulla genesi traumatica delle neoplasia. Rapporto fra trauma, tubercolosi e tumori. Atti R. Accad. dei Fisiocritici. Siena. 1931.
- Chiurco GA. Importanza del trauma nei tumori della mammella. Atti R. Accad. Dei Fisiocritici e studi della Facoltà Medica Senese. 1933.
- Chiurco GA. Precancerogenesi e tumori professionali. Ed. I.N.A.I.L. Milano. 1956.
- Cohen S, Ad-El D, Benjaminov O et al. Post-traumatic soft tissue tumors: case report and review of the literature a propos a post-traumatic paraspinal desmoid tumor. *Wor J Surg Oncol* 2008; 6:28.
- Copcu E, Sivrioglu NS. Posttraumatic lipoma: analysis of 10 cases and explanation of possible mechanisms. *Dermatol Surg* 2003; 29(3): 215-20.
- David LR, Defranzo A, Marks M et al. Posttraumatic pseudolipoma. *J Trauma* 1996; 40: 396-400.
- Delpla PA, Rouge D, Durroux R et al. Soft tissue tumors following traumatic injury: two observations of interest for the medicolegal causality. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19(2): 152-6.
- Diez S. Infortunistica. Patologia traumática e medicina legale. Bologna: Ed. Minerva Medica. 1959.
- Escario JA. Traumatismos craneales. Aspectos medico-legales y secuelas. Barcelona: Ed. Masson. 1999. 147-52 p.
- Ewing J. *The buckley lecture: the modern attitude toward traumatic cancer.* *Bull Ny Acad Med* 1935; 11(5): 281-333.
- Frogé E, Vallette F. Traumatisme et métastase cancéreuse. *Revue Française Du Dommage Corporel.* 1976; 2(1): 9.
- Gebhart M, Fourmarier M, Heymans O et al. Development of a desmoid tumor at the site of a total hip replacement. *Acta Orthop Belg* 1999; 65: 230-4.
- Giovannoni R, Andreucci G. Aspetti clinici ed assicurativi della traumatologia della mammella. *Riv Inf e Mal Prof Lix* 1972; 614.
- Glasel MP, Schraub S. Ostéosarcome et traumatisme. *Revue Française du Dommage Corporel* 1992; 18(1): 23-8.
- Grenard N, Duparc F, Roussignol X et al. Osteoid osteoma after an old femorals shaft fracture. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2001; 87(5): 503-5.
- Gül U, Kiliç A. Squamous cell carcinoma developing on burn scar. *Ann Plast Surg* 2006; 56(4): 406-8.
- H.E.M. the relationship between trauma and cancer. *Can Med Assoc J* 1932; 27(2): 179-80.
- Heising J, Engelking R. Malignant tumor of the testicle and trauma: correlative evaluation (author's transl). *Urologe A* 1978; 17(2):73-5.
- Hermelont, Rodat. Traumatisme et cancer. *Revue Française du Dommage Corporel* 1991; 17(2): 135-41.
- Houshian S, Pedersen NW, Torfing T et al. Post-traumatic cortical cysts in paediatric fractures: is it a concern for emergency doctors? A report of three cases. *Eur J Emerg Med* 2007; 14(6): 365-7.
- Junquères J, Foels A. Réparation du dommage corporel en ophtalmologie. Paris: Ed. Masson. 1990. 106-7 p.

- Kaskel P, Kind P, Sander S et al. Trauma and melanoma formation: a true association? *Br J Dermatol* 2000; 143(4): 749-53.
- Lifeso RM, Rooney RJ, El-Shaker M. Post-traumatic squamous-cell carcinoma. *J Bone and Joint Surg* 1990; 72a: 12-8.
- Lubarsch. *Med Klin* 1912; 8: 1651.
- Manuelidis EE. Glioma and trauma. J. Minckler Ed. *Pathology of the Nervous System*. 1971. Vol. II: 2237.
- Marsh. *Am J Cancer* 1933; 17: 735.
- Mellemkjaer L, Hölmich LR, Gridley G et al. Risks for skin and other cancers up to 25 years after burn injuries. *Epidemiology* 2006; 17(6): 668-73.
- Merzenich H, Ahrens W, Stang A et al. Sorting the hype from the facts in testicular cancer: is testicular cancer related to trauma? *J Urology* 2000; 164(6): 2143-4.
- Michalowsky. *Virchow's Archiv* 1928; 267:27.
- Möhrle M, Häfner HM. Is subungual melanoma related to trauma? *Dermatology* 2002; 204(4): 259-61.
- Monteiro GT, Pereira RA, Koifman RJ et al. Head injury and brain tumors in adults. *Eur J Cancer* 2006; 42(7): 917-21.
- Morantz RA, Shain W. Trauma and brain tumors: an experimental study. *Neurosurgery* 1978; 3(2):181-6.
- Niceforo A. La mortalité par cancer de l'uterus et du sein en italie pendant le periode 1919-1921. *Atti I Convegno Nazional Lotta Contro Il Cancro*. Milano: Strucchi Ed. 1928.
- Nygran C, Adami J, Ye W et al. Primary brain tumors following traumatic brain injury. *Cancer Causes Control* 2001; 12(8): 733-7.
- Oliveira CF. Cancro da mama. *Rev Med* 1990; 13: 23-33.
- Oliveira CF. Traumatismos e cancro. *Acta Port Invest Oncol* 1992; 4 (11): 17-24.
- Olsson H, Ranstam J. *Head* trauma and exposure to prolactin-elevating drugs as risk factors for male breast cancer. *Jnci* 1988; 80: 679-83.
- Padovani P. Traumatismes et tumours. *Ann Med Traffic* 1974; 2:10.
- Pérez-Díaz C, Cabello A, Lobato RD et al. Oligodendrogliomas arising in a scar of a brain contusion, report of two surgically verified cases. *Surg Neurol* 1985; 24(5): 581-6.
- Phillips LE, Koepsell TD, Van Belle G et al. History of head trauma and risk of intracranial meningioma: population-based case-control study. *Neurology*. 2002; 58(12): 1849-52.
- Pisenti G. La questione dei rapporti fra trauma e tumori vista da un infortunista (i traumi degli infortunati). Vol. Xxxvii. *Annari Della Facoltà Medico Chirurgica R. Università Di Perugia*. Ed. Gráfica S.A. 1938.
- Rasch. *Br J Dermatol* 1931; 43:351.
- Revue Française Du Dommage Corporel* 1982; 8(2): 190-4.
- Robinson KP, Hoppe E. The development of "blode born" metastases; effect of local trauma and ischemia. *Archiv Surg* 1962; 85: 720.
- Rougé D, Delpla PA, Rouquette I et al. Tumeurs conjonctives intramusculaires et traumatismes. Les difficultés de la relation de causalité. *J.M.L.D.M.* 1995; 38(1): 17-25.
- Rousseau C, Fournier C. Le livre du capedoc "précis d'évaluation du damage corporel en droit commum". Paris: Aredoc. 1989. 267-8 p.

- Rozner L, Isaacs GW. The traumatic pseudolipoma. *Aust N Z J Surg* 1977; 47: 779-82.
- Salvati M, Caroli E, Rocchi G et al. Post-traumatic glioma. Report of four cases and review of the literature. *Tumori*. 2004; 90: 416-9.
- Scannavino A. Su un caso di osteosarcoma insorto dopo trauma. *Riv Inf e Mal Prof J* 1969; 1: 1215.
- Schiffer D, Giordana MT, Vigliani MC et al. Relationship between glial reaction to a stab wound and tumor development after receiving transplacental ethylnitrosourea in the rat. *Acta Neuropathol* 1991; 83(1): 30-8.
- Schulze W, Richter J, Kuhnen C et al. Osteoid osteoma that occurred in a former fracture site. *Clin Orthop Relat Res* 2001; (387): 200-6.
- Segond MP. Le cancer et les accidents du travail. *Ass Franc de Chir Proc Verb* 1907; 20: 745.
- Signorini M, Campiglio GL. Posttraumatic lipoma: where do they really come from? *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(3): 699-705.
- Skhiri H, Zellama D, Ameur Frih M et al. Desmoid cervical tumor following the placing of an internal jugular catheter. *Presse Med* 2004; 33: 95-7.
- Swerdlow AJ, Huttly SR, Smith PG. Is the incidence of testis cancer related to trauma or temperature? *Br J Urol* 1988; 61(6): 518-21.
- Tanaka A, Hakoto M, Tada H et al. Dermatofibrosarcoma protuberans arising from a burn scar of the axilla. *Ann Plast Surg* 2004; 52(4): 423-5.
- Tavenier L, Godinot Ch. Tumeurs des os et traumatismes. *Lyon Chir* 1947; 42:5.
- Tofield JJ. Squamous cell carcinoma arising within a burn scar. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(6): 1620.
- Treves N, Pack GT. The development of cancer in burn scars. *Surg Gynecol Obstet* 1930; 51:749-82.
- Tsai LH, Thamboo TP, Lim AY. Desmoid tumor following a distal radius fracture – a complication or a coincidence? *J Hand Surg Eur Vol* 2007; 32(3): 330-2.
- Verhaeghe M. Traumatismes et cancer. *Ann Med Traffic* 1974; 2:6.
- Vicuña FMG, Prieto MAA, Pérez EU. Asociación entre traumatismo y tumor testicular. *Actas Urol Esp* 2002; 26 (8): 592.
- Warren S. Minimal criteria to prove causation of traumatic or occupational neoplasms. *Ann Surg* 1943; 117:585.
- Wiel Marin A, Romagnoli A, Carlucci I et al. Thoracic desmoid tumors: a rare evolution of rib fracture, etiopathogenesis and therapeutic considerations. *G Chir* 1995; 16: 341-4.
- Zulch KJ. Brain tumors, their biology and pathology. 2<sup>nd</sup> ed. Ny Springer. 1965.

**Resumo:** O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura

A associação entre traumatismo e cancro apresenta relevância científica, mas continua a ser relativamente obscura. A importância é aceite, mas a ausência de forte evidência clínica e a incapacidade de esclarecer determinados aspectos etiopatogénicos impedem um conhecimento objectivo e factual acerca desta relação. As autoras fazem uma revisão da literatura referente aos principais tipos de cancro com possível origem traumática, considerando a importância médico-legal da relação causal em termos de avaliação do dano corporal.

**Palavras-chave:** Traumatismo e cancro; relação causal; dano corporal; cancro da pele; tumores do SNC; tumores ósseos; tumores dos tecidos moles; cancro da mama; cancro testicular.

**Abstract:** Trauma and cancer: causal relationship? A literature review

The relationship between trauma and cancer is scientifically relevant, but it's still relatively obscure. The importance is recognized, but the lack of strong clinical evidence and the incapacity to clarify certain etiopathogenic aspects don't allow an objective and factual knowledge about this relationship. The authors conduct a literature review focusing on the main types of cancer probably of traumatic origin, considering the medico-legal importance of the causal relationship in terms of evaluation of body damage.

**Key-words:** Trauma and cancer; causal relationship; body damage; skin cancer; CNS tumours; bone tumours; conjunctive tissue tumours; breast cancer; testicular cancer.

**Résumé:** Traumatisme et cancer: relation de causalité? Revue de la littérature

Le rapport entre traumatisme et cancer, qui présente une portée scientifique considérable, reste relativement obscur. Cette portée est reconnue, mais l'absence d'une évidence clinique forte et l'incapacité à éclaircir quelques détails du domaine de l'étiopathogénie entravent une connaissance objective et factuelle de ce rapport. Les auteurs font une révision de la littérature concernant les principaux types de cancer à possible origine traumatique, en considérant l'importance médico-légale de la relation de causalité en termes d'évaluation du dommage corporel.

**Mots-clés:** Traumatisme et cancer; relation de causalité; dommage corporel; cancer de la peau; tumeurs du SNC; tumeurs des os; tumeurs du tissu conjonctif; cancer du sein; cancer des testicules.

**Pedido de Separatas:**

TÂNIA TERESA SANTOS RALHA

ttralha@gmail.com



# Quantificação de dano corporal maxilo-mandibular – relato de caso

C. M. Carvalho<sup>1</sup>, W. F. M. da Silva<sup>2</sup>, F. C. H. Bouchardet<sup>3</sup>

## Introdução

A metodologia da avaliação do dano corporal em seguros de pessoas, de uma maneira geral, não difere de outros campos do direito. Varia quanto aos objetivos específicos da perícia e a redação de sua conclusão, considerando as particularidades contratuais.

As regras para o cálculo da indenização, referentes à cobertura denominada Invalidez Permanente por Acidente (IPA), encontram-se descritas na circular SUSEP 302/05, Seção III, artigos 11 e 12 (SUSEP, 2008).

A norma relaciona a indemnização diretamente à impotência funcional definitiva de membro ou órgão lesionado, expressa em taxa percentual de invalidez permanente. A avaliação da invalidez permanente, neste sentido, corresponde a percentuais estabelecidos em uma tabela informada nas condições contratuais.

Uma das maiores dificuldades na valoração das seqüelas em Acidentes Pessoais é a falta de indicação na apólice do seguro de outra tabela – mais completa – que possa ser utilizada quando as lesões analisadas não estiverem contempladas. Esses casos devem ser analisados segundo a circular SUSEP 302/05, Seção III, artigo 12, § 3º (SUSEP, 2008).

---

<sup>1</sup> Especialista em Odontologia Legal e Odontologia do Trabalho – ABO-MG; Pós-graduada em Avaliação do Dano Corporal pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, Delegação de Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Master of Science em Medicina Forense pela Universidade de Valencia, Espanha; Especialista em Medicina Legal – ABML; Pós-graduado em Avaliação do Dano Corporal pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, Delegação de Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses pela Universidade de Coimbra; Especialista em Odontologia Legal – USP; Pós-graduada em Avaliação do Dano Corporal pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, Delegação de Coimbra, Portugal.

Esse relato de caso visa analisar as lesões decorrentes de um trauma buco-maxilo-facial cujas sequelas não estão contempladas na tabela especificada no contrato.

## Relato do caso

Segurado DEL, 37 anos de idade, leucoderma, com histórico ocupacional de policial militar. Em 28 de maio de 2006, sofreu acidente de trânsito enquanto pilotava uma moto no itinerário do trabalho. Foi atendido pelo resgate e levado para o Hospital João XXIII onde permaneceu internado por três dias. Sofreu fratura bilateral dos côndilos mandibulares e afundamento do queixo. Foi realizado tratamento de reconstrução do mento, tratamento conservador dos côndilos, tratamento reabilitador dos dentes afetados e tratamento fonoaudiológico.

À observação clínica não foram constatadas alterações consideráveis no exame extra-oral. No exame intra-oral constatou-se a presença de limitações nos movimentos de lateralidade direita e esquerda, ausência de guia anterior, limitação da abertura bucal de 33 mm – medida da borda do incisivo superior à borda do incisivo inferior, e presença de aparelho ortodôntico fixo superior e inferior.

A avaliação odontológica foi realizada no dia 07 de abril de 2008 em forma de Junta – Cirurgião-Dentista assistente do segurado, Cirurgiã-Dentista representante da seguradora e Cirurgiã-Dentista desempatadora.

A história, o exame clínico, a evolução e a documentação odontológica comprovaram os fatos relatados, estabelecendo-se onexo causal entre o acidente e as seqüelas.

As seqüelas apresentadas, descritas no exame clínico, não constavam na tabela indicada no contrato – circular SUSEP 29/91 (SUSEP, 2008). Assim, utilizou-se como referência a Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades em Direito Civil da Comunidade Européia – em vigor desde Janeiro de 2006. Essa tabela estipula nos casos de disfunções mandibulares – limitação da abertura bucal entre 31 e 40 mm, o valor de 0 a 05%. Soma-se a este percentual a perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação têmporo-mandibular (ATM) – segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias – um intervalo percentual de 02 a 10%.

Para o caso em questão, as seqüelas indenizáveis foram estimadas em:

- a) Limitação da abertura bucal em 33 mm – 4%.
- b) Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação têmporo-mandibular (ATM) – segundo a repercussão sobre a mastigação – 3%.

Total = 4% + 3% = 7% do valor da IS (Importância Segurada).

## Discussão

O segurado apresenta seqüelas pós-traumáticas decorrentes de fratura bilateral dos côndilos mandibulares devido a uma consolidação em posição anômala. Para uma boa mastigação é necessário que a mandíbula se mova livremente para facilitar a introdução do alimento e que os movimentos de trituração sejam livres e bastante potentes para formar o bolo alimentar.

Qualquer alteração nos movimentos de abertura e fechamento da boca, limitações nos movimentos de lateralidade e também qualquer alteração na função de grupo da arcada – ausência da guia anterior – podem provocar uma diminuição da eficiência mastigatória. Preconiza-se para uma boa mastigação uma abertura acima de 40 mm. Qualquer medida abaixo desse valor acarreta uma disfunção mandibular.

Para quantificação de uma incapacidade permanente são utilizadas tabelas ou baremas como referência.

A tabela – barema – é uma ferramenta de medida, permitindo ao perito referenciar, mas ela não deverá em nenhum caso ser um manual de patologia seqüelar, nem um compêndio de metodologia de avaliação. Ela não pode esconder a insuficiência de competência do perito, qualquer que seja a situação e a origem de sua missão (Bessières-Roques, Fournier, Hugues-Béjui, Riche, 2001).

Cueto, Fayet, Vieira (2001) descrevem a importância do estabelecimento de padrões de quantificação para melhor uniformidade das avaliações. As tabelas usam como referência uma pessoa genérica ou um ser abstrato e buscam configurar valores a cada parte desse ente ideal.

As tabelas não substituem jamais o método descritivo, nem a função do perito na descrição da lesão, na incidência sobre a funcionalidade da pessoa e nos atos da vida cotidiana. Essa é a contribuição mais importante que faz o perito na avaliação dos danos (Criado Del Río, 2000).

Em seguros de acidentes pessoais, no Brasil, a norma relaciona a indenização diretamente à impotência funcional definitiva de membro ou órgão lesionado, expressa em taxa percentual de invalidez permanente. A avaliação da invalidez permanente, neste sentido, corresponde a percentuais estabelecidos em uma tabela informada nas condições contratuais, conforme circular SUSEP 302/05, Seção III, artigos 11 e 12 (SUSEP, 2008).

Uma das maiores dificuldades na quantificação das seqüelas em Acidentes Pessoais é a falta de indicação na apólice do seguro de outra tabela – mais completa – que possa ser utilizada quando as lesões analisadas não estiverem contempladas. Esses casos devem ser analisados segundo a circular SUSEP 302/05, Seção III, art. 12, § 3º:



§ 3º Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão (SUSEP, 2008).

Já houve quem interpretasse, e defendesse, essa cobertura securitária como sendo exclusiva para as lesões descritas na tabela indicada no contrato. Ou seja, seriam indenizáveis apenas as lesões que constassem na tabela, o que não é válido.

Os esforços realizados no sentido de uma harmonização das avaliações do dano corporal levaram à formulação de uma Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades em Direito Civil da Comunidade Européia e a considerar as semelhanças entre a legislação brasileira e os princípios em que a mesma foi idealizada, esta tabela é válida como referência de estudo e aplicação no Brasil (BOUCHARDET, 2006).

Além disso, essa tabela europeia é suficientemente ampla, apresenta indicativos de várias lesões-tipo com suas respectivas taxas de incapacidade e sua elaboração envolveu ampla discussão entre representantes de vários países da Europa. Esses são motivos adicionais para sua utilização no Brasil como tabela referência complementar nos casos não especificados nos contratos de seguros de acidentes pessoais. E assim estabelecer a diminuição permanente da capacidade física do segurado em termos percentuais, independentemente de sua profissão, conforme descrito na norma.

## **Considerações finais**

O presente relato de caso, calcado na legislação securitária em vigor, na utilização de tabelas de referência em avaliação do dano corporal e literatura pertinente, permitiu as seguintes conclusões:

É necessária a utilização de uma tabela complementar nos casos não especificados no contrato.

A Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades em Direito Civil da Comunidade Européia pode ser utilizada no Brasil.

## **Referências bibliográficas**

- Bessières-Roques I, Fournier C, Hugues-Béjui H, Riche F. Précis d'évaluation du dommage corporel. 2ª éd. Paris: L'argus de L'assurance; 2001. p.191-4.
- Bouchardet FCH. Avaliação do dano buco-maxilo-facial: metodologia europeia baseada no contexto brasileiro [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2006.

- Criado Del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona: civil, penal, laboral e administrativa – responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: COLEX; 1999. p. 33-338.
- Cueto CH, Fayet DG, Vieira DN. Tablas y baremos de valoración. In: Cueto CH. Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p.427-69.
- Superintendência de seguros privados: Circular 302, de 19 de setembro de 2005. Disponível em: URL: <http://www.susep.gov.br/textos/circ302.pdf>
- Superintendência de seguros privados: Circular 029, de 20 de dezembro de 1991. Disponível em: URL: <http://www.susep.gov.br/textos/Cir.29-91Consolidada.pdf>

**Resumo:** Quantificação de dano corporal maxilo-mandibular – relato de um caso

O presente relato de caso ilustra uma quantificação de dano corporal maxilo-mandibular com finalidade securitária para cálculo de indenização em seguro pessoal de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA). As seqüelas apresentadas pelo segurado não constavam na tabela do contrato, sendo utilizada a Tabela Indicativa para Avaliação de Incapacidades em Direito Civil da Comunidade Europeia para sua quantificação percentual.

**Palavras-chave:** Odontologia legal; quantificação do dano; seguro pessoal.

**Summary:** Quantification of corporal maxillo-mandibular damage – case report

This case report presents a quantification of a maxillo-mandibular body damage to value the indemnity for people insurance in case of total or partial permanent disability by accident. The health problems presented by the assured was not at the contract table, therefore it was used the Indicative Table to Disability Evaluation on Civil Right of European Community to its percentual quantification.

**Key-words:** Legal odontology; damage quantification; personal insurance.

**Résumé:** Quantification du dommage corporel maxillo-mandibulaire – récit d'un cas

Le présent récit de cas illustre une quantification de dommage corporel maxillo-mandibulaire avec la finalité, dans le cadre des assurances, du calcul de l'indemnisation en assurance-personnelle de l'invalidité permanente totale ou partielle due à un accident (IPA). Les séquelles présentées par l'assuré ne figuraient pas à la grille du contrat, ayant ainsi dû être utilisé le Barème Indicatif pour l'Évaluation d'Incapacités en Droit Civil de la Communauté Européenne pour sa quantification pourcentuelle.

**Mots-clés:** Odontologie légale; quantification du dommage; assurance de personnes.

**PEDIDO DE SEPARATAS**

CRISTIANE MIRANDA CARVALHO

crismirandacarvalho@yahoo.com.br



# Valutazione delle lesioni dell'articolazione temporo-mandibolare: danni iatrogeni e traumatologici<sup>1</sup>

D. Manfredini, L. Guarda-Nardini<sup>2</sup>

## Introduction

Pathologies of the temporomandibular joint (TMJ) belong to a wide and heterogeneous group of conditions termed temporomandibular disorders (TMD) (1).

TMJ disorders are the most frequent cause of non-dental chronic pain in the orofacial region (2), and their high prevalence has been described in several worldwide papers (3-5).

Some TMJ disorders can be the result of iatrogenic or traumatic events, thus requesting a medical legal appraisal. Therefore, a comprehension of etiopathogenetic mechanisms leading to their onset and a description of the currently available diagnostic and treatment techniques may be useful in the medical legal setting as well (6).

## Etiopathogenesis

A medical legal assessment in cases of litigation for temporomandibular joint disorders of supposed iatrogenic is a difficult task to perform. The hypothesis of a causal link between a medical/dental act and the onset of TMD symptoms has to be verified by taking into account for some basic concepts about the etiology of these disorders (7).

Temporomandibular disorders recognize a multifactorial etiology in a biopsychosocial frame, with a multiplicity of factors (i.e. parafunctional

---

<sup>1</sup> Artigo publicado na revista *Tagete* 2008; 14 (1)

<sup>2</sup> *TMD Clinic, Department of Maxillofacial Surgery, University of Padova, Italy*

activities, occlusal abnormalities, increased joint friction, psycho-affective disorders) that may play a potential causal, predisposing, triggering or perpetuating role (8).

Unfortunately, usually little can be known about the relative role of these factors at the patient's level, to the point that the term "idiopathic" has been proposed to describe the origin of TMD symptoms in many cases (9).

## Diagnosis

Due to uncertainties about their etiology, currently available TMD classifications are mainly symptoms' based (10), and standardized clinical assessments are the standard of reference for patients' evaluations among expert practitioners and academic authorities (11,12)

Indeed, there is currently agreement among scientists that the standard of care for TMD diagnosis is a thorough clinical examination performed according to a validated diagnostic scheme and reliable and repeatable techniques (13).

Available evidence suggests that a clinical evaluation performed by a trained investigator according to calibrated manoeuvres has a good diagnostic agreement with magnetic resonance (MR), which is the standard of reference among imaging techniques for the depiction of soft tissues, for at least the two main groups of joint disorders (disc displacements, inflammatory-degenerative disorders) (14,15).

There is agreement that the diagnostic process for temporomandibular joint disorders may be integrated with the adoption of appropriately selected imaging techniques but, by contrast, it has been demonstrated that there is no place for electronic devices in the diagnostic or treatment planning phases (16,17).

## Treatment

There is consensus in the scientific community that TMD treatment is mainly based on symptoms management rather than causal factors interception and elimination, due to the complex multifactorial etiopathogenesis which makes the establishment of a causal therapy difficult (18). The adoption of conservative treatment modalities is based on the assumption that non-reversible and invasive therapies are not indicated to treat symptoms in the absence of a well-identified pathogenetic pathway. The absence of a recognized causal therapy has led to the proposal of several treatment modalities for symptoms management, among which occlusal splints (19,20), physiotherapy

(21), behavioral and physical treatments (22), drugs (23-26), while surgery seems to be reserved to a minority of patients (27-33).

## Iatrogenic lesions

Literature supporting the hypothesis that TMD symptoms occur after iatrogenic interventions is scarce, and the possibility of such an occurrence is infrequent, due to the large adaptation skills of the stomatognathic system, which allow achieving good therapeutic outcomes or maintaining a good balance with a simple high-prudence approach to TMD management or to complex rehabilitation treatments (34).

Nonetheless, extreme cases of under- or over-treatment may lead to iatrogenic lesions.

Examples of the former are cases of severe temporomandibular joint arthrosis that, if left untreated, may evolve to ankylosis and subsequent need for complex TMJ surgeries.

Cases of overtreatment are unfortunately more frequent, and regard mainly the adoption of surgical techniques that were not indicated for the specific disorder or symptom referred by the patient, as in the case of TMJ surgeries for disk repositioning performed to solve a non-pathological joint click. Such interventions may hesitate in joint ankylosis, thus requesting drastic definitive interventions, such as total temporomandibular joint replacement (35,36).

## Traumatic lesions

Traumatic lesions to the temporomandibular joint may be the consequence of direct (i.e.: condylar fracture following a violent chin trauma) or indirect (temporomandibular joint effusion following a car accident cervical whiplash) trauma.

The effects of direct trauma on the temporomandibular joint are well-documented in the literature, and depend upon the intensity, direction and area of the impact, ranging from mild contusions to severe and rarely described cases of condyle penetration into the middle cranial fossa (37, 38). Also, cases of post-traumatic ankylosis have been described in the literature, and surgical corrections are consequently needed (39).

Indirect traumas are often called into cause in claims for TMD damage. Some studies suggested the co-occurrence of a mandibular whiplash with a car-accident cervical whiplash, on the basis of the hypothesis that the extreme hypertranslation of the condyle out of the glenoid fossa might lengthen or

even stretch the posterior attachment and the ligaments, both at the medial and lateral levels, thus predisposing to disk displacement and post-traumatic joint tenderness and effusion (40). Nonetheless, the existence of the so-called temporomandibular joint whiplash is still much debated (41).

## Conclusions

A deep knowledge of the complex mechanisms that may lead to TMJ disorders has a basic importance for the interpretation of clinical findings at a patient level. Indeed, while direct trauma to the temporomandibular joint provoked easily objectivable injuries, the same is not true for cases of indirect trauma or iatrogenic events. In those cases, a medical legal assessment has to take into account for the current of care among diagnostic procedures (i.e. standardized clinical assessment, imaging techniques, no electronic devices) and rehabilitation protocols in both TMD and non-TMD subjects (i.e. high-prudence, low-technology treatment plans).

## References

1. McNeill C. History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 51-60.
2. Lobbezoo F, Drangsholt M, Peck C, Sato H, Kopp S, Svensson P. Topical Review: New Insights into the Pathology and Diagnosis of Disorders of the Temporomandibular Joint. *J Orofac Pain* 2004; 18: 181-91.
3. List T, Dworkin SF. Comparing TMD diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD center using Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. *J Orofac Pain* 1996; 10: 240-53.
4. Yap AJU, Dworkin SF, Chua EK, List T, Tan KBC, Tan HH. Prevalence of temporomandibular disorders subtypes, psychologic distress and psychosocial dysfunction in asian patients. *J Orofac Pain* 2003; 17: 21-8.
5. Manfredini D, Chiappe G, Bosco M. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) axis I diagnosis in an italian patients population. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 551-8.
6. Manfredini D, Bucci MB, Guarda-Nardini L. Medical legal aspects of temporomandibular disorders assessment. *Cranio*, submitted.
7. Goldstein BH. Medical legal considerations in temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 395-9.
8. Greene C. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *J Orofac Pain* 2001; 15: 93-105.
9. Woda A, Pionchon P. Focus artiche: a unified concepi of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J Orofac Pain* 1999; 13: 172-84.

10. Okeson JP. Current terminology and diagnostic classification schemes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 61-4.
11. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord* 1992; 6: 301-55.
12. American Academy of Orofacial Pain. Assessment of orofacial pain disorders. In: Okeson JP (ed). *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago: Quintessence, 1996: 19-44.
13. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 1997; 77: 510-22.
14. Manfredini D, Tognini F, Zampa V, Bosco M. Predictive value of clinical findings for temporomandibular joint effusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96: 521-6.
15. Orsini MG, Kuboki T, Terada S, Matsuka Y, Yatani H, Yamashita A. Clinical predictability of temporomandibular joint disc displacement. *J Dent Res* 1999; 78: 650-60.
16. Mohl ND. Reliability and validity of diagnostic modalities for temporomandibular disorders. *Adv Dent Res* 1993; 7: 113-9.
17. Baba K, Tsukiyama Y, Clark GT. Reliability, validity and utility of various occlusal measurement methods and techniques. *J Prosthet Dent* 2000; 83: 83-9.
18. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 379-85.
19. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints : the crutches for temporomandibular disorders and bruxism ? *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 9: 345-61.
20. Raphael K, Marbach JJ. Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 305-16.
21. Michelotti A, Parisini F, Farella M, Cimino R, Martina R. Fisioterapia muscolare in pazienti con disordini temporomandibolari. *Studio clinico controllato*. *Minerva Stomatol* 2000; 49: 541-8.
22. De Laat A, Stappaers K, Papy S. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. *J Orofac Pain* 2003; 17: 42-9.
23. Dionne RA. Pharmacologic treatments for temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 134-42.
24. Manfredini D, Romagnoli M, Cantini E, Bosco M. Efficacy of tizanidine hydrochloride in the treatment of myofascial face pain. *Minerva Med* 2004; 95: 165-71.
25. Dionne RA. Pharmacologic treatment of acute and chronic orofacial pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2000; 12: 309-20.
26. Plesh O, Curtis D, Levine J, Mccall WD. Amitriptyline treatment of chronic pain in patients with temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2000; 27: 834-41.
27. Dimitroulis G. The role of surgery in the management of disorders of the temporomandibular joint: a critical review of the literature. Part 1. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 107-113.
28. Guarda-Nardini L, Masiero S, Marioni G. Conservative treatment of temporomandibular joint osteoarthritis: intra-articular injection of hyaluronic acid. *J Oral Rehabil* 2005; 32: 729-34.



29. Guarda-Nardini L, Tito R, Staffieri A, Beltrame A. Treatment of patients with arthrosis of the temporomandibular joint by infiltration of hyaluronic acid: a preliminary study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002; 259: 279-84.
30. Mercuri LG. Considering total temporomandibular joint replacement. *Cranio* 1999; 17: 44-8.
31. Nitzan DW, Dolwick MF. Arthroscopic lavage and lysis of the TMJ: a change in perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48:798-801.
32. Guarda-Nardini L, Stifano M, Brombin C, Salmaso L, Manfredini D. A one year case series of arthrocentesis with hyaluronic acid injections for temporomandibular joint osteoarthritis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(6):e14-22.
33. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Ferronato G. Temporomandibular joint total replacement prosthesis: current knowledge and considerations for the future. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007, in press.
34. Stohler C, Zarb G. On the management of temporomandibular disorders: a plea for low-tech, high-prudence therapeutic approach. *J Orofac Pain* 1999; 13: 255-61.
35. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Berrone S, Ferronato G. Total temporomandibular joint prosthesis as a surgical option for severe mouth opening restriction. A case report of a bilateral intervention. *Reumatismo* 2007, in press.
36. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Ferronato G. Total temporomandibular joint replacement: a clinical case with a proposal for post-surgical rehabilitation. *J Craniomaxillofac Surg* 2008, in press.
37. Ellis E, Throckmorton GS. Treatment of mandibular condylar process fractures: biological considerations. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(1): 115-34.
38. Goldberg MB. Posttraumatic temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999; 13(4): 291-4.
39. Manfredini D, Bucci MB, Guarda-Nardini L, Ferronato G. Temporomandibular joint bilateral post-traumatic ankylosis: a report of a case treated with interpositional arthroplasty. *Minerva Stomatol* 2007, in press.
40. Friedman MH, Weisberg J. The craniocervical connection: a retrospective analysis of 300 whiplash patients with cervical and temporomandibular disorders. *Cranio* 2000; 18: 163-7.
41. McKay DC, Christensen LV. Whiplash injuries of the temporomandibular joint in motor vehicle accidents: speculations and facts. *J O*

**Resumo:** Avaliação das lesões traumáticas e iatrogênicas da articulação temporomaxilar

As lesões traumáticas e iatrogênicas da articulação temporomaxilar são pouco comuns. No entanto, a avaliação médico-legal destas situações é uma tarefa complexa que deve ter em conta os elevados níveis de evidência apresentados na literatura que respeita a estas perturbações temporomaxilares e dentárias.

As perturbações da articulação temporomaxilar têm uma etiopatogenia multifactorial que deve ser diagnosticada de acordo com as classificações estandardizadas de referência. Esta metodologia pode ser útil para os casos mais complexos, como os das perturbações das

articulação temporo-maxilar que possam surgir na sequência de situações de iatrogenia ou de traumatismo indirecto.

**Palavras-chave:** Lesões iatrogénicas; lesões traumáticas; lesões da articulação temporo-maxilar.

**Summary:** Temporomandibular joint injury assessment: traumatic and iatrogenic lesion

Iatrogenic or traumatic lesions to the temporomandibular joint are an uncommon finding. Nonetheless, a medical legal appraisal in those situations is a complex task that has to take into account for the current best level of evidence in the TMD/dental literature.

Disorders of the temporomandibular joint have a complex multifactorial etiopathogenesis and must be diagnosed according to referenced standardized classifications. Such an approach may be helpful in the evaluation of the most complex medical legal cases, as in the case of temporomandibular disorders symptoms supposedly occurring after iatrogenic events or indirect trauma.

**Key-words:** Iatrogenic lesions; traumatic lesions; temporomandibular joint injury

**Résumé:** Évaluation des lésions traumatiques et iatrogéniques de l'articulation temporomaxillaire

Les lésions iatrogéniques et traumatiques de l'articulation temporomaxillaire sont peu communes. Cependant, l'évaluation médico-légale de ces situations est une tâche complexe qui doit tenir compte des niveaux d'évidence les plus élevés dans la littérature concernant ces perturbations temporomaxillaires et dentaires.

Les perturbations de l'articulation temporomaxillaire a une étiopathogénèse multifactorielle et doit être diagnostiquée selon les classifications standardisées de référence. Cette méthodologie peut être utile à l'évaluation des cas les plus complexes, comme ceux des perturbations de l'articulation temporomaxillaire qui se produiraient après des situations de iatrogénie ou de traumatisme indirect.

**Mots-clés:** Lésions iatrogéniques; lésions traumatiques; lésions de l'articulation temporomaxillaire.

**Pedido de separatas:**

DANIELE MANFREDINI

info@improntesrl.it



# Crimes públicos e crimes semi-públicos. Quando denunciar?<sup>1</sup>

Diogo Pinto da Costa<sup>2</sup>

## 1. A investigação criminal (noção)

A afirmação de determinado facto como crime<sup>3</sup> implica sempre a averiguação dos pressupostos da punição criminal. Ou seja, para se dizer que se verificou um facto (ou uma conduta) susceptível de constituir crime, para lhe que seja atribuída existência jurídico-penal, o mesmo tem de ser percebido e recebido pelo sistema de administração da justiça penal mediante a iniciativa do desencadeamento da investigação da sua prática e, posteriormente, a decisão de o submeter, ou não, a julgamento.

A investigação criminal visa reunir um conjunto de dados e elementos que possam comprovar os factos denunciados ou de que se teve conhecimento, a identificação dos respectivos intervenientes, o grau de responsabilidade na sua prática e o apuramento dos seus efeitos ou resultados em ordem ao correspondente enquadramento na tipologia descrita na lei; visa, no fundo, afirmar a existência ou inexistência dos pressupostos da responsabilidade criminal. Assim, e para além das particularidades concretas de cada crime, há sempre que averiguar e apurar, tanto quanto possível: a hora, dia, mês e ano do facto; o local onde o mesmo ocorreu; o circunstancialismo objectivo e subjectivo que rodeou a sua prática; a identificação da vítima<sup>4</sup> e do agente do crime; o grau de culpa do agente; as consequências desse mesmo facto, com recurso, se necessário, ao exame pericial (fundamental para atestar não

---

<sup>1</sup> O presente texto corresponde, com actualizações, à Comunicação com o mesmo título apresentada pelo autor no 7º Congresso Nacional de Medicina Legal (Tomar, 7-8 de Novembro de 2008).

<sup>2</sup> Chefe do Gabinete de Assessoria Jurídica do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.; Assistente da Faculdade de Medicina do Porto.

<sup>3</sup> Crime é todo o facto humano voluntário descrito na lei, ao qual corresponde a aplicação de uma pena.

<sup>4</sup> Tratando-se, obviamente, de crimes com vítimas.

só as causas e as consequências do facto mas, mesmo, em certos casos, a sua prática); os restantes elementos de prova disponíveis.

A investigação criminal é feita na fase de inquérito, o qual (com excepção óbvia dos processos especiais<sup>5</sup>) constitui o expediente único e preparatório da decisão final a tomar pelo Ministério Público face à situação jurídico-criminal configurada (acusar ou não acusar). O inquérito compreende o conjunto das diligências que visam investigar a existência do crime, determinar o(s) seu(s) agente(s) e apurar a sua responsabilidade, descobrindo e recolhendo provas que permitam, a final, decidir pela acusação ou pelo arquivamento do processo<sup>6</sup>. Essas diligências realizam-se sempre de acordo com as formalidades e regras<sup>7</sup> previstas no Código de Processo Penal (CPP).

## 2. A intervenção pericial dos serviços médico-legais (fundamento legal)

A direcção do inquérito cabe exclusivamente ao Ministério Público, assistido pelos órgãos de polícia criminal, que assim ficam na sua dependência funcional. Sendo o Ministério Público o responsável máximo pela investigação criminal, há que cumprir em relação a ele a regra da transmissão de qualquer denúncia que tenha sido feita, cabendo-lhe ainda, caso a caso, decidir pela delegação da investigação nos órgãos de polícia criminal ou pela realização por eles de uma ou mais diligências. Enquanto titular do inquérito, compete ao Ministério Público dispor materialmente da investigação, com o auxílio dos referidos órgãos de polícia criminal, que dele estão dependentes funcionalmente, sem que essa dependência funcional ponha em causa a autonomia organizativa, administrativa, técnica e disciplinar das polícias que prestam essa coadjuvação.

«O conceito de direcção do inquérito conferida ao Ministério Público pelos art.ºs 53º e 263º do CPP não exige a direcção real e efectiva, contentando-se com uma direcção funcional da mesma» (Acórdão da Relação de Lisboa, de 4 de Maio de 1990; CJ XV, tomo 3, 158).

As diligências de prova são em regra reduzidas a auto, sendo-o obrigatoriamente a denúncia quando oral, bem como os actos praticados pelo Juiz de Instrução Criminal ou por ele autorizados, e as declarações para memória futura. Em regra, o Ministério Público pode conferir aos órgãos de polícia

<sup>5</sup> São processos especiais o processo sumário, o abreviado e o sumaríssimo – art.s 381º a 398º do CPP.

<sup>6</sup> Nos termos dos artigos 276.º, n.º 1, 277.º, e 283.º do Código de Processo Penal (actualmente em vigor a versão introduzida pela Lei n.º 48/2007, de 29 de Agosto (15.ª alteração ao Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro).

<sup>7</sup> Na terminologia anglo-saxónica: no respeito pelo *due process of law*.

criminal o encargo de proceder a quaisquer diligências de investigação relativas ao inquérito, dado que nos termos da lei processual penal compete a esses órgãos policiais coadjuvar as autoridades judiciárias com vista à realização das finalidades do processo.

Sempre que no âmbito do inquérito surja a necessidade de apreciar determinado facto no âmbito do esclarecimento de uma questão jurídica, e tal envolva especiais conhecimentos de natureza médica ou biológica, há lugar à perícia médico-legal, obrigatória nos termos do art. 151º do CPP (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 9-5-1990).

A realização de perícias médico-legais em sede penal encontra-se cometida aos serviços médico-legais nos termos da legislação processual penal (cf. o art.º 159.º do CPP) e da lei que regulamenta a realização das perícias médico-legais e forenses (Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto).

Os serviços médico-legais são, pois, (os) serviços de apoio técnico pericial médico-legal aos tribunais e ao Ministério Público na administração da justiça, encontrando-se organizados no âmbito do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML, I.P.)<sup>8</sup>. Em sede de realização dos exames e perícias que nessa qualidade lhe são solicitadas, os serviços médico-legais (os serviços técnicos das delegações e os gabinetes médico-legais do INML, I.P.) intervêm:

- a) mediante despacho da autoridade judiciária competente, nos termos da lei de processo (cf. o art. 3º, n.º 1, da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto)<sup>9</sup>;
- b) mediante solicitação dos órgãos de polícia criminal, na prossecução das suas atribuições legais e nos termos de competências próprias ou delegadas pela autoridade judiciária competente (cf. art. 2º da Lei de Investigação Criminal – Lei n.º 49/2008, de 27 de Agosto, e Circular da PGR n.º 6/ 2002, de 08-3), excepto a perícia que envolva a realização de autópsia médico-legal, bem como a prestação de esclarecimentos e realização de nova perícia nos termos do art. 158º do CPP (art. 270º, n.º 2, do CPP);
- c) no âmbito do art. 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto (recebimento de denúncias de crimes), podendo a solicitação da realização do exame médico-legal ser feita pela própria vítima (ou por outra pessoa que denuncie o crime), pelo serviço de saúde que preste assistência à vítima,

<sup>8</sup> Ao INML, I.P., cabe, no exercício das suas atribuições periciais forenses, cooperar com os tribunais e demais serviços e entidades que intervêm no sistema de administração da justiça, realizando os exames e as perícias de medicina legal e forenses que lhe forem solicitados, nos termos da lei, bem como prestar-lhes apoio técnico e laboratorial especializado, no âmbito das suas atribuições – cf. o art. 3º, n.º 2, b) da lei orgânica do INML, I.P. (Decreto-lei n.º 131/2007, de 27 de Abril).

<sup>9</sup> No âmbito penal, em clara e expressa consonância, aliás, com o disposto no n.º 1 do art. 159º do CPP.

- ou por entidade com competência legal de intervenção para protecção dos interesses da vítima<sup>10</sup>;
- d) a solicitação da entidade policial, em sede de exame do local (de ocorrência de óbito), nos termos da alínea c do n.º 1 do art. 16º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto;
- e) nos termos do disposto no n.º 13 do art. 16º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, para realização de exame do hábito externo de cadáver na situações em que se revele necessário auxiliar o Ministério Público na decisão quanto à realização (ou à dispensa) da autópsia.

### 3. O impulso processual: crimes de natureza pública e crimes de natureza semi-pública<sup>11</sup>

Em regra, e fala-se a este propósito do princípio da oficialidade, «a iniciativa e o impulso processuais da investigação prévia e da submissão a

<sup>10</sup> A intervenção dos serviços médico-legais pode ocorrer mediante a solicitação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), no âmbito das suas competências de protecção das crianças e jovens em risco, previstas no Decreto-Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, devendo, porém, ter-se em atenção o seguinte:

- a) Nos termos do art. 18º, n.º 2, b), do Decreto-Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, compete às CPCJ promover acções e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a detecção dos factos e situações que, na área da sua competência territorial, afectem os direitos e interesses da criança e do jovem, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostrem desfavoráveis ao seu desenvolvimento e inserção social;
- b) Ora, no exercício de tal competência, tem cabimento a solicitação da realização de exames médico-legais a crianças ou jovens em situação de perigo [que na maioria dos casos serão menores, podendo embora ser maiores entre os 18 e os 21 anos – cf. a definição de criança e de jovem constante do n.º 5º, a) do Decreto-Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro];
- c) Porém, estes exames visam permitir fazer um diagnóstico da situação em que o menor se encontra, para efeito de tomada de decisão sobre a adopção de medidas de protecção, e não para efeito de investigação de ilícitos criminais; ou seja, os exames que as CPCJ podem requerer ao INML, I.P., não constituem exames periciais para acautelar a investigação de um crime;
- d) Exames com tal fim são os requeridos nos termos do art. 3.º da Lei 45/2004, de 19 de Agosto;
- e) Consequentemente, nos casos em que se indiciem crimes públicos, os relatórios de exames ou perícias requeridos pelas CPCJ devem ser remetidos ao Ministério Público, na sua versão original (acompanhando eventual denúncia nos termos do art. 242º do CPP), podendo o INML, I.P., remeter cópia daqueles exames ou perícias às CPCJ.
- f) A intervenção dos serviços médico-legais em matéria de promoção e protecção (de crianças e jovens em risco), pode também ter lugar a solicitação do Juiz em sede de processo de promoção e protecção, caso em que não se exige do INML, I.P., qualquer comunicação (ou eventual denúncia) para além da entrega do relatório pericial ao competente juiz do tribunal de família e menores.

<sup>11</sup> As designações pelas quais se distinguem os crimes tendo em conta os respectivos requisitos para instauração do processo penal são doutrinárias, não constando da lei substantiva ou processual penal; por simplificação terminológica utilizam-se as expressões “*crimes públicos*” e “*crimes semi-públicos*”.

juízo das infracções criminais competem oficiosamente às entidades públicas a quem a lei confere o encargo daquela investigação e aos tribunais criminais» (Simas Santos e Leal-Henriques, 2003, p. 329)<sup>12</sup>.

Este princípio sofre limitações, dado existirem, ao lado de crimes em que o procedimento criminal é desencadeado oficiosamente pelo Ministério Público, que exerce a acção penal com plena autonomia – os chamados crimes públicos<sup>13</sup>-, crimes relativamente aos quais, atenta a sua natureza, se exige diferentes requisitos para a respectiva promoção processual:

- crimes cujo procedimento criminal depende de apresentação de *queixa* por parte do ofendido<sup>14</sup>, ou de terceiros que para tal tenham também legitimidade<sup>15</sup> – art. 49º do CPP – assim se conferindo legitimidade ao Ministério Público para exercer a acção penal – os crimes semi-públicos<sup>16</sup>;
- crimes em que a legitimidade do Ministério Público para exercer a acção penal necessita de ser integrada não só com uma *queixa*, mas também com uma acusação particular – os crimes particulares.<sup>17</sup>

Em suma, de acordo com a fonte do impulso para instauração de procedimento criminal, podem os crimes ser classificados como crimes *públicos*, *semi-públicos*, e *particulares*.

O procedimento criminal tem como fase primeira o inquérito. Este inicia-se com a aquisição da «notícia do crime»,<sup>18</sup> através da denúncia (da mera denúncia, nos crimes públicos), da *queixa* (crimes semi-públicos), ou da *queixa* e constituição de assistente (crimes particulares).

A **denúncia** consiste numa comunicação, que pode ser verbal (reduzindo-se então a escrito com elaboração do respectivo Auto) ou escrita, através

<sup>12</sup> Simas Santos, M. e Leal-Henriques, M. (2003): *Noções Elementares de Direito Penal*. Lisboa: Rei dos Livros.

<sup>13</sup> Os crimes dizem-se de natureza pública quando basta a *notícia do crime* para que o Ministério Público exerça a acção penal, independentemente de qualquer manifestação de vontade por parte do ofendido (art.º 48º do Código de Processo Penal).

<sup>14</sup> Ofendido é o titular do interesse que a lei especialmente quis proteger com a incriminação – art.º 68.º, n.º 1, a).

<sup>15</sup> As pessoas referidas nas alíneas b) e e) do n.º 1 do art.º 68.º do CPP, nas quais se incluem os representantes legais dos incapazes, designadamente dos menores de 16 anos.

<sup>16</sup> Nestes casos, o Ministério Público pode, mesmo assim, dar início ao procedimento criminal nas situações previstas no n.º 5 do art.º 113.º do Código Penal.

<sup>17</sup> Nos *crimes particulares*, é necessário que o ofendido se constitua assistente (para o que deve pagar respectiva taxa de constituição de assistente, ou – o que será difícil para a grande maioria dos cidadãos – conseguir isenção mediante requerimento de apoio judiciário na Segurança Social) e deduza acusação particular – art.º 50.º do CPP.

<sup>18</sup> Existe processo de inquérito a partir do momento em que determinado expediente (auto de notícia ou denúncia) é registado e atuado como inquérito pelo Ministério Público (art. 262º do CPP).



da qual é levada ao conhecimento do Ministério Público a suspeita de que foi cometido um crime. Se o crime em questão não exige para a respectiva promoção processual a queixa ou a acusação particular, a denúncia é, pois, obrigatória (ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos) para as entidades policiais e para os funcionários, na acepção do art. 386.º do Código Penal (CP), quanto a crimes públicos de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas (art.º 242º do CPP).

O art.º 386.º, n.º 1, do CP dá-nos o conceito de funcionário que aqui se aplica:

«Art. 386º

*Conceito de funcionário*

*1 – Para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange:*

*a) O funcionário civil;*

*b) O agente administrativo; e*

*c) Quem mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar.*

*(...)*»

A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa, sem prejuízo da existência de denúncia obrigatória para certas entidades e categorias de pessoas (nos termos do art. 386º do CP).

Por seu turno, **a queixa** consiste em dar-se conhecimento ao Ministério Público (ou à autoridade judiciária ou de polícia que o transmitirá àquele) do facto para que seja promovido o respectivo processo, sendo um acto pessoal que deve ser praticado pelo «titular dos interesses que a lei quis especialmente proteger com a incriminação» (art. 113º, nº 1, do CP) ou, no caso deste ser incapaz, por uma das pessoas elencadas no nº 3 do art. 113º do CP, agindo em representação daquele (representante legal, cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens, descendentes e na falta deles, aos ascendentes, irmãos e seus descendentes).

Têm legitimidade para exercer o direito de queixa de que são titulares os indivíduos de idade superior a dezasseis anos que não apresentem incapacidades de exercício impeditivas da apresentação da queixa (v. g. anomalia psíquica que comprometa a percepção do significado e alcance da queixa).

O exercício do direito de queixa encontra-se regulado no art. 113º do CP, nos seguintes termos:

a) Se o ofendido for menor de 16 anos ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa, este pertence ao representante legal e, na sua falta, às pessoas e pela ordem a seguir indicadas (salvo se alguma dessas pessoas houver participado no crime):

- a) Ao cônjuge sobrevivente não separado judicialmente de pessoas e bens, aos descendentes e aos adoptados e aos ascendentes e aos adoptantes;
- b) Aos irmãos e seus descendentes e à pessoa que com o ofendido vivesse em condições análogas às dos cônjuges.

São “representantes legais” em sentido próprio ou estrito, para efeito do exercício do direito de queixa em processo penal:

- a) relativamente a menores de 16 anos:
  - os pais do menor ou o progenitor que exerça o poder paternal<sup>19</sup> (na falta de decisão judicial que atribua o exercício do poder paternal apenas a um dos progenitores, o poder paternal é exercido em conjunto);
  - o tutor, nomeado pelos pais ou pelo tribunal;
- b) relativamente aos indivíduos maiores de 16 anos que não possuem discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa:
  - Os pais do menor, ou o progenitor que exerça o poder paternal (de menor entre os 16 e os 18 anos);
  - o tutor, nomeado pelos pais ou pelo tribunal (quando a vítima é maior de 18 anos).

Quando o procedimento criminal depender de queixa, o Ministério Público pode dar início ao procedimento no prazo de seis meses a contar da data em que tiver tido conhecimento do facto e dos seus autores, sempre que o interesse do ofendido o aconselhar e:

- a) Este for menor ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa; ou
- b) O direito de queixa não puder ser exercido porque a sua titularidade caberia apenas ao agente do crime (n.º 5 do art. 113º do CP).

A queixa concretiza-se mediante «requerimento, feito segundo a forma e no prazo prescritos, através do qual o titular do respectivo direito, em regra o ofendido, exprime a sua vontade de que se verifique procedimento penal por um crime cometido contra ele ou contra pessoa com ele relacionada»

---

<sup>19</sup> A lei civil transformou o «poder paternal» em «responsabilidades parentais»: Lei n.º 61/2008, de 31 de Outubro (altera o regime jurídico do divórcio).

(Figueiredo Dias, 1993, p.665<sup>20</sup>). Deve conter os factos integrantes do crime, o dia, a hora, o local e circunstâncias em que ocorreu e ainda, se possível, a identidade completa do(s) arguido(s), ofendido(s) e testemunha(s) e os meios de prova disponíveis<sup>21</sup>, devendo ainda conter a indicação de que o queixoso se quer constituir assistente, o que, não sendo obrigatório, conferirá ao titular do direito de queixa vários poderes de intervenção processual, sendo o mais importante o de interpor recurso das decisões que o afectem, mesmo que o Ministério Público o não tenha feito. O direito de queixa extingue-se pelo mero decurso do prazo de seis meses, sem necessidade de qualquer manifestação de vontade nesse sentido, a contar da data em que o titular teve conhecimento do facto e dos seus autores, ou a partir da morte do ofendido, ou da data em que ele se tornou incapaz (se nestes casos, não se tiver já extinguido o direito de queixa). Sendo vários os titulares do direito de queixa, o prazo conta-se autonomamente para cada um deles. Em caso de crime continuado, a solução mais correcta parece ser a de se considerar o prazo para a queixa «relativamente a cada um dos actos parciais em que aquele crime se desdobra, não podendo o procedimento ter lugar relativamente aos actos parciais de que não tenha havido queixa tempestiva». (Figueiredo Dias, 1993, ob. cit., p. 675). Quando a queixa for feita a entidade diferente do Ministério Público (v.g. à polícia), deverá ser remetida àquela entidade no mais curto prazo, já que a ele compete o exclusivo da promoção processual, sem prejuízo da prática, pela polícia, dos actos cautelares e urgentes para assegurar os meios de prova.

A queixa pode ser objecto de renúncia expressa (consiste na declaração inequívoca de que não se quer exercer o direito de queixa) ou tácita (consiste na prática de factos de onde a renúncia naturalmente se deduza).

Além disso, pode ter lugar a desistência da queixa, através da qual aquele que exerceu o direito de queixa pode desistir dele. Mas tem de o fazer até à publicitação da sentença em primeira instância sem que haja oposição expressa por parte do arguido (a desistência é um acto bilateral, implicando que o arguido seja notificado para se pronunciar sobre a desistência). A desistência é irrevogável, impedindo a renovação da queixa.

Nos crimes em que se exige que o ofendido deduza acusação particular<sup>22</sup>, segue-se, com as devidas adaptações, o regime aplicável à queixa.

<sup>20</sup> Figueiredo Dias, J. (1993): *As consequências jurídicas do crime*. Lisboa: Editorial Notícias/Aequitas.

<sup>21</sup> A denúncia contém, na medida possível, a indicação dos elementos referidos nas alíneas do n.º 1 do art. 243º do CPP (n.º 3 do art. 246º do CPP).

<sup>22</sup> Crimes de difamação (art. 180º do CP), injúrias (art. 181º do CP), e de ofensa à memória de pessoa falecida (art. 185º do CP).

## 4. Especificidades da intervenção médico-legal a propósito da prática de crimes contra a integridade psicofísica

### 1. Crimes *públicos* e crimes *semi-públicos*

Interessa-nos aqui focalizar algumas especificidades da intervenção dos serviços médico-legais no domínio da realização de exames a pessoas vítimas de crimes, *públicos* e *semi-públicos*, com determinadas características e em situações de urgência:

- a) cujo resultado típico se traduza num (ou implique) dano à saúde das pessoas, tomada esta, na definição dada pelo preâmbulo dos estatutos da Organização Mundial de Saúde, como «ausência de completo bem-estar físico, mental e social»;
- b) que reclamem a célere avaliação médico-legal das lesões resultantes da agressão, para efeitos probatórios.

Desses crimes, destacam-se, pela frequência estatística da correspondente intervenção médico-legal, os seguintes tipos legais:<sup>23</sup>

Crimes públicos<sup>24</sup>:

- **Violência doméstica** (art. 152º do CP), **Maus-tratos** (art. 152º – A do CP);
- **Abuso sexual de pessoa internada** (art. 166º do CP);

<sup>23</sup> A Procuradoria-Geral da República, através de Despacho de 15 de Janeiro de 2008 de Sua Exce-lência o Conselheiro Procurador-Geral da República, emitiu directivas e instruções genéricas em matéria de execução da lei sobre política criminal tendo em vista a prossecução dos objectivos, prioridades e orientações de política criminal definidos pela Lei n.º 51/2007, de 31 de Agosto, para o biénio 2007/2009. Nos termos do n.ºs I.1 e I.2 do documento emanado da PGR será concedida especial prioridade à investigação, entre outros, dos processos relativos à criminalidade violenta contra as pessoas, designadamente ofensas à integridade física graves, crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, e também dos relativos a crimes contra bens jurídicos individuais de pessoas idosas, crianças e deficientes, tendo em conta a sua especial vulnerabilidade. Constata-se, pois, que os crimes que agora se elencam encontram acolhimento no rol de prioridades da investigação criminal (excepção feita às situações de violência doméstica dirigida a cônjuge ou equiparado, não abrangidas pelo referido documento da PGR).

<sup>24</sup> Através da Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro (que entrou em vigor em 15-9-2007), foram aprovadas alterações ao Código Penal aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, traduzidas, designadamente, na alteração de tipos legais de crimes, na introdução de novos tipos legais de crimes, e na modificação dos respectivos requisitos do procedimento criminal, passando alguns desses crimes a incluir-se na qualificação doutrinária de *crimes públicos*. O universo de ilícitos criminais que sofreram inovação inclui a problemática da violência doméstica, dos maus-tratos e dos abusos sexuais de menores, situações que diariamente justificam a intervenção processual dos serviços médico-legais no âmbito das suas atribuições legais, processuais e estatutárias.

- **Coacção sexual** (art. 163º do CP), **Violação** (art. 164º do CP), **Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência** (art. 165º do CP), **se cometidos contra menor de 18 anos** (art. 178º, n.º 1, do CP);
- **Abuso Sexual de Crianças** (art. 171º do CP), **Abuso Sexual de Menores Dependentes** (art. 172º do CP).

Crimes semi-públicos:

- **Ofensas à integridade física simples** (art.143º do CP);
- **Crimes de natureza sexual contra maiores** (art.s 163º a 165º do CP).

Detenhamo-nos brevemente sobre cada um dos referidos crimes (públicos e semi-públicos), no que respeita aos bens jurídicos que visam proteger.

**Crime de Violência Doméstica** (art. 152º do Código Penal): o bem jurídico protegido pela incriminação é a saúde, nas suas vertentes física, psíquica e mental, fundada na dignidade da pessoa humana, incriminando-se condutas que derivam de contextos diversos que têm em comum, de forma imediata ou mediata, uma relação familiar ou equiparada.

**Crime de Maus-Tratos** (art. 152º – A do CP): o bem jurídico protegido pela incriminação é a saúde, nas suas vertentes física, psíquica e mental, fundada na dignidade da pessoa humana, incriminando-se condutas praticadas em meio institucional ou no âmbito de uma relação de cuidado.

**Crimes de Coacção sexual** (art. 163º do CP), **Violação** (art. 164º do CP), **Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência** (art. 165º do CP), **se cometidos contra menor de 18 anos** (art. 178º, n.º 1, do CP): o bem jurídico protegido é a liberdade sexual.

**Crime de Abuso Sexual de Pessoa Internada** (art. 166º do CP): o conteúdo essencial do bem jurídico caracteriza-o como o da independência sexual da pessoa internada<sup>25</sup>, incriminando-se a prática de actos sexuais de relevo por pessoa que exerça funções no estabelecimento de saúde, assistência ou tratamento em que a pessoa se encontre

**Crime de Abuso Sexual de Crianças** (art. 171º do CP): o bem jurídico protegido é a autodeterminação sexual dos menores de 14 anos, incriminando-se a prática, com estes menores, de actos sexuais e de condutas censuráveis, de índole sexual.

**Crime de Abuso Sexual de Menores Dependentes** (art. 172º do CP): neste tipo legal o bem jurídico protegido é a autodeterminação sexual dos menores entre 14 e 18 anos, incriminando-se a prática, com estes menores,

<sup>25</sup> Figueiredo Dias, J. (1999): Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial. Coimbra: Coimbra Editora

de actos sexuais e de condutas censuráveis, de índole sexual, quando tais condutas sejam levadas a cabo por aqueles a quem os menores hajam sido confiados para educação ou assistência.

**Crimes de Coacção sexual** (art. 163º do CP), **Violação** (art. 164º do CP), **Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência** (art. 165º do CP), **se cometidos contra maior de 18 anos**: visa proteger-se a liberdade sexual através da incriminação de diversas condutas de natureza sexual.

**Crime de Ofensa à integridade física simples** (art. 143 do CP): protege-se a saúde da pessoa: a integridade física e psíquica.

## 2. Denúncia e recebimento de denúncia

No âmbito da intervenção pericial dos serviços médico-legais para realização de exames e perícias na sequência da prática de factos susceptíveis de se traduzirem nos tipos legais de crimes acima enunciados, emergem da especial relação funcional existente entre o INML, I.P., e as autoridades judiciais – para além do dever de realização de exame médico-legal para acautelar o registo médico-legal de lesões físicas decorrentes do acto sofrido pela vítima (incluindo a resposta às solicitações feitas em sede de realização de perícias médico-legais urgentes) – alguns deveres para o Instituto, de entre os quais se destacam:

- a) o dever de denunciar situações susceptíveis de serem consideradas como crimes públicos;
- b) o dever de receber:
  - a) denúncias de crimes de natureza pública;
  - b) queixas de crimes de natureza semi-pública.

Podem prefigurar-se então, a propósito da denúncia do crime, as seguintes situações no âmbito da intervenção pericial do INML, I.P.:

- a) crimes públicos:
  - a) independentemente do recebimento de denúncia, o INML, I.P.<sup>26</sup>, detecta uma situação susceptível de enquadramento como crime público: o INML, I.P., encontra-se obrigado a denunciar o crime ao Ministério Público;
  - b) a vítima, ou outras pessoas, denunciam o crime ao INML, I.P., nos termos do n.º 1 do art. 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto: o INML, I.P., encontra-se obrigado a transmitir essa denúncia, no mais curto prazo, ao Ministério Público;
- b) crimes semi-públicos: tratando-se de uma queixa (relativa a prática de um crime de natureza semi-pública e desde que efectuada por pessoa

<sup>26</sup> Leia-se: o perito, ou outro profissional, que actue em nome deste Instituto.

com legitimidade para tal), o INML, I.P., encontra-se, por igual, obrigado a transmitir essa queixa ao Ministério Público.

### 3. Realização de exame sem prévia existência de processo penal

Poderá haver lugar à realização de exame pericial sem prévia existência de processo judicial (processo de inquérito penal) ou denúncia de crime a órgão de polícia criminal, em sede de prática de actos cautelares necessários e urgentes para assegurar os meios de prova (cf. o n.º 2 do art. 4º e o n.º 1 do art. 13º, ambos da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto).

Com efeito, a realização de perícias médico-legais urgentes<sup>27</sup> pode ser directamente solicitada aos serviços médico-legais pelas vítimas de crimes, ao abrigo do art. 4º, n.º 1, da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, mesmo sem prévia existência de um processo de inquérito penal.

Tal ocorrerá através, nomeadamente, da realização de exame de clínica forense na pessoa da vítima, com eventual colheita e preservação de vestígios, o que pode ocorrer nas instalações das Delegações do INML, I.P., ou dos gabinetes médico-legais delas dependentes, ou ainda nos serviços hospitalares, podendo ser solicitada, a qualquer hora, pelos órgãos de polícia criminal e pelas autoridades judiciais (ou ainda, eventualmente, pelos serviços hospitalares).<sup>28</sup>

A intervenção pericial médico-legal nas situações em que não existe processo penal merece uma abordagem diferenciada consoante se esteja em presença de crimes *públicos* ou de crimes *semi-públicos*.

#### Crimes públicos

Sempre que os peritos (médico-legais e forenses) do INML, I.P., (das delegações ou gabinetes médico-legais) tenham fundada suspeita ou detectem indícios

<sup>27</sup> Consideram-se perícias médico-legais urgentes aquelas em que se imponha assegurar com brevidade a observação de vítimas de violência, tendo designadamente em vista a colheita de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente (definição dada pelo art. 13, n.º 1, da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto). As perícias médico-legais urgentes são realizadas nos serviços médico-legais, ou em estabelecimentos oficiais de saúde, consoante a intervenção pericial solicitada deva ter lugar dentro ou fora do horário normal de funcionamento daqueles serviços.

<sup>28</sup> Veja-se a propósito o disposto no art. 13.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, sobre o local de realização dos exames periciais urgentes, aqui se destacando a disposição do n.º 5 desse artigo: «5 – As perícias médico-legais urgentes relativas a vítimas de agressão realizadas fora das horas normais de funcionamento dos serviços médico-legais poderão ter lugar em serviços de urgência de hospitais públicos ou outros estabelecimentos oficiais de saúde, dependendo, neste último caso, da prévia celebração de protocolos de cooperação entre estes e o Instituto.».

(físicos ou de índole psíquica) da prática do crime de violência doméstica (art. 152º do CP), maus tratos (152º – A do CP), de crimes de natureza sexual em vítimas menores de 18 anos (art.s 163º a 165º do CP), e de abuso sexual de menores (art. 171º a 172º do CP), justifica-se, pela natureza pública de tais crimes, a adopção (pelo INML, I.P.) de um conjunto de procedimentos através dos quais os peritos possam detectar precocemente tais casos e proceder ao seu correcto encaminhamento para as entidades competentes.

Assim:

- 1 – Quando o perito médico, no exercício das suas funções periciais no âmbito da clínica forense, for chamado a examinar vítima da prática de ilícitos criminais de natureza pública, tais como
  - Crime de Violência doméstica – art. 152º;
  - Crime de Maus-tratos – art. 152º-A;
  - Crimes sexuais dos art.s 163º a 165º, em que a vítima seja menor de 18 anos;
  - Crime de abuso sexual de pessoa internada – art. 166º;
  - Crime de abuso sexual de crianças – art. 171º;
  - Crime de abuso sexual de menores dependentes – art. 172º.,  
deve receber denúncia do crime (caso ainda não tenha sido efectuada) e transmiti-la de imediato ao Ministério Público.<sup>29</sup>
- 2 – Perante qualquer das situações de vitimação referidas no número anterior que até ao momento da intervenção pericial não tenham ainda sido denunciadas, ou sequer sinalizadas, deve o perito médico-legal, se obtiver fundada suspeita da sua prática (através da observação do examinando, ou através de quaisquer outros elementos, designadamente documentos ou testemunhas) denunciar o crime (ou a suspeita de crime) ao Ministério Público.
- 3 – A denúncia deve ser efectuada através de documento próprio (“Auto de denúncia”)<sup>30</sup>, e remetido ao Ministério Público via Fax<sup>31</sup>.
- 4 – A denúncia tem lugar independentemente da vontade da vítima ou da realização do exame pericial.

<sup>29</sup> Importa salientar que no caso do art. 173º do CP (actos sexuais com menores entre 14 e 16 anos), mesmo face à natureza semi-pública deste ilícito criminal, o INML, I.P., avaliando a gravidade dos factos e dos efeitos da sua prática sobre a vítima, poderá comunicar a situação ao Ministério Público, tendo em vista permitir a esta autoridade judiciária a ponderação da decisão de, na defesa do interesse do ofendido, dar início ao procedimento criminal, nos termos do n.º 5 do art. 113º do CP.

<sup>30</sup> O examinando (ou o seu representante legal, no caso de examinando ser menor ou não possuir discernimento para entender o significado e o alcance do exercício do direito de queixa) deverá declarar, no Auto de Denúncia, que pretende seja instaurado procedimento criminal.

<sup>31</sup> Se não estiver em uso a transmissão por correio electrónico.



- 5 – Se a vítima for menor ou incapaz e o representante legal obstar à realização do exame, deve esse facto ser prontamente comunicado ao Ministério Público (no documento de denúncia do crime, ou em documento autónomo, se a denúncia já tiver sido feita).
- 6 – Em caso de vítimas menores, deve comunicar-se a situação à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens da área de residência do menor, utilizando o modelo próprio para a respectiva sinalização.
- 7 – A denúncia e a comunicação referidas devem ser acompanhadas, sempre que possível, do relatório pericial do exame efectuado, ainda que preliminar.
- 8 – Em caso de recolha de amostras de vestígios, deve(m) ser realizada(s) a(s) correspondente(s) perícia(s), que serão juntas ao relatório pericial de clínica forense (ou posteriormente enviadas em aditamento a relatório preliminar de clínica forense).
- 9 – Sem prejuízo do disposto nas normas e metodologias periciais em vigor sobre a realização dos exames de clínica forense de natureza sexual, os pedidos de intervenção que nesta matéria sejam feitos aos peritos médico-legais em sede de actos urgentes deverão, na medida do possível, ser sempre satisfeitos, dado que apenas o efectivo exame permite objectivamente afirmar a inexistência de vestígios (não obstante o teor da informação existente sobre o período de tempo decorrido após a alegada data da última agressão).

### Crimes semi-públicos

Os serviços médico-legais têm competência para receber queixas de crimes de natureza semi-pública, ao abrigo do disposto no art. 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto.

Atenta a especificidade das situações de vitimação sexual e a especial natureza de que se reveste a respectiva resposta pericial médico-legal, entende-se que se deve alargar o âmbito de intervenção dos serviços médico-legais para além do que corresponde à expressão literal da disposição do mencionado art. 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto.

Assim, quando o perito médico em escala de actos urgentes for contactado por serviço de saúde ou órgão de polícia criminal para realizar (nas instalações dos serviços médico-legais ou fora delas) exame médico-legal em vítima de crime cujo procedimento criminal dependa de queixa (no caso, exames de natureza sexual em maiores de 18 anos)<sup>32</sup>, deve satisfazer o respectivo pedido,

---

<sup>32</sup> Referimo-nos aos crimes dos art.s 163º a 165º do CP.

independentemente da prévia existência de queixa<sup>33</sup>, sempre que a intervenção pericial for urgente, isto é, necessária para preservar, ou documentar, os vestígios e outros sinais da prática do crime que, na ausência dessa intervenção precoce se perderiam, impossibilitando a respectiva avaliação médico-legal. Em tais casos, deve ser efectuado o exame para preservação das evidências físicas e (ou) biológicas, comunicando-se aos competentes serviços do Ministério Público a realização do exame, a existência de eventuais amostras biológicas, e que o relatório pericial (ainda que preliminar) estará disponível se solicitado, não se procedendo contudo à realização de exames laboratoriais se estes não forem requeridos pela autoridade judiciária competente.

#### 4. Realização de exame na pendência de processo judicial

Existindo processo judicial (processo de inquérito penal) – ou denúncia de crime a órgão de polícia criminal – prévio à intervenção dos serviços médico-legais (em sede de realização de exame médico-legal solicitado por órgão de polícia criminal ou pelo Ministério Público), deverá ser observado o seguinte:

- a) Sempre que durante ou por causa da realização de exame médico-legal de clínica forense solicitado por órgão de polícia criminal ou autoridade judiciária, o perito médico recolha suspeitas (confirmadas através do exame físico ou por outro meio):
  - a) de que o examinando é vítima de crime de natureza pública não identificado no processo no qual se suscitou a intervenção pericial, tal deve constar do relatório pericial correspondente ao exame solicitado, o qual deve ser de imediato remetido via fax aos serviços do Ministério Público competentes, com identificação do NUIPC (Número Único de Identificação de Processo Crime).
  - b) de que pessoa do agregado familiar do examinando é vítima de crime de natureza pública não denunciado, deve transmitir de imediato essas suspeitas ao Ministério Público, sob a forma de denúncia, acompanhada, sendo caso disso, de relatório pericial (ainda que preliminar), fazendo referência ao processo no âmbito do qual tais suspeitas se verificaram.
- b) No caso do examinando ser menor, tais suspeitas deverão ainda ser comunicadas à CPCJ da área de residência do menor;
- c) A denúncia e a comunicação referidas, respectivamente, nas anteriores alíneas a)a), a)b), e b), devem ser efectuadas através do preenchimento

<sup>33</sup> Ou seja, mesmo que a vítima, ou o seu representante legal, não exerça formalmente o direito de queixa.

e assinatura do respectivo documento próprio (para “denúncia”, ou “comunicação”);

- d) Todas as faltas à realização de exames previamente marcados devem ser imediatamente comunicadas, via fax, ao Ministério Público (ao magistrado competente, se o processo já tiver sido registado e autuado como inquérito pelo Ministério Público).

## 5. Procedimentos comuns (a crimes públicos e semi-públicos)

- 1 – Os casos urgentes impõem a imediata articulação entre os serviços médico-legais, os órgãos de polícia criminal e, eventualmente, entidades de apoio à vítima, no sentido de assegurar as condições e os pressupostos para que o Ministério Público, reunindo os necessários elementos de prova, possa promover medidas que visam a protecção da vítima e a perseguição criminal do suspeito autor do crime, designadamente, a emissão de mandados de detenção, propondo igualmente ao Juiz as medidas de coacção que entenda serem de aplicar ao arguido.
- 2 – A realização dos exames médico-legais pressupõe o consentimento do examinando, o qual deve ser prestado, sempre que possível, por escrito, através de modelo de documento próprio para o efeito.
- 2 – As denúncias de crimes recebidas pelo INML, I.P., devem ser remetidas aos Serviços do Ministério Público da comarca onde os factos (ou o último facto) ocorreram.
- 3 – Sempre que haja lugar à realização de análise laboratorial de pesquisa de produtos biológicos, o Serviço Técnico do INML, I.P., que a realizou (ou que eventualmente a tenha solicitado a uma terceira entidade) deverá entregar o respectivo relatório ao Serviço de Clínica Forense, que o remeterá ao Ministério Público, acompanhando relatório pericial de clínica forense, preliminar ou concluído.

## 6. Nota final

Os procedimentos que deixamos sugeridos e que sejam observados no âmbito da intervenção pericial dos serviços médico-legais devem respeitar a articulação que em cada caso concreto haja de ser feita, para celeridade do processo e defesa do interesse das vítimas, com os órgãos de polícia criminal, com o Ministério Público e com os tribunais.

**Resumo:** Crimes públicos e crimes semi-públicos: quando denunciar?

Tomando como referência um conjunto de situações de prática de crimes que se caracterizam por provocar dano à saúde das pessoas, nas quais se reclama a célere avaliação médico-legal

das lesões resultantes da agressão e colheita de vestígios biológicos para efeitos probatórios, e considerando a distinção entre crimes de natureza pública e crimes de natureza semi-pública e o respectivo tratamento processual, apresenta-se um conjunto de conceitos e de procedimentos de actuação de forma a permitir ao perito médico-legal perceber o enquadramento jurídico-processual das situações de vitimação para as quais é chamado a intervir, e a facilitar a detecção precoce e o correcto encaminhamento daquelas situações, no respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Serviços-médico-legais; dever de denúncia; vítimas de crime.

**Summary:** Public crimes and semi-public crimes: when to denounce?

Starting from a set of crimes (offences) characterised by causing harm to the health of people implying an early medical expert evaluation and the collection of samples for evidence and proof purposes, and considering the different procedural conditions of those various crimes, the author presents a set of concepts and procedures in order to enable the medico-legal expert to fully understand the legal and procedural context of the situations in which he is called to intervene, and to correctly detect and treat them, in the respect of the constitutional rights of individuals.

**Key-words:** Forensic examination; obligation to denounce; crime victims.

**Résumé:** Crimes publiques et crimes semi-publiques: quand dénoncer?

En prenant comme référence un ensemble de situations de pratique de crimes qui se caractérisent par provoquer dommage à la santé des personnes, chez lesquelles on réclame la rapide évaluation médico-légale des lésions résultantes de l'agression pour des effets probatoires, et tenant compte des distinctes conditions de procédure pénale selon le type de crime, on présente un ensemble de concepts et de procédures d'actuation de façon à permettre à l'expert médico-légal de percevoir l'encadrement juridique-processuel des situations de victimisation pour lesquelles il est appelé à intervenir, et à faciliter la détection précoce et le correct cheminement de ces situations, dans le respect pour les droits, libertés et garanties des citoyens.

**Mots-clés:** Expertise médico-légale; victimes de crime; devoir de dénoncer.

**Pedido de separatas:**

DIOGO PINTO DA COSTA

diogo.costa@inml.mj.pt



# Atuação conjunta medicina e odontologia legal em perícia civil – relato de caso

C.M. Carvalho<sup>1</sup>, W.B. Santos<sup>2</sup>, B.R. Silva<sup>3</sup>, W.F.M. Silva<sup>2</sup>, F.C.H. Bouchardet<sup>4</sup>

## Introdução

No Brasil, a responsabilidade civil está contemplada nos artigos 186 e 927 do Código Civil: Art. 186: “Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”<sup>1</sup>. Art. 927: “Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

São pressupostos da responsabilidade civil, a existência de uma ação, comissiva ou omissiva, a ilicitude, a culpa, o dano e, ainda, o nexo de causalidade entre o dano e a ação (fato gerador da responsabilidade), pois a responsabilidade civil não poderá existir sem o vínculo entre a ação e o dano.

A indenização mede-se pela extensão do dano, segundo o artigo 944 do Código Civil. Neste conjunto todos os parâmetros de dano medicamente avaliáveis devem ser valorados para uma reparação integral do dano corporal.

A sociedade, ao longo dos últimos anos, vem sofrendo alterações na sua forma de organização. Com isso os conflitos interpessoais passam a surgir com maior frequência.

---

<sup>1</sup> Especialista em Odontologia Legal e Odontologia do Trabalho – ABO-MG; Pós-graduada em Avaliação do Dano Corporal – Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) de Portugal

<sup>2</sup> Master of Science em Medicina Forense pela Universidade de Valência, Espanha; Especialista em Medicina Legal – ABML; Pós-graduado em Avaliação do Dano Corporal – Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal

<sup>3</sup> Master of Science em Medicina Forense pela Universidade de Valência; Pós-graduado em Avaliação do Dano Corporal – Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) de Portugal

<sup>4</sup> Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses pela Universidade de Coimbra; Especialista em Odontologia Legal – USP; Pós-graduada em Avaliação do Dano Corporal – Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal

Nem sempre as expectativas do paciente quanto aos resultados dos tratamentos são alcançados, levando-os a procurar o judiciário em busca de indenização.

As seqüelas decorrentes da atuação do profissional, muitas vezes, atingem vários segmentos do corpo, o que pode requerer a atuação de mais de um profissional da área de saúde.

Nesse contexto, esse trabalho ilustra atuação multidisciplinar pericial do Médico e Cirurgião-Dentista em direito civil em que a perícia foi solicitada com o objetivo de analisar as condições clínicas atuais da reclamante e verificar o nexo de causalidade das seqüelas relatadas com a cirurgia ortognática realizada.

## **Relato do caso**

A reclamante GLA, 58 anos de idade, casada, aposentada, veio requerer junto à justiça brasileira uma ação de produção antecipada de provas decorrente de cirurgia ortognática realizada em 1998.

Na perícia realizada no dia 13 de novembro de 2008, relatou que antes da cirurgia não apresentava queixas de afecções respiratórias (“sinusite”) e que estas iniciaram depois da operação realizada.

No exame clínico extra-oral apresentava protrusão mandibular e “clicks” na articulação têmporo-mandibular (ATM) do lado esquerdo. No exame intra-oral apresentava gengiva com bom aspecto e recessão gengival em alguns elementos dentários. Em máxima intercuspidação habitual todos os elementos dentários apresentavam oclusão alterada: topo a topo do lado direito, mordida cruzada da região anterior e do lado esquerdo. Apresentava a relação molar em Classe III de Angle.

## **Discussão**

A perícia é realizada quando um profissional é solicitado a pronunciar-se sobre o dano de um determinado indivíduo. Assim, o objetivo básico da perícia médico-legal em valoração do dano corporal é definir, em termos técnicos e num quadro jurídico determinado, os elementos do dano susceptíveis de valoração.

Sabe-se que esta valoração pode adquirir perspectivas e metodologias diferentes segundo o âmbito do direito a que se refere. Por este motivo é fundamental que seja realizada por profissional qualificado com formação própria e adequada da Medicina e Odontologia. Além destes é necessário

também conhecimentos jurídicos e administrativos no domínio do dano corporal. Em outras palavras, uma capacitação técnica que lhe permita entender o alcance e os limites da peritagem solicitada em função da correspondente necessidade jurídica.

O relato de caso ilustra uma atuação conjunta em perícia de avaliação do dano corporal civil em que a reclamante relata resultado de uma cirurgia ortognática insatisfatória – recidiva.

As cirurgias ortognáticas são indicadas para tratamento das deformidades dentoalveolares severas, visando à correção da deficiência funcional e acarretando modificações estéticas no paciente.

A cirurgia consiste em um procedimento combinado entre a ortodontia e cirurgia buco-maxilo-facial.

No caso em questão a paciente apresentava má oclusão tipo classe III, recessões gengivais generalizadas e ausências dentárias, necessitando de tratamento ortodôntico e cirúrgico.

O ideal é que a oclusão seja do tipo classe I, pois caracteriza um bom relacionamento da maxila com a mandíbula, um perfil harmônico e relação molar normal.

No caso em tela o profissional optou pela cirurgia da maxila, mandíbula e mento (Le Fort I, osteotomia mandibular e mentoplastia respectivamente).

Após a análise do exame cefalométrico de 30/03/1998 (48 dias após a cirurgia) verificou-se uma oclusão classificada como classe I esquelética, indicando que a cirurgia obteve o resultado cirúrgico esperado.

A reclamante relata que 8 anos após o procedimento cirúrgico se encontra nas mesmas condições pré-cirúrgicas. A recidiva em ortodontia e cirurgia ortognática significa que houve um retorno parcial ou total da má oclusão ou até o surgimento de um novo tipo de má oclusão.

A análise da cefalometria datada em 11/11/2008 (10 anos e 9 meses após a cirurgia) indica que a paciente teve uma recidiva, voltando a ter má oclusão classe III esquelética.

Dentre os fatores que podem influenciar a estabilidade pós-cirúrgica e, conseqüentemente predispor a recidiva, estão: deslocamento do côndilo da cavidade articular após a cirurgia, ação dos músculos e tecidos moles, ortodontia pré-cirúrgica incorreta, tipos e período de fixação, ortodontia pós-cirúrgica incorreta ou insatisfatória, magnitude do avanço mandibular, crescimento ósseo pós-cirúrgico, distúrbios têmporo-mandibulares prévios e idade do paciente no momento da cirurgia.

No caso em questão os possíveis fatores causais da recidiva seriam a idade da reclamante, que na época da cirurgia era de 47 anos, a instabilidade oclusal ocasionada por perdas dentárias e uso de prótese removível e modificação da contenção lingual.



Os elementos médicos disponíveis para análise confirmam que a reclamante apresenta um quadro de sinusopatia crônica. Este é um processo inflamatório das vias aéreas superiores, acompanhado ou não de infecção, localizado nas mucosas de revestimentos das cavidades sinusais por mais de 3 meses.

Vários fatores têm sido implicados na etiologia das sinusopatias, incluindo infecções bacterianas, virais e fúngicas, alergias, traumas químicos ou físicos. Variações anatômicas dos seios da face e cavidade nasal, afecção do transporte mucociliar nos seios da face, e o status imunológico do paciente estão relacionados na gênese da patologia. Essa é uma condição médica multifatorial<sup>12</sup>.

Neste caso existe uma comunicação do seio maxilar esquerdo com o meato nasal inferior presumidamente conseqüente ao ato cirúrgico. Essa comunicação é um fator predisponente para infecções.

Fatores predisponentes são condições que aumentam a probabilidade da ocorrência de determinado evento, mas não são determinantes absolutos para sua ocorrência.

Portanto, os elementos médicos disponíveis não permitem admitir nexo de causalidade entre o quadro clínico apresentado – sinusopatia crônica – e o procedimento cirúrgico realizado. Não há como excluir uma causa estranha ao trauma cirúrgico e existem outros fatores causais que podem explicar o quadro clínico apresentado. Não foi possível caracterizar um encadeamento anátomo-clínico adequado que se inicia na seqüência ao trauma cirúrgico. Existe um lapso temporal entre as queixas clínicas de sinusopatia crônica e o trauma cirúrgico. Não se evidenciam nas tomografias apresentadas, fístulas ou reações inflamatórias que justifiquem uma contaminação, manutenção de processo infeccioso ou mesmo rejeição do material utilizado no local da cirurgia.

## **Conclusões**

O presente relato de caso, calcado na legislação em vigor e análise clínico-documental permitiu as seguintes conclusões:

Os elementos médicos analisados não permitem admitir nexo de causalidade entre o quadro clínico descrito – sinusopatia crônica – e o procedimento cirúrgico realizado.

A reclamante apresentava uma oclusão classificada como classe I esquelética após 48 dias da cirurgia, indicando que a mesma obteve o resultado cirúrgico esperado.

A reclamante apresenta recidiva da má oclusão esquelética classe III de Angle.

As possíveis causas da recidiva seriam a combinação dos fatores idade, instabilidade oclusal por perdas dentárias e uso de prótese parcial removível, e remoção da contenção lingual dos dentes anteriores inferiores.

## Referências bibliográficas

- Angher AJ. Vade Mecum acadêmico de direito/organização: código civil. 3ª ed. Artigo 186, 188. São Paulo: Rideel; 2006a. p.200.
- Angher AJ. Vade Mecum acadêmico de direito/organização: código civil. 3ª ed. Artigo 927, 932, 935. São Paulo: Rideel; 2006b. p.233.
- Cueto CH, Fayet DG, Vieira DN. Tablas y baremos de valoración. In: Cueto CH. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p.427-69.
- Turvey TA, Phillips C, Zaytoun Jr HS, Proffit WR. Simultaneous superior repositioning of the maxilla and mandibular advancement. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1988; 94: 372-83.
- Filho JRL, Carvalho R, Gomes ACA, Bessa RN, Camargo IB. Cirurgia ortognática combinada: relato de um caso. *Rev. Cir. Traumat. Buco – Maxilo-Facial* 2002;1 (2): 31-41.
- Park CG, Yoo JW, Park IC. Surgical treatment of mandibular prognathism in collaboration with orthodontic treatment in Korea. *Aesth Plast Surg* 1994;18:407-12.
- Araújo A. Cirurgia Ortognática. Santos: São Paulo, 1999.
- Kramer F-J, et al. Intra and perioperative complications of the Lefort I Osteotomy: a prospective evaluation of 1000 patients. *J Craniofac Surg* 2004; 15 (6).
- Abeloos J, De Clercq C, Neyt L. Skeletal stability following miniplate fixation after bilateral sagittal split osteotomy for mandibular advancement. *J. Oral Maxillofac. Surg* 1993; 51: 366-369.
- Arnett GW. A redefinition of bilateral sagittal osteotomy (BSO) advancement relapse. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop* 1993; 104(5): 506-515.
- Berger JL, Panrazio-Kullbersh V, Bacchus SN, Kaczynski R. Stability of bilateral sagittal split ramus osteotomy: rigid fixation versus transosseous wiring. *Am. J. Orthod Dentofacial Orthop* 2000; 118(4): 397-403.
- Will LA, West RA. Factors influencing the stability of the sagittal split osteotomy for mandibular advancement. *J. Oral Maxillofac. Surg* 1989; 47: 813-818.
- Brazilian Guidelines on Rhinosinusitis. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2008; 74 (2).

**Resumo:** Actuação conjunta da medicina e da odontologia legal em perícia civil – relato de um caso

O presente trabalho refere-se a um relato de um caso que ilustra a actuação multidisciplinar pericial do Médico e Cirurgião-Dentista em Direito Civil. A perícia foi solicitada com o objectivo de analisar as condições clínicas actuais da vítima e verificar o nexo de causalidade das seqüelas relatadas com a cirurgia ortognática realizada. A vítima era portadora de má

oclusão esquelética classe III de Angle e foi submetida a tratamento ortodôntico-cirúrgico em Fevereiro de 1998. Alega insuficiência da cirurgia realizada e ter desenvolvido complicações sinusais pós-tratamento. Foram realizados exame clínico, análise de documentação médica e odontológica, comparação entre resultados de exames pré e pós-cirúrgicos.

**Palavras-chave:** Medicina Legal; Odontologia Legal; perícia em Direito Civil.

**Summary:** Joint achievement between medicine and legal odontology in civil expertise – case report

The manuscript presents a case report that describes the multidisciplinary activity of the medical and surgeon-dentist expertise in civil law. The main objective of the expertise request was the analysis of the current clinical conditions of the victim and to verify the causality nexus of the lesions described with the orthodontic surgery performed.

The victim present a bad occlusion, Angle's type III, and was submitted to an orthodontic-surgical treatment in February, 1998. She alleged an inadequate surgery and developed multiple complications after the treatment.

A clinical examination has been performed, as well as an analysis of medical and odontological documentation and also a comparison between the results achieved in the pre and post surgery exams.

**Key-words:** Legal medicine; legal odontology; civil law expertise.

**Résumé:** Action conjointe de la médecine et de l'odontologie légale dans les expertises en droit civil – rapport d'un cas

Cet article présente le rapport d'un cas d'action multidisciplinaire du médecin et de l'odontologiste légal dans une expertise en droit civil. L'objectif de l'expertise était analyser la situation clinique actuelle de la victime et vérifier le lien de causalité parmi les séquelles décrites et la chirurgie effectuée. La victime présentait une occlusion déficiente classe III de Angle et a été soumise à traitement orthodontique- chirurgical au mois de février de 1998. Elle rapportait insuffisance de la chirurgie et développement de complications sinusales après le traitement. Un examen clinique, analyse de la documentation médicale et comparaison parmi les résultats des examens pré et post chirurgicales ont été réalisés.

**Mots-clés:** Médecine légale ; odontologie légale; expertise en droit civil.

**Pedido de separatas:**

CRISTIANE MIRANDA CARVALHO

crismirandacarvalho@yahoo.com.br

## Revue Française du Dommage Corporel

### Resumos dos artigos publicados no vol. 33, nº 4, 2007

Sulman, T.; Meunier, I.; Houisse, J.M.; Daupleix, D.; pp 235- 245 – *Avaliação médico-legal do rebate profissional. Da redacção do relatório de peritagem médica à indemnização*

Até ao presente, a paragem temporária da actividade profissional era mais conhecida pelo vocábulo ITT e, para as pessoas que não exerciam actividade remunerada (crianças em idade escolar, reformados, domésticas), a ITT correspondia ao período em que não podiam exercer as suas actividades habituais.

A nomenclatura Dintilhac fez desaparecer esta noção de ITT, sendo substituída, antes da consolidação, pela incapacidade temporária profissional fixada pelo perito, permitindo ao regulador avaliar as perdas de ganho profissionais actuais (PGPA) e o deficit funcional temporário.

Após a consolidação, o médico apreciará o deficit funcional permanente (DFP), não somente avaliando a afectação da integridade física e psíquica (AIPP), mas também indicando o seu rebate sobre as actividades profissionais: é a perda de ganhos profissionais futuros (PGPF) segundo a nomenclatura Dintilhac.

Bejui-Hugues, J.; pp 247- 255 – *O consultor de ortopedia e o prejuízo profissional: um caso clínico*

O autor, especialista em cirurgia ortopédica, apoia-se num caso clínico para abordar e discutir o rebate profissional temporário e definitivo em ortopedia. Realça a necessidade de uma adequada abordagem clínica das lesões iniciais, de um exame semiológico programado no momento da avaliação das sequelas, tendo em conta a análise dos exames complementares.

Analisa de seguida alguns parâmetros (velocidade de execução, resistência à fadiga...), necessários à apreciação da incapacidade profissional, que deve ser considerada no plano da técnica médica e não em função de factores sócio-económicos exteriores.

O perito poderá beneficiar da colaboração do médico de trabalho, do cirurgião, do médico assistente e do médico consultor para realizar uma avaliação justa e vantajosa para o paciente.

Naudin, J.; Lachamp, J.C.; Brémond, G.; Joncker, V.; Tourame, G.; Doutard-Roger, C.; pp 257- 265 – *O consultor de psiquiatria na avaliação do rebate profissional*

O médico perito em psiquiatria tem, como em todas as outras especialidades médicas, uma missão: descrever a realidade, ou pelo menos aproximar-se o mais possível da realidade; ele deve objectivar o subjectivo. Esta missão é, por vezes, directamente solicitada pelo magistrado, sendo mais frequentemente pedida por um outro médico perito. O psiquiatra é então “consultor”, é ele que sabe.

Esta missão coloca numerosas e diversas questões. A pertinência das questões induz as respostas: descrever o real. É a conclusão. Aliás, trata-se de avaliar a vivência do indivíduo, a sua verdade, o seu sofrimento, as suas motivações e as suas dificuldades: conhecer a pessoa.

Para atingir este objectivo o perito tem um instrumento: a medicina; o exame psiquiátrico é codificado. A semiologia psiquiátrica permanece. Ela é conhecida, estruturada. Não é infinita. Aqui, como em outras especialidades, a combinação dos sintomas permite um diagnóstico. A palavra é vaga! O médico perito – psiquiatra ou outro – tem de fazer o diagnóstico. Ele é médico. É por esta razão que foi escolhido.

Mas ele deve também raciocinar no âmbito da sua missão de consultor: descrever o dano à integridade psíquica e o rebate profissional. Ele deve fazer uma síntese entre as capacidades – restantes – da pessoa e as obrigações impostas pelo trabalho... é ainda necessário que o trabalho seja conhecido com precisão.

Crépel, M.; Cauliez, F.; Wemeau, J.L.; pp 267- 274 – *A incapacidade em endocrinologia e diabetologia*

Os autores enumeram as diferentes doenças endócrinas que podem ocorrer e que formam uma combinação de situações não raras, caracterizadas por um diagnóstico muito preciso baseado em factores clínicos, biológicos, hormonais.

Estas doenças podem beneficiar de tratamentos eficazes, em geral pouco onerosos e bem tolerados. São normalmente de muito bom prognóstico.

Isto quer dizer que em endocrinologia, as incapacidades temporária e sobretudo a permanente são raras, associadas a situações marginais que serão descritas.

A diabetes afecta uma população mais vasta (4% da população). A diabetes mellitus em si não é considerada normalmente uma doença incapacitante. Só as complicações são responsáveis por incapacidades: os critérios de incapacidade profissional e da atribuição de invalidez são analisados.

Daverat, P.; pp 275- 279 – *Rebate profissional e patologia neurológica post-traumática*

As lesões neurológicas, das quais o autor exclui neste trabalho as perturbações psico-comportamentais, são frequentes após acidentes, nomeadamente em indivíduos jovens, e têm geralmente rebate profissional.

Após uma hemiplegia por acidente vascular cerebral, a retoma do trabalho depende particularmente da idade, do estatuto sócio-económico e do nível educacional. Ela é igualmente função da importância da afectação motora, da independência da marcha, da destreza manual, da ausência de perturbações sensitivas, das dificuldades de comunicação, mas também das solicitações físicas profissionais.

As condições de retoma do trabalho nos traumatismos medulares (tetraplegia e paraplegia) são relativamente mal conhecidas. Na experiência clínica do perito, raros são os que conservam ou encontram trabalho após um acidente. Os homens jovens e com um nível educacional elevado são os que têm maior probabilidade de encontrar trabalho. A existência de lesões associadas é de mau prognóstico para a retoma do trabalho.

Relativamente à epilepsia, a problemática da recorrência de crises torna impossível o exercício de uma actividade em meio perigoso ou hostil (contra-indicação de conduzir todos os tipos de veículos na maior parte dos casos).

Simon, C.; pp 281- 283 – *A incapacidade temporária para o trabalho em otorrinolaringologia*

O autor apresenta algumas reflexões sobre a incapacidade temporária para o trabalho em ORL. Refere que muito frequentemente o perito é solicitado para responder *in abstracto*, sobretudo em casos de responsabilidade médica.

Apresenta também exemplos fisiopatológicos particularmente demonstrativos de danos traumáticos na sua especialidade e precisa a duração média da incapacidade para o trabalho no caso do traumatismo coclear, do dano vestibular e do dano laríngeo.

Jammet, P.; pp 285- 287 – *A incapacidade profissional em cirurgia maxilo-facial e estomatologia*

Os traumatismos crânio-maxilo-faciais podem dar origem a múltiplas sequelas, embora causem um pequeno rebate profissional.

O autor realça contudo a possibilidade de certas sequelas causarem rebate profissional em determinadas profissões, nomeadamente nos músicos (instrumentos de sopro) com algumas sequelas bucodentárias e insensibilidade dentária ou facial, nas profissões comerciais para as sequelas cutâneas de cicatrizes múltiplas da face, nos condutores para as sequelas ósseas orbitárias causadoras de perturbações visuais, nas profissões de arte culinária, de enologia ou de indústrias de perfumes para as anosmias com ageusias.

Steinbach, G.; pp 289- 305 – *Estado anterior e imputabilidade em psiquiatria*

O autor, após relembrar as principais perturbações psiquiátricas (neuroses, psicoses e perversões), discute as regras relativas à imputabilidade médico-legal nas perturbações psicopatológicas post-traumáticas.

Realça a necessidade de se realizar um exame psiquiátrico completo para conhecer a evolução existencial do indivíduo traumatizado e discutir, em função dos critérios da CIM 10, os elementos de imputabilidade.

Reverberi, M.; pp 307- 310 – *Papel do serviço médico e dos médicos consultores numa companhia de seguros de pessoas*

Os objectivos deste breve artigo consistem em precisar o papel de um serviço médico de uma companhia de seguros de pessoas, de sintetizar as

suas principais funções e de apreender a diversidade e amplitude dos seus domínios.

O objectivo de um serviço médico é de conceber, redigir e fazer aplicar as regras técnicas e deontológicas na realização do controle médico.

As regras técnicas visam avaliar o risco médico apresentado pelos “candidatos” ao seguro e apreciar em termos médicos, bem fundamentados, as exigências de utilização das garantias (incapacidade de trabalho, invalidez, perda total e irreversível da autonomia “PTIA”, morte...).

A aplicação destas regras técnicas deve ser efectuada respeitando o segredo médico e o código de boa conduta anexado à nova Convenção AERAS, e deve garantir a confidencialidade das informações relativas ao **estado de saúde das pessoas**.

Burlot, E.; Seyler, D.; Moullet, J.C.; Pécout, D.; pp 311- 319 – *O questionário médico na subscrição de um contrato de seguros de pessoas*.

Este artigo descreve a intervenção do “conselho médico” que as empresas de seguros procuram obter no momento da subscrição de um contrato de seguros de pessoas.

Após relembrar o contexto jurídico específico em seguros de pessoas e descrever a intervenção médica numa companhia de seguros, são detalhadas as etapas de pré-selecção e de selecção.

A pré-selecção analisa os questionários de saúde em dois tempos: após um primeiro tempo pouco medicalizado, o segundo tempo corresponde uma técnica tripla de pré-selecção de acordo com os diferentes tipos de processos de candidatos ao seguro: grandes capitais, perfis de saúde virgens, processos de risco agravado. São posteriormente explicadas as condições a ter em conta no risco de saúde agravado, do ponto de vista jurídico. A selecção é descrita em quatro tempos, terminando pela proposta do médico-consultor ao segurador: parecer favorável, adiamento, prémio suplementar, recusado, exclusão de garantias ou de patologias.

O questionário de saúde é a parte mais visível da actividade do serviço médico de admissão. A sua exploração por um médico conselheiro habituado à técnica médica e de seguros, é um dos elementos de gestão dos contratos de seguros de pessoas.



## Resumos dos artigos publicados no vol. 34, nº 1, 2008

Waller, P.-Y.; Achard, M.; pp. 9-24 – *Os traumatismos dentários e a sua reparação*

As lesões dentárias traumáticas e a sua reparação são múltiplas e as complexas. A sua apreciação deverá ter em conta numerosos factores e a sua reparação será, frequentemente, longa.

Os elementos de prova médico-legal podem ser muitas vezes numerosos mas nem sempre evidentes no certificado inicial.

Waller, P.-Y.; Rosenblum, J.; pp. 25-46 – *Custos previsíveis e custos futuros em traumatologia crânio-facial*

A reparação dos traumatizados crânio-faciais pode ser longa e repleta de complicações e de agravamentos que retardam a consolidação tanto fisiológica como médico-legal.

A avaliação dos custos previsíveis após a reparação inicial é possível, porque as principais sequelas podem ser apreciadas no mês seguinte à cicatrização. É portanto necessário distinguir os custos previsíveis antes da data da consolidação médico-legal, que pode ser retardada de um a dois anos, e os custos futuros após a consolidação, que não se limitam só ao quadro odonto-estomatológico da renovação das próteses dentárias.

Após uma resenha anátomo-clínica dos traumatismos crânio-faciais, das suas sequelas e da sua evolução, é proposta uma revisão dos principais tratamentos a fim de permitir a avaliação dos custos previsíveis no tempo.

Bessières-Roques, I.; pp. 47-52 – *O segredo profissional médico: respeito das regras deontológicas e legais*

Em introdução aos artigos apresentados nesta revista sobre o segredo profissional e o relatório pericial (seu tratamento, sua comunicação), por Martine Reverbéri, e sobre a transmissão do relatório pericial por via electrónica, por Philippe Dallemagne, trata-se aqui de recordar os princípios estabelecidos pelos textos e a jurisprudência sobre o respeito das obrigações de carácter médico. A obrigação de confidencialidade, imposta pelo código deontológico médico e, depois da lei nº2002-303 de 4 de Março de 2002, pelo código da saúde pública, reconhecido também no plano internacional pelo artigo 10-1 da convenção de Oviedo sobre os Direitos do homem e a

biomedicina (1997) e sancionada pelo código penal, surge em conformidade com o direito ao respeito pela vida privada reconhecido pelo código civil no seu artigo 9. As exceções ao princípio do respeito absoluto deste dever pelo médico são estritamente regulamentadas pelo código penal e pelo respeito dos direitos da defesa. No âmbito da perícia, contudo, a possibilidade que o paciente tem de obter o seu processo médico permitirá, na maioria dos casos e respeitando as regras legais e deontológicas, facilitar a prova dos elementos capazes de permitir a indemnização da vítima.

Dallemagne, Ph.; pp. 53-58 – *A transmissão do relatório pericial por via electrónica*

Após descrever a necessidade e abordar os condicionalismos funcionais, técnicos e jurídicos, o autor expõe o progresso dos trabalhos da Federação Francesa das Associações de Peritos Médicos neste domínio: alojamento e sua administração por um servidor de correio electrónico com a aprovação da CNIL para a circulação de dados.

Trata-se de um servidor dedicado a mensagens electrónicas seguras ao qual cada médico se pode conectar.

Conforme a legislação em vigor, é imprescindível utilizar o cartão profissional de saúde e, portanto, passar pelo grupo de interesse público, cartão esse cujo papel e missões estão definidas por um certo número de textos regulamentares.

Esta solução permite enviar uma mensagem autenticada, não repudiável, íntegra e confidencial à qual será anexado o relatório pericial e que será armazenada no servidor de dados de saúde. Isto requer que as sociedades e as mútuas de seguros e administração possuam um servidor de mensagens com funcionalidades avançadas, requeridas sobre a segurança.

Flory-Reverberi, M.; pp. 59-67 – *Segredo profissional e relatório pericial: o seu tratamento, a sua comunicação...*

O segredo médico, segredo profissional do médico, é uma noção em mudança. Com efeito, o segredo médico, dever do médico concebido com o fim de protecção do interesse público geral, tende a tornar-se um direito estabelecido do paciente com vista à protecção do interesse privado.

A obrigação do segredo médico, segredo profissional, assenta em fundamentos essenciais; a lei, a jurisprudência, o código deontológico dos médicos, o código deontológico das seguradoras. As evoluções consequentes, tais como

a lei de 4 de Março de 2002, a lei de 31 de Janeiro de 2007 ou o código de boa conduta da convenção AERAS tiveram impacto no trabalho dos médicos das seguradoras, tornando preciso o acesso às informações pessoais de saúde e sua comunicação.

O segredo médico pertence ao paciente, que tem todo o poder para obter, deter e transmitir as suas próprias informações médicas.

Esta mudança encontra, em matéria de seguros, um domínio de aplicação privilegiado no tratamento e comunicação do relatório médico pericial.

Este artigo é limitado ao relatório de peritagem médica do médico de uma companhia de seguros no quadro médico-legal de seguros pessoais e do direito comum, dano corporal (lei Badinter de 5 de Julho de 1985 e fora da lei Badinter). Não abordaremos o quadro médico-legal da peritagem judiciária, da Segurança Social e das pensões militares. O seu objectivo é precisar o que diferencia e o que reúne os seguros pessoais e o direito comum em termos de confidencialidade no tratamento e na comunicação do relatório pericial.

Se convém respeitar as regras de transmissão, é também importante assegurar o que está escrito. Com efeito, o relatório pericial pode ser comunicado e, portanto, lido por numerosos correspondentes médicos mas também não médicos, incluindo o segurado ou a vítima.

De Mol, J.; Staquet, P.; pp. 69-84 – *O exagero na peritagem psiquiátrica*

Em peritagem, quando surgem discordâncias entre as queixas expressas e o resultado dos exames somáticos e/ou neuropsíquicos, coloca-se inevitavelmente a questão da majoração dos sintomas e, por via de consequência, de um eventual exagero.

Esta questão levanta muitas outras, tanto no plano clínico como médico-legal.

Os autores consideram todos os cenários que podem ser encontrados, tais como simulação, sobre-simulação, neuroses pós-traumáticas, transtorno factício, sobrecarga ansiosa, conversão histérica...sublinhando a sua natureza consciente ou inconsciente.

Além disso, para remover qualquer confusão causada pelos exageros, os autores reenquadram as diferentes situações na nosologia psiquiátrica, ilustrando os casos clínicos com decisões da justiça.

## Resumos dos artigos publicados no vol. 34, nº 2, 2008

Daverat, P.; pp. 107-114 – *Traumatismos cranianos e dependência*

A patologia sequelar dos traumatismos cranianos graves (TCG) por acidentes na via pública constitui um real desafio médico e pericial, em virtude da sua frequência (primeira causa de handicap em sujeitos jovens entre os 15 e os 40 anos), do seu prognóstico severo e do seu impacto sobre a vítima e o seu círculo familiar.

Estes jovens sinistrados terão uma dependência importante, necessitando de ajuda humana e maiores dificuldades para se reinserirem no meio profissional.

A avaliação pelo perito médico, nomeadamente da dependência cognitiva do TCG, torna-se muito difícil dado que as funções superiores não são directamente mensuráveis. Os resultados dos testes psicométricos são valiosas somente em relação à capacidade dos pacientes para ser submetidos a esses testes.

A peritagem deve ser confiada a um especialista habituado a este género de sequelas, ao qual estarão associados colegialmente um neurologista e um neuropsicólogo. Ela deve ser necessariamente repetida para um seguimento regular destas vítimas durante todo o decurso de reeducação e readaptação: deverão efectuar-se balanços todos os 6 meses para apreciar progressivamente as modificações físicas, cognitivas, ambientais e situacionais da vítima.

De uma maneira geral, é preciso saber esperar algum tempo antes de consolidar o traumatizado craniano, pois em muitos as dificuldades só se declaram quando eles estão em situação de handicap e particularmente aquando das tentativas de retoma da profissão ou escola, mesmo que o balanço aquando da saída do centro tenha sido satisfatório.

Steinbach, G.; pp. 115-121 – *Psiquiatria e dependência*

O autor, depois de resumir as diferentes formas de dependência através do que é chamado de “psicologia médica”, estuda as relações desta dependência com as doenças mentais, diferenciando a patologia mental que cria a dependência, a dependência que cria a patologia, e a dependência conduzindo a comportamento delinquencial.

Duguet, A.-M.; pp. 123-130 – *Reforma da protecção jurídica do maior de idade – As modificações trazidas pela lei de 5 de Março de 2007*

A lei de 5 de Março de 2007 modificou as medidas de tutela ou curadoria com disposições comuns, a saber um período “suspeito” definido pelo artigo 464 do código civil que corresponde aos dois anos precedentes ao anúncio da decisão de um regime de protecção. O adulto protegido poderá nos cinco anos caminhar para a redução da medida ou para anulação em caso de prejuízo.

A pessoa protegida está no centro do dispositivo, pois ela deve receber todas as informações sobre todos os actos tomados no seu interesse (artigo 457-1 do código civil).

Além disso, a lei de 5 de Março de 2007 alarga o dispositivo, com uma medida de acompanhamento social personalizado, cujo objectivo é responsabilizar o adulto acompanhado que conserva juridicamente todos os seus direitos, e o mandato de protecção futura, que é uma medida de designação antecipada de um ou vários terceiros encarregados de o representar quando as suas faculdades mentais ou corporais estiverem alteradas.

Esta nova lei deverá aplicar-se a partir de 1 de Janeiro de 2009. O médico é, frequentemente, o único a poder discernir as alterações de julgamento do seu paciente. Ele enviará um certificado médico, não obstante o segredo médico, directamente ao Procurador da República, que decidirá as tutelas.

Béjui-Hugues, H.; pp. 131-137 – *Dependência e pessoa com handicap: uma nova visão para as seguradoras*

Estes últimos anos foram marcados por uma nova tipologia de feridos que são os traumatizados cranianos graves, cuja inserção sócio-profissional é difícil. Uma tripla tomada de consciência pode ser observada: a primeira dos médicos que se especializaram, a segunda das vítimas que se agruparam em associações específicas e a terceira do poder público. Assim, as medidas destinadas a proporcionar à vítima uma compensação às limitações ou restrições de participação na vida em sociedade foram propostas, tendo no centro do dispositivo a elaboração de um projecto de vida.

O segurador seguiu esta evolução e adapta-se a esta nova visão do handicap. A criação e adequação com a nomenclatura “Dinthilac” das missões ditas “graves”, permitiu e permite atender melhor a realidade do prejuízo. A obrigação de trabalhar em equipa, com a vítima e o seu conselheiro, mas também com as equipas de readaptação e reinserção, em particular as da MDPH, trazendo meios desde o início, contribui para a construção de um projecto de vida perene e durável.

Daupleix, D.; pp. 139-149 – *Complicações neurológicas das manipulações cervicais. Incidência médico-legal*

As manipulações da coluna cervical podem dar lugar a complicações neurológicas, com consequências por vezes gravíssimas, mas que podem felizmente por vezes regredir sob tratamento. Estas complicações são a consequência de acidentes isquémicos por dissecação arterial: dissecação da artéria vertebral preferencialmente, mais raramente da carótida.

No decurso de uma manipulação cervical, os mecanismos que podem explicar a oclusão das artérias cervicais são a compressão ou alongamento e os microtraumatismos repetidos.

O prognóstico depende da presença e da severidade das lesões isquémicas do tronco cerebral.

Para limitar o melhor possível estas complicações, um certo número de precauções deveriam ser tomadas antes e durante toda a manipulação cervical, nomeadamente evitando manobras de rotação.

É necessário avisar o paciente que se vai fazer uma manipulação cervical e obter o seu consentimento.

Em caso de peritagem médica de responsabilidade, o perito deverá confirmar o tipo de complicação e estabelecer uma relação causal entre a sua ocorrência e o acto manipulativo. Ele deverá explicar igualmente a sua escolha entre uma falta do médico ou um risco terapêutico.

Fyon, J.P.; pp. 151-156 – *O certificado de não contra-indicação à prática de osteopatia*

O decreto nº 2007-435 de 25 de Março de 2007 prevê que o osteopata não médico exercerá sob prescrição de um certificado de não contra-indicação emanado por um médico. A osteopatia é uma técnica de manipulação que é um movimento forte, breve, único, cujo ponto de partida cinético é pôr em tensão a articulação. Tais gestos, sobretudo ao nível cervical, apresentam riscos de acidentes, com consequências que podem ser graves, podendo pôr em jogo o prognóstico vital ou funcional. Um exame clínico cuidadoso e o estudo da documentação radiográfica são indispensáveis previamente à redacção de um certificado de não contra-indicação, respeitando as recomendações editadas em 1997 pela Sociedade Francesa de Osteopatia.

Hautier, A.; Bardot, J.; Magalon, G.; pp. 157-169 – *Responsabilização pelas cicatrizes normais e patológicas*

As cicatrizes inestéticas, ou sentidas como tal pelo paciente, são um motivo frequente de peritagem médica.

A avaliação destas cicatrizes, e do prejuízo a que elas conduzem, é complexo. Com efeito, a qualidade de uma cicatriz não depende unicamente do gesto cirúrgico mas igualmente de numerosos factores, alguns inerentes ao próprio paciente.

A origem da cicatriz, a idade e o fototipo do paciente, a localização e a orientação da cicatriz, a técnica cirúrgica utilizada, intervêm em graus diversos no processo de cicatrização e condicionam o resultado final. O aspecto definitivo de uma cicatriz é assim impossível de prever e o paciente deve ser informado deste risco cicatricial.

Existe um tratamento preventivo das cicatrizes patológicas, que deve ser feito e vigiado pelo cirurgião: ele assenta essencialmente na compressão cicatricial, as talas de postura e a reeducação funcional.

O tratamento com fins curativos das cicatrizes patológicas constituídas assenta na compressão, na crenoterapia, na corticoterapia, no laser e na cirurgia reparadora. Este tratamento é difícil e por vezes decepcionante. Só se deve propor em pacientes informados, motivados e que nele consentam.

Dallemagne, P.; pp. 171-176 – *Inquérito sobre as faltas a exames de peritagem*

Um relatório informal feito em 2006, corroborando os dados recolhidos previamente, levou a pensar que havia globalmente, e segundo as regiões, entre 5 e 15% de pessoas convocadas que não se apresentavam ao encontro marcado pelo perito médico conselheiro. Pareceu também útil ao comité de controlo de qualidade da Federação Francesa das associações de Peritos Médicos Conselheiros em avaliação do dano corporal fazer um inquérito sobre as causas não comparência observadas nos seio dos gabinetes.

Ele foi então efectuado de 15 de Setembro de 2007 a 15 de Dezembro de 2007.

A taxa de resposta (26%) pode ser considerada como muito satisfatória. O número de peritos em causa (30650) e o número global de não comparências observadas (2940) permite avançar pistas de reflexão.

Brémond, G.; pp. 177-180 – *Pequenas causas, grandes efeitos ou as sequelas gravíssimas de uma mordedura de cão. Imputabilidade de um caso ligado à Capnocytophaga canimorsus*

Na sequência de uma banal mordedura de cão mal desinfectada, um jovem pensionista desenvolveu uma infecção local, complicada de uma septicemia e depois de uma coagulação intravascular disseminada, levando por fim a amputações múltiplas. O papel do perito foi de demonstrar a imputabilidade destas três importantes sequelas à mordedura. Sendo o gérmen encontrado, *Capnocytophaga canimorsus*, um gérmen comensal da boca do cão e do gato, o mecanismo fisiopatológico era indiscutível. A origem accidental de sequelas, apesar dos “critérios” clássicos de imputabilidade não estarem reunidos, foi reconhecida.

### **Resumos dos artigos publicados no vol. 34, nº 3, 2008**

D. Daupleix; pp 225-236 – *A patologia peri-articular. Principais síndromes canulares dos membros e tendinopatias frequentes do membro superior*

A patologia peri-articular representa uma causa muito frequente de consulta na prática clínica, dela advindo consequências sócio económicas. O autor menciona os aspectos mais frequentes, limitando-se aos principais síndromes canulares dos membros superiores e inferiores e às principais tendinopatias dos membros superiores, que podem ser observadas no contexto das perícias médicas, independentemente do seu contexto e da sua finalidade.

M.Flory-Reverberi; pp 237-245 – *A fibromialgia reavaliada*

O grupo de trabalho da fibromialgia da Academia de Medicina, dirigido pelos Professores Charles-Joël Menkes e Pierre Godeau, constituído a pedido do Ministério da Saúde e da Solidariedade, elaborou as suas conclusões a 16 de Janeiro de 2007. O seu objectivo era o de efectuar um estudo nosográfico, sintetizar os dados da literatura e propor recomendações específicas para o tratamento daquele síndrome. A fibromialgia é responsável por interrupções de trabalho repetitivas, por vezes de longa duração, conduzindo em alguns casos a invalidez. Releva nas conclusões dos peritos que o diagnóstico de fibromialgia não implica em si mesmo a obtenção de uma incapacidade, nem de um estado de afectação de longa duração, salvo nas formas mais



severas. Uma das prioridades dos autores é manter a actividade profissional, sendo que o trabalho e sua duração deverão ser adaptados ao desconforto e sintomas do doente.

Parece-nos importante rever a situação da fibromialgia, de a reavaliar e de insistir particularmente sobre o que é susceptível de nos interessar em matéria de medicina de seguros pessoais (na admissão e aquando de acidentes).

O relatório do grupo de trabalho entrou em linha de conta com os dados históricos, epidemiológicos, clínicos, psiquiátricos, nosológicos, as comorbilidades, hipóteses fisiopatológicas e perspectivas terapêuticas.

M. Flory-Reverberi; pp 247-248 – *Síndromes canulares, tendinopatias, fibromialgia. Repercussão nos seguros pessoais*

Os síndromes musculo -“psico”- esqueléticos são encontrados com frequência nos seguros pessoais, quer seja na admissão ou à data do exame médico após um acidente.

Estes síndromes estão frequentemente na origem de absentismo laboral, muitas vezes de modo repetitivo e por vezes até mesmo de longa duração. Dependendo da gravidade dos sintomas, podem dar origem a uma invalidez de primeira categoria na Segurança Social ou mesmo de segunda categoria.

Estas afecções encontram-se nos questionários acerca do estado de saúde mas também nos atestados médicos de incapacidade e relatórios de visitas médicas em acidentes controlados.

D. Daupleix; pp 249-252 – *Síndromes canulares, tendinopatias, fibromialgia. Repercussão em avaliação do dano corporal*

A elevada incidência destas patologias deriva do facto de poderem ser observadas na sequência de um traumatismo. Tratar-se-á de circunstâncias fortuitas? Ter-se-iam já manifestado previamente ao acidente? Serão imputáveis directamente e com certeza ao acidente? De que modo agravam a evolução da patologia traumática e suas consequências funcionais? Estas são as questões colocadas ao perito, que em primeiro lugar deverá realizar uma análise semiológica rigorosa, confirmando a certeza do diagnóstico a partir do exame clínico e exames complementares de diagnóstico. Não abordaremos os diferentes tipos de prejuízos que podem originar, dado que não se distinguem por nenhuma particularidade, mas insistiremos nas dificuldades na atribuição da imputabilidade.

A. Forgeon e C. Carbonnie; pp 253-264 – *Terceira pessoa, dependência e dignidade humana*

O conceito de dignidade assenta sobre o valor particular do homem como ser capaz de efectuar as suas escolhas. Todas as pessoas, mesmo as afectadas por um handicap grave, têm direito a ver respeitada a sua liberdade, autonomia e integração na sociedade.

Restaurar a dignidade humana, se ela se perdeu, passa pelo reconhecimento das capacidades restantes de uma vítima de handicap e pela optimização dessas capacidades restantes, permitindo à vítima executar por si só as tarefas de que é capaz e de ser auxiliada naqueles actos que ela não pode já executar.

Ter ajuda humana 24horas/24h pode ser considerado um falhanço, já que isso significa que não foi possível providenciar uma solução que permitisse à vítima recuperar um mínimo de autonomia e independência.

Pessoas que, devido a uma lesão ou às suas sequelas necessitam temporária ou permanentemente de assistência, são sujeitas a restrições específicas por comparação com o que é considerado normal. Não se deve confundir a verdadeira terceira pessoa, a auxiliar de vida, dos outros intervenientes: ajuda doméstica, auxiliar de acção médica, enfermeira. A avaliação das necessidades em termos de actividades da vida diária deve correlacionar a capacidade restante com a situação clínica do paciente. As sequelas puramente motoras são facilmente avaliadas mediante a realização de um exame clínico preciso, e o grau de independência pela avaliação situacional. O problema das lesões cerebrais graves é que as sequelas muitas vezes não são realmente óbvias. A avaliação só pode ser feita mediante realização de um questionário relativo às actividades da vida diária que a vítima pode executar com independência, não só em termos execução mas também de espontaneidade.

As casas familiares, conhecidas por casas para quatro, são a alternativa ao retorno ao domicílio e uma alternativa aos lares.

P. Courta; P. Elbaz; B. Frachet; C. Simon; C. Dubreuil; pp 265-276 – *Noção de função, de norma e medida em ORL. Implicações médico-legais*

Baseando-se em dados recentes da neurociência, os autores, a partir de uma definição global e dinâmica da noção de função, propõem uma nova abordagem do norma e do patológico, o que torna possível deduzir os fundamentos da avaliação e fazer uma abordagem lógica do raciocínio médico-legal.

G. Steinbach; pp 277-279 – *A independência dos peritos médicos*

Através do estudo do código deontológico, o autor explica os deveres de independência do perito médico, quer seja designado pelo Tribunal ou por uma ou outra partes.

D. Monestier-Carlus; pp 281-286 – *Especificidades da perícia médico-legal administrativa*

Na administração, apenas a responsabilidade do Estado está envolvida. O contencioso com o corpo administrativo pode dar origem a uma peritagem médica numa das três circunstâncias seguintes:

- Quando um agente público, após ter esgotado todas as vias de recurso, contesta as conclusões do médico contratado pela administração;
- Quando, devido à seriedade das lesões corporais, os procedimentos se tornam intrincados: sangue contaminado, asbesto, Creutzfeldt-Jakob, Chernobyl, vacinação em massa;
- Quando os conflitos resultam de um acidente médico causado por um agente da administração.

As diferenças de procedimento dos aplicados na ordem judiciária não distorcem o relacionamento entre o requerente e o perito médico, dado não existir diferença nas regras dogmáticas da análise médico legal.

M. Le Coq; F. Tissot-Guerraz e L. Daligland; pp 287-298 – *As infecções ditas “nosocomiais” que o não são: o papel do perito em infeciologia nosocomial*

O termo infecção nosocomial pode ser utilizado de modo impróprio, mesmo por colegas médicos, que estão mais acostumados ao diagnóstico epidemiológico do que pericial. Com efeito, foram solicitados aquando de inquéritos epidemiológicos pontuais (Inquéritos Nacionais de Prevalência de infecções nosocomiais, 1996, 2001 ou 2006, por exemplo) onde responderam às questões colocadas: há uma infecção no dia no dia do inquérito? O paciente esteve hospitalizado há mais de 48 horas? Globalmente, para formar grupos de pacientes e desenhar um certo número de orientações preventivas, isso é suficientemente esclarecedor, com vantagem na rapidez da recolha de informação e o aspecto pedagógico de sensibilização para o problema.

A situação é bem diferente quando se trata de diagnosticar uma “verdadeira” infecção nosocomial, tendo em conta a totalidade do processo do doente e o seu estado anterior; elemento fundamental para a análise clínica infecciosa, e redesenhar todo o seu historial clínico. Quatro casos periciais ilustram este propósito.

## Reuniões Científicas

**Il Danno non Patrimoniale Risarcibile Ex Art. 2059 C.C. – Il Danno Esistenziale  
Dopo le Sezioni Unite** – 24 de Janeiro de 2009, Bolonha, Itália

Info: [info@melchiorregionia.it](mailto:info@melchiorregionia.it)  
[www.melchiorregionia.it](http://www.melchiorregionia.it)

**Colóquio Internacional sobre Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2009** –  
5 e 6 de Fevereiro de 2009, Guimarães

Info: <http://sho2009.no.sapo.pt/>

**61st Annual Scientific Meeting of the American Academy of Forensic Sciences –  
Forensic Science: Envisioning and Creating the Future** – 16-21 de Fevereiro  
de 2009, Denver, Colorado, USA

Info: [www.aafs.org](http://www.aafs.org)

**Maltrattamento e Trascuratezza del Minori: Ruolo Preventivo del Medico e  
dell’Odontoiatra. Aspetti Medico-Legali, Odontoiatrici e Giuridici** – 21 de  
Março de 2009, Bari, Itália

Info: [info@siola.eu](mailto:info@siola.eu)  
[e.nuzzolese@siola.eu](mailto:e.nuzzolese@siola.eu)

**45ème Congrès de la FFAMCE (Fédération Française des Associations de  
Médecins Conseils Experts)** – 26 a 28 de Março de 2009, La Rochelle, França

Info: FFAMCE 2009, MCI – 24 rue Chauchat, 75009 Paris, France  
Tel: + 01 53 85 82 61  
Fax: + 01 53 85 82 83  
[ffamce2009info@mci-group.com](mailto:ffamce2009info@mci-group.com)  
<http://www.ffamce2009.com/programme.html>

**XXI Congress of the International Academy of Legal Medicine** – 28 a 30 de Maio  
de 2009, Lisboa, Portugal

Info: National Institute of Legal Medicine – Portugal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra  
Tel.: +351 239 854220  
Fax: +351 239 836470  
E-mail: [ialmcongress2009@dcinml.mj.pt](mailto:ialmcongress2009@dcinml.mj.pt)  
Homepage: [www.inml.mj.pt/ialmcongress2009](http://www.inml.mj.pt/ialmcongress2009)

**XVI Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense** - 5 e 6 de Junho,  
Alicante, Espanha

Info: <http://www.telefonica.net/web2/simposiumpsiquiatriaforense>

**I Fórum Brasileiro de Perícia Médica** – 31 de Agosto e 1 de Setembro de 2009,  
Porto Alegre, Brasil

Info: [acontece@aconteceeventos.com.br](mailto:acontece@aconteceeventos.com.br)  
[www.aconteceeventos.com.br](http://www.aconteceeventos.com.br)

**II Congreso de Valoración del Daño Corporal del Mercosur** – 3 a 5 de Setembro  
de 2009, Montevideo, Uruguai

Info: [congresovdc2009@altamiraeventos.com](mailto:congresovdc2009@altamiraeventos.com)  
[fliaberro@yahoo.com](mailto:fliaberro@yahoo.com)  
[www.altamiraeventos.com](http://www.altamiraeventos.com)

**5<sup>th</sup> European Academy of Forensic Science Conference** – 8 a 11 de Setembro de  
2009, Glasgow, Scotland, UK

Info: [www.eafs2009.com](http://www.eafs2009.com)

**1er Congreso Internacional sobre Conflictos y Violencia en las escuelas** – 8 a 10  
de Outubro de 2009, Buenos Aires, Argentina

Info: [simposioadd@noveduc.com](mailto:simposioadd@noveduc.com)  
<http://www.escuelayviolencia.com.ar>  
[www.noveduc.com/congresoviolenca.htm](http://www.noveduc.com/congresoviolenca.htm)

**IVth Mediterranean Academy of Forensic Sciences Meeting** – 14 a 18 de Outubro  
de 2009, Antalya, Turquia

Info: [info@mafs2009.org](mailto:info@mafs2009.org)  
<http://www.mafs2009.org>

**3° Congresso Nazionale di Odontoiatria Legale Siola** – 16 e 17 de Outubro de  
2009, Florença, Itália

Info: [info@improntesrl.it](mailto:info@improntesrl.it)  
[www.improntesrl.it](http://www.improntesrl.it)

**8.º Congresso Nacional de Medicina Legal** – 6 e 7 de Novembro de 2009, Elvas

Info: [arebelo@inml.mj.pt](mailto:arebelo@inml.mj.pt)  
[www.inml.mj.pt](http://www.inml.mj.pt)

**49th Annual Meeting of the U.S. Society of Toxicology (SOT)** – 7 a 11 de Março  
de 2010, Salt Lake City, Utah, USA

Info: <http://www.toxicology.org/AI/MEET/AM2010/>

**XIXèmes Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale** – 7 a  
10 de Abril de 2010, Tozeur, Tunísia

Info: [majed.zemni@rns.tn](mailto:majed.zemni@rns.tn)  
[www.aefms.org/j.med.leg.tozeur](http://www.aefms.org/j.med.leg.tozeur)

**The 20<sup>th</sup> International Symposium on the Forensic Sciences** – 5 a 10 de Setembro de 2010, Sydney, Austrália  
 Info: [anzfss2010@tourhosts.com.au](mailto:anzfss2010@tourhosts.com.au)  
[www.anzfss2010.com](http://www.anzfss2010.com)

**3rd International Bodily injury Association Congress** – 20 a 25 de Setembro 2010, Madrid, Espanha  
 Info: [info@aidc2010.org](mailto:info@aidc2010.org)  
[www.aidc2010.org](http://www.aidc2010.org)

**10th Indo Pacific Congress on Legal Medicine and Forensic Science** – 25 a 30 de Outubro de 2010, New Delhi, Índia  
 Info: INPLAMS, Indo-Pacific Association of Law, Medicine and Science  
 Amity University, New Delhi, India  
[pkchattopadhyay@amity.edu](mailto:pkchattopadhyay@amity.edu)  
[rksharma@gmail.com](mailto:rksharma@gmail.com)

**International Association of Forensic Sciences Triennial Meeting** – 12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira  
 Info: [www.iafs2011.inml.mj.pt](http://www.iafs2011.inml.mj.pt)

**9th World Police Medical Officers Triennial Meeting** – 12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira  
 Info: [www.iafs2011.inml.mj.pt](http://www.iafs2011.inml.mj.pt)

**22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine** – Outubro de 2012, Istambul, Turquia  
 Info: <http://www.ialm.info/>

### **XIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-traumático**

De Janeiro a Julho de 2008 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a 13.<sup>a</sup> edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

### **IV Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho**

De Janeiro a Julho de 2007 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. mais uma edição – a IV – do Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho. Também esta edição do Curso foi organizada pela Delegação do Centro do INML, I.P. e pelo Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, com a colaboração do Instituto da Segurança Social e da APADAC.

## **Congresso Acidentes de Trabalho e Rodoviários: Prevenir e Reparar**

Organizado em colaboração pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., a Seguradora Liberty e a APADAC, decorreu em Lisboa nos dias 28 e 29 de Fevereiro de 2008 o congresso em epígrafe, que contou com a presença de cerca de 250 inscritos. Foram abordados temas da maior relevância no âmbito da avaliação do dano corporal e foram ainda apresentadas e discutidas as novas tabelas de avaliação do dano entretanto publicadas (Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro): Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

## **2º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas**

Na Delegação do Centro do INML, I.P. decorreu, nos dias 24 e 25 de Outubro de 2008, o 2º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas. Na sequência do curso do ano anterior, esta iniciativa, organização conjunta do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, teve como principal objectivo continuar a facultar aos auditores uma correcta perspectiva do alcance e das limitações dos diferentes tipos de perícias, de modo a que fiquem mais habilitados ao comentário ou notícia de casos de natureza médico-legal ou forense com que se defrontam no âmbito da sua actividade profissional.

Este segundo curso foi frequentado por 110 jornalistas dos mais diversos órgãos de informação.

## **7.º Congresso Nacional de Medicina Legal**

Nos dias 7 e 8 de Novembro de 2008, no Hotel dos Templários, em Tomar, decorreu o 7.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL.

Organizado pela Delegação do Centro e Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e pelo Gabinete Médico-Legal de Tomar e sua extensão de Abrantes, em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, contou com cerca de 340 participantes.

Foram apresentadas 115 comunicações no âmbito da Medicina Legal e Ciências Forenses.

Os conferencistas convidados abordaram temas da maior relevância na actividade médico-legal e forense, que proporcionaram ampla discussão entre os presentes.

# Lista dos Auditores com aproveitamento no XIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. 2008

Ana Paula da Silva Oliveira Sardo (Lic. em Medicina)  
AVEIRO

Anabela Martinez Pinhol E. de Oliveira Hall (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
PORTO

Angela Magaly Tesoni de Barros (Lic. em Medicina)  
LISBOA

António Manuel Ferreira da Cruz (Lic. em Medicina)  
ESTORIL

António Manuel Guerreiro Mestre (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

Augusto Mariano Albano Candeias (Lic. em Medicina)  
PORTALEGRE

Basílio Ferreira Pires (Lic. em Medicina)  
AMADORA

Dobriła Maria Gaspar Nikolic´ Chaintoutis (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Elsa Maria da Costa e Silva dos Santos Oliveira (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
COIMBRA

Elsa Joaquina da Silva Gomes (Lic. em Medicina)  
VILA NOVA DE GAIA

Eurizanda da Conceição Nascimento Lopes (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
LISBOA

Francisco José Rico Agostinho (Lic. em Medicina)  
VISEU

Helena Maria Torres Gonçalves (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Humberto Jorge Ribeira Ângelo (Lic. em Medicina)  
ALMADA

Iker Sierra Martínez (Lic. em Medicina)  
VISEU

João Crisóstomo Pereira Borges (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

João Norberto Machado Belbut (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Jorge Manuel Marques Cordeiro da Costa (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
LEIRIA

José Armando Marques Neves (Lic. em Medicina)  
VISEU

José Francisco Machado Teixeira (Lic. em Medicina)  
NAZARÁ

José Henrique Coimbra Soares (Lic. em Medicina)  
ESPINHO

Liliana Rita Velindro Letra (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

Maria Cândida Almeida Gamboa Soares (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
LISBOA

Maria Cândida Machado Barreira (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Maria de Fátima Jesus Madail (Lic. em Medicina)  
AVEIRO

Maria Licínia de Jesus Pereira Bravo (Lic. em Medicina)  
AVEIRO

Maria Manuela Alminhas Reis (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

Maria Margarida Morais Cerqueira da Motta (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
AVEIRO

Mário João Gonçalves Alves de Matos (Lic. em Medicina)  
MEDICINA  
LISBOA

Markus Fabrício Santil Santos (Lic. em Medicina)  
VILA NOVA DE GAIA

Miguel António Mendes Varzielas (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

Óscar d' Almeida Afonso Neto (Lic. em Medicina)  
ERICEIRA

Patrícia Helena Biscaia Traça (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Pedro Miguel da Cunha Marques (Lic. em Medicina)  
COIMBRA

Ricardo António Mesquita Martins (Lic. em Medicina)  
PORTO

Rita Isabel da Silva Melo (Lic. em Medicina)  
LISBOA

Serafim Manuel da Silva Carvalho (Lic. em Medicina)  
LEIRIA

Tito Miguel Baptista Dias Correia (Lic. em Medicina)  
COIMBRA





