

REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

DEZEMBRO 2012, Ano XXI, N.º 23

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTORA ADJUNTA:

Teresa Magalhães

EDIÇÃO:

Imprensa da Universidade de Coimbra (IUC) – www.uc.pt/imprensa_uc

APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal – www.apadac.net

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

REDACTORA PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

SECRETÁRIAS DE REDACÇÃO:

Carla Carreira, Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CORPO REDACTORIAL:

Cristina Ribeiro, Francisco Corte-Real Gonçalves, Jorge Costa Santos

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

André Pereira, António Isaiás Pádua, Carlos Dias, Costa Andrade, Diogo Pinto da Costa, Faria Costa, Euclides Dâmaso, Guilherme de Oliveira, Jerónimo Coelho dos Santos, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sínde Monteiro, Sousa Dinis

MÉDICOS

Ana Clara Grams, Anabela Neves, Andrea Costanzo, António Mestre, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Saúca, Claudio Hernández Cueto, Eugenio Laborda Calvo, Fernanda Rodrigues, Fernando Vieira, Francisco Lucas, Frederico Pedrosa, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Graça Santos Costa, Hélène Hughes, Ignácio Muñoz Barús, Isabel Antunes, Javier Alonso, Juan Ugalde Lobo, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Maria Teresa Criado del Rio Máximo Colón, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas

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

Preço PVP: 7€ (IVA incluído à taxa de 5%)

Vendas on-line: <https://lojas.ci.uc.pt/imprensa/>

Execução Gráfica

Gráfica de Coimbra, Lda

Dezembro, 2012

Correspondência:

Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, 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, Italiano, 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 e Inglês.

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 (e 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 [actualizado 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 [actualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

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

SUMÁRIO

Editorial	7
<i>Duarte Nuno Vieira</i>	
A reparação do dano corporal em acidentes de trabalho e no âmbito civil.	9
<i>J. Borges Pinto</i>	
Estado anterior. Contributo para a sua caracterização na perspectiva da avaliação médico-legal.	27
<i>Carina Oliveira, Francisco Corte Real, Duarte Nuno Vieira</i>	
Propuesta de modificación del baremo español de tráfico para la valoración del daño corporal en el aparato estomatognático.	73
<i>M. López-Nicolás, JA. Oliver, E. Muñoz, A. Luna</i>	
Utilização de tabelas como referência na avaliação do dano corporal. Análise de três grupos profissionais brasileiros.	93
<i>C. Verçosa, M. Zanon, M. Kanamura, A. Corte-Real, R. Melani</i>	
Dilemas éticos do consentimento informado em Ciências Forenses. . . .	111
<i>Bárbara Santa Rosa, André Dias Pereira, Francisco Corte-Real</i>	
O consentimento informado de menores de idade na atividade pericial forense.	139
<i>Ana Amorim</i>	
Sordera por activación del airbag: un caso.	151
<i>Antonio E. Hernando Lorenzo, Ferreol García-Nieto Gómez-Guillamón, Pilar Moreno Anaya, Arántzazu Menchaca Anduaga</i>	

Abuso contra crianças. A percepção do médico na intervenção pediátrica.	161
<i>J. Nuno Trovão, S. Frazão, T. Magalhães</i>	
O contágio transgeracional da agressividade. A propósito da violência no namoro.....	175
<i>Madalena Sofia Oliveira, Ana Isabel Sani, Teresa Magalhães</i>	
Intercâmbio	189
Noticiário.	205
Lista dos Auditores com aproveitamento no XVII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP, 2012	213
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP realizado em Belo Horizonte, 2012	215

Editorial

Duarte Nuno Vieira

É com alguma emoção que, oito anos depois de ter cessado funções como Presidente da direção da APADAC, me encontro de novo no exercício deste cargo. Fui sócio fundador da APADAC e acompanhei de perto os esforços do Prof. Oliveira Sá para lançar esta associação. Vivi intensamente a dinâmica e o entusiasmo que rodearam a sua criação e os primeiros anos da sua existência, o seu crescimento e consolidação como referência incontornável na problemática dos danos na pessoa em Portugal. Testemunhei o enorme salto qualitativo que a peritagem médico-legal dos danos na pessoa registou em Portugal nas últimas duas décadas e o quanto tal se ficou a dever às iniciativas promovidas pela APADAC.

Muito foi efetivamente feito ao longo dos últimos 23 anos. Nos tempos mais recentes, assistimos a evoluções particularmente significativas, nomeadamente ao desenvolvimento na prática pericial de uma nova nomenclatura para os danos corporais em direito civil, fruto da contínua evolução doutrinária neste âmbito, ao aparecimento e consolidação da primeira tabela nacional de incapacidades para esta área do direito, à definição pelo INMLCF, IP de modelos de normas procedimentais para as diversas áreas de avaliação do dano corporal, aliás publicados nesta revista, e vimos ainda arrancarem (com a colaboração da APADAC) os primeiros cursos de avaliação do dano corporal pós-traumático no Brasil. São evoluções para as quais foi decisivo o contributo dos presidentes da APADAC que me sucederam e que, simultaneamente, me antecederam, agora que inicio este novo mandato. Refiro-me aos Profs. Francisco Corte-Real e Teresa Magalhães, respetivamente, a quem é devido um agradecimento pelo esforço realizado, assim como àqueles que os acompanham nos órgãos dirigentes da APADAC. A todos presto a minha homenagem de estima e admiração.

Mas a satisfação sentida pelos resultados alcançados, não nos pode levar a deixar de reconhecer que pese embora o muito que foi conseguido, é também muito o que ainda existe para fazer. Impõe-se, por exemplo, promover cursos de atualização para as centenas de peritos médicos no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático formados nos vinte e cinco cursos realizados

desde 1991. Impõe-se dar-lhes conhecimento do que mudou e porque mudou. Impõe-se promover uma atualização da tabela de incapacidades para o direito civil que entrou em vigor em Janeiro de 1998 e que, em muitos aspetos, se encontra já manifestamente desadequada. Impõe-se que o processo de criação da Competência em Avaliação do Dano Corporal pela Ordem dos Médicos fique finalmente concluído, pondo-se termo a uma situação de impasse que se arrasta há já vários anos. Impõe-se relançar a reflexão e debate do que necessita de ser mudado no âmbito da avaliação dos danos corporais, e nomeadamente no âmbito do direito civil e do trabalho, até porque esta tem de ser uma discussão sem fim. E impõe-se ainda, entre outras, uma reflexão sobre esta revista e o seu futuro. Sobre a sua eventual manutenção nos moldes em que tem vindo a ser publicada ou da necessidade de alargamento da sua abrangência e até de mudanças na sua forma de divulgação. Reflexões que terão de envolver todos os associados da APADAC que queiram dar o seu contributo e a quem desde já convidamos a pensarem sobre isto.

Serão estas as nossas preocupações principais para este mandato que agora iniciamos. Contamos com a colaboração de todos e tudo faremos para que persista o sonho e a vontade que alimentaram os tempos iniciais da APADAC.

Este número da Revista Portuguesa do Dano Corporal apresenta-nos um conjunto de 9 interessantes artigos provenientes de Portugal, Espanha e Brasil. Artigos que incorporam perspetivas várias - médicas, jurídicas e éticas - sobre temas que são todos eles particularmente relevantes no âmbito da problemática da avaliação dos danos na pessoa. Temas que vão desde reflexões doutrinárias a propostas de novas metodologias periciais, passando por estudos de revisão e pela análise de casos. Um número merecedor de uma leitura atenta e que, espero, sirva de elemento inspirador para todos os leitores, não só no sentido de uma prática pericial cada vez mais qualificada, mas também de uma postura permanente crítica relativamente ao que temos.

A reparação do dano corporal em acidentes de trabalho e no âmbito civil¹

J. Borges Pinto⁽²⁾

Na reunião científica anual da APADAC coube-me fazer uma intervenção sobre a reparação do dano corporal focada no âmbito dos acidentes do trabalho.

Não é possível, a meu ver, abordar o tema em direito laboral sem o entretecer com o dano corporal “em geral”, como entidade *a se stante*, dano real.

Na verdade, a reparação do dano corporal tem vindo a ser objecto de grande controvérsia, quer na doutrina quer na jurisprudência.

Durante muito tempo, este dano, quer em acidentes de trabalho quer de viação, foi visto como uma mera perda da capacidade de ganho do lesado. Por assim ser, começava-se por avaliar o dano corporal do ponto de vista médico-legal para verificar este *quantum* de perda de capacidade de trabalho (uma percentagem de incapacidade), utilizando-se justamente a tabela do regime jurídico dos acidentes de trabalho, única existente. A perícia médico-legal avaliava, assim, psicossomaticamente, o prejuízo funcional da pessoa, a perda da capacidade de trabalho – dano patrimonial típico.

Ora, como juridicamente a reparação de um dano patrimonial se estabelece através da teoria da diferença (a diferença entre a situação mais recente que se puder apurar e aquela em que o lesado estaria se não tivesse sido objecto da lesão), os tribunais limitavam-se, e bem, a calcular esta diferença.

Durante muitos anos o dano corporal limitou-se a este tipo de reparação do dano patrimonial.

Com a evolução social e o reconhecimento de valores na pessoa que vão para além da patrimonialidade dos danos, mormente com a valoração jurídica que código civil de 1966 trouxe em termos de danos não patrimoniais (os danos morais do código de Seabra), àquela forma de calcular o dano (estrito

¹ Palestra proferida em Reunião Científica da APADAC (Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal) realizada em Lisboa, no dia 2 de Junho de 2012

² Advogado

dano patrimonial), a doutrina e os tribunais passaram a relevar neste dano corporal outros constituintes, justamente a violação de bens que não eram susceptíveis de avaliação pecuniária. Este dano não patrimonial, inicialmente, valorava-se com timidez, com amplitude reduzida, quase sempre limitado às dores e aos sofrimentos que o lesado teve de suportar ao longo do processo curativo. Depois, foi-se alargando, valorando outros prejuízos de carácter imaterial (a perda de capacidades para os actos da vida corrente, a afectação na alegria de viver, as angústias que o acto lesivo acarretou, os traumas psíquicos, a incapacidade limitativa de se divertir, de praticar desportos, etc.).

Em Portugal, a discussão teórica sobre o prejuízo decorrente do dano corporal tem vindo a ser efectuada no âmbito da medicina legal, inicialmente no IML de Coimbra, hoje, pelos mesmos obreiros, no INML. O Professor Oliveira Sá não se cansava de repetir que no dano corporal havia mais dano a reparar do que o dano corporal avaliado à luz da tabela nacional de incapacidades de acidentes do trabalho.

Esta “verdade era tão verdadeira” que parece ter confundido os juristas. Estes, porventura ofuscados por aquela evidência, apressadamente, “descobriram” que o conceito jurídico tradicional de dano estava ultrapassado e não respondia já às exigências de reparação do dano corporal, que era um novo tipo de dano, um dano *sui generis*, um *tertium genus*, ou seja, nem estritamente patrimonial, nem não patrimonial, mas um dano, por assim dizer, aglutinadamente as duas coisas, um “dano sereia”, diremos nós. Era “uma realidade jurídica nova no âmbito do direito civil, que não se deixava aprisionar nos rígidos limites da vetusta distinção entre o que é e não é patrimonial”, cfr. Álvaro Dias, *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 2001, pags. 44. No mesmo sentido, Armando Braga, *A Reparação do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontratual*, Coimbra, 2005, pags 37 e ss. e ainda Álvaro Dias, *Dano Corporal, Quadro Epistemológico e Aspectos Ressarcitórios*, Coimbra, 2001; muita jurisprudência actual repete esta mesma ideia, acriticamente, como desenvolveremos num estudo que está em vias de publicação sobre o dano corporal “civil”).

Pensamos que é neste pano de fundo que se vem discutindo com alguma não pouca confusão conceptual, que na criação de uma outra tabela de avaliação do dano corporal, específica para avaliar o dano “civil”, cfr o DL /2007 e a Portaria 377/2008 de 26 de Maio.

Como procuraremos demonstrar este novo conceito de dano *tertium genus*, salvo melhor opinião, mais não é do que uma síndrome de inovação, próprio de uma época em que o atrevimento em busca da originalidade lança borda fora o saber acumulado de séculos de dogmática jurídica, relegado, num ápice, para a arca das antiguidade inúteis.

O Professor Oliveira Sá, sem se imiscuir na dogmática jurídica, disse o que estava à vista de todos, mas que ninguém queria ver: quando uma pessoa sofre uma lesão na integridade físico-psíquica, daí decorrem (ou podem decorrer) danos que são mais do que a perda da capacidade de ganho ou de trabalho; e que a tabela de acidentes de trabalho que vinha sendo utilizada pelos peritos médicos não conseguia medir todos estes danos, mas apenas uma parte deles. Era, dizemos nós, como estar a ler um texto em português e, em determinado capítulo surgir uma expressão em língua que o leitor português não conhece. A expressão existia, estava no texto, tinha um conteúdo significativo, mas o leitor não dominava a língua em que estava escrita, não tinha código para a decifrar; talqualmente o perito não tinha tabela para apurar a parte do dano que se não se repercutia em perda da capacidade de ganho ou de trabalho. Era, por isso, assim o cogitamos, que o Professor Oliveira Sá protestava contra a tabela nacional de acidentes do trabalho, a qual manietava o perito, pois constituía um espartilho à avaliação do dano. Dizia, com humor e convicto, que preferia um bom perito com uma má tabela do que uma boa tabela com um mau perito. A fórmula é impressiva, sobretudo para um médico que se sentia “coagido” por uma tabela limitativa, preferindo a liberdade do perito poder valorar os danos que a tabela não previa. Mas, neste particular, convenhamos que se não poderá sufragar tal entendimento, por ser essencial, ao médico e ao jurista, a existência de uma tabela que uniformize a avaliação pericial. E. foi por esta razão que se veio a estabelecer uma nova tabela, justamente para contemplar os danos que existiam mas não eram valoráveis pela tabela de AT (acidentes do trabalho).

A reparação do dano corporal pela tabela de acidentes de trabalho tinha, assim, o *handicap* de não contemplar a reparação integral do dano, quer do ponto de vista médico quer do ponto de vista jurídico, como seu reflexo ressarcitório. Em rigor, é a mesma realidade, vista agora sob o aspecto indemnizatório. Na verdade, o código civil, que é o diploma central do nosso direito, consagra, como regra, a reparação integral do dano. Ora, em acidentes de trabalho, assim não é, justamente porque a lei teve como principal objectivo, reparar a perda da capacidade de ganho ou de trabalho. Ora, reparando-se um dano corporal não laboral com base na tabela de acidentes do trabalho, obviamente ficava dano por reparar.

Como vamos procurar demonstrar neste curto artigo, esta nova concepção do dano corporal *tertium genus*, não só não resolve coisa alguma, como é, quer do ponto de vista da dogmática jurídica quer do ponto de vista do direito constituído, um aleijão a merecer tratamento urgente.

Na verdade, o dano, corporal ou qualquer outro, quer onticamente quer juridicamente está inevitavelmente aprisionado a uma dicotomia lógica que não deixa lugar para um terceiro termo: tem uma componente patrimonial

(que se avalia pecuniariamente através da teoria da diferença, sem prejuízo de uma complementaridade equitativa na parte apurada sem exactidão - cfr 566 n°3) e uma componente não patrimonial (avaliável através de um juízo de equidade).

Como se percebe, quando um conceito é definido com uma extensão e deixa ao seu contrário a extensão residual, não há possibilidade, lógica sequer, para um terceiro termo. É o terceiro excluído da lógica formal.

O dano corporal é a lesão na integridade físico-psíquica, o dano real (na “coisa”, na terminologia jurídica).

Este dano é um *prius* relativamente a todas as formas de dano, especificamente, ao dano de cálculo, que é a expressão monetária do dano real.

Há, por isso, várias formas de reparar este dano real corporal: o direito civil, repara-o integralmente, a segurança social de acordo com o regime jurídico que nela vigora, o direito penal pela valoração que o código penal e civil dele fazem, o direito laboral de acidentes do trabalho pela Lei 98/2009 de 04 de Setembro, os demais domínios possíveis pelas normas que o legislador especialmente estabelecer. No fundo, nada há de novo: sempre que haja uma violação da integridade físico-psíquica, aplica-se o direito especial que regula o facto jurídico e, quando não esteja regulado por lei especial, aplica-se a reparação prevista no código civil.

Uma das ideias que vamos defender é, justamente, no que respeita ao direito dos acidentes de trabalho, ponderar se a solução de direito especial que vigora, *de jure constituendo*, merece reponderação. Mas, note-se, esta ponderação é discutir o dano corporal de cálculo, não a natureza do dano corporal, que é una, como acabámos de concluir supra. Trata-se de verificar se, nos dias de hoje, a reparação do dano corporal decorrente de um acidente de trabalho é “justa”, mormente se há razões axiológicas para reparar melhor quem se acidenta a passear do que quem se acidentou a trabalhar.

Como sabemos, a reparação dos acidentes de trabalho nasceu num contexto industrial em que a pessoa era vista como um operário que depende força de trabalho, um mero elemento dos factores produtivos, de responsabilidade objectiva do empregador.

Por isso, o que estava em causa era reparar o dano que se manifestou em perda da força de trabalho, como mero factor produtivo, um custo empresarial, em que o empresário patrão responde objectivamente (*ubi commoda ibi incommoda*), em que a reparação visava reconstituir ou indemnizar a perda da capacidade de ganho afectada pelo acidente.

Ora, hoje, não só o trabalhador não é mais encarado como um factor exclusivamente produtivo, mas antes a pessoa que se integra numa unidade empresarial em que os valores da pessoa e da sociedade vão muito para além do factor de produção.

Concomitantemente com a introdução do seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel (e outros), uma parte da doutrina e da jurisprudência vêm considerando que os danos não patrimoniais, que são a parte mais relevante de não ressarcibilidade em acidentes do trabalho, também devem ser incluídos na reparação, mesmo quando o facto gerador é a responsabilidade pelo risco.

Ora, para quem assim pensa, é difícil entender por que razão, em acidentes de trabalho, tais danos não são reparáveis.

Curiosamente, o ordenamento jurídico existente à data da publicação do código civil de 1967 tinha uma coerência que hoje não tem. A afirmação que acima fizemos, de a lei reparar melhor quem está a passear do que quem está a trabalhar, não era tão gritante como o é hoje. Nessa altura, o artigo 508 tinha um limite monetário para a responsabilidade pelo risco de 200 contos (sucessivamente actualizado por diplomas posteriores, até ao montante actual, que é o do capital do seguro obrigatório, neste momento, €1.200.000, o que na prática significa responsabilidade ilimitada). Limite, diga-se, que não existia na responsabilidade civil pelo risco em acidentes do trabalho, cujo montante era o que decorresse do salário. Ou seja, havia este limite quantitativo e entendia-se que não eram ressarcíveis os danos não patrimoniais em responsabilidade pelo risco; em AT, quanto aos danos não patrimoniais a situação era similar e não havia limite monetário, a qual seria a que resultasse da incapacidade valorada e do salário auferido.

Em suma: há um só dano corporal, o dano real “na coisa jurídica” (pessoa) que, como qualquer outro dano, se apura através da captação da sua componente patrimonial e não patrimonial, aplicando-se lhe as normas que especialmente o regulem ou a lei geral quando estas não existirem.

Vejamos agora os danos reparáveis em AT e em geral.

Em acidentes do trabalho, este dano é a lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução ou perda da capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Como se vê pela definição, avultam os danos patrimoniais, que se especificam da seguinte forma:

Danos patrimoniais: prestações em espécie:

- Assistência médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar, transportes, próteses, ortóteses.
- Serviços de reabilitação e reintegração profissional.
- Serviços de reabilitação médica e funcional para a vida activa.
- Apoio psicoterapêutico.
- Prestação suplementar quando o lesado necessite cuidados de 3ª pessoa.

Danos patrimoniais, prestações pecuniárias:

- ITA (indenização diária de 70% da retribuição ilíquida nos primeiros 12 meses e 75% no período subsequente).
- ITP e IPP, 70% da retribuição ilíquida.
- IPA para todo e qualquer trabalho, pensão de 80% da retribuição ilíquida, acrescida de 10% por cada pessoa a cargo do sinistrado até ao limite de 100%.
- IPATH, pensões entre 50 a 70%, consoante a maior capacidade funcional restante. Por morte, cfr 59 e ss. da Lei 98/2009.
- **Subsídio por elevada incapacidade permanente** (cfr. artigo 65 da Lei 98/2009 de 04 de Setembro).
- **Subsídio por morte e funeral** (cfr. artigo 65 da Lei 98/2009 de 04 de Setembro).
- **Agravamento por idade.**
- **O cálculo das prestações de trabalho a tempo parcial é estabelecido como se trabalhasse a tempo inteiro.**
- Há danos patrimoniais não reparáveis: v.g., o vestuário, relógio, pulseiras, outros adornos, automóvel sinistrado em serviço, etc.

Danos não patrimoniais:

- Por regra não são contemplados. Apenas quando há culpa da entidade patronal na produção do acidente estes danos são considerados. Na verdade, nesta situação a reparação tende a equiparar-se à situação da reparação civil em geral por factos ilícitos culposos. Por isso, acima, referimos a coerência do sistema jurídico aquando a publicação do actual código civil, que limitava a responsabilidade civil objectiva a um montante pré fixado, que limitava fortemente a indemnização, mesmo quando se entendesse que os danos não patrimoniais cabiam na responsabilidade pelo risco.

Por tudo o que e se disse, parece poder concluir-se que a reparação em acidentes do trabalho, à vista desarmada, em abstracto, é menor do que a reparação civil em geral. Começa por não ser integral (grosso modo, os danos não patrimoniais, por regra) a que acrescem as formas de cálculo incidirem sobre uma percentagem da retribuição ilíquida, por regra também.

Ora, importa verificar se em termos concretos a reparação em acidentes de trabalho tem este *minus* relativamente à reparação civil, do ponto de vista do segurador, que abstractamente parece evidentíssimo.

Repare-se que não estamos agora no domínio médico-legal em que a “verdade tão verdadeira” se impôs como evidência. É óbvio que no dano

corporal há mais dano do que o que decorria da avaliação médico-legal com base no estrito apuramento da perda da capacidade de ganho (desde logo as incapacidades funcionais não subsumíveis à perda efectiva da capacidade de ganho mas releváveis para os actos da vida corrente, aos danos não patrimoniais “clássicos” e outros valoráveis com o decorrer dos tempos, como prejuízo de afirmação pessoal, v.g.).

Estamos, outrossim, a pensar, do ponto de vista dos montantes monetários despendidos (patrimonial e não patrimonial) a cargo do responsável pelos danos.

Neste domínio, o acervo de responsabilidades que decorre da reparação em acidentes de trabalho e em “civil” merece análise mais especiosa, pois se há domínios em que a reparação em acidentes de trabalho é, por regra, um *minus*, outros há que do ponto de vista do responsável (por regra o segurador), temos dúvidas se o segurador não deveria preferir a responsabilidade “integral” civil. Deve excluir-se desta análise a questão já abordada da reparação do dano não patrimonial, pois ela depende da posição doutrinal e jurisprudencial que se assumir, ou seja, de atender ou não à reparação dos danos não patrimoniais em responsabilidade objectiva.

Quando analisamos em concreto, verificamos que há danos reparáveis em acidentes de trabalho que, por regra, não são reparados em “civil” (teoricamente assim não deveria ser, pois se uma reparação é integral, por definição, contempla tudo o que for reparação na outra; mas veremos que a realidade é bem mais complexa).

A primeira grande diferença reside na tendência perpétua da obrigação de indemnização em acidentes do trabalho. Como se sabe, a reparação civil, por regra, esgota-se no momento temporal em que é estabelecida: o acordo ou a sentença. A reparação em acidente do trabalho tende para a perpetuidade. A todo momento pode ser retomada, bastando que a situação do dano decorrente do acidente tenha sofrido alteração por agravamento, recidiva ou recaída (revisão de pensões). Dir-se-á que também na reparação civil tal pode acontecer, bastando que se estabeleça novamente onexo causal e o surgimento de novos danos, que não existiam à data da sentença. Em rigor, assim é, mas na realidade, tal situação não se verifica e nunca se verifica quando a reparação é feita por acordo, onde fica estabelecida uma cláusula sem a qual a seguradora não acorda, que estabelece o ressarcimento integral de todos os danos patrimoniais e não patrimoniais decorrentes daquele acidente. Ora, como na reparação civil estamos perante um direito disponível, basta que as partes acordem para que o direito fique estabelecido. Na reparação laboral assim não é. O direito não é disponível: tem controlo judicial, não é disponível nem renunciável.

Do ponto de vista do segurador este aspecto é muito relevante, não apenas pela possibilidade de a cada momento poder vir a responder por mais danos

do que os apurados inicialmente, mas ainda porque do ponto de vista empresarial, é um factor indesejável no apuramento dos resultados de exploração, quer do ponto de vista da constituição das provisões contabilísticas, quer da hipotética necessidade de ter de as alterar, face aos danos resultantes das revisões subsequentes, quer das implicações mesmo ao nível dos tratados de resseguro.

Acima, deixámos em itálico e negrito rubricas que visam expressar a reparação em acidentes de trabalho que inexistem na reparação civil.

Em alguns casos, a reparação em AT vai para além da indemnização integral, por mais estranho que verbalmente o conceito possa espantar. Na verdade, não se está a indemnizar o dano, mas a compensar o dano, entendido este como algo mais do que o apuramento patrimonial e mesmo não patrimonial clássico. O subsídio por morte não está a reparar o prejuízo (despesas) que o acidente acarretou, mas a compensar a família pelo facto de o seu familiar ter morrido e entender-se ser razoável que seja compensada por virtuais despesas não directamente decorrentes da morte. Por isso é mais um subsídio do que uma obrigação de indemnização.

Também o subsídio por elevada incapacidade não existe na reparação “civil”. Na indemnização civil a incapacidade que foi apurada é sempre referenciada a um salário/rendimento. Consoante o valor da incapacidade relevada assim é o montante indemnizatório, numa relação aritmética ao salário, proporcional, em sinalagma.

Ora, em acidente de trabalho assim não é. Sempre que a incapacidade for igual ou superior a 70%, ocorra IPA ou IPATH, a reparação é maior do que a que decorre da operação aritmética da incapacidade ao salário (cfr. art. 67 da Lei 98//2007). Há uma reparação e não apenas uma indemnização, um montante vai para além daquilo que se pode apurar pela teoria da diferença, um subsídio que faz parte da reparação, pago de uma só vez. Assim sendo, nestas situações, estamos perante um dano não patrimonial típico porque repara e não indemniza, porque não há dano pela teoria da diferença. A particularidade é que a equidade é aqui substituída por um juízo fixado por lei, não deixando margem para se poder fixar discricionariamente, como é próprio da equidade (discricionário não é juízo arbitrário, como se sabe).

E o mesmo acontece quanto ao agravamento por idade. Sempre que o sinistrado tenha 50 ou mais anos, há um agravamento de 50% na IPP fixável. Também aqui a reparação vai para além da indemnização.

Há outras situações em que este mesmo espírito compensador é contemplado na lei de acidentes do trabalho, cfr. v.g., artigo 21 e 71 n^o9.

A ideia central é a de que em AT visam-se dois objectivos: a) a restauração *in natura* até o limite do possível de acordo com as *legis artis* ou substituição por indemnização em dinheiro quando aquela não é possível; b) a atribuição

de compensações que vão para além do que tradicionalmente se considera a indemnização estritamente patrimonial.

Para além do que acabamos de referir, saliente-se:

- a) A assistência à saúde é vitalícia, mesmo que não tenha havido fixação de IPP (se houver recidiva).
- b) As revisões de incapacidade não têm limite temporal.
- c) Há agravamentos nas IPP quando o sinistrado tem mais de 50 anos.
- d) Há um subsídio por elevada incapacidade permanente em determinadas circunstâncias.
- e) A reabilitação e reintegração funcionais vão para além do dano estritamente laboral, que era suposto ser o objecto da reparação.
- f) Há a presunção de que um acidente no local de trabalho é acidente de trabalho.
- g) Há a presunção de todas as sequelas serem decorrentes do acidente (a que acresce, ainda, o ónus da prova dos factos impeditivos e extintivos ser do segurador, que aqui ganha um relevo que não ocorre nos demais domínios).
- h) As pensões podem não caducar por morte, sempre que haja beneficiários filhos com menos de 25 anos ou 18 e 22, se deixarem de frequentar o grau de ensino que foi requisito da atribuição da pensão.
- i) As pensões são actualizadas anualmente, com controlo judicial.

Estas diferenças visam atender e dar uma resposta à situação de fragilidade de uma pessoa que se acidentou no trabalho, que é o seu ganha-pão, em que a indemnização está para além do que seriam os efeitos estritamente indemnizatórios, quer na perda da capacidade de ganho quer na integração na vida laboral.

O dano corporal patrimonial decorrente das incapacidades temporárias e permanentes é calculado com base numa prévia perícia médico-legal, que estabelece os dias de incapacidade para o trabalho com carácter absoluto ou com carácter parcial (ITA, ITP), bem como a incapacidade permanente absoluta (IPA) ou parcial (IPP). Já dissemos que é, por regra, referenciável a 100% da remuneração ilíquida, mas em que a prestação pecuniária é variável numa percentagem daquele referencial (vide supra). Na reparação civil (reparação integral), as prestações pecuniárias vão até ao limite líquido da retribuição, por ser este o prejuízo efectivo. Em AT, nos casos mais usuais de incapacidades permanentes parciais a prestação é de 70% da retribuição ilíquida (100) o que dá valores aproximados aos dos rendimentos líquidos na reparação civil, ultrapassando-os nas incapacidade temporárias absolutas, quer por o valor ser com base em 100% do salário ilíquido quer porque nas

incapacidades por períodos longos poder ocorrer benefício por diminuição da taxa de IRS.

Este dano corporal laboral é medido em percentagem: se a pessoa tem uma capacidade de trabalho, em abstracto, de 100%, após a lesão essa mesma pessoa ficou com uma capacidade diminuída em x%. Esta percentagem é fundamental para calcular, pela teoria da diferença, a indemnização, referenciando-a ao salário/rendimento que vinha auferindo. Em direito “civil” assim não é, como veremos de raspão, porque o assunto será abordado em pormenor por outros oradores.

Vimos acima que, na esteira de se perceber que no dano corporal medido pela tabela de acidentes de trabalho, ficava dano por reparar quando estávamos em domínio não laboral, acabou por originar uma nova tabela de avaliação em direito civil (o vocábulo civil vem sendo utilizado, impropriamente, servindo para denotar o dano não laboral, pois é óbvio que o direito dos acidente de trabalho é, tecnicamente, direito civil; por isso o colocámos frequentemente entre aspas).

A tabela de acidentes de trabalho e a do dano “civil” não têm qualquer correspondência. E foi assim de caso pensado, foi esse o objectivo do legislador. Para que não se suscitassem dúvidas, mudou-se o padrão de medida, que deixou de ser em percentagem para ser em pontos. Assim, por exemplo, 10 pontos na tabela de direito civil e 10% em acidentes do trabalho nem correspondem aos mesmos danos físicos (dano real, na terminologia jurídica) nem obedecem aos mesmos critérios valorativos. O critério valorativo em acidente de trabalho é verificar qual a capacidade restante para o trabalho habitual ou para todo e qualquer trabalho, enquanto o critério valorativo no dano corporal “civil” é verificar qual a afectação psico-somática que o sinistrado passou a ter para os actos da vida corrente, ou seja, qual a incapacidade permanente geral que o afecta para todos os actos da vida, desde os actos correntes do dia a dia, aos lúdicos, desportivos, podendo ter repercussão laboral se a incapacidade tiver uma pontuação considerável (> a 10 pontos). Esta é uma das grandes inovações da nova tabela de avaliação em direito civil, seguindo aliás uma prática europeia, cuja é a de não valorar especificamente a afectação profissional de “incapacidades que não incapacitam”. Na verdade, as incapacidades de reduzido montante, por regra, não incapacitam nem aportam incapacidade para as tarefas que a pessoa efectuava e vai continuar a efectuar. Poderá ocorrer, o que a perícia deve relevar, esforços acrescidos, o que é dano não patrimonial específico, a valorar como qualquer outro através do juízo de equidade.

Em acidentes de trabalho assim não é. Se a incapacidade parcial permanente for, por exemplo, de 4%, apesar de não incapacitar nem porventura exigir esforços acrescidos, entende-se, com jurisprudência unânime, que

este dano deverá ser calculado e indemnizado. Tem-se entendido que o que releva não é a diferença entre a situação patrimonial mais recente que se puder apurar e aquela que existiria caso a lesão não houvesse ocorrido, mas antes a incapacidade em si, em abstracto, não o seu reflexo patrimonial. O acidentado, uma vez regressado ao trabalho continuará a exercer as mesmas tarefas e a receber a mesma retribuição, mas como a afectação da capacidade de trabalho ocorreu (dano biológico, na terminologia da reparação em direito civil), o dano é reparável patrimonialmente. Temos dúvidas sobre este posicionamento jurisprudencial, que nos parece forçado, face à nossa lei. Mas, porque inexistente reparação dos danos não patrimoniais em acidentes do trabalho, por regra, compreende-se o “enxerto”, por ser a via de reparar um dano que efectivamente se verificou e de outra forma ficaria irreparado.

Assim sendo, é relativamente fácil e consequente dizer que se uma pessoa tem 100% de capacidade de trabalho para ser cozinheiro e ocorreu uma IPP de 10%, a sua capacidade de trabalho passou a ser de 90%, pelo que deverá ser ressarcido, vitaliciamente destes 10%, calculados pelas tabelas que a lei de acidentes de trabalho contempla. E, aritmeticamente, é uma operação simples, pois a operação de 10% sobre um valor é uma simples multiplicação. Estamos perante um dano patrimonial tipo, apurável pela teoria da diferença.

Na reparação do dano civil, impondo a lei, como impõe, que se aplique a tabela que vigora do DL 352/2007 de 23 de Outubro (cfr. art.6 alínea c)) e esta avalia o dano em pontos, é óbvio que tal operação matemática não é sequer possível. Quer porque os pontos não são convertíveis em percentagem, quer porque a natureza dos danos avaliados na tabela não são mensuráveis pecuniariamente (a incapacidade permanente para actos da vida corrente - IPG ou deficit funcional permanente).

Note-se, dissemo-lo e repetimo-lo, no dano corporal civil a lei impõe a avaliação pela tabela de avaliação civil, que foi uma forma enviesada de impor a indemnização através da portaria 377/2008 (cfr. o já citado artigo 6º).

Por isso dizemos que não é possível, face ao quadro legislativo vigente, apurar este dano civil de outra forma que não seja através do recurso à Portaria 377/2008, que é o único diploma que estabelece uma correspondência entre a avaliação em pontos da perícia médico-legal com os montantes monetários para reparar este dano corporal.

Como meridianamente se vê esta obrigatoriedade de avaliar o dano corporal civil pela portaria 377/2008 nada tem a ver com a estipulação que nela consta de não obrigar os tribunais a submeter-se aos tipos de danos nela previstos nem a reparar pelos montantes nela propostos.

Quando se diz, como se tem dito, que a portaria não é obrigatória para os tribunais, estamos perante uma afirmação que merece análise cuidada. O que não é obrigatório para os tribunais é acolher apenas os danos constantes

da Portaria (o tribunal pode apurar e reparar outros), como não é obrigatório acolher os valores indemnizatórios dela constantes (pode acolher valores mais elevados).

Mas, como o DL 353/2007 que consagrou a tabela de avaliação do dano corporal em direito civil obriga a que o dano seja avaliado por esta tabela e porque esta tabela avalia este dano com base em pontos e como estes não têm qualquer outra correspondência monetária que não seja a da Portaria, o tribunal não tem outra forma de apurar este dano que não seja por referência à Portaria, sob pena de cair na arbitrariedade, calculando um dano corporal sem qualquer referência. Não havendo correspondência entre as duas tabelas, não é possível, como já vimos em algumas decisões judiciais, fazer equivaler o ponto ao percentil, nuns casos “ignorando” a diferença, noutras não a ignorando, mas fazendo-a equivaler, com o argumento formal de dizer que a escala é em ambos os casos de 100, como se 100 gramas de peso equivalessem a 1 metro porque se equivalem quando medidos à escala (100 gramas/ 100 cm).

Não é assim, como vimos, porque às mesmas lesões correspondem pontos e percentagem não coincidentes: uma mesma lesão origina x pontos pela tabela do dano civil e y percentis pela tabela de AT.

E, não se diga que a possibilidade de decidir por valores mais elevados prevista na Portaria 377/2008 é recurso a que se possa deitar mão. Tal só é possível quando o dano for não patrimonial, pois nesse caso o juízo de equidade é recurso adequado.

Portanto, a Portaria 377/2008 permite que os valores considerados no seu anexo IV possam ser mais elevados. Diremos mesmo que o mero bom senso assim aconselhará, sempre que a perícia e a prova produzida em audiência relevem aspectos que o determinem. Mas, o anexo IV da Portaria, dificilmente deixará de ser um referente, sob pena da arbitrariedade campear, desrespeitando a lei, que impõe regras para se apurarem os danos patrimoniais e os não patrimoniais com base nas formas de cálculo legalmente estabelecidas.

Para que passemos à conclusão do nosso tema - a reparação em acidentes do trabalho na perspectiva do Segurador -, concluamos o essencial do nosso posicionamento. Entendemos que sendo o dano corporal uno, não se justificarão duas tabelas autónomas, sem qualquer correspondência. Podem ou não co-existir, se se estabelecerem correspondências para os danos corporais que possam ter carácter patrimonial. Por exemplo, no actual quadro legislativo teria de ser estabelecida uma correspondência entre a pontuação superior a 10 pontos e a correspondente IPP, justamente para que se apure o dano patrimonial. Outro exemplo: como apurar uma IPP por acidente de trabalho hoje, quando ocorreu no passado uma IPG por acidente de viação de 12 pontos? Qual a IPP de que o lesado era portador quando teve o acidente de trabalho?

A questão não se resolve com o “dano sereia” ou dano biológico que inexistem enquanto dano *tertium genus*, nem ontologicamente nem juridicamente (pelo que o chamado dano biológico não é mais do que um vocábulo, como é hoje moda, para mudar o verbo e nada dizer de novo). Não é sequer um conceito operativo. Se se gostar do vocábulo, que se use, mas com a consciência de que é apenas um dano que como os demais tem ou pode ter uma componente patrimonial e outra não patrimonial, que o direito relevará de acordo com a teoria da diferença e da equidade (o artigo 496 do CC), consoante o que apurar.

Regressando ao tema do dano em acidentes do trabalho, importa agora abordar qual deverá ser a perspectiva das seguradoras.

À primeira análise, poder-se-á pensar que seriam tolas se não pretendessem manter a actual situação. Na verdade, se a reparação em AT não é integral, será sempre um *minus* indemnizatório. E, como quanto menos pagarem, mais lucrarão. Apontar para a reparação integral, seria um contra-senso, na lógica empresarial.

É, porém, nossa convicção que seria de todo o interesse para as seguradoras repensarem a reparação dos danos decorrentes dos acidentes do trabalho.

Com efeito, não nos parece inquestionável, exclusivamente do ponto de vista dos custos, saber o que é mais dispendioso. Cremos que as contas não foram feitas, estabelecido que está um *a priori* não demonstrado ainda.

Do ponto de vista da política legislativa – os valores que a comunidade faz valer com base no direito a constituir – cremos mesmo que não há razões para criar uma situação específica em AT, devendo aplicar-se a lei geral, talqualmente decorre do código civil para a responsabilidade objectiva.

Não vemos justificação para que se não aplique aos acidentes de trabalho o regime geral da responsabilidade pelo risco, salvo se vivermos numa sociedade em que se entenda reparar melhor quem se acidenta a trabalhar do que a passear.

Não vemos razões para que se não considere o salário líquido sempre que se apure uma incapacidade, talqualmente na reparação civil e não apenas os 70%, que podem ou não equivaler-se.

E o mesmo se diga para as pequenas incapacidades, à semelhança do regime que actualmente vigora para a reparação civil, considerando-as apenas quando forem efectivamente incapacitantes em termos patrimoniais ou quando pela gravidade merecerem a tutela do direito, agora como dano não patrimonial. Na verdade, a construção que a jurisprudência tem feito em acidentes do trabalho parece-nos mais um recurso hábil para suprir a impossibilidade de contabilizar um dano pela teoria da diferença entre duas situações patrimoniais em concreto, recorrendo a uma diferença entre duas situações patrimoniais em abstracto (a abstracta perda da capacidade de

trabalho; é possível apurá-la pela teoria da diferença?), porquanto, em concreto, o lesado continuou e continuará previsivelmente a ter a remuneração que vinha auferindo. Se houver esforços acrescidos, como será regra, será preferível valorar este dano não patrimonial daí decorrente.

A doutrina e a jurisprudência dividem-se na aceitação dos danos não patrimoniais quando o facto originador é a responsabilidade pelo risco. Com a obrigatoriedade do seguro de responsabilidade civil automóvel e o alargamento destes seguros a outras situações de responsabilidade pelo risco, a prevalência vai no sentido de considerar estes danos. A lei não toma, directamente, posição sobre esta questão. Se o artigo 496 está no capítulo de responsabilidade por factos ilícitos, também é certo que o artigo 499 manda estender tais preceitos aos casos de responsabilidade pelo risco. O que nos parece de relevar é o disposto no artigo 494, que *a fortiori*, se deve aplicar sempre que estejamos perante situações de danos não patrimoniais em responsabilidade pelo risco. Cremos ser esta a interpretação mais consentânea com os valores jurídicos dos dias de hoje.

Tudo ponderado, cremos que tudo se reportará ao facto de interpretarmos e aplicarmos correctamente o que a lei estabelece no artigo 496, quando estatui apenas os danos cuja gravidade mereça a tutela do direito. Não são quaisquer danos, mas os danos graves, para cuja delimitação concorrerá, como sempre acontece, a visão que se tem do momento histórico que se vive. Para exemplificar, parece-nos desajustado que se invoquem em articulados de adjectivação novecentista, as descrições de danos em que o lesado sofre angústias terríveis por ver o cão atropelado na autoestrada, que lhe causa insónias e sofrimentos, etc., que sofre danos de atroz sofrimento por ter visto a morte à sua frente e não mais se esquecer de tais imagens, ocorridas num segundo, tudo isto num mundo em que as imagens televisivas nos dão conta de barbáries e genocídios sem limite aos humanos ou em que nos confrontamos com acidentes horríveis.

A jurisprudência e a doutrina têm aqui um campo fértil para criar linhas de rumo, deitando borda fora as descrições romanescas de alguns articulados, que nem se percebe bem com o lhes é dada guarida, pelo ridículo que por vezes encerram.

Em suma, não vemos razão para a diferença entre o regime legal dos acidentes do trabalho e o regime geral (máxime, em acidentes de viação), com resquícios de uma visão do século XIX, como acima dissemos, em que o que se visava reparar o elemento produtivo força de trabalho. As sucessivas alterações que foram feitas na lei de acidentes do trabalho aparecem como enxertos envergonhados, uma mistura de indemnização com a atribuição de subsídios compensatórios.

É que, ao contrário do que o vulgo (e não só o vulgo) pensa, às seguradoras, no médio e longo prazos, é indiferente o regime indemnizatório previsto na lei. Importa, outrossim, uma previsibilidade indemnizatória em que a segurança e certeza jurídicas sejam os valores a preservar. No curto prazo, é óbvio que quanto menos a Seguradora indemnizar mais benefícios ou menos prejuízos técnicos terá. Mas é justamente a incerteza do curto prazo que mais lhes importa prevenir, na prossecução de objectivos duradouros, previsíveis, na busca da certeza e segurança. Tanto mais que o ramo acidentes de trabalho não é, por regra, uma área de negócio apetecível para os seguradores. É uma área de negócio que depende de vários factores, da conjuntura económica, sobretudo. Mais uma razão para que ao curto prazo se prefigure uma óptica de longo prazo, seja qual for o sistema reparador.

Vejamos o panorama dos resultados do ramo acidentes do trabalho:

Contas técnicas

	2007	2008	2009	2010
Prémios adquiridos líquidos	836.333	694.990	609.543	549.893
Custos com sinistros	686.907	603.059	500.657	459.080
Provisão riscos em curso (variação)	3.311	12.458	-3.137	9.330
Custos e gastos de exploração	224.873	175.356	154.770	142.508
Rendimentos	83.737	80.554	73.581	62.719
Resultado técnico	-11.852	-55.643	21.995	2.719
Componente técnica	79.812	-93.548	-42.014	-61.374
Componente financeira	67.960	37.905	64.009	64.093

Como verificamos, os resultados técnicos são compensados pelos resultados financeiros, ou seja, pelos rendimentos que as seguradoras obtêm à margem da estrita exploração técnica.

Ora, como os seguradores se limitam a repercutir nos prémios a mutualização dos riscos decorrentes das indemnizações pagas ao longo do período (considerado médio e longo prazo), calculados actuarialmente, é-lhes indiferente o montante despendido nas indemnizações. Portanto o sistema reparatório é uma questão de política legislativa e social. Na verdade, a técnica seguradora repercute inevitavelmente nos prémios a mutualização das indemnizações.

A estes prémios de risco, acrescem os custos de exploração e a margem de rendibilidade dos capitais investidos, como é regra em economia de mercado (VAL/TIR).

Apenas a curto prazo a concorrência poderá atenuar este efeito nivelador, porventura permitindo que os que sejam mais eficientes (menores custos fixos, gestão de sinistros a menor custo médio, melhor selecção de riscos) possam apresentar prémios mais baixos sem perder dinheiro.

Mas, a médio e longo prazo, o mercado resolve estas diferenças e os prémios inevitavelmente repercutem as indemnizações.

Mesmo em situação de crise como a que vivemos e se adivinha ser longa, a nossa convicção vai no sentido de ser mais adequado, porventura mais vantajoso para as seguradoras, o sistema indemnizatório que decorre da lei geral, tal como a analisámos à luz da Portaria 377/2008 do que o sistema vigente.

O regime seria geral para toda a responsabilidade pelo risco, eliminando as indemnizações por pequenas incapacidades não patrimonialmente incapacitantes e valorando os danos, patrimoniais e não patrimoniais de acordo com os sãos princípios legais e doutrinários.

E o mesmo se diga sobre o agravamento da incapacidade pela idade ou por elevada incapacidade, que perderiam todo o sentido. O automatismo vigente é injusto e não assenta em critérios de razoabilidade, pois a idade num mineiro que se incapacita não será similar à de um escriturário ou professor universitário que se incapacite com a mesma idade. Mais uma vez, seria mais consentâneo e coerente ver este tipo de dano como não patrimonial, a reparar pela via da equidade, por referência a uma tabela com critérios orientadores, que perícia médico-legal ajudaria a relevar, explicitando e fundamentando a razão por que naquele caso concreto a idade é um dano que deverá ser compensado.

Decisivo do ponto de vista segurador e social (da comunidade), parece-nos, seria consagrar, agora especificamente e sem prejuízo da indemnização integral ao sinistrado, o estabelecimento de uma franquia, por sector de actividade, porventura, de modo a que ela fosse sempre um pouco mais elevada do que o dispêndio previsível que a lei estabelece para as condições de segurança do sector de actividade em causa.

É que muitos “empresários” raciocinam numa base puramente contabilística: se é mais barato fazer o seguro do que prevenir os acidentes através do estabelecimento dos programas e regras de segurança, qual a razão para investir na segurança? Outros, menos calculistas, confiam que os acidentes nunca ocorrerão na sua empresa, descurando a prevenção.

Ora, a franquia obrigatória, não segurável, que a entidade patronal teria obrigatoriamente de entregar judicialmente, combateria o flagelo dos acidentes de trabalho em Portugal. O Fundo de Garantia, com direito de regresso, asseguraria as situações de insolvência.

Resumo: A reparação do dano corporal em acidentes de trabalho e no âmbito civil

A reparação do dano corporal em direito de trabalho visa, sobretudo, a reparação do dano patrimonial. Só por excepção se reparam danos não patrimoniais. Historicamente, justificava-se a diferença, por ser domínio da responsabilidade pelo risco. Com actual redacção do 508

do CC, não parece justificar-se. O dano corporal, independentemente do domínio jurídico que o regula ser civil, laboral ou outro é uno e talqualmente os demais danos, face à lei portuguesa, só pode ser patrimonial ou não patrimonial. Não há, assim, lugar para um *tertium genus*.

As seguradoras, como meras gestoras dos riscos de acidentes de trabalho, teriam todo o interesse em defender a não excepcionalidade do regime e defenderem a reparação integral, equiparando os regimes laboral e civil. Pensamos mesmo que os valores decorrentes do regime de acidentes de trabalho tenderão mesmo a ser mais elevados do que os do regime geral.

Não há razões para a excepcionalidade e, a médio e longo prazo, os seguradores repercutem sempre nos prémios as indemnizações pagas, o que lhes dá um carácter de neutralidade relativamente à maior ou menor extensão do sistema reparatório.

Palavras-Chave: Dano patrimonial, não patrimonial e *tertium genus*; prestações em espécie; reparação integral do dano corporal; tabela de avaliação civil (IPG); tabela de avaliação em acidentes do trabalho.

Summary: Compensation for bodily injury due to work-related accidents and within the general scope of civil law

Compensation for bodily injury within Labor Law seeks mainly the indemnification for property damage. Only as an exception is there compensation for non-property damage. Historically, the distinction was made since the latter would lie within the scope of Responsibility for Damages. With the current revision of article no. 508 of the Civil Code this distinction no longer seems to apply. Bodily injury, regardless of which domain of the law regulates it (be it civil law, labor law or another) is unique and like the other types of damage, according to the Portuguese law, it can only refer either to property or non-property damage. Therefore, there is no place for a *tertium genus*. Insurance companies, as mere managers of the risk of occupational accidents, would benefit from the endorsement of the non-exceptionality of this regime and also of full compensation, by equaling the labor and civil regimes.

We believe that even the monetary values resulting from the occupational accidents regime tend to be higher than those of the general regime.

There are no reasons for exceptionality and, in the medium and long term, insurance companies always reflect the monetary indemnities in the premiums, which grants them a neutral character concerning the greater or lesser extension of the compensation system.

Key-Words: Property damage, non-property damage and *tertium genus*; benefits in kind; full compensation for bodily injury; Table of disabilities in Civil Law; Table of disabilities in Labor Law.

Pedido de separatas:

JOSÉ BORGES PINTO

jose.borges.pinto-1436c@adv.oo.pt

Estado anterior. Contributo para a sua caracterização na perspectiva da avaliação médico-legal

Carina Oliveira^(1,2), Francisco Corte Real^(1,2,3), Duarte Nuno Vieira^(1,2,3)

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do exercício da actividade médico-legal em Clínica Forense somos frequentemente confrontados com situações de assinalável complexidade, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento da imputabilidade médica quando um indivíduo apresenta já um estado anterior, decorrente de doenças ou acidentes. Entende-se por estado anterior toda a afectação patológica ou qualquer predisposição conhecida ou desconhecida, congénita ou adquirida, que exista imediatamente antes da ocorrência do factor causador da lesão objecto de valoração e susceptível de interferir no processo patológico decorrente desse evento (Vieira e Corte Real, 2008). Pode corresponder a uma alteração anatómica (amputação, artrose, perda de globo ocular), fisiopatológica (diabetes, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal), psiquiátrica (neuroses, psicoses); pode ser patente (neurose com crises de ansiedade) ou latente (estrutura neurótica com hiperadaptação social); estável (amputação, perda de globo ocular) ou progressiva (artrose, insuficiência cardíaca) (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

A primeira dificuldade é reconhecer esse estado anterior e definir os seus limites. Independentemente do papel que o estado anterior pode ter sobre a evolução do processo patológico decorrente do evento, o perito médico deve saber explicar a influência verificada. Terá, assim, de se perspectivar o que

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

² CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal.

³ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

poderia ser a história natural da doença pré-existente e o seu prognóstico se o traumatismo não tivesse ocorrido (tríptico clássico do estado anterior). Poderão verificar-se inúmeros casos distintos, que, para facilidade de estudo, agruparemos em três tipos de situações (Vieira e Corte Real, 2008):

O traumatismo não agravou o estado anterior, nem este teve influência negativa sobre as consequências daquele

A presente situação pode ocorrer quando o traumatismo não atinge a estrutura anatómica previamente lesada ou quando não há qualquer efeito sinérgico entre essa estrutura e as consequências do traumatismo.

A revelação assume-se como a descoberta de uma patologia pré-existente e ignorada no momento do traumatismo, sem uma relação causal com o dano pós-traumático e que não sofre qualquer influência deste, não sendo o dano passível de reparação. Refira-se o caso de uma neoplasia da mama revelada num exame clínico efectuado na sequência de uma contusão torácica (Rousseau, 1993).

O estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do traumatismo

Neste caso, o estado anterior interfere e prejudica a normal evolução das lesões traumáticas, em qualquer um dos parâmetros habitualmente sujeitos a valoração, podendo ter influência apenas num dos parâmetros, em dois ou mais, ou mesmo em todos os parâmetros. Ou seja, uma determinada patologia ou sequela anterior pode implicar tratamentos mais dolorosos, provocar uma consolidação mais tardia das lesões ou, ainda, justificar sequelas mais graves. Assinale-se a diabetes pré-existente que pode aumentar o risco de infecção e interferir no processo de cicatrização e/ou consolidação de uma fractura ou ferimento. De modo idêntico, o caso de uma fractura num indivíduo com patologia óssea após traumatismo ligeiro; complicações infecciosas em doentes neutropénicos. Note-se ainda o caso de um indivíduo que, na sequência de um traumatismo, perde oito dentes da sua arcada dentária; uma vez que os dentes remanescentes se apresentavam em mau estado geral, tornou-se impossível a fixação de uma ponte, sendo necessária a extracção total dos dentes para a colocação de uma prótese. Nesta situação, a jurisprudência canadiana procedeu à reparação integral do dano, com uma indemnização pela totalidade dos dentes, sendo que na fundamentação do processo judicial constava que

a vítima tinha direito aos seus dentes, mesmo que negligenciados e em mau estado higiénico (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

O traumatismo agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente

Exteriorização ou desencadeamento

Define-se pelo aparecimento de uma patologia biologicamente existente mas não constatável no estado patente. Os problemas médico-legais iniciam-se quando existe dúvida se, sem o traumatismo, a patologia se exteriorizaria ou não, ou admitindo-se que provavelmente se exteriorizaria, se tal facto ocorreria mais cedo do que o previsto. Pierre Lucas defende que quando o perito médico sente dúvidas em afirmar que tal patologia latente possa vir algum dia a manifestar-se na ausência do traumatismo, o mais correcto será considerar o traumatismo como factor desencadeante e valorar como se tudo resultasse do traumatismo. A título de exemplo, quando um traumatismo desencadeia a expressão clínica de uma artrose cervical até então totalmente assintomática ou ignorada, num indivíduo com 60 anos de idade, sob o ponto de vista médico-legal não se considera agravamento de um estado patológico anterior latente, mas sim a passagem de uma predisposição a uma patologia conhecida (exteriorização ou desencadeamento). Este conceito enfatiza a necessidade de um processo dinâmico (o traumatismo) para a transformação do estado assintomático na expressão clínica de uma patologia (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

Agravamento

Corresponde à passagem de um estado patológico conhecido e com uma evolução determinada a uma situação de maior gravidade. Neste contexto, em que o traumatismo agravou um estado patológico anterior, não pode aceitar-se um longo período de latência pós-traumático. Por outro lado, também não é de imputar ao traumatismo um efeito agravante valorizável quando o estado anterior está em grau muito avançado de evolução, terminal, como pode acontecer no âmbito da cancerologia, da tuberculose e das cardiopatias (Oliveira Sá, 1992). Quando o dano pós-traumático atinge a mesma estrutura anatómica ou outras, desde que envolvidas na mesma função afectada por um estado anterior, estamos perante um agravamento sinérgico do dano. Manifesta-se quando, em virtude da deficiência da

estrutura já lesada, uma outra estrutura anatómica assume a sua função por substituição (i); ou quando a função é exercida por um órgão duplo (ii) (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

(i) Na substituição é necessária uma avaliação individual e cautelosa de cada situação, de modo que o perito médico esteja atento a sinergias não usuais: a perda de uma mão num indivíduo surdo-mudo cuja linguagem é efectuada bimanualmente; a perda da mão dominante num indivíduo cego, sendo a sua mão uma estrutura fundamental para a sua orientação; a amputação transcarpiana do lado dominante num indivíduo paraplégico que vê a sua autonomia condicionada a uma cadeira de rodas; a perda do terceiro dedo de uma mão num indivíduo que já não apresentava o dedo indicador dessa mão. Neste último caso, o terceiro dedo assumia, para além da sua função, uma parte da função do dedo indicador que se encontrava ausente, sendo que os dedos da mesma mão são sinérgicos entre si na função de preensão. Nestas situações deverão descrever-se pormenorizadamente as limitações constatadas, para que a reparação do dano seja efectuada de forma consciente e a mais justa possível.

(ii) No caso de uma função poder ser exercida por um órgão duplo, quando ocorre uma lesão num desses órgãos a função pode ser mais ou menos assegurada pelo órgão remanescente que se encontra funcionante. No entanto, a perda desse órgão remanescente provoca a perda total da função. Um exemplo clássico é o indivíduo com uma cegueira unilateral que perde o olho funcionante na sequência de um traumatismo. De modo idêntico, enquadra-se a situação de um indivíduo que apresenta ausência de um pé e na sequência de um traumatismo resulta uma amputação do pé contralateral, tendo em conta que os pés são estruturas sinérgicas para a marcha e transferências de posição.

Alguns autores defendem ainda que, apesar de um traumatismo afectar uma estrutura previamente lesada, pode não ocorrer qualquer alteração funcional da mesma, como, por exemplo, no caso de um indivíduo que apresente uma paralisia completa do membro superior direito tendo sofrido, na sequência de um traumatismo, uma amputação traumática desse membro. Neste caso, não há lugar à valoração do comprometimento funcional do membro amputado, uma vez que este era totalmente afuncional à data do evento (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

Por outro lado, quando um traumatismo ocorre num indivíduo com um défice fisiológico considerado de pouca importância e provoca um *handicap* importante, como é a perda da função, alguns autores defendem que deverá ser imputável a totalidade dessa perda ao evento traumático e o dano a reparar deverá corresponder à perda total da função. Veja-se o exemplo de

um indivíduo com uma amputação do hálux do pé esquerdo, não impeditiva da deambulação ou da posição ortostática, que sofre um traumatismo. Como consequência do traumatismo, esse indivíduo foi submetido a uma amputação a nível da coxa esquerda privando-o da função de locomoção do membro e da posição em ortostatismo. Neste caso, Fagnart e colaboradores defendem que deve ser considerada a perda total da função do membro sem a dedução do valor de incapacidade da amputação pré-existente. Estas mesmas considerações aplicam-se a um indivíduo que, por exemplo, possua um défice da acuidade visual que exija o recurso a óculos de graduação e que no decurso de um traumatismo resulta na perda total da função visual. Nesta situação, referem dever proceder-se à reparação da perda total da visão (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

A aceleração ocorre quando um traumatismo pode antecipar o aparecimento de uma patologia com uma evolução inevitável e previsível, mesmo na ausência do evento traumático. É a precipitação do processo evolutivo de uma patologia pré-existente, já por si evolutiva mas em que a curva de evolução se verticalizou em consequência do evento (Rousseau, 1993). Tal como recentemente descrito por alguns autores, devemos procurar verificar se a evolução natural da patologia pré-existente poderia ter alcançado um estado idêntico ao observado após o traumatismo e, em caso afirmativo, quando é que tal ocorreria. No entanto, na maioria dos casos, não há qualquer evidência científica que nos permita predizer em que data determinada patologia se irá manifestar, sendo certo que no caso de haver incertezas se revela importante que o perito médico as mencione no relatório pericial (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

II. OBJECTIVOS

O objectivo geral do presente trabalho consistiu na análise da metodologia de avaliação médico-legal quando um estado anterior se encontra presente. Pretendeu-se apresentar um contributo para a uniformização da avaliação a efectuar pelos peritos médicos.

Os objectivos específicos do presente estudo foram: (1) Identificar e analisar os critérios de imputabilidade da evolução de uma variedade de patologias existentes anteriormente a um evento traumático; (2) Analisar, à luz das orientações actualmente em vigor, os critérios de avaliação do dano corporal pós-traumático quando um estado anterior está presente.

III. MATERIAL E MÉTODOS

Para a concretização dos objectivos referidos, foi efectuada uma investigação compreendendo: (a) Um levantamento bibliográfico relativo a publicações que analisassem a associação de eventos traumáticos a um estado anterior. Seleccionaram-se algumas das patologias mais frequentes no quotidiano e as mais referenciadas em termos bibliográficos; (b) Um estudo retrospectivo dos relatórios dos exames periciais elaborados em sede de Direito do Trabalho e de Direito Civil, no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INMLCF, I.P. entre os anos de 2004 e 2011, em que havia referência à existência de um estado anterior.

IV. REVISÃO DA LITERATURA

1. Cervicartrose

Sabe-se que a frequência de uma artrose cervical na população em geral é elevada e, muitas vezes, assintomática, pelo que é lícito questionar-se a responsabilidade do traumatismo no agravamento de uma artrose ou no desencadeamento da sua expressão sintomática. Os traumatismos repetidos e, particularmente, os microtraumatismos parecem favorecer as lesões crónicas degenerativas da coluna vertebral cervical (Papellard e Ritter, 2001). Muitas vezes não se evidencia uma correlação científica entre as cervicalgias e a gravidade de uma cervicartrose, nem tão pouco existe uma justificação radiológica para a existência da sintomatologia dolorosa, embora para alguns autores, a osteofitose anterior seja mais frequente em indivíduos sintomáticos (Trèves, 2001).

Também o estudo do mecanismo e da violência do traumatismo se torna essencial na avaliação de uma cervicalgia. Normalmente quanto maior a velocidade do embate, maior a gravidade das lesões corporais e o estiramento das estruturas ligamentares, o que resulta no desencadeamento da sintomatologia dolorosa (Papellard e Ritter, 2001). Para se admitir o aparecimento tardio de uma cervicalgia é essencial uma análise atenta da documentação clínica anterior e subsequente ao traumatismo (preferencialmente aquela efectuada no dia do evento), a qual, por vezes, revela discrepâncias. É, assim, fundamental dar-se atenção ao quadro sintomático inicial e informação médica descrita bem como ao aspecto radiológico da coluna vertebral cervical. É necessário ter em consideração o tempo decorrido entre um traumatismo e a primeira

manifestação clínica. Alguns autores referem ser razoável a aceitação de um intervalo livre até seis meses (Trèves, 2001).

Geralmente reconhece-se uma relação entre o traumatismo cervical, a dor e a limitação funcional, uma relação causal que pode não ser directa, certa e total dada a elevada incidência da cervicartrose e do seu quadro assintomático frequente, bem como de outros factores que podem influenciar a sua evolução.

2. Hérnia discal

Representa um dos maiores problemas no domínio da reparação médico-legal, já que nem sempre é fácil diferenciar uma patologia crónica, constituinte de um estado anterior, de uma sequela decorrente de um traumatismo. Devido a um traumatismo violento, directo ou indirecto, pode surgir uma hérnia sobre um disco previamente saudável, sem qualquer degenerescência discal (Haguenauer, 1992a). Quando o nexos de causalidade é certo, directo e total, por exemplo na sequência de uma fractura vertebral traumática, a sua comprovação não enfrenta grandes dificuldades. No entanto, quatro elementos podem perturbar o estabelecimento da imputabilidade (Haguenauer, 1992b):

1) A degenerescência discal. Resultante da acção conjunta do envelhecimento e das tensões mecânicas, é um fenómeno tão frequente que se questiona se não se trata de uma evolução fisiológica normal. Inevitável a partir de determinada idade, pode manifestar-se num indivíduo jovem, situação eventualmente favorecida pela existência de anomalias morfológicas, por uma predisposição genética ou por uma degenerescência precoce (Haguenauer, 1992a).

2) A natureza do traumatismo. Raramente o traumatismo directo, violento e único é causa da hérnia discal. Quando o traumatismo é indirecto, o esforço de elevação ou a associação dos movimentos de flexão e rotação estão frequentemente envolvidos (Haguenauer, 1992b).

3) O intervalo temporal entre o traumatismo e o aparecimento da radiculalgia. À medida que aumenta o intervalo temporal, a relação de imputabilidade torna-se cada vez mais discutível. A continuidade evolutiva sem intervalo livre completamente assintomático faz com que a filiação patogénica seja mais provável. Se esta continuidade não for evidenciada, a concordância topográfica entre a sede do traumatismo e a sede da lesão vertebral (por exemplo, um traumatismo lombar típico) aumenta a probabilidade de uma relação causal. Alguns autores admitem que para se discutir a imputabilidade, o intervalo de aparecimento da radiculalgia não deverá exceder os três a quatro meses. Contudo, no caso de uma

fractura vertebral, é lógico aceitar-se a imputabilidade mesmo com um intervalo de aparecimento superior (Feuillade, 1991a; Haguenaer, 1992b).

4) O polimorfismo da expressão clínica. Uma hérnia discal objectivada em exames radiológicos pode ser precedida por um período de lombalgia de intensidade variável e sem síndrome radicular associado ou ser totalmente assintomática (Feuillade, 1991b). No indivíduo idoso, uma discartrose lombar degenerativa que constitui um estado anterior, sintomático ou não, pode vir a expressar-se no momento do traumatismo. Na verdade, dever-se-á tentar esclarecer a importância do evento traumático, a ausência de outras causas possíveis ou prováveis de hérnia discal e o intervalo de aparecimento da hérnia (Haguenaer, 1992b).

3. Lesões da coifa de rotadores

Em termos de valoração médico-legal, a patologia da coifa dos rotadores constitui uma entidade complexa, em virtude da sua elevada prevalência e possibilidade de estar associada a traumatismos. As vítimas com rupturas agudas apresentam dor e debilidade nos movimentos activos do ombro, com preservação da sua mobilidade passiva. Se a lesão for crónica poderá apreciar-se uma diminuição da mobilidade passiva do ombro, com capsulite adesiva. As lesões crónicas podem igualmente apresentar-se de forma aguda, surgindo subitamente após uma evolução assintomática, pelo que, para um correcto diagnóstico é aconselhável a realização de uma ecografia (Castro, 2005). O estudo do nexa de causalidade de uma eventual lesão traumática da coifa dos rotadores deve basear-se na história do traumatismo, no seu mecanismo, nas queixas inicialmente apresentadas e na evolução do défice funcional (Castro, 2005). Segundo Sulman (2011), os critérios a favor de uma ruptura antiga da coifa dos rotadores baseiam-se nos seguintes elementos: múltiplas rupturas tendinosas detectadas na artrografia; significativa retracção tendinosa e infiltração gorda dos corpos musculares na ressonância magnética (RMN) e evolução por vezes assintomática antes da ruptura. Por outro lado, os critérios a favor de uma ruptura recente da coifa dos rotadores incluem: um traumatismo em abdução e/ou em rotação externa; perda da mobilidade activa após um traumatismo; ausência de anomalia radiológica; ausência de infiltração gorda e ausência de retracção tendinosa. A retracção tendinosa observada na RMN nem sempre nos permite a datação das lesões. Por exemplo, uma retracção do tendão constatada numa artrografia realizada cerca de um mês após o traumatismo pode ser consistente com esse intervalo temporal. No entanto, será a existência ou não de lipomatose que fará a diferença, sendo que a sua ausência indicará um carácter recente da ruptura. O estreitamento do espaço

sub-acromial, a ascensão da cabeça umeral e, especialmente, a existência de infiltração gordá são factores favoráveis a uma patologia relativamente antiga, com pelo menos dois anos de evolução. Em alguns casos pode ser admitido um agravamento da sintomatologia dolorosa, atendendo à existência de um estado patológico anterior (Daupleix, Sulman e Brémond, 2011).

4. Reumatismos inflamatórios

O papel do traumatismo como factor desencadeante de uma doença reumática encontra-se bem definido em determinadas patologias, como, por exemplo, na artrose ou na algodistrofia. Todavia, esse papel torna-se bem mais complexo quando se trata de um reumatismo inflamatório (Hannequin e Ludes, 2003). Os principais reumatismos inflamatórios crónicos são a poliartrite reumatóide, o reumatismo psoriático periférico e as espondiloartropatias, que incluem a espondilite anquilosante, a artrite reactiva e a artrite psoriática axial. Estes reumatismos têm uma evolução crónica por crises e remissões e uma etiopatogenia complexa, ainda mal conhecida, mas possivelmente relacionada com a combinação de múltiplos factores: factor genético (HLA-B27 para as espondiloartropatias, HLA-DR1 e DR4 para a poliartrite reumatóide), factor ambiental (infecção bacteriana ou viral), factor endócrino e factor psicológico (Combe e Ferrazzi, 2000). Apesar de, à primeira vista, ser difícil reconhecer um reumatismo inflamatório pós-traumático, o factor ambiental parece ser mais importante que o factor genético na sua patogénese e actualmente considera-se o fenómeno emotivo como favorecedor do seu aparecimento (Hannequin e Ludes, 2003). O traumatismo jamais será o único agente etiológico do reumatismo inflamatório, mas, em alguns casos, pode constituir (sobre um estado predisponente) o factor desencadeante do processo inflamatório responsável pelo reumatismo inflamatório (Doury, 1986, 1992). Os diversos estudos efectuados referem-se sobretudo à poliartrite reumatóide e, em menor extensão, às espondiloartropatias. Daupleix e colaboradores publicaram seis critérios de imputabilidade para o reumatismo inflamatório pós-traumático (Daupleix, Ordonneau e Dreyfus, 1978; Hannequin, 1986; Wink, 1991; Amsellem, 1994a; Combe e Ferrazzi, 2000): 1. O traumatismo articular deve ser violento de modo a produzir uma inflamação aguda na articulação afectada. Por outras palavras, deverá ocorrer uma concordância da sede do traumatismo e da sede das lesões articulares, o que parece desde logo excluir o traumatismo remoto (localizado à distância) e os traumatismos psicológicos; 2. Ausência de sinais clínicos e radiológicos de reumatismo inflamatório na articulação afectada à data do traumatismo; 3. A articulação traumatizada (periférica ou axial) deve ser a sede inicial do reumatismo (sendo possível

o posterior aparecimento de reumatismo inflamatório noutras localizações articulares); 4. O indivíduo deve encontrar-se livre de qualquer doença articular inflamatória antes do traumatismo. No caso de antecedentes reumáticos, a artrite deverá encontrar-se quiescente/inactiva no momento do traumatismo ou nunca ter atingido a articulação traumatizada (pelo que são relevantes as radiografias iniciais). A presença de lesões degenerativas iniciais não deve excluir a imputabilidade mas torna mais difícil o seu estabelecimento; 5. O intervalo livre entre o traumatismo articular e o aparecimento das manifestações inflamatórias deve estar ausente nas espondiloartropatias (exigindo-se uma reacção dolorosa imediata) ou ser pequeno (de alguns dias a três meses), no caso das artrites periféricas (Combe e Ferrazzi, 2000; Hannequin e Ludes, 2003); 6. O diagnóstico positivo de reumatismo inflamatório.

No decurso da evolução da doença, geralmente ocorre uma predominância dos sinais patológicos na articulação traumatizada (evolução preferencial), não sendo indispensável, no entanto, ao estabelecimento da imputabilidade (Amsellem, 1994a; Filliol, 1998). Este critério pode ser minimizado tendo em conta os tratamentos locais que têm sido propostos (Filliol, 1998).

No caso das espondilites anquilosantes, deverá pesquisar-se a ausência de sacro-ileíte e/ou de sindesmofitose no momento do traumatismo. A dificuldade surge quando na sequência de um traumatismo periférico não são realizados exames radiográficos da coluna vertebral e das articulações sacroilíacas. Nos casos em que não se dispõe de radiografias iniciais das articulações sacroilíacas, a imputabilidade não pode ser estabelecida (Amsellem, 1994a).

Note-se que apesar da predisposição genética ser certa, não pode nem deve ser considerada na ponderação do nexos de causalidade, bem como nas consequências médico-legais (Filliol, 1998). É ainda útil prever a possibilidade de um traumatismo agravar um reumatismo inflamatório pré-existente, sendo que, nestes casos, apenas os critérios 1, 3, 5 e 6 são essenciais (Amsellem, 1994a). Com efeito, é possível ao traumatismo (Amsellem, 1994a): 1. Gerar um processo inflamatório (Doury, 1993) num indivíduo portador de um reumatismo inflamatório; 2. Agravar um reumatismo inflamatório activo; 3. Complicar um reumatismo inflamatório quiescente (ex. fractura numa coluna anquilosada). Nestas situações, onde é assumida uma imputabilidade traumática parcial, poderá existir um envolvimento radiológico das articulações sacroilíacas no momento do traumatismo, bem como anteriormente a este (Amsellem, 1994a).

Se os critérios de imputabilidade se encontram validados nos reumatismos inflamatórios pós-traumáticos secundários a um traumatismo físico directo, não o são ainda nos casos que surgem após um evento emotivo.

Poliartrite reumatóide pós-traumática - Reconhecida por Hannequin (1983) não difere habitualmente das restantes poliartrites. A sua evolução

pode ocorrer sob a forma de uma poliartrite subaguda iniciando-se na articulação traumatizada ou como uma monoartrite crónica que geralmente sofre melhoria através de atitudes terapêuticas locais. Tal como já mencionado, o intervalo livre entre o traumatismo e o início da poliartrite reumatóide é variável, devendo ser ausente ou pequeno, geralmente inferior a três meses (Wink, 1991; Combe e Ferrazi, 2000).

Espondilite anquilosante pós-traumática - A sua raridade encontra-se relacionada com a etiologia multifactorial que a caracteriza, não se podendo compreender o motivo de exclusão do traumatismo na espondilite anquilosante quando é aceite na artrite reumatóide, artrite psoriática e artrite reactiva. Mesmo com a frequência do antigénio HLA B27 superior a 90% (Sany e Clot, s/d), não é suficiente para a exclusão da imputabilidade traumática (Amsellem, 1994a). Na verdade, existem espondilites anquilosantes HLA B27 negativas e 80% da população normal é portadora deste antigénio (Amsellem, 1994a). Efectivamente pensa-se que o traumatismo actua como um factor desencadeante quando o factor genético pré-existente é insuficiente para a expressão clínica da doença. Deste modo, a existência de uma predisposição genética não pode neutralizar o diagnóstico de uma espondilite anquilosante pós-traumática. O diagnóstico de espondilite anquilosante torna-se mais complexo na ausência de um envolvimento radiológico das articulações sacroilíacas. O aparecimento de sinais radiológicos pode ser tardio, podendo surgir decorridos dois anos do traumatismo e, por vezes, estendendo-se até aos vinte anos (Amsellem, 1994b). É por este motivo que a avaliação pericial conclusiva efectuada neste âmbito só deve ter lugar dois anos após o traumatismo.

Reumatismo psoriático pós-traumático - Foram descritas apenas formas periféricas de reumatismo psoriático, que são sempre relatadas com HLA-B27 negativas (Combe e Ferrazi, 2000), o que reforça a opinião negativa de Alcalay e colaboradores (1987) sobre a ausência de influência do traumatismo na génese das espondiloartropatias. Os critérios de imputabilidade são idênticos aos referidos para a artrite reumatóide pós-traumática: traumatismo violento, intervalo livre ausente ou pequeno (inferior a três meses), psoríase cutânea pré-existente ou ocorrendo após o traumatismo (Combe e Ferrazi, 2000). No interrogatório efectuado à vítima e nos registos clínicos facultados devem pesquisar-se eventuais manifestações de artrite psoriática previamente ao traumatismo (psoríase, antecedentes clínicos de sinovite e pelvispondilite, verificação pós-traumática da ausência de sinais radiográficos de pelvispondilite). Embora a patogénese da artrite psoriática não esteja completamente esclarecida, admite-se que o traumatismo possa desencadear uma lesão psoriática cutânea no local de impacto, o chamado fenómeno de Koebner

ou reacção isomórfica (Wink, 1991; Combe e Ferrazi, 2000). Esse fenómeno foi caracterizado por Heinrich Koebner, que observou a eclosão de lesões psoriáticas em áreas escoriadas, abrasivas, tatuadas, cicatriciais ou com sinais recentes de picada ou mordeduras (Bachele, 1989a). Foi invocado um “fenómeno de Koebner profundo” de modo a explicar a reacção inflamatória articular (Filliol, 1998; Combe e Ferrazi, 2000).

5. Psoríase

A psoríase é uma doença dermatológica benigna, crónica, recidivante e apesar de a sua etiopatogenia permanecer desconhecida, constata-se que as crises podem ser desencadeadas por factores específicos, tais como traumatismos e situações emotivas (Bachele, 1989b). A doença encontra-se provavelmente relacionada com uma herança multifactorial envolvendo o complexo de histocompatibilidade (Bachele, 1989b). Note-se, no entanto, que actualmente é inegável o papel do traumatismo e das irritações cutâneas no desencadeamento e localização das lesões psoriáticas. Sabe-se que este fenómeno pode ocorrer em qualquer idade e o seu aparecimento pressupõe que a lesão possa estar na sua forma activa (portadores de psoríase instável são particularmente susceptíveis). Surge principalmente logo após a resolução da lesão traumática, no entanto, há relatos de intervalos temporais longos, de até vários anos, para o desenvolvimento da lesão (Krueger e Eyre, 1984). O factor psicológico é igualmente reconhecido como desencadeante da doença psoriática ou da sua recaída, podendo corresponder a situações emotivas súbitas, catastróficas, tais como um acidente ou um momento de angústia e tristeza. Em matéria de avaliação pericial, deverão ser considerados os seguintes critérios de imputabilidade (Bachele, 1989a): 1. A natureza, intensidade e sede do traumatismo. A psoríase resultante do fenómeno de Koebner ou de uma situação emotiva intensa poderá ser revelada ou agravada; 2. O diagnóstico positivo de psoríase; 3. O intervalo de aparecimento dos sinais cutâneos. Afigura-se ser razoável que esse intervalo livre não exceda as cinco ou seis semanas para o aparecimento da psoríase; 4. A continuidade evolutiva, caracterizada por uma sucessão de crises intercaladas por períodos de remissão; 5. Exclusão da pré-existência de dano. A avaliação de um estado anterior é sempre complexa, sendo que num estado anterior latente se levanta a questão de uma eventual predisposição, enquanto num estado anterior já conhecido ou patente, deverá ser passível de valoração uma situação de agravamento.

Quanto à avaliação da data de estabilização médico-legal das lesões, nas pequenas crises, bem definidas no tempo, torna-se fácil propor a respectiva data, considerando-se as recaídas como resultantes de um estado anterior. A atribuição de períodos de incapacidade temporária raramente acarreta

problemas, mas a atribuição de uma incapacidade permanente será mais excepcional, atendendo à existência de um estado anterior. No entanto, alguns autores defendem que a persistência de lesões psoriáticas exigindo cuidados terapêuticos ou o facto de a psoríase ter vindo a expressar-se mais precocemente do que seria expectável na ausência de um traumatismo deverá ser merecedora de um valor de incapacidade permanente (Bachele, 1989a).

6. Esclerose múltipla

A esclerose múltipla é considerada uma patologia inflamatória, provavelmente auto-imune. A susceptibilidade genética e a influência ambiental serão as responsáveis pelo aparecimento das primeiras crises. Caracteristicamente, a doença provoca uma deterioração progressiva da função neurológica, evoluindo com exacerbações e remissões (Oliveira e Souza, 1998).

As regiões desmielinizadas são localizadas e assumem o aspecto de placas, que podem ser silenciosas ou subclínicas. É nesses casos que algumas mudanças ambientais podem interferir no equilíbrio, por exemplo, com um agravamento súbito e momentâneo do quadro clínico no decurso de um estado febril. Trata-se de um mecanismo semelhante àquele que muito provavelmente poderá explicar o aparecimento da expressão clínica da doença após um traumatismo físico ou mesmo uma situação emotiva intensa (Mader, 1990). O traumatismo não pode ser responsável pela doença (Poser, 1980) nem parece favorecer o aparecimento de novas placas desmielinizantes. Apenas se reconhece o seu papel revelador sobre uma placa pré-existente, agravando a reacção inflamatória que acompanha a desmielinização (Mader, 1990). Na literatura encontram-se descritos vários casos de exacerbações desencadeadas por um traumatismo craniano, raquidiano ou periférico. McAlpine et al. (1972) acreditam ser difícil definir o intervalo temporal entre o traumatismo e o aparecimento da crise, mas considera que quanto menor for esse intervalo, maior a probabilidade do impulso evolutivo ser imputável ao traumatismo. Este autor estima que perante um intervalo temporal superior a três meses, a responsabilidade traumática torna-se duvidosa e pouco provável (McAlpine, Lumsden e Acheson, 1972). Por outro lado, Poser (1980) afirma ser extremamente difícil aceitar uma relação directa entre ambos os eventos para um intervalo temporal superior a uma semana ou dez dias.

Segundo Bonduelle (1984), a responsabilidade do traumatismo não poderá exceder alguns dias, correspondendo geralmente ao período de duração da crise. Reconhecida essa responsabilidade na origem da exacerbação, a crise pós-traumática insere-se na evolução natural da doença sem modificar o seu curso evolutivo (Bonduelle, 1984). Por razões óbvias, a ocorrência de crises posteriores àquela decorrente do traumatismo não será passível de valoração.

Porém, na literatura encontram-se descritos casos com sequelas decorrentes das exacerbações (Mader, 1990). Das considerações precedentes pode concluir-se que um traumatismo não pode provocar uma esclerose múltipla, podendo provavelmente gerar um impulso evolutivo. O nexu de causalidade entre o traumatismo e o impulso verificado no quadro patológico da esclerose em placas pode ser admitido e fundamentado.

7. Epilepsia

Apesar da epilepsia pós-traumática (EPT) ser uma das sequelas mais importantes e frequentes dos traumatismos crânio-encefálicos (TCE), muitas vezes a sua presença coloca problemas em termos de avaliação do dano corporal pós-traumático. Caracterizada pela ocorrência de crises, pode ocorrer no seguimento de um TCE susceptível de originar uma cicatriz glial, correspondente ao foco epiléptico (Crecy, 1990). Assim, em caso algum, se deve atribuir uma epilepsia a um traumatismo craniano leve, dado que nestes casos o risco não é maior do que na população geral. Foi demonstrado que a incidência da EPT aumentava com a extensão da lesão (lesão interessando apenas um lobo: 25%; lesão interessando dois lobos: 50 a 60%; lesão interessando os dois hemisférios cerebrais: 60%), com a gravidade do estado inicial da vítima (duração do coma inicial) e com a sede da lesão (especialmente nos casos das lesões encefálicas limitadas apenas a um lobo): 60% no caso de lesões centroparietais; 25% nas lesões temporais; 23% nas lesões occipitais e 12% nas lesões frontais (Roger, Bureau e Mireur, 1987). As lesões parietais são consideradas mais epileptogénicas que as lesões frontais e temporais enquanto as lesões penetrantes com ruptura da dura-máter aumentam drasticamente a incidência de EPT (Crecy, 1990; Gueguen, 1995).

Quais os critérios que permitem pensar que o traumatismo craniano pode ser acompanhado de contusão cerebral cortical? Os critérios de certeza são designadamente os hematomas subdurais, epidurais ou intracerebrais, as contusões hemorrágicas ou as lacerações cerebrais, enquanto os critérios de probabilidade correspondem às fracturas com afundamento, à amnésia pós-traumática superior a 24 horas ou às crises convulsivas precoces (Roger, Bureau e Mireur, 1987; Gueguen, 1995; Barbosa e Costa, 1995; Vernier, 1996). Enquanto a presença conjunta de pelo menos dois dos critérios de probabilidade adquire um valor significativo semelhante a um critério de certeza, já a ocorrência isolada de um desses critérios não acarreta um risco significativo para o aparecimento da EPT (Roger, Bureau e Mireur, 1987; Barbosa e Costa, 1995). A epilepsia tardia, que surge após a primeira semana (em 60% dos casos, a primeira crise surge no primeiro ano, e destas, 30% surge no primeiro

mês), apresenta maior relevância médico-legal e corresponde à verdadeira EPT. Nesta forma de epilepsia, a primeira crise pode surgir decorridos 5 ou mais anos desde o traumatismo. Este tipo de epilepsia pode apresentar-se sob a forma generalizada ou através de crises parciais complexas com alteração da consciência, o que demonstra que as crises de pequeno mal ou mioclonias não podem ser atribuídas a uma causa traumática (Barbosa e Costa, 1995).

O electroencefalograma (EEG) parece ter pouco interesse neste contexto, já que a presença de traços anormais no momento do traumatismo craniano não implica necessariamente a ocorrência de uma epilepsia e a sua ausência também não permite excluir o seu aparecimento (Roger, Bureau e Mireur, 1987; Barbosa e Costa, 1995). O aparecimento de uma epilepsia após um TCE mesmo que severo não é suficiente para dispensar uma cuidadosa investigação etiológica (Crecy, 1990). Em termos médico-legais, para se aceitar o diagnóstico de EPT, é importante a verificação dos seguintes critérios de imputabilidade (Crecy, 1990; Barbosa e Costa, 1995): 1. Existência e natureza das crises; 2. Natureza e gravidade do traumatismo; 3. Ausência de epilepsia pré-existente; 4. Exclusão de outras causas epileptogénicas (alcoolismo, tumor cerebral, factores hereditários, encefalopatias, malformações cerebrais); 5. Intervalo temporal (no máximo de cinco anos). É importante fazer-se a distinção entre as crises precoces que ocorrem nas semanas subsequentes ao traumatismo das crises tardias que representam a EPT propriamente dita. O respectivo período de latência corresponde à formação da cicatriz glial ao nível do foco de lesão cerebral; 6. Concordância entre o foco epileptógeno no EEG e a sede do TCE. Num traumatismo craniano aberto, existe uma boa concordância entre o local de impacto e a natureza das crises, enquanto num traumatismo craniano fechado qualquer previsão será aleatória (Crecy, 1990).

Embora a existência destes requisitos permita atribuir ao TCE a presença de uma epilepsia, o contrário nem sempre ocorre. O facto de, por exemplo, não haver uma concordância completa entre o foco no EEG e a lesão cerebral ou a primeira crise epiléptica surgir algum tempo após o quinto ano decorrido do traumatismo, não é critério suficiente para negar a possibilidade de imputar ao TCE a responsabilidade pelo desencadeamento da epilepsia (Barbosa e Costa, 1995).

Em matéria de agravamento, podem distinguir-se duas eventualidades: o agravamento de uma EPT com imputabilidade estabelecida ou mais raramente, o agravamento de uma epilepsia pré-existente (Crecy, 1990; Gueguen, 1995). Na presença de uma epilepsia pré-existente, um TCE pode: 1. Não alterar a evolução da epilepsia; 2. Desencadear a expressão clínica de uma epilepsia latente; 3. Aumentar a frequência das crises; 4. Desencadear o aparecimento de outros tipos de crise (Vernier, 1996), com crises generalizadas, generalização secundária a crises focais ou estado do mal epiléptico (Crecy, 1990).

Deverão ser excluídas outras etiologias, igualmente susceptíveis por si só de provocarem o agravamento das crises epilépticas, nomeadamente, o alcoolismo (causa muito comum de agravamento), a lesão cerebral não traumática e particularmente tumores cerebrais, remoção prematura do tratamento anti-epiléptico, desenvolvimento do fenómeno de fármaco-resistência ou uso de determinados medicamentos, tais como anti-depressivos, neurolépticos e corticosteróides (Crecy, 1990).

8. Enfarte agudo do miocárdio

A origem traumática do enfarte agudo do miocárdio (EAM) continua a ser controversa sendo, na realidade, negada categoricamente por alguns autores. A coexistência de um EAM e de um traumatismo torácico não é por si só suficiente para estabelecer uma relação causal directa entre ambos (Segal, 1990). Uma outra dificuldade que pode surgir, mesmo nos casos aparentemente simples, é a distinção entre o facto de o EAM ter sido a causa ou a consequência do evento traumático. Pode questionar-se se o acidente de viação do qual resultou um traumatismo torácico, não terá ocorrido precisamente em consequência do enfarte que provocou o despiste. Na prática este é um problema difícil de resolver. A primeira questão a considerar é o intervalo temporal entre o traumatismo e a descoberta do enfarte. Em alguns casos, a situação é simples, quando o enfarte ocorre imediatamente após o traumatismo. No entanto, pode ocorrer após uma fase premonitória de vários dias ou mesmo mais tardiamente decorridas algumas semanas ou meses desde o traumatismo. Sabemos que existem EAM indolores, nos quais a revelação é electrocardiográfica e à distância e nestas situações torna-se praticamente impossível precisar a data concreta do enfarte (Segal, 1990).

A abordagem da relação de causalidade de uma patologia traumática confronta-se com a problemática do estado anterior. No contexto do EAM, seria importante conhecer-se o estado das artérias coronárias antes do traumatismo, sabendo-se o grau de sobrecarga ateromatosa. Os autores que rejeitam a existência de EAM traumático assumem que o enfarte não pode ocorrer sobre um sistema vascular intacto e portanto concluem que o traumatismo apenas revelou um estado latente (Segal, 1990).

Apesar da pesquisa de antecedentes anginosos se basear em electrocardiogramas anteriores (quando existem), em registos de tensões arteriais e perfil lipídico, esta investigação não permite distribuir equitativamente a responsabilidade do enfarte relativamente ao estado anterior e ao traumatismo. Actualmente, a situação encontra-se facilitada pela prática corrente da realização da angiografia coronária, que permite visualizar todo o sistema

coronário, fornecendo uma melhor ideia da situação pré-existente. Se um EAM ocorrer após um qualquer traumatismo, esforço físico ou simplesmente no decurso de um evento emotivo intenso, o perito médico deverá fornecer o seu parecer técnico-científico com base em critérios de imputabilidade (Salle, 1992), sendo os mais proeminentes a natureza do traumatismo, o intervalo temporal e a existência de um estado anterior latente ou patente. Segundo Salle (1992) e Segal (1990), no diagnóstico do EAM *versus* circunstâncias do traumatismo, a questão da imputabilidade será muito distinta consoante seja: (a) Um enfarte na sequência de um traumatismo torácico, com contusão do miocárdio e do sistema vascular. Nesta situação, a relação causal pode ser directa e a imputabilidade “quase total”. (b) Um enfarte na sequência de uma reacção interna, resultante de um traumatismo por vezes ligeiro (ex. situações de stress psicológico ou esforço físico). As características do traumatismo, sua natureza, violência e localização topográfica das lesões não são argumentos determinantes em matéria de EAM, atendendo a que mecanismos indirectos podem igualmente estar envolvidos. Os dois critérios de maior relevância neste contexto são o intervalo temporal e a existência de um estado anterior. Quanto ao intervalo temporal, diversos autores (Chapon, 1985; Rossi, 1985; Segal, 1990; Salle, 1992) referem que: (a) No EAM que surge nos primeiros dois a três dias após o traumatismo, a relação de causalidade será directa e a imputabilidade quase total, salvo prova em contrário (por exemplo, coincidência de factores não traumáticos). (b) No EAM moderadamente tardio, que surge uma ou várias semanas após o traumatismo, a imputabilidade será atenuada com o decorrer do tempo. Pode estimar-se a parte da responsabilidade imputável ao traumatismo da seguinte forma: 50% ao 10º dia; 25% ao 20º dia; 10% ao 30º dia; e após este período, não é considerada qualquer relação causal com o traumatismo (Bellecoste, 1984).

Vários elementos irão permitir caracterizar o estado anterior, daí a importância da entrevista que inclua informação referente aos seus antecedentes pessoais cardiovasculares, à idade e aos factores de risco, tais como tabagismo, hipertensão, obesidade, diabetes, hiperlipidémia e hipercolesterolémia. De modo a dar resposta às questões geralmente colocadas, imaginemos (Salle, 1992): (a) Um evento traumático bem definido num indivíduo jovem, sem antecedentes conhecidos, sem predisposição nem factores de risco relevantes e com rápido aparecimento de sintomatologia clínica de EAM: a imputabilidade será certa e susceptível de uma total reparação pericial. (b) Um evento traumático num indivíduo com estado anterior patente. Podemos falar de descompensação, agravamento ou aceleração de um processo evolutivo: a imputabilidade será parcial. (c) Um evento traumático num indivíduo com estado anterior desconhecido ou ignorado, expondo sinais objectivos nos exames efectuados no momento do traumatismo (ex. constatação de lesões

patológicas antigas na coronariografia). Podemos considerar uma situação de desencadeamento de um estado patológico latente. Em determinados casos, onexo de causalidade poderá ser apenas hipotético.

9. Doenças infecciosas - Tuberculose

Apesar de um traumatismo não ser suficiente por si só para gerar uma doença infecciosa, requerendo sempre a intervenção do germen responsável, é indiscutível o seu papel como porta de entrada de um organismo, determinando a localização topográfica da infecção. Um traumatismo pode revelar ou agravar uma doença infecciosa pré-existente ou de modo inverso, pode ser agravado pela pré-existência de uma infecção generalizada (Chanliou, 1977a).

A tuberculose pós-traumática é rara, podendo o seu mecanismo derivar de situações distintas: o traumatismo como factor inoculador (primeira infecção acidental), factor revelador de uma tuberculose latente ou agravante de uma tuberculose activa. O intervalo temporal entre o traumatismo e o aparecimento da tuberculose reveste-se de uma importância primordial.

Tuberculose pleuro-pulmonar

A etiologia da tuberculose pulmonar pós-traumática divide-se em dois grandes grupos (Allemagne, 1981a): 1. Os traumatismos torácicos. Esta etiologia será mais provável quando há concordância topográfica entre os focos tuberculosos e as lesões traumáticas, apesar de este critério não ser absoluto. 2. Os traumatismos extra-torácicos violentos.

A violência e a gravidade do traumatismo são mais importantes que a localização topográfica das lesões. As manifestações pós-traumáticas imediatas caracterizam-se por uma dor local que pode persistir durante vários dias a várias semanas, hemoptise nas primeiras horas ou dias após a contusão e, raramente, um episódio pneumónico ou um derrame pleural (Allemagne, 1981a).

Excluindo o traumatismo inoculador, a tuberculose resulta da actividade dos bacilos de Koch pré-existentes no organismo. É importante pesquisar-se se antes do traumatismo os bacilos provocaram uma tuberculose-infecção ou uma tuberculose-doença, sendo que neste último caso, é necessário averiguar se o curso evolutivo foi alterado pelo traumatismo e em que medida tal ocorreu. A avaliação deverá ser baseada em antecedentes clínicos (história prévia de tuberculose, de pleurisia, de doenças geradoras de insuficiência respiratória, tais como bronquite obstrutiva crónica, enfisema e asma) susceptíveis de agravamento pelo traumatismo ou pela tuberculose. Devem ser estudadas

eventuais provas tuberculínicas efectuadas antes do traumatismo ou exames radiográficos realizados antes ou imediatamente após o evento traumático. No estudo da imputabilidade traumática da tuberculose pleuro-pulmonar, deverá averiguar-se (Chanliau, 1977a; Allemagne, 1981a): 1. A realidade do traumatismo, já que a violência do traumatismo e a gravidade das suas consequências são mais importantes do que a localização topográfica das lesões traumáticas. 2. A sequência cronológica dos eventos, sendo exigido, em geral, um intervalo livre mínimo de um mês e máximo de seis meses. A reactivação das lesões pulmonares pode originar um intervalo livre maior, com uma cura aparente das lesões traumáticas. Em todo o caso, o aparecimento ou agravamento de uma tuberculose não pode ser imputado a um traumatismo se o intervalo de aparecimento exceder um ano. 3. O estudo do estado pulmonar prévio. Em matéria de estado patológico anterior, devemos distinguir: (a) Se a lesão anterior cicatrizada ou estabilizada não sofreu qualquer alteração pela acção do traumatismo - então negar-se-á o agravamento da tuberculose. Dever-se-á confirmar radiologicamente a estabilidade da lesão antes e após o evento traumático. (b) Se previamente ao evento em questão existiam focos limitados e inactivos e sob condições imputáveis ao traumatismo a tuberculose tornou-se activa - assume-se a imputabilidade traumática. (c) Se os focos tuberculosos pré-existentes não se encontravam estabilizados ou estavam em evolução - dever-se-á avaliar em que medida o agravamento é imputável ao traumatismo. (d) Se não é conhecido qualquer foco tuberculoso à data do traumatismo, a tuberculose que cumpre os critérios de imputabilidade anteriormente mencionados deverá ser considerada imputável, na sua totalidade, ao evento em apreço.

Tuberculose urogenital

Após o traumatismo constata-se uma tumefacção dolorosa ou um edema. Estes sinais locais serão testemunhas indispensáveis do traumatismo. No caso de tuberculose urogenital reactivada ou agravada pelo traumatismo, o intervalo temporal entre o evento traumático e as manifestações clínicas do agravamento ou reactivação pode ser muito pequeno ou inexistente. Uma ecografia deverá ser efectuada imediatamente após a suspeita da doença renal, podendo revelar um rim saudável ou patológico e, neste último caso, destacará lesões caliciais antigas sob a forma de calcificações paracaliciais. No estudo da imputabilidade da tuberculose urogenital ao traumatismo, deverão considerar-se os seguintes critérios (Allemagne, 1981b): 1. O diagnóstico positivo de tuberculose urogenital. 2. A natureza e a sede do traumatismo. Na maioria dos casos, reporta-se a um traumatismo fechado, que por si só não é

susceptível de gerar uma tuberculose urogenital, tendo de ser suficientemente violento para ser eventualmente considerado. Um hematoma ou uma fractura da apófise vertebral poderão ser suficientes. 3. A pesquisa de um estado patológico anterior: (a) Na ausência de qualquer envolvimento tuberculoso pré-existente, a tuberculose urogenital será imputável ao traumatismo. (b) Se antes do traumatismo existiam lesões urogenitais estabilizadas e um traumatismo renal ou genital ocorreu seguido por importantes sinais locais, a reactivação da tuberculose como consequência do traumatismo deve ser admitida. (c) Se as lesões tuberculosas pré-existentes não sofreram qualquer alteração, deverá negar-se o agravamento da tuberculose, tal como quando o traumatismo ocorre sobre lesões avançadas ou terminais. (d) No caso de uma tuberculose activa, um traumatismo severo pode gerar um impulso no curso evolutivo da doença. 4. A sequência cronológica dos eventos. Como já aludido anteriormente, o intervalo temporal deverá ser inexistente ou estender-se no máximo até aos seis meses intercalado com pequenos episódios urogenitais.

Tuberculose vertebral

Na maioria dos casos, o traumatismo revela uma tuberculose vertebral até então desconhecida, ou seja, trata-se de uma coincidência entre o local de impacto do traumatismo e o local da lesão previamente silenciosa. Porém, em alguns casos, o traumatismo pode vir a modificar o equilíbrio anátomo-clínico e mesmo a fisiopatologia da doença subjacente (Malafosse, 1982). Alguns autores afirmaram que um traumatismo directo poderia determinar a ruptura de um foco bacilar ósseo latente provocando a revelação do bacilo de Koch previamente quiescente (Ravault et al., 1969) ou o traumatismo, através de uma isquémia no local de impacto, diminui a resistência e a vitalidade dos tecidos, impedindo a normal defesa do organismo (Bartolin et al., 1979; Keromest, 1983). As condições de imputabilidade baseiam-se nos sete critérios de Simonin mas, perante alguns estudos sobre tuberculose vertebral pós-traumática, é admitida a pré-existência de um estado anterior tuberculoso (Malafosse, 1982). Distintas situações podem ser consideradas em função da fase clínica em que se encontra a doença (Bartolin et al., 1979):

Na fase evolutiva da doença o traumatismo pode ter um papel indutor (raros casos), sendo a imputabilidade certa e directa; pode agravar um estado pré-existente, pelo que se estabelece um nexo de causalidade parcial, ou pode meramente exercer um papel revelador, o qual não é passível de reparação.

Por outro lado, na fase sequelar da doença a questão torna-se mais complexa. Se o traumatismo remonta há menos de seis meses, o intervalo temporal é conside-

rado muito pequeno, pelo que não é possível estabelecer-se uma imputabilidade total com o traumatismo, sendo razoável considerar-se uma eventual situação de agravamento. Quando o traumatismo remonta há mais de um ano, a imputabilidade será discutível, sendo possível o seu estabelecimento quando se exclui a existência de um estado anterior conhecido. No entanto, uma situação de agravamento pode ser estabelecida. Quando o aparecimento da tuberculose ocorre entre os seis meses a um ano após o traumatismo, deverá avaliar-se caso a caso, de forma ainda mais cautelosa (Malafosse, 1982). Na ausência de um foco tuberculoso pré-existente, o intervalo temporal deverá estar compreendido entre um a trinta meses (sendo de um a seis meses no caso de tuberculose osteo-articular periférica) (Duggeli e Trendlemburg, 1957).

O traumatismo tem sido considerado cada vez mais um factor revelador da tuberculose vertebral pré-existente, no entanto, apesar do seu papel indutor ser muito raro, pode frequentemente agravar o curso evolutivo da tuberculose (Malafosse, 1982).

Tuberculosas osteo-articulares periféricas

Para a maioria dos autores, o intervalo temporal exigido para o aparecimento das primeiras manifestações da tuberculose osteo-articular deverá estar compreendido entre quinze dias a vários anos (Keromest, 1983). Para Robineau (1922), a duração do intervalo livre não deverá exceder alguns meses, enquanto para Mauclair (1931) deverá corresponder a cinco a seis semanas. Há quem ainda estenda o intervalo livre até vários anos após o evento traumático e explique que o facto de uma lesão poder permanecer silenciosa, durante muito tempo, a nível ósseo, antes de se tornar articular, justifica estes intervalos tão variáveis (Keromest, 1983).

10. Arteriopatia dos membros inferiores

Quando uma vítima detentora de uma arterite conhecida sofre um traumatismo justamente sobre a área patológica, coloca-se a questão de um eventual agravamento da arterite pelo traumatismo. A fragilidade dos vasos ateromatosos permite que um traumatismo, mesmo que discreto, possa descolar uma placa de ateroma, por estiramento, por flexão ou por impacto directo (Brun, 1992). Outros factores, tais como um lento fluxo sanguíneo gerador de trombose, uma estase induzida pela imobilização ou uma hipercoagulabilidade relacionada com lesões tecidulares poderão estar envolvidos.

Apenas se pode falar em arterite traumática “verdadeira” após a exclusão de outras possíveis causas de arterite. Cerca de 90% das arterites são de

origem aterosclerótica. Torna-se importante a pesquisa de alguns factores de risco tais como o tabagismo, a hipertensão arterial, a dislipidémia, a diabetes e a hiperviscosidade sanguínea resultante da elevação do hematócrito. A associação de vários factores de risco é frequentemente evidenciada. Deverá ser especificado o prejuízo funcional pré-existente ao traumatismo, atendendo a que este pode agravar a semiologia funcional da arterite, pelo que se deverá evidenciar a alteração sintomática após o traumatismo e avaliar o seu aparecimento e agravamento. No caso de terem sido efectuados exames paraclínicos (ex. arteriografia) antes e após o traumatismo, deverão avaliar-se eventuais modificações, apesar de não existir uma correlação absoluta entre o agravamento dos sinais funcionais e as variações dos exames complementares. Por outro lado, também se torna questionável se uma arterite não poderá agravar as sequelas traumáticas, através de um atraso da cicatrização ou persistência de distúrbios tróficos. No caso de uma arterite traumática, o traumatismo é relativamente violento, tem uma acção directa e é frequentemente encontrada uma fractura ou luxação. Nestes casos, o intervalo máximo geralmente admitido entre o traumatismo e os primeiros sinais sugestivos de arterite é de um ano e após este limiar torna-se difícil reconhecer o papel do traumatismo. O carácter unilateral da arterite tem igualmente um papel no diagnóstico da arterite pós-traumática (Brun, 1992).

11. Endocrinopatias

A inexistência de paralelismo entre a gravidade de um traumatismo e uma lesão endócrina e o facto de um distúrbio não aparecer sempre logo após o evento traumático fazem com que o carácter traumático das endocrinopatias seja frequentemente contestado. O estudo da imputabilidade de um traumatismo no desenvolvimento de uma endocrinopatia deve respeitar as seguintes condições (Salandini, 1989): 1. Afirmar a realidade do dano decorrente da endocrinopatia baseando-se na sintomatologia clínica e em exames laboratoriais, geralmente dinâmicos. 2. Afirmar a realidade do traumatismo, sendo fácil nos traumatismos físicos e bem mais difícil quando a componente do traumatismo é puramente psico-afectiva. 3. Estabelecer uma relação causa/efeito de modo a se excluir situações de simultaneidade. Deverão discutir-se os períodos de latência que podem ser longos na patologia hipofisária, por vezes, estendendo-se durante vários anos. 4. Estabelecer onexo de causalidade, que será total quando o traumatismo é inteiramente responsável pela endocrinopatia. Noutras situações, o traumatismo pode agravar um estado anterior ou revelar uma condição latente.

Diabetes Mellitus

É clássico citar-se o efeito da Diabetes Mellitus (DM) nas consequências do traumatismo, através do atraso da cicatrização e/ou consolidação médico-legal das lesões. A arterite é uma das consequências diabéticas que mais interfere no processo evolutivo de uma lesão traumática e no agravamento das sequelas. O atraso da cicatrização constatada numa arteriolite diabética pode igualmente explicar a extensão da infecção com possibilidade de necrose local. No entanto, sob o ponto de vista científico, será possível um traumatismo provocar uma DM? Se nos restringirmos ao conhecimento técnico-científico sobre os mecanismos patogénicos que relacionam o traumatismo e a DM, a resposta será categoricamente negativa (Clerson, 1983). No entanto, alguns autores acreditam que um processo infeccioso decorrente de um traumatismo pode conduzir à descoberta de uma DM latente. Uma exaltação da virulência bacteriana em virtude da sobrecarga de glicose explica o carácter infeccioso em indivíduos diabéticos (Norrant, 1992a). A DM pós-traumática encontra-se definida por diversos autores, como sendo a verdadeira DM, não transitória, que ocorre na sequência de um traumatismo, num indivíduo sem qualquer predisposição clínica ou biológica para diabetes (Desoille e Philbert, 1963; Clerson, 1983; Norrant, 1992b). Esta definição elimina assim os distúrbios glucídicos transitórios e a diabetes revelada pelo traumatismo (Clerson, 1983; Nys e Thervet, 1991). Ou seja, nem toda a DM que é reconhecida após um traumatismo deve ser designada de DM pós-traumática (Clerson, 1983; Norrant, 1992b).

Qualquer traumatismo, mesmo que ligeiro, pode provocar um distúrbio endócrino, sendo que na vanguarda dos traumatismos susceptíveis de modificar este equilíbrio endócrino se situam os traumatismos abdominais atingindo a região pancreática, os traumatismos cranianos e os traumatismos psico-afectivos. A DM decorrente de um traumatismo físico é bem reconhecida e a sua valoração pode não acarretar grandes problemas. Uma DM pode ser induzida por uma destruição glandular pancreática superior a 80-90% (Nys e Thervet, 1991; Norrant, 1992b). Quanto aos traumatismos cranianos, nenhum argumento científico permite actualmente prever o aparecimento da DM, já que os casos experimentais descritos na literatura referentes à relação entre o sistema nervoso central e a glicémia não revelam uma clara correlação (Norrant, 1992b).

O agravamento da DM é especialmente difícil de avaliar quando o estado anterior é totalmente assintomático e ignorado, não há história pessoal ou familiar de DM e a DM surge após o traumatismo. É importante fazer-se a distinção entre o agravamento permanente e definitivo da DM e o agravamento precoce e transitório. O agravamento a longo prazo pode traduzir-se por uma

aceleração do processo evolutivo da angiopatia e da neuropatia diabética. Assim sendo, além do agravamento de complicações diabéticas já previamente estabelecidas, algumas complicações podem ser igualmente desencadeadas pelo próprio traumatismo (Norrant, 1992a).

Diabetes Mellitus não insulino-dependente

O conhecimento actual da fisiopatologia da DM não insulino-dependente e a sua evolução natural independente de qualquer evento traumático representam argumentos a favor da presença de uma DM pré-existente. Assim sendo, a DM não insulino-dependente pós-traumática reporta-se usualmente a uma hiperglicémia desencadeada logo após um traumatismo, exteriorizando um estado até então desconhecido e latente (Nys e Thervet, 1991). Se a DM não for conhecida antes do traumatismo, devem ser pesquisados os antecedentes ou seja, uma eventual predisposição pessoal e/ou familiar para DM. O doseamento da hemoglobina glicosilada (HbA1c) servirá de grande auxílio no estudo da imputabilidade médica (Dorchy et al., 1982; Clerson, 1983; Grimaldi, Cohen e Thervet, 1983; Nys e Thervet, 1991).

Os indivíduos diabéticos não insulino-dependentes são geralmente mal controlados em termos glicémicos e vasculares. Em 10% a 20% dos casos, a sua evolução espontânea progride no sentido da insulino-dependência. Porém, uma causa externa, tal como um traumatismo, poderá tornar insulino-dependente um indivíduo que até então necessitava apenas de antidiabéticos orais (Nys e Thervet, 1991). É ainda comum observar-se casos de doentes equilibrados pela simples prescrição higieno-dietética, em que após um traumatismo é exigido um tratamento medicamentoso mais ou menos exigente (Norrant, 1992a). Na ausência de complicações diabéticas, o traumatismo pode acompanhar-se de manifestações vasculares imputáveis a um agravamento súbito da DM. As lesões vasculares pré-existentes podem igualmente sofrer um agravamento pelo traumatismo (Nys e Thervet, 1991).

Diabetes Mellitus insulino-dependente

Diversos estudos defendem uma patogénese imunológica para a DM insulino-dependente, contudo o seu mecanismo desencadeante permanece desconhecido. Num indivíduo portador de uma DM insulino-dependente pré-existente e conhecida, o traumatismo poderá ser responsável por um desequilíbrio glicémico, sendo importante quantificar a sua intensidade e duração (Nys e Thervet, 1991). “No estudo da imputabilidade médica apenas alguns dos critérios de Müller e Cordonnier são absolutamente determinan-

tes, nomeadamente a realidade e intensidade do traumatismo, o intervalo temporal entre o traumatismo e o aparecimento do distúrbio e a certeza do diagnóstico. Outros critérios tornam-se inexecutáveis neste contexto, particularmente a concordância entre a sede do traumatismo e a sede da lesão” (Nys e Thervet, 1991). Obviamente que aqui não nos referimos aos casos excepcionais de DM resultante de um traumatismo pancreático, mas sim, aos casos de diabetes associada a uma situação emotiva intensa, em que não é exigido um traumatismo físico. Quando o intervalo temporal excede os 4 ou 6 meses, torna-se pouco admissível o estabelecimento do nexo de causalidade (Savin, 1977; Clerson, 1983; Rousseau e Fournier, 1989). Alguns autores acreditam ainda que após os dois meses o nexo de causalidade não pode ser reconhecido, enquanto outros não relevam o critério temporal para o estudo da imputabilidade (Clerson, 1983).

É possível abordarmos a problemática da DM identificando-se um estado anterior no indivíduo. A determinação precoce da HbA1c tem sido considerada um excelente argumento para o conhecimento desse estado anterior. Uma única determinação da HbA1c reflecte os níveis de glicose no sangue nas seis semanas precedentes (Clerson, 1983; Nys e Thervet, 1991), apesar de o seu valor ser obviamente bem mais importante no que concerne à semana anterior à dosagem (Clerson, 1983). Níveis elevados de HbA1c logo após um traumatismo demonstram uma hiperglicémia anterior ao evento traumático (Clerson, 1983; Nys e Thervet, 1991). Supondo que um indivíduo era já diabético e na sequência do traumatismo se constatou um agravamento da sua sintomatologia, coloca-se então a questão da quantificação deste processo evolutivo. O conhecimento de uma hiperglicémia pré-existente ou de uma glicosúria diária não permite avaliar a qualidade do equilíbrio glicémico precedente ao traumatismo, no entanto, a determinação da HbA1c irá reflectir o equilíbrio médio da glicémica nas seis semanas anteriores. Assim poderá ser quantificado o agravamento através da comparação de medições periódicas, tais como determinações trimestrais da HbA1c (Clerson, 1983). No caso de complicações pré-existentes ao traumatismo, a análise será mais complexa, devendo ter-se em consideração a evolução espontânea dessas complicações e considerar apenas o grau de agravamento imputável ao traumatismo (Nys e Thervet, 1991).

12. Cancro

Em 1979 Boni propôs critérios para a existência de uma relação causa/efeito entre um traumatismo e o aparecimento de um tumor (Boni, 1979): 1. O traumatismo deve ser suficientemente grave para provocar dano tecidual e

consequente processo metabólico e regenerativo (tanto quanto possível deve poder observar-se sequelas cutâneas ou radiológicas - cicatrizes cutâneas, calos ósseos pós-fracturários) (Chanliau, 1977b); 2. A natureza neoplásica da afecção deve ser comprovada histologicamente (Chanliau, 1977b); 3. Os locais do traumatismo e do desenvolvimento do tumor devem ser coincidentes; 4. O período de latência deve corresponder à cicatrização decorrente do traumatismo, uma fase assintomática suficientemente longa e necessária para o aparecimento da sintomatologia tumoral. Um cancro da mama que apareça menos de dois anos após o traumatismo não pode ser imputável a este (Chanliau, 1977b); 5. 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 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 carcinogénicos. O traumatismo pode constituir um factor inespecífico que acelera o desenvolvimento do tumor (factor promotor) e a sua progressão (estimulação do crescimento tumoral) (Aguiar, Pereira e Ralha, 2008).

Cancro de pele: Admite-se que o traumatismo da pele repetido ou de carácter crónico, complicado por ulceração crónica, tem maior probabilidade em resultar no aparecimento de cancro cutâneo do que o simples e isolado (Aguiar, Pereira e Ralha, 2008): 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 epidérmoides 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. A incidência destes tumores tem vindo a diminuir, em virtude dos actuais tratamentos mais adequados das feridas traumáticas e queimaduras com redução das ulcerações crónicas. 2. *Melanoma*: é extremamente raro surgir em cicatrizes de queimadura. O melanoma maligno é a transformação cancerígena de uma lesão benigna, frequentemente congénita (Chanliau, 1977b). Após revisão da literatura clínica, epidemiológica e experimental, os autores afirmam não parecer haver evidência de que um traumatismo, simples ou múltiplo, seja factor causal na formação de melanoma (Bero, Busam e Brady, 2006). 3. *Sarcomas*: raramente são encontrados no contexto de cicatrizes de queimadura. 4. *Epiteliomas cutâneos pós-traumáticos*: podem encontrar-se duas circunstâncias distintas; a primeira é a noção de microtraumatismos repetidos que ultrapassa o âmbito dos verdadeiros traumatismos e releva a patologia pré-cancerígena através da

criação de uma queratose previamente à transformação maligna; a segunda causa corresponde à patologia traumática propriamente dita e trata-se dos cancros desenvolvidos sobre sequelas cutâneas de um traumatismo, tais como, feridas, úlceras cutâneas ou cicatrizes, em particular, cicatrizes de queimaduras. A localização frequente destes cancros ocorre no membro inferior em razão da mobilidade e das tensões a que estão sujeitas as cicatrizes bem como da menor vascularização nesta área em comparação com os restantes segmentos corporais (Chanliou, 1977b). 5. *Os nevocarcinomas*: Ocorrem pela acção de um traumatismo sobre um nevo benigno pré-existente e o seu interesse médico-legal reside no facto de o estabelecimento da imputabilidade poder infringir um dos pressupostos habitualmente referidos, designadamente a circunstância de a região atingida não se encontrar saudável antes do traumatismo (Chanliou, 1977b).

Tumores do sistema nervoso central: A etiopatogenia da maioria destes tumores permanece desconhecida, apesar da origem traumática ter sido já extensivamente discutida. Na verdade, existem muito poucos casos em que uma conexão topográfica é demonstrada entre a proliferação glial resultante da cicatriz cerebral e as lesões neoplásicas (Rebatu, 2003a). Na realidade, os grandes estudos epidemiológicos não demonstram uma relação causal entre o traumatismo e os cancros intracranianos (Parker e Kernohan, 1931; Choi, Schuman e Gullen, 1968), no entanto, Morantz (1978) refere a possibilidade de, em certas condições, um traumatismo craniano poder agir como factor co-carcinogénico.

Tumores ósseos: 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 (Aguiar, Pereira e Ralha, 2008).

Cancro da mama: Se para estabelecer a imputabilidade médica forem exigidos os critérios de imputabilidade definidos por Müller e Cordonnier, então constata-se, no caso do cancro da mama, que apenas raramente estes critérios serão cumpridos na totalidade. A realidade e a intensidade do traumatismo são muitas vezes imprecisas e a continuidade evolutiva não pode ser considerada de forma rigorosa em função do longo período de latência dos tumores. Face ao estado actual do conhecimento técnico-científico, o nexos de causalidade não pode ser considerado total, atendendo a que um traumatismo por si só não é susceptível de provocar o cancro da mama. Assim sendo e admitindo-se uma relação causal, apenas poderá ser assumido um nexos de causalidade parcial em que o traumatismo assume um papel co-cancerígeno, agravando ou revelando um estado pré-existente conhecido ou latente. Por outro lado,

o nexo de causalidade, quando admitido, será indirecto, na medida em que o traumatismo actua sobre células quiescentes e acelera a sua capacidade proliferativa (Bardet, 1993). Esta acção não gera o cancro mas estimula um estado quiescente ou agravante de um processo cancerígeno já em evolução. Ainda assim, o nexo de causalidade pode ser hipotético, o que equivale a concluir por uma imputabilidade médica questionável e duvidosa.

Cancro testicular: Não há dados científicos actuais que sugiram uma relação causa/efeito entre o traumatismo e o cancro testicular (Vicuña, Prieto e Pérez, 2002).

Agravamento do cancro e traumatismo: Alguns autores sugerem que o processo de inflamação decorrente de um traumatismo e os subsequentes processos de reparação podem retardar ou acelerar o crescimento tumoral enquanto o próprio traumatismo e as suas sequelas podem aumentar a disseminação tumoral (Weiss, 1990). Tem sido descrito o aparecimento de metástases no local do traumatismo (Balakrishnan et al., 1994; Magge e Rosenthal, 2002), especialmente sob a forma de metástases musculares. Em conclusão, a possibilidade de uma modificação do plano terapêutico da doença neoplásica devido a um traumatismo pode agravar aquela patologia; a doença neoplásica pode atrasar a consolidação das lesões traumáticas e, em casos muito raros, podem desenvolver-se metástases musculares no local onde ocorreu o traumatismo (Rebatu, 2003b). Contudo, o problema da imputabilidade médica do traumatismo na patogenia do cancro não será resolvido até que a biologia do cancro esteja melhor esclarecida. Os traumatismos repetidos, crónicos, actuando em tecidos sucessivamente alterados têm maior probabilidade de induzir regeneração desorganizada do que um traumatismo isolado. A discussão será bem mais complexa no caso de um traumatismo único, isolado, que se desenvolve sobre um tecido normal ou sobre uma lesão crónica (Aguiar, Pereira e Ralha, 2008). Dada a complexidade destas questões, a avaliação deverá ser efectuada em associação com clínicos e patologistas/oncologistas experientes.

V. APLICAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS PRÁTICOS

Dos 1756 relatórios pesquisados no âmbito do Direito do Trabalho, foram identificados 100 relatórios cujo subcapítulo dos antecedentes pessoais se encontrava preenchido. Destes, excluíram-se 76 casos, referentes a concausas fisiológicas ou em que não houve qualquer influência do estado anterior na evolução das lesões traumáticas, nem estas tiveram consequência sobre a

patologia pré-existente, bem como os casos em que a escassez de dados não permitia a sua adequada análise. Resultou assim uma amostra final de 24 casos, correspondendo a 1,4% do total de exames periciais elaborados no período acima consignado.

Dos 692 relatórios elaborados no âmbito do Direito Civil, foram identificados 556 relatórios obedecendo aos critérios supramencionados, dos quais foram excluídos 475, pelos mesmos motivos atrás expostos. Resultou uma amostra final de 81 casos, correspondendo a 11,7% do total de exames periciais elaborados. Relativamente a cada uma das situações, apresentamos um caso ilustrativo da patologia em apreço.

1. Casos práticos no âmbito da avaliação do dano corporal em Direito do Trabalho

Patologia degenerativa da coluna vertebral cervical

Examinando de 49 anos de idade, vendedor, sofreu um acidente de trabalho (acidente de viação, com despiste), de que resultou traumatismo craniano e cervical. Foi assistido nos serviços clínicos da seguradora, onde efectuou exames radiográficos que revelaram discartrose cervical. Nos seus antecedentes pessoais há referência a cervicalgias esporádicas e, à data da avaliação pericial, o sinistrado referia intensas dores cervicais com ocasionais parestesias dos membros superiores.

Proposta de avaliação - Merece o presente caso que se pese a existência de um estado patológico anterior de que o examinando era já portador (discartrose cervical) à data do traumatismo. De facto, o estudo radiográfico da coluna cervical realizado nos dias subsequentes ao acidente evidenciava já um processo degenerativo, situação que se manteve sobreponível à data da avaliação pericial (decorridos sete meses do traumatismo) realizada no Serviço de Clínica Forense do INMLCF, I.P. e facto que levou a aceitar a situação como pré-existente ao traumatismo. Contudo, aceitou-se que do evento tenha resultado um agravamento das cervicalgias pré-existentes, o que terá sido baseado não apenas no relato do aparecimento de cervicalgias intensas mas na obtenção de registos clínicos anteriores comprovativos da sua ausência anterior. Pelos motivos expostos, é de se admitir um nexo de causalidade parcial entre o traumatismo e o quadro clínico observado, sendo que o cálculo da IPP deverá ser efectuado relativamente à capacidade integral do indivíduo (100%).

Patologia degenerativa do ombro

Examinanda de 49 anos de idade, empregada de limpeza, sofreu acidente de trabalho em 2010, quando ao levantar um estrado do solo do balneário, sentiu uma dor intensa no braço direito, escorregou e sofreu queda, motivando uma inaptidão temporária para o seu desempenho profissional. Alguns dias após o evento, foi assistida nos serviços clínicos da seguradora onde efectuou uma RMN ao ombro direito que revelou ruptura da coifa de rotadores com lipomatose, tendinose e alterações degenerativas da articulação acrómio-clavicular. À data da avaliação pericial (um ano após o traumatismo) a examinanda ostentava dor e limitação funcional do ombro direito nos últimos graus das suas mobilidades activas. Acresce-se que a sinistrada referia que antes do acidente não apresentava qualquer sofrimento da respectiva articulação.

Proposta de avaliação – Face ao resultado patente na RMN efectuada ao ombro direito verificou-se que a sinistrada era já portadora de patologia prévia nessa estrutura. Porém é de referir que as rupturas agudas geralmente apresentam apenas compromisso funcional a nível da mobilidade activa com preservação dos movimentos passivos, tal como sucede no caso supra descrito. Com base no exposto, bem como no mecanismo traumático descrito e queixas apresentadas, admite-se que a examinanda apresentava sequelas de ruptura do supra-espinhoso em ombro com alterações degenerativas e lipomatose prévia. Assim aceita-se o estabelecimento de um nexos de causalidade parcial entre o traumatismo e as sequelas apresentadas, uma vez que as alterações evidenciadas não podem ser na sua totalidade imputadas ao evento ocorrido em 2010. Aceita-se a persistência de algumas queixas relativas à ruptura da coifa de rotadores e eventual agravamento das lesões degenerativas pré-existentes.

Patologia degenerativa do tornozelo

Examinanda de 45 anos de idade, empregada de limpeza, sofreu acidente de trabalho (queda) de que resultou fractura do maléolo interno do tornozelo direito. Fez imobilização gessada e foi acompanhada nos serviços clínicos da seguradora, onde cumpriu programa de fisioterapia. Revela-se nos seus antecedentes pessoais uma fractura do mesmo tornozelo cerca de 10 anos antes do evento traumático descrito. Decorridos dez dias do acidente efectuou uma tomografia axial computadorizada (TAC) ao tornozelo direito que revelou “*fractura do maléolo peroneal (...) pequenas calcificações na extremidade do maléolo (sugestiva de antiga lesão ligamentar interna) e esporões sub e retro-calcaneanos*”. Na avaliação pericial efectuada apresentava limitação das mobilidades e edema crónico do tornozelo.

Proposta de avaliação – Se as lesões pré-existentes tivessem resultado de acidente de trabalho anterior e os seus danos fossem devidamente descritos e avaliados, saberíamos qual o prejuízo funcional no acidente de trabalho anterior que poderia ser facilmente comparável com a incapacidade funcional actual que a examinanda apresenta. Em nossa opinião, seria fundamental que no presente caso se efectuasse uma pesquisa dos registos clínicos anteriores ao traumatismo, quer através da médica de família ou de serviços clínicos da seguradora onde eventualmente a examinanda tivesse sido assistida pelas lesões pré-existentes. Deste modo, considerando as lesões estabelecidas anteriormente ao traumatismo em questão, duas situações poderiam estar presentes: (a) ou teria havido um acidente de trabalho anterior seguido de uma avaliação pericial em sede de Direito do Trabalho; (b) ou tratar-se-ia de sequelas decorridas de qualquer outro tipo de acidente ou patologia em que não foi efectuada qualquer avaliação pericial ou foi avaliada num outro ramo do Direito. Na primeira situação, em que há uma anterior avaliação em Direito do Trabalho, o primeiro coeficiente deverá ser calculado por referência à capacidade anterior da examinanda (princípio da capacidade restante), sendo a incapacidade imputável ao traumatismo em apreço obtida pela diferença entre a IPP anterior e a que for calculada como se tudo resultasse do traumatismo. No segundo caso, em que as lesões pré-existentes resultaram de outra etiologia que não acidente de trabalho, o cálculo da IPP imputável ao traumatismo em análise deverá ser efectuado relativamente à capacidade integral da examinanda.

Afectação da função sensorial

Examinando de 45 anos de idade, estucador, sofreu acidente de trabalho, de que resultou queimadura grave do olho direito e consequente perda de função – amaurose direita e conjuntivite crónica. Dos seus antecedentes pessoais realça-se a perda de visão do olho esquerdo por acidente não coberto por qualquer seguradora.

Proposta de avaliação – No caso em apreço, constata-se a existência de um estado anterior em que, apesar de o traumatismo não ter afectado a mesma estrutura anatómica afectou a mesma função (função visual). Esse estado mórbido precedente (cegueira unilateral) não foi alvo de reparação pericial, motivo pelo qual o cálculo da sua incapacidade global imputável ao evento em análise será aqui efectuado relativamente à capacidade integral do indivíduo (100%). Deste modo, propõe-se a valoração da IPP fixável em 95%, tendo em conta o coeficiente de desvalorização relativo à cegueira e enquadrável no Capítulo V, nº 2.7 da *Tabela Nacional de Incapacidades por*

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (Anexo I, Dec. Lei nº 352/07, de 23 de Outubro). Continuando na restrição do problema descrito, mas supondo que as sequelas resultantes do anterior acidente haviam sido já avaliadas em sede de Direito do Trabalho, o cálculo do coeficiente global de incapacidade relativo ao segundo acidente deverá ser obtido pelo princípio da capacidade restante, calculando-se o coeficiente actual por referência à capacidade anterior do indivíduo. Ou seja, considerando o mesmo indivíduo, com uma IPP anterior de 25% referente à cegueira unilateral, propõe-se uma IPP imputável ao segundo acidente de 71%, obtida pelo princípio da capacidade restante. O valor de incapacidade obtido neste segundo caso é obviamente inferior ao calculado como se tudo resultasse do traumatismo em apreço, já que na presente situação o indivíduo havia sido já reparado e indemnizado pela perda de visão à esquerda.

2. Casos práticos no âmbito da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Patologia degenerativa da coluna vertebral cervical

Examinanda de 45 anos de idade, vítima de acidente de viação com colisão frontal, de que resultou traumatismo cervical e torácico. Na sequência deste evento, foi assistida numa unidade hospitalar onde teve alta no mesmo dia, com imobilização do pescoço com colar cervical. Posteriormente, já nos serviços clínicos da seguradora, efectuou estudo radiográfico dinâmico da coluna cervical, o que não revelou alterações, pelo que lhe foi indicada a remoção do colar cervical. Por persistência de cervicalgias, efectuou RMN que evidenciou alterações degenerativas. Das informações clínicas facultadas constam relatórios de exames radiográficos da coluna vertebral, efectuados cerca de um ano antes e dois meses após o traumatismo e onde se assinala que a examinanda apresentava alterações degenerativas (espondilose) incipientes nos segmentos vertebrais cervical e lombar. Por outro lado, o exame neurológico efectuado não revelou alterações significativas. Foi negada pela examinanda qualquer sintomatologia dolorosa cervical previamente ao traumatismo.

Proposta de avaliação – Face ao caso descrito, admitiu-se que as alterações evidenciadas nos exames imagiológicos não tiveram origem no evento traumático sofrido pela examinanda, uma vez que o tempo necessário para o seu aparecimento é manifestamente superior ao tempo decorrido. A existência de alterações degenerativas cervicais a partir de determinada idade torna-se frequente e na maioria dos casos, sendo assintomáticas, é lícito questionar-se

sobre a responsabilidade do traumatismo no agravamento dessas alterações ou mesmo no desencadeamento ou aceleração da sua expressão clínica. Colocam-se várias questões no caso em concreto: será que o traumatismo desencadeou alterações nas lesões degenerativas pré-existentes? Será que estas alterações viriam algum dia a manifestar-se na ausência do traumatismo? Ou será que o traumatismo apenas antecipou uma patologia com uma evolução inevitável? Pierre Lucas defende que quando há dúvidas em afirmar que tal patologia latente pudesse vir algum dia a manifestar-se na ausência do traumatismo, o mais correcto será considerar o traumatismo como factor desencadeante e valorar como se tudo resultasse do traumatismo. Além disso, refere que numa situação de aceleração, deverá ser indemnizável a antecipação desse compromisso funcional ou sintomático. Por outras palavras, o facto de um traumatismo gerar uma expressão clínica precoce de um estado anterior, justifica uma incapacidade permanente de modo a compensar a vítima que poderia, durante tempo indeterminado, viver sem esse sofrimento físico.

Assim, atendendo ao mecanismo e à violência do traumatismo descrito, à sede das lesões iniciais bem como às alterações degenerativas incipientes evidenciadas à data do evento e ao facto de a examinanda negar qualquer sintomatologia cervical prévia (especialmente havendo registos anteriores do médico de família que evidenciem a inexistência de queixas prévias), torna-se legítimo aceitar que, após o acidente se tenha desencadeado ou acelerado a sintomatologia dolorosa a nível da coluna cervical. Não seria razoável imputar ao traumatismo um efeito desencadeante ou mesmo agravante quando o estado mórbido anterior estivesse em grau muito avançado de evolução, por assim dizer terminal. Pelas razões atrás mencionadas, estes achados não devem ser imputados na sua totalidade ao traumatismo (uma vez que já existiam à data do acidente em apreço), sendo no entanto, possível admitir-se um nexo de causalidade parcial entre o traumatismo e o dano (sintomatologia dolorosa referida).

Patologia degenerativa do ombro

Examinanda de 52 anos de idade, trabalhadora agrícola, vítima de acidente de viação, com colisão entre o veículo de duas rodas que conduzia e um veículo ligeiro de quatro rodas. Na sequência do evento, terá sofrido queda com embate do hemicorpo direito no solo. Face à tendinite do bicipite à direita evidenciada numa ecografia realizada quatro anos antes realça-se a existência de um estado patológico de que a examinanda era portadora, previamente à data da ocorrência do traumatismo. Duas semanas após o traumatismo em apreço efectuou uma RMN ao ombro direito no qual era patente uma ruptura completa dos tendões supra e infra-espinhosos e subescapular, com

retracção músculo-tendinosa e atrofia muscular com infiltração lipomatosa. Saliente-se que no relatório clínico enviado do médico assistente constava que a examinanda à data do acidente apresentava-se sem queixas do ombro direito e fazia a vida normal, mantendo a força normal e a mobilidade sem alterações.

Proposta de avaliação – Pelos registos clínicos facultados pela médica assistente, verificou-se que a examinanda era já portadora de patologia prévia (tendinite do bicípite) ao acidente em apreço, além de que a RMN do ombro direito realizada no decurso do traumatismo evidenciou características a favor de uma ruptura não recente da coifa de rotadores (degenerescência gorda, múltiplas rupturas tendinosas e retracção músculo-tendinosa). A esta informação acresce a profissão da vítima, susceptível de poder desenvolver rupturas da coifa. Porém, no presente caso, não deixamos de valorar o eventual desencadeamento clínico com incapacidade funcional, até porque nos registos do médico assistente era patente que a examinanda à data do acidente em apreço não apresentava queixas a nível do ombro. As lesões crónicas podem apresentar uma evolução assintomática durante um longo período de tempo, podendo ser desencadeadas por um cofactor (ex. traumatismo) e manifestarem-se subitamente (Castro, 2005). Apesar de aceitarmos que o traumatismo possa ter contribuído para um agravamento do estado anterior não sabemos em que proporção. Não poderemos afirmar se essa proporção foi de 25%, 50%, 75% ou outra percentagem. Face ao exposto e aos elementos disponíveis, é de se admitir um nexo de causalidade parcial entre o traumatismo e o dano, sendo de considerar a valoração de um DFP pelo desencadeamento da omalgia com limitação funcional clinicamente objectivável e implicando terapêutica ocasional.

Patologia degenerativa do joelho

Examinando de 23 anos de idade, carpinteiro, vítima de acidente desportivo, enquanto praticava futebol. Revela-se nos seus antecedentes pessoais um outro acidente desportivo em 1998 de que resultou rotura do ligamento cruzado anterior e lesão do menisco interno no joelho esquerdo, pelo que foi submetido a ligamentoplastia e meniscectomia parcial (das quais poderá ter resultado uma instabilidade ântero-posterior). Como consequência do traumatismo ocorrido em 2001, resultou uma entorse desse mesmo joelho, com ruptura meniscal bilateral. Ao exame objectivo, apresentava uma marcha normal, amiotrofia da coxa e perna de dois centímetros e sinais de instabilidade residual ântero-posterior no joelho.

Proposta de avaliação – A situação descrita retrata o caso de um joelho submetido anteriormente a uma ligamentoplastia e meniscectomia parcial que não retrocede ao seu estado inicial, uma vez que é submetido a uma meniscectomia bilateral. Da informação facultada, foi possível assinalar que as sequelas em causa não podem ser na sua totalidade imputáveis ao acidente em apreço, sendo de admitir-se um nexo de causalidade parcial entre o traumatismo ocorrido em 2001 e as sequelas observadas a nível do joelho esquerdo. O caso em concreto realça a importância de solicitar registos clínicos anteriores ao traumatismo de modo a averiguar se o examinando apresentava já uma instabilidade ântero-posterior do joelho decorrente do primeiro acidente.

De facto, admite-se que do traumatismo possa ter resultado um agravamento do quadro sintomático a nível do joelho (o qual, já fragilizado por ter sido submetido anteriormente a intervenção cirúrgica viria a sofrer contusão no segundo traumatismo). Apesar de se aceitar que o estado anterior possa ter contribuído para o quadro sequelar, não é possível determinar-se, com segurança, a responsabilidade relativa que esse estado anterior provocou sobre as sequelas observadas. Há uma combinação de sequelas decorrentes de lesões diferentes, além de que susceptíveis de criar uma situação evolutiva como, por exemplo, uma artrose. Poderia descrever-se o estado anterior (eventualmente estável) e o estado actual de modo a perspectivar-se a incapacidade correspondente a cada uma das situações e assim conhecer-se o agravamento funcional a nível do joelho. Tomando em consideração este aspecto concordamos com o facto de ter sido proposto um DFP pelas sequelas meniscais decorrentes da meniscectomia bilateral.

Fractura e/ou refractura de um mesmo membro

Examinando que sofreu um acidente em 1992, de que resultou fractura exposta grau II da perna esquerda nível C tipo 3, a qual foi tratada cirurgicamente (encavilhamento), sem complicações pós-operatórias. Após consolidação das lesões, foi realizada uma avaliação pericial do dano corporal em Direito Civil, tendo-se observado, no membro inferior esquerdo, as seguintes sequelas: discreta claudicação da marcha, amiotrofia de dois centímetros na coxa e um centímetro e meio na perna; ressalto articular no joelho; rigidez discreta da tibiotársica e acentuada da subastragalina e sinais radiológicos de artrose a nível do joelho e tornozelo esquerdos. Foi-lhe atribuída uma incapacidade permanente geral de 15%, considerando-se que as sequelas eram compatíveis com a sua profissão habitual (pedreiro), embora à custa de esforços acrescidos. Quanto ao traumatismo em avaliação, ocorrido em 2004, verificou-se que resultou fractura distal dos ossos da perna esquerda, pelo que foi submetido

a tratamento cirúrgico. Após o tratamento cirúrgico inicial, a situação evoluiu desfavoravelmente com pseudoartrose, havendo necessidade de posteriores intervenções cirúrgicas que culminaram em artrodese do tornozelo esquerdo. À data da avaliação pericial, o examinando apresentava amiotrofia da coxa e da perna de quatro centímetros, edema residual do tornozelo e anquilose da articulação tibiotársica.

Proposta de avaliação - Neste contexto e face ao exposto, nem todas as sequelas e/ou limitações funcionais do membro inferior esquerdo podem ser inteiramente imputáveis ao evento traumático em apreço, tendo em conta o estado anterior supramencionado. O traumatismo agravou um estado anterior, pelo que o agravamento deverá reflectir-se na diferença entre a situação anterior e a actual. Porém, como interpretar a incapacidade anterior de 15% para valorizar o estado anterior? Somente como valor indicativo, uma vez que tal atribuição se regeu por uma Tabela distinta da actual. Deste modo, com base nos registos referentes às sequelas resultantes do acidente anterior, deverá efectuar-se uma estimativa do DFP relativo a esse estado anterior. A diferença calculada entre o DFP pré-existente e o actual corresponderá ao défice imputável ao traumatismo em consideração. O caso descrito realça a importância da análise, sempre que possível, da informação das lesões e sequelas decorrentes de acidentes anteriores. Quando os danos decorrentes de um acidente de viação anterior se encontrarem devidamente descritos e avaliados, saberemos qual o prejuízo funcional resultante do primeiro traumatismo, podendo haver comparação com as sequelas observadas após o segundo traumatismo.

Afectação da função sensorial

Examinando de 49 anos de idade, músico, portador de surdez congénita à direita, na sequência de uma agressão sofreu traumatismo directo no ouvido esquerdo, com consequente surdez à esquerda.

Proposta de avaliação - No caso em concreto, o traumatismo agravou o estado anterior, dado que, apesar de não ter sido afectada a mesma estrutura anatómica (ouvido direito versus ouvido esquerdo), foi afectada a mesma função, nomeadamente a função auditiva. Será correcto proceder-se à reparação da perda total da função? Não será obviamente justo para o autor da agressão ter de indemnizar em montante superior ao necessário noutra pessoa sem essa patologia anterior. Mas menos correcto seria se a vítima que vivia com uma surdez unilateral, ficasse sem qualquer função auditiva e fosse apenas indemnizada pela surdez unilateral decorrente da

agressão. Assim, poderá procurar-se uma solução intermédia entre estes dois extremos, de modo a proceder-se a uma reparação a mais justa possível para ambas as partes intervenientes. Tendo em conta a consulta da *Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil*, a surdez unilateral conferia um DFP fixável em 15 pontos enquanto a perda total da função auditiva correspondia a um valor de 60 pontos. Deste modo e de acordo com o anteriormente mencionado, poderia propor-se um DFP de 45 pontos correspondendo à reparação da situação de agravamento da função auditiva e imputável à agressão descrita.

Epilepsia

Examinando de 49 anos de idade, sofreu acidente de viação de que resultou traumatismo crânio-encefálico (com perda de conhecimento) e toraco-abdominal. Dos seus antecedentes pessoais revela-se a epilepsia, motivo pelo que se encontrava medicado com Tegretol 200 mg (1 comp/dia), previamente ao acidente, tendo após o traumatismo em apreço, sido duplicada a dose da medicação antiepiléptica. Não havia registo de quaisquer outras informações.

Proposta de avaliação – Apesar de se tratar de um evento raro, devemos averiguar, no caso em concreto, o possível agravamento da epilepsia pré-existente. Naturalmente que nesta situação em que o traumatismo pode agravar um estado mórbido anterior não pode aceitar-se um longo período de latência entre o traumatismo e o eventual agravamento. Face ao descrito nos antecedentes pessoais, seria necessário apurar um eventual aumento da frequência das crises ou uma alteração da sua sintomatologia (com crises generalizadas, generalização secundária a crises focais ou estado do mal epilético). Deverão ser excluídas outras etiologias susceptíveis por si só de provocarem o agravamento das crises epiléticas. Se após a exclusão de todas as restantes etiologias possíveis, o agravamento da epilepsia pré-existente puder ser demonstrado após o traumatismo, dever-se-á estabelecer um nexo de causalidade parcial entre o traumatismo e o quadro epilético apresentado.

Diabetes Mellitus

Examinanda de 81 anos de idade, vítima de queda, de que resultou um traumatismo craniano e toraco-abdominal. Nos seus antecedentes pessoais revela-se a pré-existência de DM tipo II, tendo após o traumatismo em apreço, iniciado tratamento insulínico. Não havia registo de quaisquer outras informações.

Proposta de avaliação – Seria importante proceder-se a uma avaliação mais exaustiva no que concerne ao carácter evolutivo da DM pré-existente. Conforme já atrás aludido, qualquer traumatismo mesmo que ligeiro, é susceptível de provocar um desequilíbrio endócrino num diabético (Nys e Thervet, 1991), independentemente do tipo e gravidade do distúrbio metabólico pré-existente, sendo possível deste modo o agravamento da DM não insulino-dependente em DM insulino-dependente. Porém, é necessário não esquecer que indivíduos diabéticos não insulino-dependentes são geralmente pouco controlados, quer a nível glicémico quer vascular e, em 10% a 20% dos casos, a sua evolução progride espontaneamente no sentido da insulino-dependência (Nys e Thervet, 1991). Face ao exposto, facilmente se depreende que o estudo do nexo de causalidade entre um traumatismo e o agravamento da DM envolve grande complexidade, sendo necessária uma detalhada avaliação individual do caso, já que na prática forense torna-se extremamente difícil quantificar o seu agravamento. De qualquer modo, no caso enumerado, seria vantajosa a análise das medições periódicas da HbA1c, inclusive à data do traumatismo e anteriormente a este.

VI. CONCLUSÕES

A existência de um estado anterior pode originar dificuldades na correcta avaliação do dano corporal pós-traumático. Apesar dos diversos estudos já desenvolvidos nesta área, ainda há muito a fazer, dada a complexidade da sua análise e alguma falta de uniformização que este tipo de avaliação envolve. Relativamente às patologias abordadas, concluiu-se o seguinte:

Cervicartrose: Deverá dar-se atenção ao período de tempo decorrido entre um traumatismo e o aparecimento da primeira manifestação clínica da artrose cervical, sendo razoável aceitar-se um intervalo temporal livre inferior a seis meses. Mesmo no caso de não existir uma correlação radiologicamente evidente entre um traumatismo e o agravamento de uma cervicartrose, reconhece-se o seu papel no agravamento de uma artrose cervical pré-existente ou no desencadeamento da sua expressão clínica.

Hérnia discal: A demonstração da imputabilidade traumática das hérnias discais é sujeita a regras específicas e pode ser fácil quando o traumatismo é violento, directo ou indirecto, quando o intervalo temporal livre é inferior a três ou quatro meses (sendo maior no caso de fractura vertebral pós-traumática) e quando não foi encontrada qualquer outra causa susceptível de contribuir para o aparecimento da lesão.

Lesões da coifa de rotadores: Reconhece-se que um traumatismo possa agravar um estado anterior nas lesões da coifa de rotadores. A presença de múltiplas rupturas tendinosas, a significativa retracção tendinosa ou a presença de lipomatose são elementos a favor de uma ruptura não recente da coifa de rotadores.

Reumatismo inflamatório: O traumatismo jamais poderá corresponder ao único agente etiológico de um reumatismo inflamatório. É possível ao traumatismo actuar sobre um factor predisponente, desencadear um processo inflamatório num indivíduo portador de um reumatismo latente ou agravar um reumatismo inflamatório activo. O intervalo temporal entre o evento traumático e o aparecimento do reumatismo deverá estar ausente nas espondiloartropatias ou ser inferior a três meses nas artrites periféricas.

Psoríase: Esta patologia poderá sofrer um agravamento temporário pelo traumatismo e apenas em casos excepcionais deverá ser considerada a valoração do dano a título permanente. O intervalo de aparecimento entre um traumatismo e a lesão psoriática não deverá exceder as cinco ou seis semanas.

Esclerose múltipla: Um traumatismo não pode provocar uma esclerose múltipla, podendo contudo gerar um impulso evolutivo na patologia. A responsabilidade do evento traumático deverá ser limitada às primeiras manifestações clínicas da esclerose múltipla, sem ter em consideração as posteriores manifestações da doença.

Epilepsia: Para o reconhecimento de uma epilepsia pós-traumática é fundamental analisar um conjunto de factores, tais como, a gravidade do TCE, o tipo de lesão cerebral estabelecida, a duração do período mnésico pós-traumático e a presença de crises epilépticas precoces. O intervalo temporal entre o traumatismo e a apresentação convulsiva pode durar vários anos. Devem ainda ser excluídas outras causas susceptíveis de provocar crises epilépticas bem como a pré-existência de uma epilepsia. Numa epilepsia pré-existente, o traumatismo pode desencadear a expressão clínica de uma epilepsia latente, aumentar a frequência das crises ou desencadear o aparecimento de outros tipos de crise.

Enfarte agudo do miocárdio: A imputabilidade médica é mais facilmente estabelecida quando o episódio coronário surge nos dias subsequentes ao evento traumático e não há antecedentes ou factores de risco coronários.

Doenças infecciosas – Tuberculose: O traumatismo pode revelar ou agravar o curso evolutivo de uma tuberculose. É razoável aceitar-se um intervalo

livre de aparecimento de um mês a seis meses na TB pleuro-pulmonar e na TB osteo-articular periférica, de quinze dias a seis meses na TB urogenital e até trinta meses na TB vertebral. No entanto, o traumatismo tem sido cada vez mais considerado como revelador de uma TB pré-existente.

Arteriopatia dos membros inferiores: O traumatismo pode ser responsável pelo aparecimento de uma arterite e pode agravar ou alterar o curso evolutivo de uma arterite pré-existente. Para se discutir uma eventual imputabilidade médica o traumatismo deverá ser suficientemente violento e o intervalo temporal deverá ser inferior a um ano.

Endocrinopatias – Diabetes Mellitus: A fisiopatologia da diabetes não insulino-dependente é a favor da presença de uma diabetes pré-existente. O traumatismo pode tornar insulino-dependente um indivíduo que apenas necessitava de hipoglicemiantes orais. Apesar da patogénese imunológica da diabetes insulino-dependente, reconhece-se que o traumatismo pode ter um papel no seu desencadeamento. O valor retrospectivo da HbA1c é utilizado para conhecer um eventual estado anterior.

Cancro: Não está cientificamente demonstrado o nexo de causalidade entre o traumatismo e o aparecimento de um cancro. Assume-se que o traumatismo possa acelerar o desenvolvimento de um cancro já em evolução ou estimular o seu crescimento e disseminação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar I, Pereira R, Ralha T. (2008). O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 18: 67-83.
- Alcalay M et al. (1987). Étude rétrospective du rôle éventuel des traumatismes dans la genèse de la spondylarthrite ankylosante, du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et des arthrites réactionnelles, des rhumatismes B27 inclassés de l'adulte et des arthrites chroniques B27 de l'enfant. *Revue Rhumatologie*, 54:235-241, cit. por Combe B, Ferrazzi V. (2000). Rhumatismes inflammatoires chroniques post-traumatiques. *Revue Française du Dommage Corporel*, 26(1): 23-29.
- Allemagne P. (1981a). Tuberculose pleuro-pulmonaire et traumatisme. In: Tuberculose et traumatisme. Mémoire DC. Marseille, pp. 4-23.
- Allemagne P. (1981b). Tuberculose uro-génitale et traumatisme. In: Tuberculose et traumatisme. Mémoire DC. Marseille, pp. 24-30.
- Amsellem H. (1994a). L'imputabilité et ses conséquences médico-légales. In: Pelvispondylite rhumatismale. Imputabilité a un traumatisme. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris, pp. 11-15.

- Amsellem H. (1994b). La réparation du prejudice. In: Pelvispondylite rhumatismale. Imputabilité a un traumatisme. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris, pp. 16-38.
- Bachele JM. (1989a). Facteur traumatique. In: Psoriasis et traumatisme. Mémoire DC. Faculté de Médecine Lariboisière. Saint Louis, pp. 25-35.
- Bachele JM. (1989b). Rappel sur le psoriasis. In: Psoriasis et traumatisme. Mémoire DC. Faculté de Médecine Lariboisière. Saint Louis, pp. 4-24.
- Balakrishnan C et al. (1994). Metastatic adenocarcinoma in a recent burn scar. Burns, 20(4): 371-372, cit. por Rebatu P. (2003b). Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, pp.40.
- Barbosa M, Costa G. (1995). Epilepsia pós-traumática. Revista Portuguesa do Dano Corporal, 4(5): 61-71.
- Bardet F. (1993). Imputabilité. In: Traumatisme et cancer du sein. Mémoire DC. Université de Bordeaux II. Bordeaux.
- Bartolin R et al. (1979). Reflétions sur les spondylodiscites post-traumatiques. Medit. Med., 7: 27-34, cit. por Malafosse P. (1982). Aspect Médico-légal. In: Tuberculose vertébrale et traumatisme. Problèmes d'imputabilité et de réparation. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, pp. 21-32.
- Bellecoste JF. (1984). Etude médico-légale sur l'infarctus du myocarde post-traumatique. Mémoire DC. Montpellier, p.47.
- Bero SM, Busam KJ, Brady MS. (2006). Cutaneous melanoma arising in a burn scar: two recent cases and a review of the literature. Melanoma Res; 16(1): 71-76, cit. por Aguiar I, Pereira R, Ralha T. (2008). O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura. Revista Portuguesa do Dano Corporal, 18: 67-83.
- Bonduelle M. (1984). Eléments d'appréciation du rôle du traumatisme dans l'évolution d'une maladie neurologique : sclérose latérale amyotrophique – maladie de Parkinson – sclérose en plaques. Revue Française du Dommage Corporel, 10 (3): 191-202
- Boni P. (1979). Traumi e tumori: valutazioni patogenetiche. Federazione Medica, 32: 394, cit. por Aguiar I, Pereira R, Ralha T. (2008). O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura. Revista Portuguesa do Dano Corporal, 18: 67-83.
- Brun JP. (1992). Problème Médico-légal. In: Traumatisme et artériopathie des membres inférieurs. Mémoire DC. Faculté de Médecine Alexis-Carrel. Lyon, pp. 26-34.
- Castro B. (2005). La valoración médico-legal de las lesiones del manguito de los rotadores: Estado anterior y análisis de causalidad. Revista Portuguesa do Dano Corporal, 14(15): 133-137.
- Chanliou R. (1977a). Traumatisme et infections. In: Traumatismes et maladies. Problèmes d'imputabilité. Mémoire DC. Montpellier, pp.13-17.
- Chanliou R. (1977b). Traumatisme et cancer. In: Traumatismes et maladies. Problèmes d'imputabilité. Mémoire DC. Montpellier, pp.5-12.
- Chapon S. (1985). Infarctus du myocarde post-traumatique. Incidence médico-légale. A propos de 2 cas. Mémoire DC. Montpellier, p.38.
- Choi NW, Schuman LM, Gullen WH. (1968). Epidemiology of central nervous system neoplasms: a case control study. Neurology, 18: 308, cit. por Rebatu P. (2003). Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, p.35.
- Clerson P. (1983). Contribution à l'étude du diabète post-traumatique. Revue Française du Dommage Corporel, 9 (1): 49-56.

- Combe B, Ferrazzi V. (2000). Rhumatismes inflammatoires chroniques post-traumatiques. *Revue Française du Dommage Corporel*, 26(1): 23-29.
- Crecy M. (1990). Epilepsie post-traumatique. Problèmes medico-legaux. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris.
- Daupleix D, Ordonneau P, Dreyfus P. (1978). Réparation médico-légale des mono ou polyarthrites post-traumatiques. *Revue du Rhumatisme*, 45(3), suppl.:5-12, cit. por Hannequin JR, Ludes B. (2003). Les rhumatismes inflammatoires, les traumatismes et le stress. *Revue Française du Dommage Corporel*, 29(1): 27-33.
- Daupleix D, Sulman T, Bremond G. (2011). Ruptures de la coiffe des rotateurs: cas cliniques. *Revue Française du Dommage Corporel*, 37(1): 23-35.
- Desoille H, Philbert M. (1963). La question du diabète sucré post-traumatique vue par un médecin, cit. por Nys P, Thervet F. (1991). La réparation du diabète post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 17(4): 395-405.
- Dorcky H et al. (1982). Hémoglobine glycosylée et estimation clinique du degré de contrôle du diabète. *Sem. Hôp. Paris*, 58: 2773-2780, cit. por Nys P, Thervet F. (1991). La réparation du diabète post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 17(4): 395-405.
- Doury P. (1986). Traumatismes et rhumatismes inflammatoires. In : *Actualités en rééducation et réadaptation fonctionnelles*, 11^e série. Paris: Masson :360-367 cit. por Combe B, Ferrazzi V. (2000). Rhumatismes inflammatoires chroniques post-traumatiques. *Revue Française du Dommage Corporel*, 26(1): 23-29.
- Doury P. (1992). Traumatismes et rhumatismes. *Concours Medical*: 114: 600-603.
- Doury P. (1993). La spondylarthrite post-traumatique. A propos de deux nouvelles observations. *Sem Hôp Paris*, 69: 564-569 cit. por Amsellem H. (1994). Pelvispondylite rhumatismale. Imputabilité a un traumatisme. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris, pp.12.
- Duggeli O, Trendlemburg F. (1957). La tuberculose de la colonne vertébrale. *Doc. Rhumatologica Geigy*, n° 11, cit. por Malafosse P. (1982). Aspect Médico-légal. In: *Tuberculose vertébrale et traumatisme. Problèmes d'imputabilité et de réparation. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes*, pp. 21-32.
- Fagnart JL, Lucas P, Rixhon E. (2009). Prédisposition et état antérieur. In: *Nouvelle approche des préjudices corporels. Évolutions! Révolution? Résolutions...Éditions du Jeune Barreau de Liège. Anthemis s.a. Belgique*, pp.35-81.
- Feuillade P. (1991a). Problèmes médico-légaux. In: *Considérations sur l'imputabilité médico-légale des hernies discales en Droit Commun et en accident du travail. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes*, pp. 19-25.
- Feuillade P. (1991b). Imputabilité des hernies discales. In: *Considérations sur l'imputabilité médico-légale des hernies discales en Droit Commun et en accident du travail. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes*, pp. 17-18.
- Filliol X. (1998). Démarche Médico-légale. In: *Les rhumatismes inflammatoires chroniques post-traumatiques. Mémoire DC. Université Bordeaux II. Bordeaux*, pp. 14-26.
- Grimaldi A, Cohen O, Thervet F. (1983). Hémoglobine A1c au cours du diabète non insulinodépendant. *Presse méd.*, 12: 2055, cit. por Nys P, Thervet F. (1991). La réparation du diabète post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 17(4): 395-405.
- Gueguen B. (1995). Aggravation et épilepsie post-traumatique tardive. *Revue Française du Dommage Corporel*, 21(3): 319-328.

- Haguenauer C. (1992a). Mecanismos physio-pathologiques de la hernie discale. In: Hernie discale et traumatisme. Mémoire DC. Faculté de Médecine Paris VII. Paris, pp. 10-13.
- Haguenauer C. (1992b). Les critères d'imputabilité. In: Hernie discale et traumatisme. Mémoire DC. Faculté de Médecine Paris VII. Paris, pp. 14-17.
- Hannequin JR. (1983). L'arthrite rhumatoïde post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 9: 23-48.
- Hannequin JR. (1986). La spondylarthrite ankylosante et les spondylarthropathies post-traumatiques chez l'adulte. *Revue Française du Dommage Corporel*, 12(4): 323-335.
- Hannequin JR, Ludes B. (2003). Les rhumatismes inflammatoires, les traumatismes et le stress. *Revue Française du Dommage Corporel*, 29(1): 27-33.
- Keromest R. (1983). La tuberculose post-traumatique. In: A propos d'une observation de tuberculose post-traumatique. Mémoire DC. Lille, pp. 8-11.
- Krueger G, Eyre RW. (1984). Trigger factors in psoriasis. *Dermatologic Clinics*, 2: 373-381.
- Mader M. (1990). Problèmes médico-légaux concernant la sclérose en plaques. In: Etude d'un cas de sclérose en plaques apparu dans les suites immédiate d'un traumatisme: imputabilité médico-légale. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, pp.10-16.
- Magee T, Rosenthal H. (2002). Skeletal muscle metastases at sites of documented trauma. *Am J Roentgenol*, 178 (4): 985-988, cit. por Rebatu P. (2003b). Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, pp.40.
- Malafosse P. (1982). Aspect Médico-légal. In: Tuberculose vertébrale et traumatisme. Problèmes d'imputabilité et de réparation. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, pp. 21-32.
- Mauclair (1931). Discussion sur un cas de tuberculose traumatique présenté par Robineau. *Ann de Médecine Légale*, cit. por Keromest R. (1983). A propos d'une observation de tuberculose post-traumatique. Mémoire DC. Lille, pp. 8-11.
- McAlpine D, Lumsden C, Acheson E. (1972). Multiple Sclerosis. Baltimore. William and Wilkins ed., pp.101-106, 300-301, cit. por Mader M. (1990). Etude d'un cas de sclérose en plaques apparu dans les suites immédiate d'un traumatisme: imputabilité médico-légale. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, p.14.
- Morantz RA, Shain W. (1978). Trauma and brain tumors: an experimental study. *Neurosurgery*, 3: 181-185, cit. por Rebatu P. (2003). Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, p.35.
- Norrant J. (1992a). Traumatisme chez un diabétique. In: Diabète et traumatisme. Mémoire DC. Université Paris. Paris, pp.17-27.
- Norrant J. (1992b). Le diabète post-traumatique. In: Diabète et traumatisme. Mémoire DC. Université Paris. Paris, pp.28-32.
- Nys P, Thervet F. (1991). La réparation du diabète post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 17(4): 395-405.
- Oliveira EML, Souza NA. (1998). Esclerose múltipla. In: *Revista de Neurociências* 6(3): 114-118.
- Oliveira Sá F. (1992). Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra. APADAC.
- Papelard A, Ritter P. (2001). Traumatisme cervical: réflexion médico-légale. *Revue Française du Dommage Corporel*, 27(3): 229-233.

- Parker HL, Kernohan JW. (1931). The relation of injury and glioma of the brain. *JAMA*, 97: 535-540, cit. por Rebatu P. (2003). Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, p.35.
- Poser CM. (1980). Sur le rôle des traumatismes physiques et psychologiques dans la sclérose en plaques. *Rev. Neurol.*, 136, 807-814, cit. por Mader M. (1990). Etude d'un cas de sclérose en plaques apparu dans les suites immédiate d'un traumatisme: imputabilité médico-légale. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, p.14-15.
- Ravault PP et al. (1969). Le mal de Pott de l'adulte en pratique rhumatologique. *Le monde médical*, 79: 1569-1584, cit. por Malafosse P. (1982). Aspect Médico-légal. In: Tuberculose vertébrale et traumatisme. Problèmes d'imputabilité et de réparation. Mémoire DC. Faculté de Médecine de Montpellier. Nîmes, pp. 21-32.
- Rebatu P. (2003a). Traumatisme et apparition du cancer. In: Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, pp.31-38.
- Rebatu P. (2003b). Traumatisme et aggravation du cancer. In: Cancer et traumatisme. Etat antérieur - Imputabilité. Mémoire DC. Université Claude-Bernard. Lyon, pp.39-42.
- Robineau (1922). Ostéoarthrite tuberculeuse et accidents du travail. Rapports du VI Congrès de Médecine Légale de langue française. *Ann de Médecine Légale*, cit. por Keromest R. (1983). A propos d'une observation de tuberculose post-traumatique. Mémoire DC. Lille, pp. 8-11.
- Roger J, Bureau M, Mireur O. (1987). L'épilepsie post-traumatique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 13(2): 119-130.
- Rossi P (1985). Emotion et infarctus du myocarde. Mémoire DC. Nice, p.30.
- Rousseau C. (1993). L'imputabilité médicale. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 2 (2): 9-29.
- Rousseau C, Fournier C. (1989). Diabète et traumatisme. In: Précis d'évaluation du dommage corporel en droit commun, Paris, pp.264-265.
- Salandini AM. (1989). Les endocrinopathies post-traumatiques. *Revue Française du Dommage Corporel*, 15(4): 385-395.
- Salle FA. (1992). Relation de cause a effet – ses critères. In: Infarctus du myocarde et traumatismes. Mémoire DC. Université Paris VII. Paris, pp.20-31.
- Sany J, Clot J. (s/d). Immuno-rhumatologie à l'usage du praticien. Editions Médicales Spécia cit. por Amsellem H. (1994). Pelvispondylite rhumatismale. Imputabilité a un traumatisme. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris, pp. 12.
- Savin S. (1977). Traumatisme et diabète. Mémoire DC. Paris.
- Segal JP. (1990). Approche médico-légale des traumatismes du myocarde – apport des données actuelles. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris.
- Sulman T (2011). Rupture de la coiffe des rotateurs : imputabilité en pratique. *Revue Française du Dommage Corporel*, 37(1): 37-39.
- Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Anexo I do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro.
- Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil. Anexo II do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro.
- Trèves R. (2001). Cervicarthrose et traumatisme. *Revue Française du Dommage Corporel*, 27(3): 221-224.

- Vernier L. (1996). Critères d'imputabilité de l'épilepsie post-traumatique. In: Critères d'imputabilité d'une épilepsie a un traumatisme chez un sujet indemne de tout antécédent et chez un sujet offrant un état antérieur. Mémoire DC. Université René Descartes. Paris, pp.14-23.
- Vicuña FMG, Prieto MAA, Pérez EU. (2002). Asociación entre traumatismo y tumor testicular. *Actas Urol Esp*, 26 (8): 592, cit. por Aguiar I, Pereira R, Ralha T. (2008). O traumatismo e o cancro: relação causal? Revisão da literatura. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 18: 67-83.
- Vieira DN, Corte Real F. (2008). Nexo de causalidade em avaliação do dano corporal. In: Vieira DN, Quintero JA. (2008). Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Biblioteca Seguros, pp.61-83.
- Weiss L. (1990). Some effects of mechanical trauma on the development of primary cancers and their metastases. *Journal of Forensic Sciences*, 35(3): 614-627.
- Wink CM. (1991). Aspect medico-legal. In: Rhumatisme psoriasique post traumatique. Mémoire DC. Faculté de Médecine Alexis-Carrel. Lyon, pp. 37-59.

Resumo: Estado anterior. Contributo para a sua caracterização na perspectiva da avaliação médico-legal.

Um problema complexo da avaliação do dano corporal pós-traumático para fins de reparação ocorre quando nos deparamos com a existência de um estado anterior ao traumatismo. Foram avaliadas as possíveis associações existentes entre patologias e um estado anterior, com o objectivo de melhor descrever o estabelecimento da imputabilidade e/ou agravamento dessas mesmas patologias. Neste enquadramento foi ainda efectuado um estudo retrospectivo, tendo por base perícias médico-legais, onde as lesões traumáticas provocaram um eventual agravamento do estado anterior ou em que este influenciou negativamente as consequências do traumatismo. A título de exemplo, pode referir-se que a frequência de uma artrose cervical na população em geral é elevada e, muitas vezes, assintomática, pelo que é lícito questionar a responsabilidade do traumatismo no agravamento de uma artrose ou no desencadeamento da sua expressão sintomática. Nas hérnias discais pode aceitar-se a influência do traumatismo quando o intervalo temporal é inferior a três ou quatro meses (podendo ser maior no caso de fractura vertebral). Um traumatismo pode desencadear ou agravar o quadro clínico de lesões da coifa de rotadores pré-existentes. Um reumatismo inflamatório pode ser desencadeado ou agravado por um evento traumático, desde que o intervalo temporal livre esteja ausente (nas espondiloartropatias) ou seja inferior a três meses (nas artrites periféricas). Um traumatismo físico ou psíquico pode desencadear ou agravar uma psoríase, sendo que o intervalo de aparecimento não deve ser superior a cinco ou seis semanas. No que se refere à esclerose múltipla, aceita-se que o traumatismo possa gerar um impulso evolutivo desta patologia. Um evento traumático pode provocar, agravar ou até desencadear o aparecimento de uma epilepsia. O nexo de causalidade entre um traumatismo e um enfarte agudo do miocárdio é mais facilmente estabelecido na ausência de factores de risco coronários. Para que o traumatismo possa revelar ou agravar uma tuberculose, o seu intervalo de aparecimento deve estar compreendido entre um mês a seis meses na tuberculose osteo-articular periférica, entre quinze dias a seis meses na tuberculose

urogenital e até trinta meses na tuberculose vertebral. Para se discutir o estabelecimento do nexos de causalidade entre um traumatismo e uma arteriopatía dos membros inferiores, o intervalo temporal deve ser inferior a um ano. Para que o traumatismo possa agravar ou até desencadear uma diabetes mellitus insulino-dependente, o intervalo temporal não deve exceder os quatro ou seis meses. Em determinadas circunstâncias poderá aceitar-se o papel do traumatismo na aceleração evolutiva do cancro, estimulando a sua disseminação.

Palavras-Chave: Estado anterior; nexos de causalidade; avaliação do dano corporal pós-traumático.

Summary: Prior state. A contribution to the characterization in forensic evaluation.

In the evaluation of post-traumatic corporal damage, a complex problem can exist, when we are faced with a state prior to trauma. We evaluated the possible associations between traumatic pathologies and a prior state, in order to better describe the responsibility and/or aggravation of these pathologies. A retrospective study based on forensic cases was also performed, where traumatic injuries had caused an aggravation of the prior state or had negatively influenced the consequences of the trauma. For example, the frequency of a cervical osteoarthritis in the general population is high and often asymptomatic and is therefore licit to ask the responsibility of a trauma to improve the arthritis or the onset of its symptomatic expression. In disc herniation it can be accepted that trauma can influence when the latency period is less than three or four months (which may be higher in a vertebral fracture case). A trauma can trigger or aggravate the pre-existing lesions of the rotator cuff. An inflammatory rheumatism can be triggered or aggravated by a traumatic event, since the latency period is absent (in spondyloarthropathies) or less than three months (in peripheral arthritis). A physical or mental trauma can trigger or aggravate psoriasis, but its appearance interval should never be higher than five or six weeks. With regard to multiple sclerosis, it is accepted that trauma can generate a thrust rolling in this pathology. A traumatic event can cause, aggravate or can be responsible for epilepsy. The relation between trauma and acute myocardial infarction is most easily established in the absence of coronary risk factors. The trauma may reveal or intensify tuberculosis when its appearance interval varies between one to six months in peripheral osteo-articular tuberculosis, between fifteen days to six months in urogenital tuberculosis, and is less than thirty months in spinal tuberculosis. To establish a relation between trauma and the lower limbs arteriopathy, a free interval less than one year must be present. To aggravate or even to trigger an insulin-dependent diabetes mellitus, the free interval must not exceed four to six months. Under certain circumstances it can be accepted that trauma may be responsible for a cancer increasing, encouraging its spread.

Key-Words: Prior state; responsibility; evaluation of post-traumatic corporal damage.

Pedido de separatas:

CARINA OLIVEIRA

carina.oliveira@dcinml.mj.pt

Propuesta de modificación del baremo español de tráfico para la valoración del daño corporal en el aparato estomatognático

CM. López-Nicolás⁽¹⁾, JA. Oliver⁽²⁾, E. Muñoz⁽³⁾, A. Luna⁽⁴⁾

1. INTRODUCCIÓN

En España, la valoración del daño corporal en el sistema bucal se encuentra sujeta a limitaciones y dificultades que provienen de la deficiente enumeración y valoración de las secuelas en los actuales baremos vigentes.

Actualmente los baremos más ampliamente utilizados en España son el incluido en la Ley 30/1995, de 8 noviembre. Esta Ley se encarga de la ordenación y supervisión de los seguros privados. Con posterioridad esta Ley fue modificada con la Ley 34/2003 de 4 de noviembre, para adaptarnos a la Normativa Comunitaria de La Legislación de Seguros Privados. El texto refundido de esta Ley fue aprobado por el Real Decreto 8/2004 de 29 de octubre. Posteriormente con la Ley 21/ 2007 de 11 de julio se modificó el texto refundido de la Ley aprobada por R.D de 8/2004 y R.D 6/2004 de 29 de octubre. Pero en nuestro medio, el baremo utilizado es el recogido por la Ley 34/2003 de 4 de noviembre, que tiene carácter vinculante en las lesiones de tráfico. Además también suele utilizarse el baremo de la Asociación Médica Americana (AMA) y la guía Melennec (Melennec, 1991). Estos baremos son los que nos proporcionan el marco normalizado para analizar y evaluar cualquier aparato o sistema del organismo.

¹ Profesor Titular, Facultad de Medicina/Odontología, Universidad de Murcia, España

² Doctor por la Universidad de Murcia; Colaborador Docente, Universidad de Murcia; Ortodontista practica exclusiva; España

³ Profesor Asociado de Odontología Forense, Universidad de Murcia; España

⁴ Catedrático de Medicina Legal y Toxicología, Universidad de Murcia; España

Estos baremos presentan grandes deficiencias y limitaciones (Alonso, 1990; Margeat, 1998)) que nos alejan de la finalidad última de los mismos, que no es otra que el resarcimiento íntegro de los daños (Hinojal, 1996; Hinojal 2008). La valoración del daño corporal y la reparación a la que tenía derecho toda persona lesionada, sobre todo indemnizaciones de tipo económico, es un tema que siempre ha preocupado al Derecho, y que continuamente está en revisión (Borobia, 1989; Borobia 1996; Borobia, 1996; Borobia 2006).

El presente estudio trata de analizar la situación actual y elaborar una propuesta de modificación del actual baremo de tráfico en el ámbito bucodental, con especial atención a las secuelas de la ATM.

2. OBJETIVOS Y MATERIAL Y METODOS

Debido a la ausencia de criterios operativos lo suficientemente amplios para poder evaluar las lesiones odontoestomatológicas atendiendo a sus repercusiones funcionales. Pretendemos establecer criterios que permitan la valoración ajustada a las posibilidades técnicas actuales.

2.1. Esto supone, la elaboración de los siguientes objetivos:

- 1-Análisis crítico de las tablas y baremos existentes en la actualidad
- 2-Revisión bibliográfica de los criterios de valoración odontoestomatológica existentes en la actualidad
- 3-Elaboración de una metodología de valoración del daño adaptada a la clínica odontoestomatológica.
- 4-Propuesta de unos criterios de valoración del daño anatomofuncional de la articulación temporomandibular.
- 5-Ver las repercusiones de cada lesión y valorar exhaustivamente su repercusión como función de grupo y aisladamente
- 6- Revisión de la ley baremo de tráfico 30 /95 con todas las modificaciones hasta el presente año 2012 al igual que las guías AMA y Melenec .

2.2. Para la realización de nuestro trabajo, se ha realizado una revisión de las diferentes tablas, estudiando los parámetros que en ellas se utilizan, desde un punto de vista anátomo-funcional. Hemos revisado los distintos componentes de la cinética mandibular (Dawson, 1991), así como la metodología utilizada en el peritaje de la articulación temporomandibular, y los distintos elementos empleados para la evaluación funcional. Destacamos entre ellos, la fuerza máxima de mordedura como un indicador funcional de los trastornos del sistema estomatognático (Duygu, 2010; Bakke, 2006; Calderon, 2006; Pereira, 2007) al igual que los medios diagnósticos de exploración clínica y

pruebas complementarias, habitualmente utilizados. Algunas de estas pruebas adquieren una especial relevancia a la hora de evaluar el estado de la ATM, como sucede con la electromiografía (Felicio, 2007), el estudio de la oclusión con T-Scan que nos permite valorar el estado de los músculos masticatorios (Freire, 2011), y su implicación funcional, etc. Pero como no siempre es posible utilizar este tipo de pruebas complementarias, nos vamos a centrar, fundamentalmente, en la exploración clínica de esta compleja articulación.

Se han revisado todos aquellos aspectos medico legales, que desde un punto de vista de la articulación temporomandibular, van a ser de utilidad en la valoración del daño corporal. Desde el punto de vista funcional, se clasificaron las lesiones más frecuentes, contemplando en que medida afectaban a las funciones del aparato estomatognático, especialmente la masticación y deglución, en estrecha relación con los desordenes temporomandibulares (Al-Azzawi, 2008), así como sus consecuencias sobre la fonación.

Para el diagnóstico de las alteraciones tèmpero-mandibulares es fundamental la exploración de músculos y articulación y se requiere un entrenamiento adecuado (Frinckton, 1986). Se precisa una adecuada valoración de los movimientos mandibulares, incluyendo la palpación de músculos y articulación (Dworkin, 1992).

3. PROPUESTA DE CRITERIOS DE VALORACIÓN

Un baremo siempre estará incompleto. La totalidad de las secuelas que un ser humano puede padecer no es posible recogerlas. La valoración, cuantificación e indemnización de secuelas debe hacerse al amparo de criterios médicos que se utilizan habitualmente en la valoración clínica. (Hernandez-Cueto, 2004). A consecuencia de un traumatismo pueden desencadenarse Trastornos Temporo-Mandibulares con una gran repercusión funcional por alteración en la oclusión habitual (Ohrbach, 2010), que no solo va a repercutir en la masticación, sino también puede desencadenar dolor y gran limitación de los movimientos mandibulares (Carroll, 2007). Estas alteraciones, mas frecuentes en la mujer, pueden aparecer en el momento del accidente o desarrollarse con posterioridad, estando estrechamente vinculadas al traumatismo previo recibido (Epstein, 2010).

A continuación vamos a analizar el sistema del Baremo de Tráfico Ley 30/1995 de 8 de noviembre y la actualización Ley 21/2007 de 11 de julio, centrándonos en los diferentes aspectos de la Tabla 2, *carra* (Sistema Oseoarticular).

Alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable (consolidación viciosa, pseudoartrosis del maxilar inferior y/o superior, pérdida de sustancias, etc.).

Con contacto dental:

<i>Unilateral</i>	5-15
<i>Bilateral</i>	1-5
<i>Sin contacto dental</i>	15-30
<i>Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación). Valorar según repercusión funcional sobre la masticación</i>	40-75

Pérdida de sustancia (paladar duro y blando):

<i>Sin comunicación con cavidad nasa</i>	20-25
<i>Con comunicación con cavidad nasal (inoperable)</i>	25-35
<i>Limitación de la apertura de la articulación témporo-mandibular (de 0 a 45 mm) según su repercusión</i>	1-30

Luxación recidivante de la articulación témporo-mandibular:

<i>Luxación entre los 20-45 mm de apertura</i>	5-10
<i>Luxación entre los 0-20 mm de apertura</i>	10-25
<i>Subluxación recidivante de la articulación témporo-mandibular</i>	1-5
<i>Material de osteosíntesis</i>	1-8

Boca

Dientes (pérdida completa traumática):

<i>De un incisivo</i>	1
<i>De un canino</i>	1
<i>De un premolar</i>	1
<i>De un molar</i>	1

Lengua:

<i>Trastornos cicatriciales (cicatrices retráctiles de la lengua que originan alteraciones funcionales (tras reparación quirúrgica</i>	1-5
--	-----

Amputación:

Parcial:

<i>Menos del 50 por ciento</i>	5-20
<i>Más del 50 por ciento</i>	20-45
<i>Total</i>	45
<i>Alteración parcial del gusto</i>	5-12

A primeros de cada año se actualizan las cuantías indemnizatorias para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Con la resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2012 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados. (BOE 06-02-2012).

La amplitud de movimiento de la mandíbula se mide desde el borde del incisivo superior al inferior durante la apertura bucal con una regla milimetrada. La apertura de mandíbula mínima normal, es para algunos autores, aproximadamente de 40 mm. El movimiento lateral debería ser 7-10 mm a ambos lados, derecha e izquierda. El movimiento de protrusión normal está entre 6 y 9 mm. (Aragón, 2005).

3.1 La limitación de la apertura de la cavidad bucal presenta una serie de limitaciones según su amplitud:

- Limitación apertura de 0 - 45 mm
- Cuando se presenta una limitación de apertura de 45 a 35 pueden presentarse alteraciones pero que afectaran poco a la fonación, deglución y masticación.
- De 35 a 25 mm de apertura hay limitaciones pero con amplias posibilidades funcionales de masticación, deglución y fonación. Los cóndilos pueden ser desplazados, produciéndose el movimiento de protrusión.
- De 16 a 18 mm de apertura es la altura necesaria para poder comenzar el movimiento de la masticación donde se conjuga un movimiento de lateralidad de 5 a 6 mm en esta primera fase se atrapa el alimento al aproximar los dientes 3mm y el alimento se machaca entre las cúspides de los dientes y donde la mandíbula se desliza de 3 a 4 mm en un movimiento lateral.
- De 15 a 0 mm de apertura las limitaciones para la lateralidad sólo dan margen de 5 a 6 mm y luego en la formación del bolo alimenticio de 3 a 4 mm con lo cual la alimentación se restringe a una dieta blanda o líquida.

En cuanto a la fonación se restringe sonidos agudos al no poder descender la mandíbula por la apertura mandibular.

La ingesta de líquidos está comprometida con menos de 5 mm.

Para la valoración se puede aplicar una recta de ajuste entre la alteración funcional y la puntuación asignada, como se recoge en la figura siguiente, en la que hemos representado una función lineal (Tabla 1)

Aplicar una función lineal no parece razonable ya que las repercusiones son más intensas en el último tercio de apertura y requiere una matización en función de la limitación global resultante, por esto consideramos que sería más real ajustar una función exponencial a partir de una limitación de

18 mm como recogemos en la figura siguiente (Tabla 2). Discrepando de las puntuaciones sugeridas por otros autores (Perea, 2007).

Tabla 1. Crecimiento uniforme según Ley Baremo 30/1995 (actualización 21/2007)

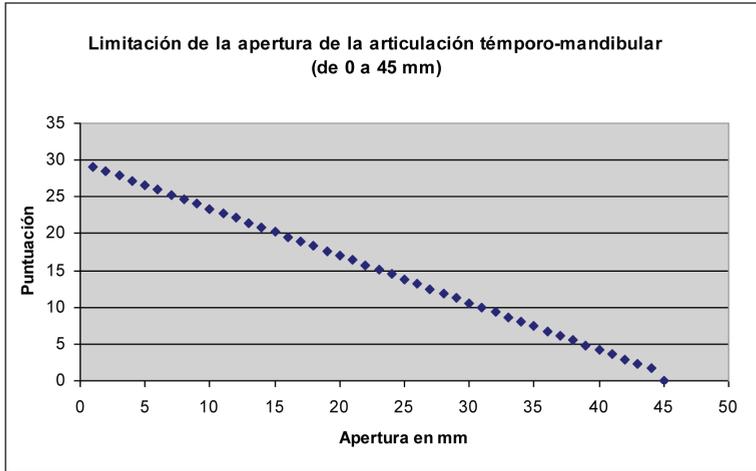
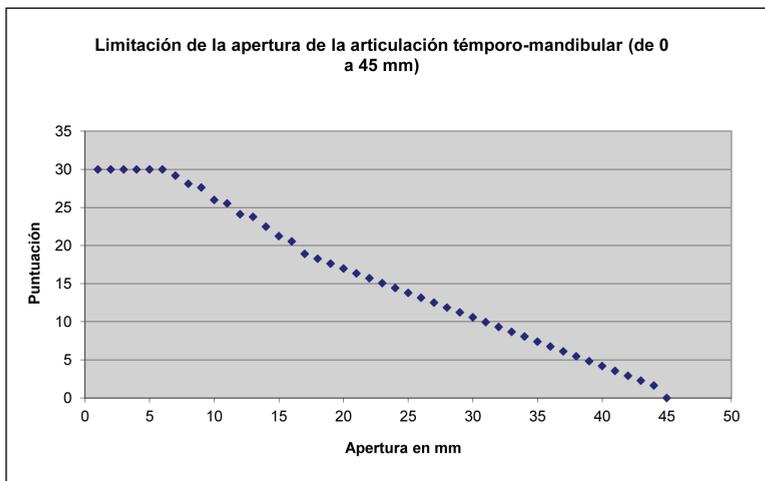


Tabla 2. Crecimiento exponencial a partir de 18 mm, según nuestra propuesta, donde queda afecta las funciones masticatorias se ha incrementado 1/3 de 18mm y 1/3 de 12 – 6 mm para que queden compensados las deficiencias que padece nuestro sistema de baremación Ley Baremo 30/1995 (actualización 21/2007)



3.2 Alteración traumática de la oclusión dental por una lesión inoperable con contacto dental.

El Baremo de Tráfico no tiene en cuenta el tipo de traumatismo de que se trata si es una pseudoartrosis extraarticular, o bien una anquilosis verdadera de tipo intrarticular (en sus diversas clasificaciones ósea, fibrosa, fibroósea y cartilaginosa).

La característica común de las anquilosis, o cualquier tipo de traumatismo que produzca una hipomovilidad articular es la falta de movilidad de la articulación. Dependiendo de la dificultad de la fonación y del paso de líquidos en el baremo tiene una puntuación errónea ya que las condiciones de afectación a todos los niveles, fonación, masticación, deglución requieren una mayor puntuación. En el baremo solo se evalúa si hay contacto dental siendo unilateral o bilateral dependiendo del número de piezas o de la superficie dentaria afectada. En el caso de la ausencia de contacto dental la ingesta alimenticia es a base de dieta líquida y con otros problemas añadidos.

Desde nuestro punto de vista este resulta manifiestamente injusto ya que sería necesario incluir la superficie real de contacto y en función de la misma aplicar un coeficiente de corrección que refleje la precisión funcional resultante de la falta de contacto.

La pérdida de uno o más dientes por causa traumática o deterioro de los maxilares no tratada protésicamente tiene múltiples consecuencias sobre la zona concreta de daño y sobre la función global del aparato estomatognático. Entre las alteraciones que puede producirse están:

A - Las alteraciones de la función masticatoria: Con la pérdida de dientes, menor capacidad y eficiencia masticatoria. La capacidad masticatoria se mide según el tamaño de los fragmentos alimenticios después de un número determinado de ciclos. La eficiencia masticatoria se basa en el número de ciclos masticatorios necesarios para fragmentar los alimentos de un tamaño determinado. Esto se traduce en menor número de ciclos masticatorios, úlceras en la mucosa gástrica.

Las alteraciones de la función masticatoria depende no solo del número de dientes que faltan, sino de la posición que ocupan y el tipo de diente. Hay que recordar que las unidades masticatorias no son dientes aislados, sino los trígonos dentarios formados por un diente y los dos antagonistas con los que articula. Así la pérdida de dos dientes puede afectar a un número distinto de trígonos según la localización de las piezas.

B - Movimientos dentarios como inclinaciones, extrusiones, rotaciones y formación de diastemas.

C - Aumento de la carga oclusal sobre los dientes remanentes: Al faltar piezas dentales, aunque la fuerza dental disminuye, todas las demás soportan un sobrepeso, Esto provoca un aumento de la carga en el ligamento periodontal que puede dañar.

D - Patología en la Articulación Temporo-Mandibular: Si se pierden los sectores posteriores total o parcialmente, parte de la carga oclusal se desplaza a la ATM y puede darse un síndrome de dolor disfunción de la ATM.

E - Alteraciones fonéticas. Aparece cuando el numero de dientes ausentes es elevado. Los problemas mayores se encuentran en la perdida del grupo de dientes anteriores, ya que son necesarios para la correcta pronunciación de consonantes interdientarias, labiodentales etc.

F - Alteraciones estéticas.

Como podemos observar en las figuras siguientes (Tablas 3 y 4) en el baremo actual no existe una correspondencia real entre la repercusión funcional y la valoración que se refleja en las tablas correspondientes según lo enunciado anteriormente. Por lo tanto consideramos que se evalúe por sectores; anterior medio y posterior y cada sector tendrá un valor dependiendo de la superficie de contacto. Nosotros aumentaríamos la puntuación debido a las repercusiones funcionales analizadas en contacto unilateral otorgaríamos de 5 a 25 puntos y bilateral de 1 a 10 puntos, según zona de contacto dental. (Tabla 5 y 6).

Tabla 3. Según Ley Baremo 30/1995 (actualización 21/2007). Alteración traumática de la oclusión por lesión inoperable con contacto dental unilateral

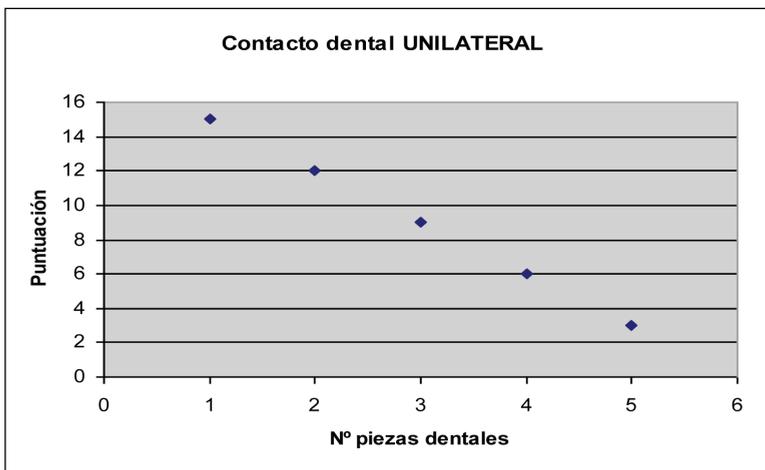


Tabla 4. Según Ley Baremo 30/1995 (actualización 21/2007). Alteración traumática de la oclusión por lesión inoperable con contacto dental bilateral

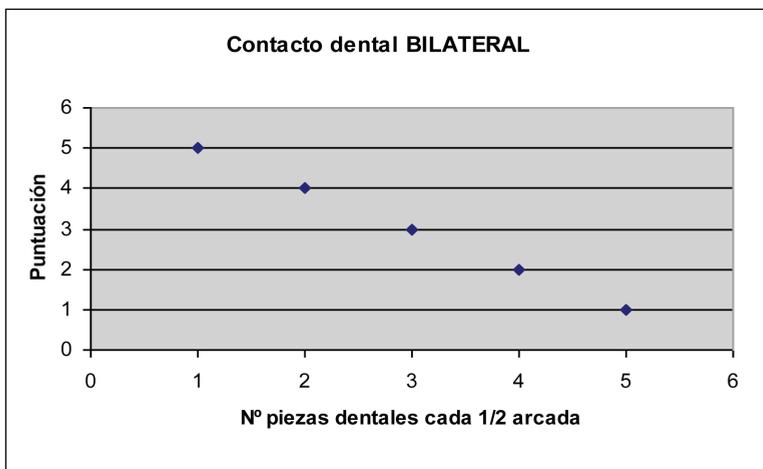


Tabla 5. Según nuestra propuesta donde hemos realizado un aumento de los valores que nos parecen más justificados

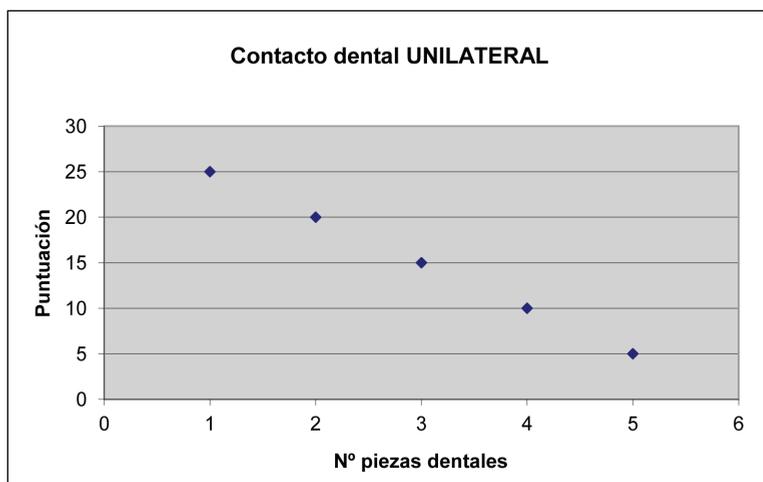
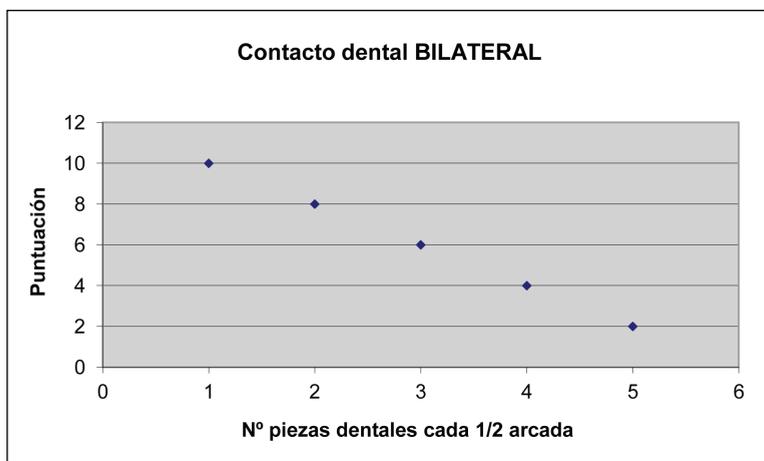


Tabla 6. Según nuestra propuesta incluyendo el aumento de las puntuaciones más justificadas los valores



3.3 Deterioro estructural del maxilar superior y/o inferior (Sin posibilidad de reparación). Valor según repercusión funcional sobre la masticación.

Las fracturas mandibulares las podemos clasificar por su región anatómica sinfisiaria (media o parasinfisiaria) que comprende la región delimitada por distal de los caninos, cuerpo desde distal de la sínfisis hasta una línea coincidente con el margen alveolar del músculo masetero; ángulo; región triangular delimitada por el margen anterior del músculo masetero hasta su inserción posterosuperior; rama ascendente delimitada por el margen superior del ángulo hasta la escotadura sigmoidea; cóndilo y apófisis coronoides y región alveolar.

En ningún baremo se analiza la zona afectada en el caso de pérdida. Creemos que la puntuación máxima dada en el caso de pérdida importante según la repercusión sobre la masticación no creemos que pueda suplir tal pérdida ya que no hay posibilidad de reparación, nosotros atribuiríamos de un 50 a un 100%.

3.4 Luxación recidivante de la ATM.

Los principales síntomas y disfunciones de los trastornos de la ATM se asocian a una alteración del complejo cóndilo-disco. Los pacientes refieren a menudo una artralgia, pero la disfunción es la manifestación más frecuente. Los síntomas de disfunción se asocian al movimiento condileo y se describen como sensaciones de “clic” o de atrapamiento de la articulación. Suelen ser constantes y repetitivos y a veces progresivos. Las alteraciones del complejo cóndilo-disco tienen su origen en un fallo de la función de rotación normal

del disco sobre el cóndilo. El factor etiológico más frecuente asociado son los traumatismos. Nosotros proponemos un aumento en la puntuación de 0-20 mm de apertura.

3.5 Subluxación recidivante de ATM.

Dependiendo el grado de hipermovilidad que presente el paciente y las veces que se produce la subluxación. Se caracteriza por la presencia de un chasquido durante la apertura y cierre. Cuando hay dolor se trata de una molestia preauricular que se suele irradiar a oído, mismo lado de la cara y se exacerba con la función. En nuestro análisis y estudio realizado es lógica la puntuación que recibe el sistema de baremación de la Ley 30/1995 (actualización 21/2007).

3.6 Movimientos de lateralidad.

En nuestro sistema de baremo de la Ley de Tráfico 30/1995 (Actualización 21/2007) no se contemplan los movimientos de lateralidad, siendo de fundamental importancia en las funciones de masticación, fonación y deglución. Nosotros otorgamos una horquilla de puntuación comprendida entre 1 a 10 puntos.

3.7 Movimientos de protrusión.

Los movimientos de protrusión en el sistema masticatorio se dan cuando la mandíbula se desplaza de atrás adelante. Los dientes, los cóndilos y las ramas se desplazan en una misma dirección. La traslación se realiza dentro de la cavidad superior de la articulación entre el complejo disco-cóndilo y la fosa articular. Durante la mayoría de los movimientos normales de la mandíbula, se da una rotación y una traslación.

En la protrusión la distancia mínima para que se realice, es con una distancia interincisiva a partir de 20 a 25 mm. Aproximadamente (Barton, 1996). En nuestra propuesta incluimos un ligero incremento en la horquilla de valores a partir de 20 mm.

El cálculo o la aproximación al porcentaje de pérdida masticatoria en relación a la articulación temporomandibular lesionada resulta menos clara, la función es mucho más difícil de cuantificar según baremo; Mientras que una anquilosis ósea bilateral de la mandíbula sin apertura bucal representa un 100 % de incapacidad, una anquilosis unilateral representa el 50% de pérdida de función.

El baremo tendría que concebir un cálculo basado en la pérdida de la apertura bucal. En el baremo vigente, no se contemplan los movimientos de lateralidad y de protrusión, retrusión.

En el análisis de los gráficos del sistema oseointerfacial del baremo de tráfico 21/2007 vemos un crecimiento rectilíneo uniforme, pensamos que en ciertas lesiones, a partir de ciertos mm. de apertura queda involucrados otros problemas funcionales de mayor entidad, que no son contemplados como son los movimientos de lateralidad retrusión, protusión que son necesarios para las funciones fisiológicas de masticación, deglución, fonación.

Según nuestra propuesta en la masticación queda muy limitada a partir de 25 mm. a partir de 18 mm ya quedan patentes cambios en la masticación, ya que son los mm. críticos para que se dé un ciclo en la masticación. En nuestra propuesta se incrementaría $\frac{1}{3}$ de 18 mm a 12 y de 12- 6 mm se aumentaría $\frac{1}{2}$ y de 6 a 0 mm se incrementara $\frac{1}{2}$ para que se produzca un crecimiento exponencial y de esta forma se solventen las deficiencias que hemos podido analizar en nuestro sistema de baremación.

Se puede observar al comparar las graficas realizadas según el baremo actual de tráfico y según nuestra propuesta, como el crecimiento de la puntuación es mayor a partir de los mm críticos para que puedan darse las funciones masticatorias.

4. DISCUSIÓN

Debido a la ausencia de criterios sistematizados para una adecuada valoración de la articulación temporomandibular hemos decidido realizar una propuesta de valoración de las lesiones situadas en esta articulación. Antes de proceder a en la exposición de esta propuesta hemos considerado oportuno sobre una serie de casos clínicos evaluar las insuficiencias de los baremos existentes y aplicar los criterios que proponemos para poner de manifiesto la realidad del problema y la eficiencia práctica de los criterios propuestos.

Somos conscientes de la insuficiencia de los casos clínicos que presentamos a continuación para reflejar en toda su amplitud la realidad clínica posible, sin embargo consideramos que si bien no refleja la totalidad si nos permite asomarnos a aquellas realidades más frecuentes en la valoración del daño corporal.

CASO CLÍNICO Nº 1

Paciente varón, 28 años de edad, profesión agente inmobiliario. Acude a consulta remitido por su otorrino con diagnóstico presuntivo de anquilosis de atm referida desde hace un año, la anamnesis pone en evidencia un trauma por accidente por caída en motocicleta, (trauma en mentón con una limitación

de movimientos mandibulares), a partir del traumatismo el paciente refiere una pérdida progresiva de la apertura bucal sin otra clínica asociada,. Desde hace una semana comienza con un dolor intenso que se refleja en el oído derecho y que se atenúa con analgésicos ibuprofeno 600 mg/12 h.

«A la exploración presenta una apertura bucal de 10 mm sin deflexión del trayecto en la línea media, con gran limitación de los movimientos de lateralidad (3 mm de limitación).Durante la exploración clínica, se aprecia dolor a la palpación en la articulación derecha siendo asintomática la izquierda, a la palpación muscular se evidencia dolor a nivel del masetero, pterigoideo interno y externo del lado derecho.

Al examen radiológico (RX panorámica y transcraneal), no se observa un desplazamiento condilar significativo desde la posición de reposo a la posición de apertura, no hay diferencia rx entre la posición de protrusión y laterotrusión. El examen radiológico revela una línea de fractura subcondilar derecha preexistente sin desplazamiento.

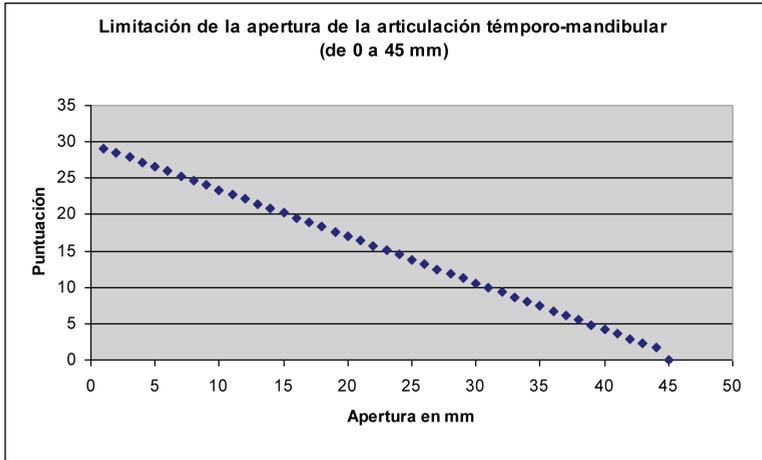
En el momento actual la Clínica se manifiesta con una limitación de la apertura bucal, maloclusion dentaria y mordida abierta anterior (en casos bilaterales) y dolor con una apertura limitada de 10 mm queda comprometida los movimientos para realizar la masticación, al igual que la lateralidad 3mm.

BAREMO ACTUAL 21/2007

Le correspondería un 78% de pérdida de función con 30 pt. Si la limitación de la apertura máxima son 45 mm y el mínimo 0 hay un mínimo de 15 pt y un máximo de 30 pts con una diferencia de 15 si en este caso al ser 10 mm de apertura sería 1. 5 por cada grado, no se evalúan ni las limitaciones de los movimientos de lateralidad ni de protrusión. En nuestra propuesta de baremo ajustariamos la restricción de los movimientos de lateralidad sumándose a los puntos obtenidos en la limitación de apertura bucal.

Con estas limitaciones el tipo de dieta que puede ingerir seria la consistente en: Frutas sandias, albaricoques, vegetales escasos en fibras y de consistencia suave tomates y en preparaciones diversas cocción etc. carbohidratos: sémolas y pastas de diámetro pequeño lácteos, proteínas animales como pescado, huevos alimentos líquidos como zumos de frutas y verduras etc.

El perjuicio estético, estará afectado en la limitación de la sonrisa y en algunos gestos de la mímica, además de las cicatrices como consecuencia del accidente.



EN NUESTRA PROPUESTA

Se le otorgaría un valor de 26 pt al aumentar 1/3 el valor de la limitación de la apertura a partir de los 18 mm necesarios para que se pueda realizar los movimientos normales masticatorios. Aquí incluimos la deficiencia de los movimientos de lateralidad que le daríamos una puntuación de 6 puntos (la horquilla de valoración de la limitación de los movimientos de lateralidad esta entre 10 y 1 pt.), y estos 6 puntos los sumariamos a la puntuación resultante de la hipomovilidad.

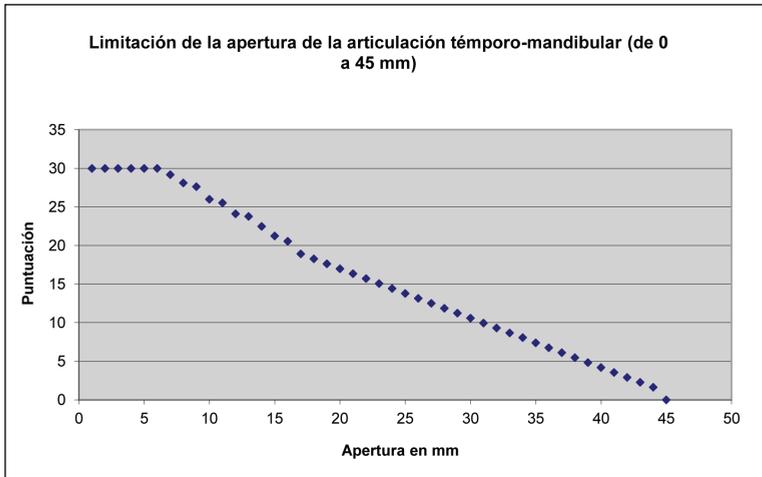


Tabla donde queda de manifiesto nuestra propuesta con un crecimiento exponencial a partir de los 17 mm.

CASO CLÍNICO Nº 2

Paciente de 18 años varón, estudiante de económicas, con dolor intenso en atm izquierda, tras sufrir accidente de tráfico con golpe en cabeza, al día siguiente del accidente noto, que la atm izquierda era dolorosa a la palpación y el dolor iba aumentando de forma progresiva cada día.

En la exploración se observó que a la palpación la articulación presentaba dolor intenso. Presentaba además ruidos articulares y una tumefacción apreciable en el área articular, el dolor era constante con el movimiento mandibular. La apertura de la boca era de 12 mm.

Las radiografías transcraneales revelaron una fractura mandibular en el ángulo mandibular, con limitación en la apertura. En la palpación se observa dolor en el masetero izquierdo y en el temporal derecho. El estado oclusal estaba en los límites correctos sin pérdida dentaria. El diagnóstico era de fractura de ángulo mandibular sin desplazamiento.

El pronóstico es bueno por no tener desplazamiento y la línea de fractura tiene un trayecto anteroinferior sin afectación neurológica. Las repercusiones funcionales, afectan a la función alimenticia masticatoria, también pueden afectar a la función respiratoria y fonatoria, incapacidad transitoria funcional mono articular, con algias permanentes y afectacion en la sonrisa y en la mímica

En cuanto a las dietas y hábitos alimenticios, las posibilidades se reducen al consumo de alimentos semitriturados, blandos, consumo apto de pastas sémolas, purés, pescado, frutas y verduras en purés con bajo nivel de fibras, zumos y lácteos.

BAREMO ACTUAL 21/2007

Una limitación de la apertura de 12 mm, le correspondería 20 pt en el baremo de tráfico, ya que restringe los movimientos masticatorios, fonéticos, deglución. En este baremo no se tienen en cuenta los movimientos de lateralidad ni los de protusión.

NUESTRA PROPUESTA DE VALORACIÓN

Sería de 22 pts, porque hemos incrementado 2 puntos al incluir la limitación de los movimientos de lateralidad junto a la limitación de la apertura a partir los 17 mm necesarios para producirse los movimientos masticatorios.

5. CONCLUSIONES

1- Del estudio realizado resulta evidente la insuficiencia del baremo de tráfico actual para la valoración del daño odontoestomatológico y más concretamente para la valoración de la articulación temporomandibular.

2- El baremo de tráfico actualmente vigente, 21/2007 no contempla los movimientos de lateralidad y protrusión retrusión del sistema oseointerarticular de la cara. Nuestra propuesta es la inclusión de los movimientos de lateralidad protrusión retrusión que consideramos necesarios, desde un punto de vista anatómico funcional.

3- Los movimientos de lateralidad que no se contemplan en nuestro sistema de baremación le otorgamos una horquilla comprendida entre 1 y 10 puntos.

4- No nos parece razonable asignar la misma puntuación a las distintas piezas dentales teniendo en cuenta su función fisiológica.

5- Consideramos que la puntuación asignada a los caninos debe ser de 1,5 pts a los incisivos y molares 1 pt y a los premolares 0,5 pt.

6- Debe incluirse sistemática una exploración funcional de la masticación en todos los traumatismos faciales incluyendo un análisis cinético de la masticación.

7- Consideramos necesarios la actualización y revisión de los criterios actuales.

6. REFERENCIAS

Alonso Santos J. Reparation du prejudice corporel en Espagne (droit común).Rev.Franç domage corporel 1990; (16): 543-546.

Al-Azzawi TR, Hamdan FB, Ali AK. Neurophysiologic evaluation of the temporomandibular joint and related masticatory muscles in rheumatoid arthritis patients. Neurosciences (Riyadh). 2008; 13(3):253-8.

Aragón MC, Aragón F, Torres LM. Trastornos de la articulación ttemporo-mandibular. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005; 12: 429-435.

Asociación Medica Americana (A. M. A.). Tablas de evaluación del menoscabo permanente B. O. E. de 16y 17 de Marzo (O. M. 6 de Marzo de 1984).

Bakke M. Bite force and occlusion. Semin Orthod 2006;12:120-126.

- Barton J. On the treatment of ankylosis by the formation of artificial joints. *Am. Med. Surg. J.* 1996; (3): 279-292.
- Borobia Fernández C *Métodos de Valoración del daño Corporal*. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1989: 30 -158.
- Borobia Fernández C. *Valoración de Daños Corporales causados en los accidentes de circulación*. Madrid. Fundación Universidad Empresa; 1996.
- Borobia Fernández, C. El nuevo Baremo Legal y los defectos científicos (Anexo de la ley 30/95) Problemática en la valoración medica de las secuelas. En *rev. De Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*. Ed. Inese, Enero 1996 4-8.
- Borobia Fernández, C. *Valoracion del Daño Corporal, Legislación Metodología y prueba pericial Médica*, Elsevier Masson 2006.
- Calderon Pdos S, Kogawa EM, Lauris JR, Conti PC. The influence of gender and bruxism on the human maximum bite force. *J Appl Oral Sci* 2006; 14: 448-453.
- Carroll, L.J., Ferrari, R., Cassidy, J.D., Reduced or painful jaw movement after collision-related injuries. *The Journal of the American Dental Association* 2007; 138 (1): 86-93.
- Dawson, P. *Evaluación, Diagnostico y tratamiento de los problemas oclusales*. Barcelona. Ed. Salvat; 1991.
- Duygu K., Arife D., Budent B., Bite Force and Influential Factors on Bite Force Measurements: A literature Review. *European Journal of Dentistry* 2010; 4: 223-232.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301-55.
- Epstein, J.B., Klasser, G.D., Kolbinson, D.A., Mehta, S.A. Orofacial Injuries Due to Trauma Following Motor Vehicle Collisions: Part 2. *Temporomandibular Disorders*. *Can Dent Assoc* 2010; 76 a 172.
- Felicio CM., Melchior MO., Silva MAMR., Celeghini RMS. Desempenho mastigatório em adultos relacionado com adesordem temporomandibular e com a oclusão. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 2007; 19, 2, 151-158.
- Freire Matos M, Durst AC, Freire Matos JL, Learreta JA. Electromyographic evaluation of the 'vertical' dimension: the Learreta TMJ decompression test. *Cranio*. 2011; 29(4):255-60.
- Frinton J, Schiffman E. Reliability of a craniomandibular index. *J Dent Res* 1986; 65: 1359-64.
- Hernández-Cueto C. *Análisis Médico Legal de la Nueva Tabla de la ley sobre responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos de motor (Ley 34/95, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación comunitaria de la legislación sobre seguros privados)* 2004;(12):2739.
- Hinojal Fonseca, R. *Daño corporal, fundamentos y métodos de valoración médica*. Madrid. Arcano médica; 1996: 15-43.
- Hinojal Fonseca, R. *Discurso de Entrada en la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias (La valoración del daño a la persona y la Medicina Legal)* 2008.
- Margeat H. La doctrine de la reparation du damage corporel. *Revue Française du Dommage Corporel* 1998; (14): 62.
- Melennec, Louis. *Bareme International des invalidites postraumatiques*. Paris: Editorial Masson; 1991.

Ohrbach R. Disability assessment in temporomandibular disorders and masticatory system rehabilitation. *J Oral Rehabil.* 2010;37(6):452-80.

Perea Pérez B., Labajo González E., Santiago Sáez A., et al. Propuesta de una metodología de exploración y de valoración de las secuelas de la articulación temporomandibular (ATM) *Mafre Medicina*, 2007;18 (1): 18-26.

Pereira LJ, Pastore MG, Bonjardim LR, Castelo PM, Gavião MBD. Molar bite force and its correlation with signs of temporomandibular dysfunction in mixed and permanent dentition. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 759-766.

Resumo: Proposta de alteração da tabela espanhola para avaliação do dano corporal por acidentes de viação na cavidade oral

Em Espanha, a avaliação do dano corporal na cavidade oral está sujeita a limitações e dificuldades provenientes da deficiente descrição e valorização das sequelas nas atuais tabelas em vigor. Neste estudo analisa-se e elabora-se uma proposta de modificação da atual tabela espanhola para avaliação do dano corporal por acidentes de viação no que respeita à cavidade oral, com especial atenção às sequelas da ATM - Articulação Temporomaxilar- (TMD). No estudo efetuado evidencia-se a insuficiência da tabela atual para a avaliação do dano na cavidade oral e mais concretamente para a avaliação da articulação temporomaxilar. A tabela atualmente vigente não contempla os movimentos de lateralidade, protrusão e retrusão do sistema osteoarticular da face. Propomos a inclusão dos movimentos de lateralidade, protrusão e retrusão que consideramos necessários do ponto de vista funcional. Para os movimentos de lateralidade, não contemplados na nossa tabela, propomos uma valorização entre 1 e 10 pontos. Não nos parece razoável atribuir a mesma pontuação às distintas peças dentárias dada a sua diferente função fisiológica. Assim, consideramos que a pontuação a atribuir aos caninos deve ser de 1,5 pontos, aos incisivos e molares de 1 ponto e aos pré-molares de 0,5 pontos.

Palavras-Chave: Dano corporal; tabela para avaliação do dano corporal por acidentes de viação; dano oral; avaliação forense.

Summary: Proposal to amend the Traffic Spanish scale for assessment of the bodily damage in the oral cavity

In Spain the assessment of the corporal damage within the oral system is subject to limitations and difficulties which are caused from the deficient enumeration and assessment of the after-effects in the current and valid scales. The present study deals with the analysis and the elaboration of a proposal to modificate the current traffic scale in the bucco-dental field. It pays special attention to the after-effects of the TMD (Temporomandibular Disorder). The carried out study bears witness to the insufficiency of the scale of the current traffic in order to evaluate the dental-stomatological damage and, specially, in order to evaluate the temporomandibular joint. The traffic scale, which is currently valid, does not consider the protrusion, lateral and retrusion movements of the osteoarticular system of the face. Our proposal is to include the protrusion, lateral and retrusion movements that we consider

as necessary from a functional viewpoint. We give a wye between the points between 1 and 10. We do not find reasonable to assign the same valoration to different dental pieces bearing its different physiological function in mind. Therefore, we consider that the punctuation assigned to canines should be 1.5 punts for incisors; 1 point for molars and 0,5 for premolars.

Key-Words: Corporal damage; traffic scale; oral damage; forensic assessment.

Pedido de separatas:

MANUEL LÓPEZ NICOLÁS
malopez@um.es

Utilização de tabelas como referência na avaliação do dano corporal. Análise de três grupos profissionais brasileiros

Verçosa C.⁽¹⁾, Zanon M.⁽²⁾, Kanamura M.⁽³⁾, Corte-Real A.⁽⁴⁾, Melani R.⁽⁵⁾

INTRODUÇÃO

A utilização de tabelas como referência para avaliação do dano corporal, em várias vertentes do direito: civil, penal e trabalho, é o elemento essencial no estabelecimento da uniformidade de critérios que possibilitam a clareza no entendimento entre peritos e juristas, bem como esclarecendo ao sinistrado/vítima a valorização das suas sequelas (Corte-Real, 2003; Caldas, Magalhães *et al.*, 2008).

A utilização de uma referência permite abordagens uniformes por peritos diferentes, conduzindo a conclusões comuns perante perfis de sequelas semelhantes, contribuindo para uma harmonização dos métodos de avaliação do dano corporal (Vieira e Quintero, 2008).

Embora exista uma tabela utilizada no Brasil, Tabela de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (Susep) (tabela 1 e anexo 1), tal tabela não contempla plenamente todos os possíveis danos que podem envolver o campo odontológico, como fraturas, comprometimento de tecido periodontal e os respectivos reflexos na oclusão dentária, nomeadamente se comparada com a Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei nº352/2007 de 23 de Outubro 2007) (tabela 2), que perspectiva um número maior de sequelas.

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil

² Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil

³ Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

⁵ Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil

Tabela 1 – Algumas sequelas e respectivas percentagens de incapacidade consideradas na Tabela de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (SUSEP)

Parcial – Diversos	
Perda total da visão de um olho	30%
Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tivera outra vista	70%
Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40%
Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20%
Mudez incurável	50%
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

Tabela 2 - Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil

Estomatologia	
Edentação completa insusceptível de correção por prótese (atendendo à repercussão sobre o estado geral)	20 a 28
Perda de dente insusceptível de correção por prótese:	
Incisivo ou canino	1
Premolar ou molar	1,5
Disfunções mandibulares	21 a 30
Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm	
Limitação da abertura bucal entre 10 a 30 mm	6 a 20
Limitação da abertura entre 31 e 40 mm (atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)	até 5
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação têmporo mandibular (segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	2 a 10
Amputação da parte móvel da língua (tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3 a 30

O perito deve esclarecer a existência de uma sequela com seus respectivos aspectos anatómicos funcionais e psicológicos, tendo por objetivo estabelecer a justa relevância das consequências clínicas e sociais decorrentes do dano (Cardozo, 1994).

Neste trabalho, podemos considerar a necessidade de sistematização da avaliação dos danos corporais, no âmbito de uma apreciação odontológica englobada numa avaliação médico-legal.

Pretendemos avaliar o conhecimento, a experiência, a adequação das sequelas e respectivas pontuações, junto dos médicos, médicos dentistas e advogados. Questionamos, por fim, a introdução de uma tabela de avaliação médico-legal na prática pericial brasileira.

REVISÃO DA LITERATURA

A tabela de quantificação de sequelas corporais surgiu tendo por objetivo valorizar a perda de incapacidade de ganho, estando intimamente ligada aos Acidentes de Trabalho. A primeira tabela portuguesa de avaliação dos danos corporais, de 1960, designada por Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007) sofreu sucessivas atualizações até 2007, quando foi substituída pela atual tabela (Vieira e Quintero, 2008).

Em virtude da evolução tecnológica e dos riscos à integridade física e psicológica dos cidadãos foi relatado um número crescente de situações para avaliação de danos corporais. Deste modo surgiram os seguros obrigatórios de responsabilidade civil e a necessidade de valorizar *ad integrum* o indivíduo, cujas orientações, indevidamente executadas, tinham por base, e como única tabela, uma tabela orientada para a valorização no âmbito do direito do trabalho (Corte-Real, 2003; Vieira e Quintero, 2008).

Em 2007 entrou em vigor, em Portugal, a Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, conjuntamente com uma nova atualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007). A tabela para o Direito Civil teve por base a Tabela Europeia para Avaliação do Dano Corporal, definindo um instrumento de medida de maior precisão e uniformização de critérios. Desta forma, facilita-se a avaliação das dificuldades para a realização das atividades da vida diária, simples ou complexas, e não apenas as relativas à vida laboral (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007; Vieira e Quintero, 2008).

As lesões dentárias são lesões corporais e, neste âmbito, são consideradas nos Códigos Penal (Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de Dezembro de 1940) e Civil (Código Civil. Lei nº 10.406, de 10-01-2002) brasileiros. A desvalorização do sistema estomatognático e principalmente do órgão dentário é um fator cultural brasileiro, enquanto nos países europeus o dente é valorizado como um órgão anatômico e funcional. Salientamos que na tabela brasileira de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (Susep), na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização é calculada, respectivamente, utilizando-se 75%, 50% e 25% do valor atribuído pela tabela a uma determinada sequela. A omissão de detalhes permite a permissividade na interpretação individual (Corte-Real, 2003; 2009).

Em contrapartida, de acordo com a Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei nº 352/2007 de

23 de Outubro 2007), é valorizada a perda do órgão dentário bem como o seu tipo de reabilitação, que reduz o valor da incapacidade em 50% com a utilização de próteses removíveis e em 75% com próteses fixas. Contudo, para a reabilitação por implantes, a avaliação pela tabela encontra-se confusa, sendo considerado 1 a 3 pontos para cada grupo de implantes (Corte-Real, 2003; 2009).

Uma prótese fixa, corretamente executada e bem adaptada, corrige quase completamente as funções estética, mastigatória e fonética. Por outro lado, deve-se levar em conta a vida média da prótese usada, para informar no relatório o número de previsíveis renovações e seu custo (Magalhães, 1998).

O fator de coeficiente de antagonismo, considerado por alguns autores, atua como fator corretor da função mastigatória. Baseia-se na idéia de que deve-se ressarcir a perda de função mastigatória do dente antagonista ao dente realmente perdido, dobrando-se o valor mastigatório do dente perdido (Pérez, Garrido *et al.*, 1996; Souza, 2006).

Consideramos necessário que os valores atribuídos em qualquer tabela a uma seqüela sejam atualizados de forma a acompanhar a evolução tecnológica e os respectivos tratamentos (Corte-Real, 2003; 2009).

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi composta por 150 profissionais, divididos em: 50 advogados, 50 médicos e 50 médicos dentistas. Foram obtidos os consentimentos deste estudo por cada um dos intervenientes (anexo 3). A amostra analisada compreendeu praticamente a mesma faixa etária nos três grupos, estando médicos entre 27 a 74 anos, advogados entre 22 e 60 e médicos dentistas entre 22 e 69. Em relação aos médicos, 28 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino; nos advogados, 31 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino; nos médicos dentistas, 27 eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino (tabela 1).

Tabela 1 – Faixa etária e sexo nos três grupos profissionais

Grupos Profissionais	Idade	Sexo	
		Masculino	Feminino
Médicos	27 a 74 anos	28	22
Advogados	22 a 60 anos	31	19
Médicos Dentistas	22 a 69 anos	27	23

A seleção da amostra foi realizada de maneira aleatória. Os questionários foram entregues no trabalho das pessoas que integraram a amostra selecionada: os profissionais da área jurídica foram procurados em escritório de advocacia; os da área médica no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; os da área odontológica na FUNDECTO (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Técnico da Odontologia), instituições localizadas na cidade de São Paulo.

Os entrevistados receberam um protocolo composto pelo capítulo de Estomatologia da Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007) e um questionário com seis perguntas, versando sobre sua aplicação (anexo 2). Todos os entrevistados tinham conhecimento da Tabela de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (Susep) (anexo1).

Foram colocadas seis questões objetivas, para as quais os entrevistados tinham que assinalar uma única resposta perante três alternativas: sim, não ou não sabe. As questões colocadas pretenderam avaliar o conhecimento (Questão 1: A referida tabela é de seu conhecimento?) (gráfico 1), a experiência (Questão 2 – Possui experiência na avaliação de lesões causadas por traumatismo odontológico e de face?) (gráfico 2), a adequação das sequelas (Questão3 – Considera adequados os valores atribuídos pela tabela às seqüelas odontológicas?) (gráfico 3) e respectivas pontuações (Questão 4 – Considera que as lesões contempladas pela tabela são suficientes para avaliação do dano odontológico?) (gráfico 4). Questiona-se, ainda, a introdução de uma tabela de avaliação médico-legal na prática pericial brasileira (Questão 5 – Acredita que a tabela facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito Civil? e Questão 6 - Acredita ser possível a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil?).

Todos os entrevistados responderam às mesmas questões, com exceção dos advogados, que não responderam à questão dois.

Este protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, CAAE 009.0.017.000-10.

Foi efetuada a análise matemática e a respectiva representação gráfica dos resultados no programa Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

Os resultados apresentados pelas questões de um a seis estão demonstrados nos gráficos abaixo. O gráfico 1 representa as respostas de médicos, advogados e médicos dentistas à questão 1 (A referida tabela é de seu conhecimento?). O gráfico 2 representa as respostas de médico e médicos dentistas à questão

2 (Possui experiência na avaliação de lesões causadas por traumatismo odontológico e de face?). Da mesma forma, as respostas dos três grupos profissionais às questões 3 (Considera adequados os valores atribuídos pela tabela às seqüelas odontológicas?), 4 (Considera que as lesões contempladas pela tabela são suficientes para avaliação do dano odontológico?), 5 (Acredita que a tabela facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito Civil?) e 6 (Acredita ser possível a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil?) estão descritas nos gráficos 3, 4, 5 e 6, respectivamente.

Gráfico 1 – Respostas de médicos, advogados e dentistas à questão 1 sobre o conhecimento a respeito da Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (questão 1)

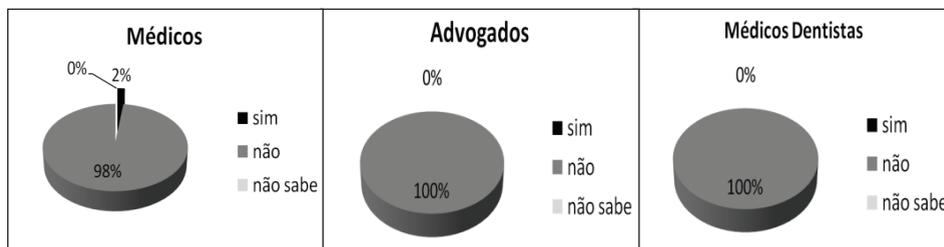


Gráfico 2 – Respostas de médicos e médicos dentistas quando abordados sobre sua experiência na avaliação de lesões causadas por traumatismo odontológico e da face. Essa pergunta não foi feita a advogados (questão 2)

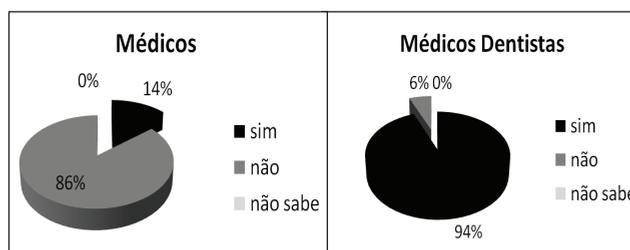


Gráfico 3 – Respostas de médicos, advogados e médicos dentistas quando perguntados se consideram adequados os valores atribuídos a cada seqüela (questão 3)

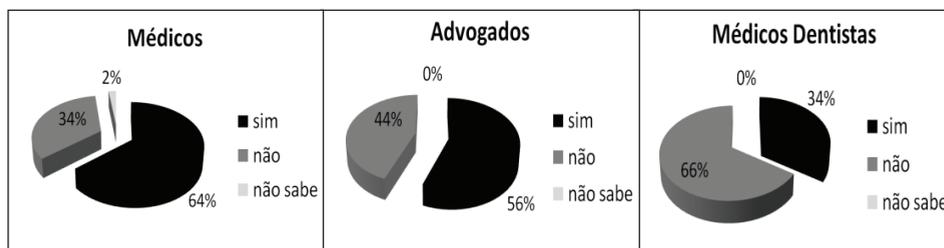


Gráfico 4 – Respostas de médicos, advogados e médicos dentistas quando perguntados se as lesões contempladas pela tabela são suficientes para avaliação do dano odontológico (questão 4)



Gráfico 5 – Respostas de médicos, advogados e médicos dentistas quando perguntados se acreditam que a tabela facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito Civil (questão 5)

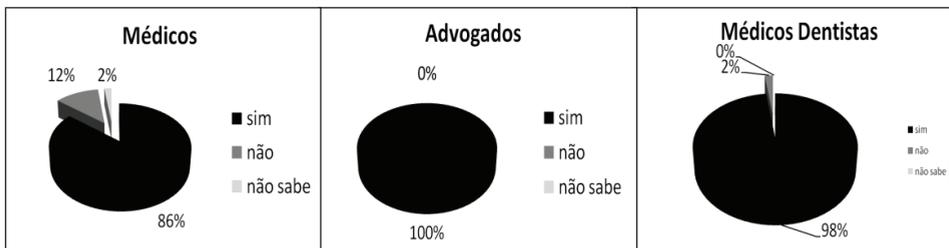


Gráfico 6 – Respostas de médicos, advogados e médicos dentistas quando perguntados se acreditam ser possível a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil (questão 6)



DISCUSSÃO

Atualmente, a avaliação do dano à integridade corporal adquiriu uma particular relevância pela sua repercussão econômica e social. O resultado da evolução tecnológica e da preocupação ressarcitória pelo dano causado à vítima exigiu a uniformização de critérios para uma melhor orientação médico-legal (Magalhães, 1998; Magalhães e Pinto da Costa, 2007).

Neste estudo escolhemos três grupos profissionais: médicos, advogados e médicos dentistas, cujas áreas do conhecimento estão intimamente relacionadas com a peritagem e a avaliação médico-legal do dano corporal. Escolhemos uma faixa etária de 22 aos 74 anos, correspondendo a uma população ativa e capaz de cumprir os objetivos acima expostos. Deste modo, pretendemos analisar o conhecimento dos participantes brasileiros em relação à existência, aplicabilidade e utilidade de uma tabela normativa e orientativa da valorização do dano em Portugal, designada por Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, publicada conjuntamente com a última atualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais (Decreto Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007).

Os resultados obtidos em relação à questão 1 (A referida tabela é de seu conhecimento?), representados pelo gráfico 1, indicam que apenas 2% dos médicos entrevistados relatou conhecimento a respeito da tabela utilizada em Portugal. A totalidade de advogados e médicos dentistas relatam não terem nenhum conhecimento sobre a referida tabela.

A avaliação do dano corporal tem por objetivo a determinação de um valor de incapacidade que se traduz na fixação de uma indemnização material para a reparação da perda de capacidade inerente a um acontecimento. A existência de uma tabela que expressa, para cada perda de capacidade, um intervalo numérico a atribuir pelo perito médico, constitui um importante passo de uniformização de critérios para avaliação do dano no domínio da responsabilidade civil (Vieira e Quintero, 2008). Existem, contudo, parâmetros que requerem uma avaliação qualitativa que podem ajustar o valor final atribuído pelo perito, no limite de cada intervalo. A atribuição de um valor final indemnizatório resulta da avaliação e discussão médico-legal (entre médicos e advogados) (Corte-Real, 2003).

Os resultados obtidos em relação à questão 2 (Possui experiência na avaliação de lesões causadas por traumatismo odontológico e de face?), representados pelo gráfico 2, demonstram a inexperiência dos médicos brasileiros em relação à avaliação deste tipo de injúria, já que 86% responderam não, enquanto 94% dos médicos dentistas responderam sim.

Salientamos que a tabela portuguesa está dividida em capítulos e estes em subcapítulos, de acordo com as especialidades e subespecialidades médicas. A respectiva avaliação do dano corporal deve ser realizada por profissional apto, ou seja, aos médicos dentistas deve ser solicitada a avaliação no âmbito médico dentário. A frequência das ocorrências de sequelas neste campo médico pode justificar o aumento de solicitações deste tipo de avaliação (Vieira e Quintero, 2008; Corte-Real, 2009).

Os resultados obtidos em relação à questão 3 (Considera adequados os valores atribuídos pela tabela às seqüelas odontológicas?), representados pelo gráfico 3, indicam que os valores atribuídos pela tabela foram considerados adequados por 64% dos médicos e por 56% dos advogados, mas insuficientes por 66% dos médicos dentistas. É a partir da visão de corpo como uma expressão, principalmente, de totalidade, que a avaliação do dano deve ser estabelecida (Magalhães, 1998).

Os padrões culturais e costumes de cada sociedade influenciam as valorizações dos órgãos biológicos em diferentes níveis de percepção. Estas diferenças culturais relativas à valorização do corpo interferem, fortemente, no resultado da avaliação das seqüelas pós-traumáticas (Corte-Real, 2003).

A evolução tecnológica em termos de tratamentos odontológicos deve ser acompanhada para que os valores atribuídos às seqüelas contempladas sejam atualizados (Corte-Real, 2009).

Os resultados obtidos em relação à questão 4 (Considera que as lesões contempladas pela tabela são suficientes para avaliação do dano odontológico?), estão representados pelo gráfico 4. Enquanto 76% dos médicos e 82% dos advogados acreditam que as seqüelas descritas na tabela são suficientes para uma correta avaliação do dano odontológico, 88% dos médicos dentistas consideram-nas insuficientes, reforçando a necessidade de uma tabela mais abrangente e específico para a realidade das perícias odontológicas brasileiras.

A perda do órgão dentário e suas respectivas correções por próteses, a perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação têmporo mandibular, em que se salienta a limitação da abertura bucal e a amputação da parte móvel da língua, são as seqüelas atribuídas pela Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007). Pelo exposto, consideramos ser necessário a execução de mais estudos neste âmbito que podem complementar estes tipos de seqüela bem como uma reabilitação diferenciada. Consideramos que uma reabilitação fixa, corretamente executada e bem adaptada, corrige quase completamente as funções estética, mastigatória e fonética; não deixando de salientar a vida média referida reabilitação que deve constar no relatório para previsíveis renovações (Cardozo, 1994; Magalhães, 1998; Corte-Real, 2009).

Os resultados obtidos em relação à questão 5 (Acredita que a tabela facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito Civil?), representados pelo gráfico 5, indicam que médicos, advogados e médicos dentistas, com 86%, 100%, 98% de respostas afirmativas, respectivamente, acreditam que o uso de tabelas facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito civil, o que fundamenta a elaboração deste estudo.

Da mesma forma, os resultados obtidos em relação à questão 6 (Acredita ser possível a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil?), representados pelo gráfico 5, confirmam a ideia de que seria possível ou, no mínimo, aceitável a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil, com resposta positiva de 82% dos médicos, 100% dos advogados e 98% dos médicos dentistas. Pelo exposto, consideramos que o nosso estudo poderá ser complementado no sentido de viabilizar a aplicação de uma tabela idêntica à tabela portuguesa no Brasil.

CONCLUSÕES

1. O uso de tabelas para quantificação do dano corporal pós-traumático é elemento pouco difundido entre médicos, advogados e médicos dentistas brasileiros.

2. A avaliação dos traumatismos odontológicos e de face deve ser feita por médicos dentistas.

3. Existe a necessidade de elaboração de uma tabela mais abrangente e específica para a realidade das perícias brasileiras, pois a sua aplicação facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito civil.

4. Existe uma boa aceitação da aplicação desta metodologia de avaliação do dano corporal entre médicos, advogados e médicos dentistas, para as perícias realizadas no Brasil.

5. A Tabela Portuguesa de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro 2007) quantifica, de forma aceitável, as sequelas do sistema estomatognático, reforçando-se assim a necessidade de revisão da atual legislação securitária brasileira, no sentido de a aproximar à realidade portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALDAS, I. et al. Orofacial damage resulting from road accidents. *Dental Traumatology*, v. 24, p. 410-415, 2008.
- CARDOZO, H. Avaliação das lesões dentárias em âmbito civil e a atuação do cirurgião-dentista. *Rev Odontologia Univ São Paulo*, v. 6, n. 1, p. 45-66, 1994.

- CORTE-REAL, A. T. D. C. M. Considerações na avaliação do dano nos traumatismos faciais por reabilitação protética implanto-suportada – uma perspectiva em direito civil Portugal: 2º Congresso Nacional de Medicina Legal 2003.
- CORTE-REAL, A. T. D. C. M. Curso da Nobel e Astra Tech Formação Contínua em Implantologia. Temas de avaliação médico legal no âmbito da implantologia. Portugal: Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra 2009.
- Código Civil. Lei nº 10.406, de 10-01-2002. Brasil 2002.
- Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasil 1940.
- Decreto-Lei nº352/2007 de 23 de Outubro 1.ª série – Nº 204. Portugal: Diário da República 2007.
- MAGALHÃES, T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão função e situação.Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Almedina, 1998.
- MAGALHÃES, T.; PINTO DA COSTA, D. Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. Perspectivas actuais. Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, v. 4, p. 419-452, 2007.
- PÉREZ, B.; GARRIDO, B.; SÁNCHEZ, J. Metodología para la valoración del daño bucodental. Madrid: Editorial Mapfre Medicina, 1996.
- SOUZA, A. Verificação do grau de perda estética em alterações faciais. 2006. (dissertação). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SUSEP. Circular Nº 302, de 19 de setembro de 2005. p. <http://www.susep.gov.br>, Acesso em: 10 de Novembro.
- VIEIRA, D.; QUINTERO, J. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Biblioteca Seguros, 2008. ISBN 9898074310.

ANEXO 1

Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

	Total
Perda da visão de ambos os olhos	100%
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
Perda total do uso de ambas as mãos	100%
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
Perda total do uso de ambos os pés	100%
Alienação mental incurável	100%

Parcial - Diversos

Perda total da visão de um olho	30%
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70%
Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40%
Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20%
Mudez incurável	50%
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

Parcial - Membros Superiores

Perda total do uso de um dos membros superiores	70%
Perda total do uso de uma das mãos	60%
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
Anquilose total de um dos ombros	25%
Anquilose total de um dos cotovelos	25%
Anquilose total de um dos punhos	20%
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
Perda total do uso da falange digital do polegar	09%
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
Perda total do uso de um dos dedos médios ou de um dos dedos anulares	09%
Perda total do uso de qualquer falange, exclusive as do polegar	1/3 do valor do dedo

Parcial - Membros Inferiores

Perda total do uso de um dos membros inferiores	70%
Perda total do uso de um dos pés	50%
Fratura não consolidada de femur	50%
Fratura não consolidada de uma dos segmentos tíbio-peroneiros	25%
Fratura não consolidada da rótula	20%
Fratura não consolidada de um pé	20%
Anquilose total de um dos joelhos	20%
Anquilose total de um dos tornozelos	20%
Anquilose total de um quadril	20%
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25%
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10%
Amputação de qualquer outro dedo	03%
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	1/2 do respectivo dedo

Perda total do uso dos demais dedos	1/3 do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10%
Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06%
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	0%

ANEXO 2

Protocolo do(a) entrevistado(a)

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil

Estomatologia	
Edentação completa insusceptível de correção por prótese (atendendo à repercussão sobre o estado geral)	20 a 28
Perda de dente insusceptível de correção por prótese:	
Incisivo ou canino	1
Premolar ou molar	1,5
Disfunções mandibulares	21 a 30
Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm	6 a 20
Limitação da abertura bucal entre 10 a 30 mm	
Limitação da abertura entre 31 e 40 mm (atendendo à bilateralidade, fenômenos dolorosos e perturbação da função)	até 5
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação têmporo mandibular (segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	2 a 10
Amputação da parte móvel da língua (tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3 a 30

Sobre a tabela acima, responda as seguintes questões:

Questão 1: A referida tabela é de seu conhecimento?

() Sim () Não () Não sabe

Questão 2 – Possui experiência na avaliação de lesões causadas por traumatismo odontológico e de face? (Apenas para médicos e médicos dentistas)

Sim Não Não sabe

Questão 3 – Considera adequados os valores atribuídos pela tabela às seqüelas odontológicas?

Sim Não Não sabe

Questão 4 – Considera que as lesões contempladas pela tabela são suficientes para avaliação do dano odontológico?

Sim Não Não sabe

Questão 5 – Acredita que a tabela facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito Civil?

Sim Não Não sabe

Questão 6 - Acredita ser possível a aplicação desta metodologia nas perícias realizadas no Brasil?

Sim Não Não sabe

ANEXO 3

Termo de consentimento livre e esclarecido do(a) entrevistado(a)

Estamos convidando a participar da pesquisa intitulada Utilização de tabelas como referência na avaliação do dano corporal- análise de três grupos profissionais brasileiros, parte da tese de doutorado em Ciências Odontológicas (área de concentração: Odontologia Legal) da Cirurgiã-Dentista CAROLINA BURNI VERÇOSA; sob orientação do Prof. Dr. RODOLFO FRANCISCO HALTENHOFF MELANI (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo) cujo objetivo é investigar como os profissionais da área jurídica - advogados, promotores e juízes -, médicos e médicos dentistas da cidade de São Paulo avaliam a “Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil”. Este protocolo, preenchido na íntegra ou em parte, poderá constar de publicações, uma vez que os pesquisadores garantem que o sigilo de sua identidade será preservado em qualquer situação. Caso aceite, sua participação consistirá apenas em responder ao questionário em anexo, o que

trará maior conhecimento sobre o tema, sem benefício direto para você. Por se tratar apenas de um questionário, não apresenta riscos ou desconforto.

O questionário a ser preenchido nesta data será utilizado única e exclusivamente para a pesquisa: *Utilização de tabelas como referência na avaliação do dano corporal-análise de três grupos profissionais brasileiros*. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo qualquer tipo de pagamento ou ônus referente a ela.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, inclusive vetando a utilização deste protocolo sem que sofra nenhuma penalização. Os pesquisadores se comprometem a te informar sobre o andamento do trabalho sempre que solicitado, independentemente de continuar ou não colaborando com o estudo.

Após ler estas informações e de ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo.

_____, _____ de _____ de _____

(nome por extenso do sujeito da pesquisa e RG)

(assinatura do sujeito da pesquisa)

(endereço e telefone para contato do sujeito da pesquisa)

Carolina Burni Verçosa
CRO/MG 32740
Doutoranda em Ciências Odontológicas
(Área de concentração: Odontologia Legal)

Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
CRO/SP 26541
Departamento de Odontologia Legal
Faculdade de Odontologia da Universidade de
São Paulo

Caso tenha dúvidas sobre aspectos metodológicos da pesquisa, favor entrar em contato com o responsável Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani pelo email rfmelani@usp.br (11) 3091789.

Caso tenha dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000) pelo email cepfo@usp.br.

Resumo: Utilização de tabelas como referência na avaliação do dano corporal. Análise de três grupos profissionais brasileiros

A utilização de tabelas como referência para avaliação do dano corporal, em várias vertentes do direito: civil, penal e trabalho, é o elemento essencial no estabelecimento da uniformidade de critérios que possibilitam a clareza no entendimento entre peritos e juristas. Embora exista uma tabela utilizada no Brasil, "Tabela de Invalidez Total ou Parcial por Acidente", essa não contempla plenamente todos os possíveis danos que podem envolver o campo odontológico, se comparada com a "Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil", utilizada em Portugal, que considera um número maior de sequelas. Neste trabalho, pretende-se avaliar a necessidade de sistematização da avaliação dos danos corporais, no âmbito de uma apreciação odontológica englobada numa avaliação médico-legal, bem como o conhecimento, a experiência, a adequação das sequelas e respectivas pontuações, junto dos médicos, advogados e médicos dentistas. Questionamos, por fim, a introdução de uma tabela de avaliação médico-legal na prática pericial brasileira. A amostra foi composta por 150 profissionais do Brasil, divididos em: 50 advogados, 50 médicos e 50 médicos dentistas, que receberam um exemplar do capítulo de Estomatologia da tabela utilizada em Portugal e um questionário com seis perguntas, versando sobre sua aplicação. Do nosso trabalho concluímos que o uso de tabelas para quantificação do dano corporal pós-traumático é elemento pouco difundido entre médicos, advogados e médicos dentistas; a avaliação dos traumatismos odontológicos e de face deve ser feita por médicos dentistas; existe a necessidade de elaboração de uma tabela mais abrangente e específica para a realidade das perícias brasileiras, pois a sua aplicação facilitaria a quantificação e o entendimento da avaliação do dano no âmbito civil; existe uma boa aceitação da aplicação desta metodologia de avaliação do dano corporal entre médicos, advogados e médicos dentistas, nas perícias realizadas no Brasil.

Palavras-Chave: Odontologia legal; avaliação do dano; tabela.

Summary: The use of tables as a reference in the bodily injury assessment. Analysis of three Brazilian professional groups

The use of tables as a reference for evaluation of body damage in various aspects of law: civil, penal and labor, is the essential element in the establishment of uniform criterion that enables clarity of understanding between experts and lawyers. Although there is a table used in Brazil, "Table of Total or Partial Disability due to Accident," this does not

address fully all the possible damage that may involve the dental field, compared to the “Table of the National Assessment of permanent disability in Civil Law” , used in Portugal, which considers a larger number of sequels. In this work, we intend to evaluate the need for systematic evaluation of injuries, as part of a dental examination encompassed a medico-legal assessment, as well as knowledge, experience, adequacy of sequel and their scores, with doctors, lawyers and dentists. We question, finally, the introduction of an evaluation table medical-legal expert in Brazilian practice. The sample consisted of 150 professionals from Brazil, divided into 50 lawyers, 50 doctors and 50 dentists, who received a copy of the chapter of Stomatology of the table used in Portugal and a questionnaire with six questions, dealing with your application. From our work we conclude that the use of tables for the quantification of post-traumatic bodily harm element is not widespread among doctors, lawyers and dentists, assessment of dental and facial trauma must be made by dentists, there is a need to prepare a table more comprehensive and specific expertise to the reality of Brazil, since its implementation would facilitate the quantification and understanding of the assessment of damages in civil there is good acceptance of the application of this methodology for evaluation of body damage among doctors, lawyers and dentists in skills performed in Brazil.

Key-words: Forensic dentistry; damage assessment; table.

Pedido de separatas:

CAROLINA VERÇOSA

vercosacarol@gmail.com

Dilemas éticos do consentimento informado em Ciências Forenses

Bárbara Santa Rosa⁽¹⁾, André Dias Pereira⁽²⁾, Francisco Corte-Real^(1,3)

I. INTRODUÇÃO

A prática médica engloba actividades tão diversas quanto complexas. A sociedade exige não só médicos que representem os interesses de saúde das populações, mas também médicos capazes de intervir na resolução de problemas que transcendem este papel, nomeadamente em situações ou acontecimentos com dignidade jurídica.

Assim, o médico poderá ser chamado a actuar como perito, ao serviço da Justiça, cumprindo o objectivo de estabelecer, por meio de obtenção de provas, a veracidade ou falsidade dos factos alegados. A perícia é de especial importância devido ao seu carácter de cientificidade, impessoalidade e objectividade.

As singulares características do exame pericial colocam muitas vezes o médico em situações de conflito entre os interesses do examinando e os interesses do sistema judicial. Este conflito, por si só, não é ilegítimo. É no entanto exigível que o perito seja capaz de o resolver adequadamente, sem se afastar da *leges artis*, imperando que tenha a sensibilidade necessária para o perceber. É também de crucial importância que se certifique, antes de intervir, que o examinando tem conhecimento da sua qualidade de perito, da missão que está a desempenhar e da sua obrigação de comunicar à entidade requisitante os resultados do exame.

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Delegação do Centro, Coimbra, Portugal

² Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

A *ars* médica exige, como recorda Walter Osswald “o encontro entre uma confiança e uma competência”. Se só houver a competência do médico, sem um verdadeiro encontro interpessoal, o acto médico é uma prática técnica desumanizada e a própria confiança, o outro elemento deste binómio, corre o risco de perder-se (Vilaça Ramos 2011).

Acresce que os médicos, pela natureza peculiar da sua actividade, que se dirige a pessoas como pessoas e não meramente como cidadãos, sentiram, desde sempre, a necessidade de ter preceitos próprios, que os protegessem da tentação de abusar do seu “poder” (Serrão 2008). Um dos mais importantes preceitos, que se vê frequentemente comprometido por ordens judiciais, é o do dever de obtenção de consentimento informado.

Muitas vezes o perito, com o intuito de corresponder às expectativas do sistema judicial, sente-se pressionado a realizar o exame forense sem o consentimento, ou mesmo contra a vontade do examinando. No entanto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, é inequivocamente afirmado que o perito deve realizar a sua actividade submetendo-se às considerações deste Código, ou seja, não é estabelecido um regime de excepção para a actividade pericial (Corte Real 2011). Assim o dever de informar faz parte da responsabilidade ética do perito, sendo este um pré-requisito para o consentimento e a legitimidade do acto pericial. Impõe-se o respeito pelos direitos do examinando, não podendo o perito médico subjugar-se, sem mais, a uma ordem do tribunal, que muitas vezes os contraria.

O Relatório de Belmont (1987), fundamentando-se na ideia de que os conflitos morais poderiam ser medidos pela referência a algumas ferramentas morais, os chamados princípios éticos, estabeleceu os “Princípios e directrizes éticas para a protecção de pacientes Humanos em pesquisas”. Inspirados por este documento Beauchamp, que tinha participado na sua elaboração, e Childress, propõem a Teoria Princípalista, que estabelece os quatro princípios da ética médica: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A estes princípios estão subjacentes quatro regras essenciais: veracidade, fidelidade, confidencialidade e privacidade.

Kant afirmou, a propósito da moralidade, que “a ação capaz de subsistir com a autonomia da vontade, é permitida, a que não concorda com ela é proibida”. É assim de salientar que o princípio do respeito pela autonomia afirma a capacidade do indivíduo para a autodeterminação. A pessoa tem o direito de agir de acordo com as suas próprias convicções. Tal não significa apenas a abstenção de interferir nas escolhas individuais, mas também a obrigação moral de promover condições que permitam uma tomada de decisão autónoma (Meneses 2007). Jonh Dewey clarifica esta ideia afirmando que “um princípio ético não é uma ordem para o sujeito agir ou se abster

de agir de determinada maneira, é antes uma ferramenta para analisar uma determinada situação em especial, determinando-se o certo e o errado pela situação na sua totalidade e não por uma regra geral”.

Não obstante a importância histórica da Teoria Principlista, esta é nalguns casos claramente insuficiente, quando falamos da prática pericial do médico. O perito lida com pessoas particularmente fragilizadas, de acordo com o seu estado de sofrimento ou temor à autoridade judicial, o que acentua a assimetria da relação médico-examinando do ponto de vista emocional e eleva a exigência ética no desempenho desta actividade. Resulta do exposto a fragilidade do principal mecanismo regulador do Principlismo, o consentimento, para por si só garantir a ética na actividade pericial. Isto é particularmente verdade quando falamos de examinandos sob custódia judicial, já que tal circunstância pode provocar sentimentos de medo e impotência que influenciam o agir autónomo da pessoa, no seu querer.

Nietzsche afirma que “o querer parece qualquer coisa de complexo, algo que só constitui uma unidade enquanto palavra. Em cada querer há em primeiro lugar uma pluralidade de sentimentos, a saber, o sentimento da situação de onde se partiu, o sentimento da situação para onde se vai e o sentimento destes mesmos “de” e “para” (...)” (Nietzsche 1996).

Assim devemos considerar que a vulnerabilidade do examinando pode diminuir a sua capacidade de autodeterminação, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Mas a vulnerabilidade não significa necessariamente a redução da autonomia, prende-se antes com a relação de desigualdade entre dois indivíduos e com uma condição diminuída, senão anulada, de um deles manifestar a sua vontade. Este facto é suficiente para inspirar outras referências éticas de protecção e respeito pelos direitos do examinando, dedignadamente a dignidade humana, a responsabilidade, a integridade, a privacidade, a solidariedade, a tolerância, a não discriminação e a não estigmatização, a fim de que haja justiça - equidade. Justiça essa, que encontra a sua origem entre homens pouco mais ou menos com igual poder, como bem entendeu Tucídides (na tremenda conferência dos legados atenienses e médicos); onde não haja uma supremacia claramente reconhecível, e um combate redundaria em prejuízo vão e recíproco (...)” (Nietzsche 1996).

O conceito de dignidade humana é entre nós reafirmado, desde a revisão da Constituição da República Portuguesa em 1997, pelo nº 3 do artigo 26º que prescreve que a “lei garantirá a dignidade pessoal (...)”. Segundo Beauchamp e Childress a dignidade humana é um valor intrínseco da pessoa e constitui condição *sine qua non*, para que se respeite a pessoa humana em si e não apenas a sua autonomia (Neto 2006).

A relação entre o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa não é clara. No entanto, o princípio da dignidade prevalece sobre o da autonomia, podendo justificar restrições voluntárias a essa autonomia (Neto 2006).

Partindo destes pressupostos consideramos pertinente reflectir sobre algumas questões: poderá nalguma situação justificar-se a realização de perícias médico-legais sem o consentimento do examinando, para assegurar meios de prova? Deverá o perito realizar procedimentos sem indicação médica, durante um exame pericial, se o examinado consentir? O facto do examinando ser a vítima ou o suspeito deverá relevar na tomada de decisão do perito médico?

Se estas questões se enraízam em princípios inquestionavelmente éticos, as soluções deverão não só contempla-los, mas transcende-los. Emerge a necessidade de harmonizar os preceitos deontológicos do perito com a legislação vigente.

II. OBJECTIVOS

Afirma Aristóteles que o “Homem é por natureza um animal político”, denunciando a sua necessidade de viver em sociedade. Podemos acrescentar que é também um animal jurídico. Desde muito cedo as colectividades humanas orientam-se por elencos normativos, escritos ou como parte de tradições de carácter oral, os quais influenciam a forma como a sociedade se organiza e resolve as questões decorrentes das interações que contempla. O Homem decide o carácter lícito e ilícito das condutas e constrói formas de convivência que podem ser alteradas no decorrer do tempo ou permanecer quase imutáveis.

Designamos o Direito válido, que exerce o seu domínio e império sobre a sociedade, Direito positivo. O positivismo confunde o Direito com a lei, abrangendo o conjunto de regras jurídicas que se encontram em vigor num determinado Estado, num dado momento. Fala-se assim de *jus in civitate positum*, em contraste com a noção de Direito natural que consiste num ordenamento de carácter ideal, numa ideia abstracta acerca do Direito, simbolizando o sentimento de justiça vigente na sociedade. É precisamente ao Direito natural que se subordinam os princípios éticos.

Do positivismo jurídico resultam lacunas ou omissões legislativas. Assim em certos casos o julgador depara-se com a ausência de norma reguladora que discipline uma conduta concreta, posta sobre a sua apreciação. Este fenómeno é frequente quando abordados temas relacionados com a Bioética, consequência da complexidade desta disciplina. Em matérias de Bioética, nas quais se inclui o consentimento informado, é difícil estabelecer um consenso

aplicável transversalmente em qualquer circunstância que as invoque. Parece-nos neste âmbito que o mais importante não é definir condutas precisas mas sim orientações que permitam tomar decisões jurídica e deontologicamente aceitáveis (a este objectivo subordinámos o nosso artigo).

III. ALGUNS PRESSUPOSTOS JURÍDICOS DA ACTIVIDADE PERICIAL

As características do exame pericial impõem importantes constrangimentos, não só do ponto de vista deontológico mas também legal, na sua execução.

Começemos por analisar as particularidades do consentimento informado quando comparamos a actividade médica pericial com as intervenções médico-cirúrgicas de índole terapêutica.

Estabelece o artigo 150º do Código Penal a atipicidade, em termos de ofensa à integridade física, das intervenções ou tratamentos com intuito preventivo ou curativo.⁴ No entanto estas condutas podem lesar o bem jurídico liberdade, se não for respeitado o artigo 156º que impõe o dever de obter o consentimento do doente⁵. O nº 2 deste artigo alude ao consentimento presumido, considerando lícita a intervenção sem o consentimento do doente, designadamente se este se encontra inconsciente, quando não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

Em contrapartida a actividade médica pericial reveste-se de intenção distinta, a de reunir meios de prova. Não promove, em princípio, qualquer benefício para a saúde do examinando. Assim a intervenção do perito médico não resulta atípica no que se refere a ofensa da integridade física. Importa aqui considerar o artigo 149º, o qual estabelece que para efeito de consentimento, a integridade físicas se considera livremente disponível, desde que a ofensa ao corpo ou à saúde não contrarie os bons costumes,

⁴ Art. 150º do Código Penal 1. As intervenções e os tratamentos que segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

⁵ Art. 156º do Código Penal 1- As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com prisão até três anos ou com pena de multa. 2- O facto não é punível quando o consentimento: a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado 3- Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias 4-(...)

tomando-se em conta, nomeadamente, os motivos e os fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e a amplitude previsível da ofensa. É também aplicável o artigo 39º que fala no consentimento presumido⁶ de uma forma mais generalista, contemplando aquelas situações que permitem razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

Há também que distinguir relatório pericial de relatório médico, revestindo-se estes documentos de distinto valor probatório. Um diagnóstico clínico efectuado por um médico hospitalar constitui apenas uma descrição que, embora baseada em evidências médicas, não encerra a componente explicativa da metodologia pericial. Documenta um facto mas não fornece os elementos necessários à aplicação da lei pela autoridade judiciária (gravidade da lesão; sequelas; nexos de causalidade entre a agressão, a lesão e o dano; identificação do objecto usado na agressão), sendo insuficiente para a subsunção do facto no respectivo tipo legal de crime (Magalhães s.d.). Constitui, portanto, um documento a ser valorado em sede de prova documental, não se lhe aplicando as regras excepcionais da valoração da prova pericial em processo penal.

De facto consta do artigo 127º do Código de Processo Penal que a entidade competente aprecia as provas segundo as regras da experiência e a sua livre convicção. No entanto afirma o artigo 163º do mesmo Código que se presume subtraído à livre apreciação do julgador o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial. Esta excepção evidencia a importância probatória da perícia.

A realização de actos periciais urgentes⁷ justifica-se, no âmbito da Medicina Legal, pela necessidade de preservar meios de prova que possam perder-se ou deteriorar-se. Assim, este tipo de perícia, pode ser requerida directamente aos serviços médico-legais pela vítima ou pelo seu representante legal, bem como pelo profissional de saúde que primeiro contacte com ela. Este facto tem importantes implicações legais, uma vez que nestes casos não existe um processo de inquérito penal prévio ou uma denúncia de crime a órgão

⁶ Considera-se equiparado ao consentimento efectivo

⁷ Artigo 13º da lei 45/2004, de 19 de Agosto (realização de perícias urgentes) 1- 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, bem como o exame do local em situações de vítimas mortais de crime doloso ou em que exista suspeita de tal.

de polícia criminal, actuando os serviços médico-legais com competências similares à dos órgãos de polícia criminal⁸.

Nas Delegações existe um perito médico, de prevenção, que assegura a realização dos exames médico-legais urgentes a qualquer hora do dia e em qualquer dia da semana. Nas áreas territoriais servidas pelos Gabinetes Médico-Legais, fora dos dias e horários úteis, será necessário transferir o examinando para um Hospital Central, à semelhança do que acontece noutras situações de índole clínica, para realização da perícia. Nos casos em que a transferência não seja possível deve o médico hospitalar proceder à recolha e preservação dos vestígios, podendo solicitar apoio por telefone ao perito de prevenção na respectiva Delegação. Compete-lhe também sinalizar o caso, enviar as amostras colhidas para a Delegação da respectiva área e orientar o examinado para o Gabinete Médico-Legal onde deverá posteriormente ser sujeito a perícia médica.

Acresce às singularidades acima expostas que a jurisdição Portuguesa, através do artigo 6º da Lei 45/2004 de 19 de Agosto⁹ e do artigo 172º do Código do Processo Penal¹⁰, impõe o dever de sujeição a exame médico-legal. Presumem-se contemplados os princípios da proporcionalidade e da adequação

⁸ Artigo 4º da lei 45/2004, de 19 de Agosto (denúncia de crimes) 1- As delegações e os gabinetes médico-legais do instituto podem receber denúncias de crimes, no âmbito da atividade pericial que desenvolvem, devendo remetê-las no mais curto prazo ao Ministério Público. 2- sempre que tal se mostre necessário para a boa execução das perícias médico-legais, as delegações e os gabinetes médico-legais do instituto podem praticar os actos cautelares necessários e urgentes para assegurar os meios de prova, procedendo nomeadamente, ao exame, colheita e preservação de vestígios, sem prejuízo das competências legais da autoridade policial à qual competir a investigação. 3- o disposto nos números anteriores é igualmente aplicável ao perito médico da delegação ou gabinete médico-legal do instituto cuja intervenção seja solicitada no âmbito do serviço de escala para a realização de perícias médico-legais urgentes.

⁹ Artigo 6º Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto (Obrigatoriedade de sujeição a exames) 1- Ninguém pode eximir-se a ser submetido a qualquer exame médico-legal quando este se mostrar necessário ao inquérito ou à instrução de qualquer processo e desde que ordenado pela autoridade judiciária competente, nos termos da lei. 2- Qualquer pessoa devidamente notificada ou convocada pelo Director de Delegação do Instituto ou pelo Coordenador de Gabinete Médico-Legal para a realização de uma perícia deve comparecer, no dia, hora e local designados, sendo a falta comunicada, para os devidos efeitos, à autoridade judiciária competente.

¹⁰ Artigo 172º do Código de Processo Penal (Sujeição a exame) 1- Se alguém pretender eximir-se ou obstar a qualquer exame devido ou a facultar coisa que deva ser examinada, pode ser compelido por decisão da autoridade judiciária competente 2- Os exames susceptíveis de ofender o pudor das pessoas devem respeitar a dignidade e, na medida do possível o pudor de quem a eles se submeter. Ao exame só assistem quem a ele proceder e a autoridade judiciária competente, podendo o examinando fazer-se acompanhar de pessoa da sua confiança.

e considera-se que os bens e valores juridicamente tutelados pelo direito penal justificam, em regra, restrições à liberdade e integridade física e moral das pessoas envolvidas como agentes ou vítimas de um determinado crime. Nos casos de incumprimento do dever de sujeição a exame o examinando será punido por crime de desobediência¹¹ (Pereira 2005). No entanto, a colheita compulsiva de amostras biológicas é considerada por muitos autores inconstitucional¹², violando importantes direitos fundamentais tais como o princípio da dignidade da pessoa humana¹³, o direito à integridade física e moral¹⁴, o direito à livre disposição do seu corpo, o direito à incolumidade pessoal, o direito à reserva da intimidade da vida privada¹⁵ e o privilégio de não-auto-incriminação (princípio "*nemo tenetur se ipsum accusare*") (Pereira 2005).

É também de considerar o artigo 124º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que prescreve o dever do perito médico utilizar apenas os meios de exame estritamente necessários à sua missão e não prejudiciais ao examinando e de se abster de actuar sempre que este recuse formalmente deixar-se examinar.

IV. A CAPACIDADE PARA CONSENTIR

A capacidade para consentir é geralmente presumida, considerando-se sempre que o examinando é capaz de modular o seu comportamento, comunicar de forma compreensível, recordar a informação que lhe é transmitida e não tenha sido interditado pelo tribunal (Roth 1977). No entanto os

¹¹ Artigo 348º do Código Penal (Desobediência): 1- Quem faltar à obediência devida a ordem ou a mandado legítimos, regularmente comunicados e emanados de autoridade ou funcionário competente, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias (...)

¹² Artigo 32º nº8 da Constituição da República Portuguesa São nulas todas as provas obtidas mediante tortura, coação, ofensa da integridade física ou moral da pessoa, abusiva intromissão na vida privada, no domicílio, na correspondência ou nas telecomunicações.

¹³ Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa: Portugal é uma República soberana baseada na *dignidade da pessoa humana* e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, se não houver perigo na demora e devendo ser informado de que possui essa faculdade.

¹⁴ Artigo 25º da Constituição da República Portuguesa 1- a integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2- ninguém pode ser submetido a tortura nem a tratos ou penas cruéis degradantes ou desumanos.

¹⁵ Art 26º da Constituição da República Portuguesa (Outros direitos pessoais): 1- A todos são reconhecidos os direitos(...) à reserva da intimidade da vida privada e familiar (...). 2- A lei estabelecerá garantias efectivas contra a utilização abusiva ou contrária à dignidade humana de informações relativas às pessoas e famílias. 3- A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

examinandos considerados capazes integram um largo espectro que vai desde os marginalmente capazes até aqueles que são particularmente informados, conhecedores e críticos da sua situação e perspectivas futuras (Wear 2004).

Subjacente à obtenção do consentimento, encontra-se o dever de informar, o qual recai sobre o médico. Considera Descartes que age com maior liberdade quem melhor compreende as alternativas em escolha. Esclarece Kant que a vontade é uma espécie de causalidade dos seres viventes, enquanto dotados de razão, sendo a liberdade uma propriedade desta causalidade, que permite agir independentemente de causas estranhas que a determinem. Estes pressupostos são essenciais para respeitar a autonomia que é, segundo o filósofo, essencial ao princípio da dignidade da natureza humana (Kant 1785). Importa que a decisão do examinando seja informada e livre.

O examinando deve ser informado, previamente ao exame, sobre os aspectos forenses e médicos do processo, podendo consentir essas duas vertentes ou apenas uma. Deve ser-lhe explicado que o consentimento forense implica não só a permissão de realização do exame e conseqüente recolha de evidências, registo fotográfico e/ou exames complementares toxicológicos e genéticos mas também a notificação das autoridades judiciais e conseqüente acesso à informação, possíveis contactos futuros por razões relacionadas com a investigação criminal e notificação no caso de identificação do suspeito.

No entanto, o examinando pode ser juridicamente incapaz de consentir, por razões de idade ou anomalia psíquica, nomeadamente por doenças mentais, transtornos cognitivos, intoxicação aguda (alcoólica ou por outras drogas) ou eventos traumáticos ou clínicos agudos que cursem com alterações da consciência. Nestes casos deve o médico perito considerar múltiplos factores na decisão de realizar ou não o exame pericial (Carr 2010).

1. Os menores de 16 anos e os adultos com capacidade diminuída

Encontra-se expresso no n.º 3 do artigo 38º do Código Penal que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta. Este artigo respeita o princípio da autonomia progressiva da criança ou jovem, implícito também no nº2 do artigo 1878º do Código Civil¹⁶. Considera-se então que a partir dos 16 anos os menores

¹⁶ Artigo 1878º do Código Penal (Conteúdo do poder paternal) 1. Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover o seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens 2. Os filhos devem obediên-

escapam à necessidade de intervenção protectora do poder paternal, em assuntos relacionados com a assistência médica, criando como que uma “maioridade especial” para o acesso a cuidados de saúde. Se o menor não tem discernimento suficiente, o que será a regra no caso dos menores de 14 anos, as intervenções de saúde devem ser precedidas pelo consentimento dos detentores do poder paternal (Pereira 2004).

No caso do exame pericial, apesar das suas características próprias, pode aceitar-se, de acordo com a idade (a partir dos 14 anos) e capacidade de entendimento, que o menor possa consentir ou dissentir a perícia sem o conhecimento dos pais. Parece-nos no entanto que um evento que cause a necessidade de uma avaliação médico-legal, nomeadamente abuso sexual ou maus tratos, gera um importante conflito emocional. A imaturidade subjacente à idade determina maior dificuldade na gestão do impacto destas situações, o que pode condicionar a interpretação da perícia como um estímulo aver-sivo, levando necessariamente a condutas de evitamento. É aqui de extrema importância uma explicação detalhada dos procedimentos forenses e dos seus objectivos e concomitante receptividade ao esclarecimento de dúvidas, quebra de mitos e compreensão dos medos e incertezas do examinando menor. É essencial ter em conta, bem como proteger, a vulnerabilidade da criança ou jovem.

No caso de menores de 16 anos, se os pais (ou quem possui a guarda de facto) consentem a realização do exame, mas a criança recusa, opondo-se activamente à realização do mesmo, não parece viável forçar o menor. Ainda que um exame pericial possa ser realizado contra a vontade do examinando, é difícil aceitar que o médico perito não respeite, durante a sua intervenção, o bem estar físico e psíquico do examinando (Corte-Real 2011). Nestes casos deve explicar-se ao representante legal que a denúncia do crime será feita ao Ministério Público, para que este possa exercer a acção penal. No relatório pericial constará que não se realizou exame físico devido à ausência de colaboração por parte do examinando. Deverão, no entanto, ser procuradas e usadas em tribunal outro tipo de provas.

Os interditos por anomalia psíquica consideram-se incapazes para consentir, excepto se a causa da interdição for apenas surdez-mudez ou cegueira. Os

cia aos pais; estes, porém, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida.

inabilitados não se presumem incompetentes, a não ser que a sentença de inabilitação imponha o oposto.

Em regra, nestes casos, existe já um substituto legal, o tutor ou curador, que pode recusar o exame médico-legal. No entanto a pessoa incapaz (para consentir) deve, na medida do possível, participar no processo de autorização, encontrando-se este facto explicitado no n.º 3 do artigo 6.º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (Pereira 2004). Reserva-se ao Tribunal o direito de não concordar com a decisão quando a recusa for injustificada (Carr 2010).

Destes factos decorre que o médico perito pode ser confrontado com o dilema de realizar ou não o exame quando o tutor do adulto declarado incapaz¹⁷, ou no caso dos menores¹⁸ o pai ou quem tenha a guarda de facto, não possa ser contactado em tempo útil, seja o alegado agressor, ou haja fortes razões para suspeitar que o bem estar da criança ou adulto incapaz está ameaçado¹⁹.

Nestes casos atribui-se um carácter excepcional ao consentimento pelo representante legal, devendo o perito médico assegurar a colheita e preservação dos vestígios. O juiz poderá, se assim entender, nomear um tutor

¹⁷ No projecto lei n.º 788/X (Partido Socialista) sobre “Direitos dos doentes à informação e consentimento informado” refere o artigo 12.º 1. Considera-se adulto com capacidade diminuída a pessoa que no momento da decisão, devido a qualquer causa, não tem o discernimento suficiente para entender o sentido do seu consentimento, ou não tem livre exercício da vontade 2. O poder da representação será exercido pelo procurador de cuidados de saúde, previamente designado pelo doente 3. Na falta de procurador de cuidados de saúde, os adultos com capacidade diminuída são representados pelo seu tutor 4. Na ausência de qualquer dos representantes mencionados nos números anteriores, o médico actua segundo o consentimento presumido do doente, ouvidos, sempre que possível, o médico de família do doente e outras pessoas que tenham mantido com o doente relações de grande proximidade, designadamente os familiares.

¹⁸ No projecto lei n.º 788/X (Partido Socialista) sobre “Direitos dos doentes à informação e consentimento informado” refere o artigo 13.º (representação de crianças e jovens) 1. As crianças e jovens são representadas pelos seus representantes legais 2. A partir dos doze anos o jovem deve ser informado, na medida das suas capacidades de entendimento e a sua opinião deverá ser tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade. 3. Sem prejuízo do que está previsto em legislação especial, o jovem com idade igual ou superior a dezasseis anos, que possua capacidade de entendimento do sentido e alcance da sua decisão, tem o direito de consentir ou de recusar a intervenção médica, desde que esta não implique risco elevado de incapacidade grave ou de morte 4. Nos casos previstos na parte final do número anterior, a autorização é prestada pelos representantes legais, salvo o exercício do direito de veto pelo jovem.

¹⁹ Esta suspeita deve ter em conta a anamnese e os dados objectivos fornecidos pelo médico especialista que procedeu ao exame clínico do examinando, normalmente no Serviço de Urgência.

temporário. É ainda de considerar a pertinência de accionar os serviços de protecção da vítima.

No que se refere aos menores prescreve o artigo 3º da Lei de protecção de crianças e jovens em perigo que a intervenção de promoção e protecção tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem e aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo. Considera-se que a criança ou jovem está em perigo quando se verificam situações de maus tratos físicos e psíquicos, abusos sexuais, imposição de actividade ou trabalho excessivo ou inadequado à idade e situação pessoal da criança ou jovem ou prejudicial à sua formação ou desenvolvimento, sujeição directa ou indirecta a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional e ausência de oposição adequada a remover comportamentos actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento.

O objectivo destes procedimentos é promover os direitos e proteger as crianças e os jovens, garantindo o seu bem estar e desenvolvimento integral. Assim o tribunal pode, sempre que necessário, intervir contra a vontade dos pais, do representante legal ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, ou deste se tiver idade igual ou superior a 12 anos²⁰.

2. A vítima inconsciente (ou com importante compromisso cognitivo)

Há alguns anos, no estado do Minnesota uma vítima de abuso sexual processou o Hospital e a equipe de saúde que a observou por não se ter procedido à recolha e preservação de evidências forenses. Esta importante omissão deveu-se ao facto da examinanda se encontrar em estado dissociativo quando deu entrada no Serviço de Urgência e consequentemente incapacitada

²⁰ Lei de protecção de crianças e jovens em perigo; artigo 7º A intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude é efectuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, consoante o caso, de acordo com os princípios e nos termos do presente diploma; artigo 9º A intervenção da comissão de protecção das crianças e jovens depende do consentimento expresso dos seus pais, do representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto, consoante o caso; artigo 10º 1- a intervenção das entidades referidas depende da não oposição da criança ou do jovem com idade igual ou superior a 12 anos 2- a oposição da criança com idade inferior a 12 anos é considerada relevante de acordo com a sua capacidade para compreender o sentido da intervenção.

de prestar consentimento. Acresce que nenhum familiar estava presente. A doente foi internada, no entanto, à data em que se apresentava capaz de consentir, o período de tempo preconizado para a colheita de amostras biológicas tinha sido largamente excedido.

Na opinião da examinanda, tendo em conta que a recolha e preservação dos vestígios pode ser a única forma de identificação do agressor, deviam os peritos médicos ter procedido à recolha de amostras biológicas, armazenando-os até que se encontrasse capaz de tomar decisões, nomeadamente sobre a apresentação de queixa (Carr 2010).

Impõe-se então estabelecer qual a atitude a tomar quando as alterações cognitivas do examinando não são compatíveis com uma recuperação rápida da capacidade para consentir, tal como o que deve ser feito quando é expectável que esta competência seja readquirida num curto período de tempo.

Se é expectável que o examinando recupere a capacidade para consentir num período de horas, parece-nos ideal que se espere por esse momento, antes de proceder à realização do exame. No caso de não ser expectável que o examinando recupere o normal desempenho cognitivo, por um período de tempo considerável, deverá aguardar-se que o tribunal nomeie um representante legal que possa consentir ou recusar o exame forense.

Ocasionalmente a decisão de realização do exame antes do examinando recuperar a consciência, ou antes da nomeação do tutor, é legitimada pela probabilidade das evidências serem destruídas por procedimentos médicos, tais como a inserção de algália ou a lavagem do cabelo e da superfície corporal. É ainda de considerar que a preservação dos vestígios biológicos, nomeadamente de saliva (mordeduras) ou sémen, deve ser assegurada precocemente. Usando como exemplo o caso do abuso sexual com penetração, a zaragatoa bucal deve realizar-se nas primeiras 8 horas, a anal nas primeiras 24 horas e a vaginal até 48h após a agressão. Acresce ainda que quando a vítima é encontrada, muitas vezes não é possível determinar há quanto tempo decorreu o abuso, sendo indicado, também nestes casos, que se proceda à colheita de imediato (Magalhães 2010).

É de relevar que nem sempre cabe à vítima ou ao tutor a decisão de apresentar queixa, do alegado crime, à autoridade judiciária. Procede do artigo 242º do Código de Processo Penal a obrigatoriedade de denúncia ao Ministério Público dos funcionários²¹ quanto a crimes que tomarem

²¹ Decorre do artigo 386º do Código Penal que para efeito da Lei penal a expressão funcionário abrange trabalhadores da Administração Pública com qualquer tipo de vínculo.

conhecimento durante as suas funções ou por causa delas. É referido ainda no artigo 53º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes. Acresce o nº 2 do artigo 66º da lei 147/99 de 1 de Setembro que a comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

Quando a conduta denunciada é um crime público²² basta a sua notícia para que o Ministério Público exerça acção penal, independentemente de qualquer manifestação de vontade por parte do ofendido ou do seu representante legal.

Relativamente aos crimes semi-públicos²³, a denúncia só dará lugar a instauração de inquérito se a queixa for apresentada no prazo legalmente previsto. Compreende-se assim que neste tipo de crimes assegurar a recolha e preservação de evidências não implica o desencadeamento do procedimento criminal. Garantir a preservação das provas até que o examinando decida se pretende desencadear a investigação criminal é essencial.

V. COLHEITA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Afirmar que os exames são compulsivos em processo penal significa que as autoridades policiais podem conduzir coactivamente o cidadão para que realize exames médico-legais, desde que requeridos pela autoridade judiciária competente. Se ainda assim o cidadão se recusar não deve o médico perito violar a sua integridade física e moral (Pereira 2005).

Assim quando o examinado não consente na necessária colheita de evidências biológicas há que gerir o conflito entre os direitos fundamentais do indivíduo, nomeadamente o direito à integridade corporal e o direito à

²² Determina o Código Penal como crimes de natureza pública a violência doméstica (art. 152º), maus tratos (152º-A), coacção sexual (< 16 anos) (art. 163º), violação (<16 anos) (art. 164º), abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (< 16 anos) (art. 165º), abuso sexual de pessoa internada (art. 166º), abuso sexual de crianças (0-13 anos) (art. 171º), abuso sexual de menores dependentes (14-18 anos) (art. 172º). Acresce o artigo 178º do Código Penal que se de um crime resultar suicídio ou morte da vítima considera-se também de natureza pública.

²³ São definidos no Código Penal como crimes de natureza semi-pública os actos sexuais com adolescentes (entre 14 e 16 anos) (Artigo 173º) e os crimes sexuais quando a vítima é maior de idade.

autodeterminação corporal, e os interesses públicos da descoberta da verdade material e realização da justiça.

Procede do artigo 29º da Declaração Universal dos Direitos do Homem que o legislador pode estabelecer limites aos direitos fundamentais, para assegurar o reconhecimento ou o respeito dos direitos e liberdades de outrem e das justas exigências da moral, da ordem pública e de bem estar geral numa sociedade democrática. Ressalva, no entanto, o nº 2 do artigo 18º da Constituição da República Portuguesa que a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.

Com efeito, o nosso ordenamento jurídico prevê várias situações em que estes direitos cedem face a interesses comunitários e sociais preponderantes. Assim sucede quando se impõem certas condutas como a vacinação obrigatória, os radiorastreios e o tratamento obrigatório de certas doenças contagiosas.

1. Perícias toxicológicas

No caso de exames para determinação da alcoolemia em condutores suspeitos de estarem sob a influência do álcool, o Código da Estrada (artigos 152º²⁴ e 153º do DL 44/2005, de 23 de Fevereiro) prescreve que o condutor apesar de não ser arguido, nem suspeito, tem que se submeter a exames. Poderá verificar-se a necessidade de punção venosa para colheita de sangue nos casos em que seja impossível proceder a pesquisa de álcool no ar expirado. No caso de recusa será o examinado punido por crime de desobediência.

A obrigatoriedade de exames médicos a toxicodependentes é assegurada pelo DL 15/93, de 22 de Janeiro, prescrevendo o artigo 43º nº 4 o dever de sujeição a análise de sangue ou de urina ou outra que se mostre necessária e o artigo 52º a ordenação de perícia urgente, adequada à determinação do estado de toxicodependência (nomeadamente de análises a que se refere o nº 4 do artigo 43º) sempre que no decurso do inquérito ou da instrução, haja

²⁴ Artigo 152º do Código da Estrada 1-Devem submeter-se às provas estabelecidas para a detecção dos estados de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas a) os condutores; b) os peões, sempre que sejam intervenientes em acidentes de trânsito; c) as pessoas que se propuserem a iniciar a condução 2-(...) 3- as pessoas referidas nas alíneas a) e b) do nº 1 que recusem submeter-se às provas estabelecidas para a detecção do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas são punidas por crime de desobediência 4-(...) 5-O médico ou paramédico que, sem justa causa, se recusar a proceder às diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas é punido por crime de desobediência

notícia de que o arguido era toxicodependente à data dos factos que lhe são imputados. Acrescenta o n.º 4 do artigo 53.º que quem, depois de devidamente advertido das consequências penais do seu acto, se recusar a ser submetido a revista ou a perícia, autorizada nos termos do número anterior, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

2. Perícias genéticas

A identificação genética é, actualmente, de importância fundamental em Medicina Legal, tanto no que concerne à investigação de filiação biológica de parentesco como à identificação de restos cadavéricos ou de um suspeito (em criminalística).

Assim, este tipo de perícias pode ser invocado não só em sede de investigação criminal, mas também em processo civil, nomeadamente para a realização de testes de investigação biológica da paternidade. De facto, o elevado número deste tipo de perícias deve-se, em parte, à reforma do Código Civil Português em 1977, que regulamentou através do artigo 1864.º a obrigatoriedade de averiguação oficiosa da paternidade nos casos em que o filho é registado apenas com o nome da mãe. Acresce o artigo 1801.º que nas acções relativas à filiação são admitidos como meios de prova os exames de sangue e quaisquer outros métodos cientificamente comprovados (designadamente recorrendo a amostras de epitélio bucal ou raiz de cabelos). Estes testes podem ser solicitados por um juiz, quando integrados num processo judicial, ou realizados de forma directa, fora do processo.

Em Portugal, os testes de paternidade são realizados nos Serviços de Genética e Biologia Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF, I.P.), nos Laboratórios de Genética Humana e/ou Médica, em Laboratórios pertencentes a Universidades e em Laboratórios privados. Em contexto de processo judicial os exames são realizados, nos termos da lei, no INMLCF, I.P., ou em laboratórios com protocolos de cooperação técnico-científica estabelecidos com este Instituto.

É de referir que em sede de Direito Civil, procede do artigo 519.º do Código do Processo civil o dever de colaboração processual para a descoberta da verdade. Assim numa acção de filiação também impende sobre o examinando o dever jurídico de realizar exames genéticos. No caso de recusa pode aplicar-se uma condenação em multa, bem como proceder-se a inversão do ónus da prova²⁵,

²⁵ Artigo 344 n.º2 do Código Civil determina que há inversão do ónus da prova quando a parte contrária tiver culposamente tornado impossível a prova ao onerado, sem prejuízo das sanções que a lei de processo mande especialmente aplicar à desobediência ou às falsas declarações.

ou seja, assume-se como provada a filiação biológica, sendo da competência do presumido pai elidir esta presunção legal.

3. Considerações gerais

Em termos legais discute-se a legitimidade da recolha de material biológico, contra a vontade do examinado, considerando os bens jurídicos lesados.

Paulo Mota Pinto sublinha que o Direito ao desenvolvimento da personalidade não protege apenas a liberdade de actuação, mas igualmente a liberdade de não actuar, não tutelando, neste sentido, apenas a actividade, mas igualmente a passividade, com uma garantia não unidimensional de actuação, mas pluridimensional, de liberdade de comportamento, enquanto decorrente da ideia de desenvolvimento da personalidade (Mota Pinto 1999).

Acredita Costa Andrade, tomando como exemplo a colheita de células epiteliais da mucosa bucal, através da introdução de uma zaragatoa, que se deve considerar ameaçada a inviolabilidade da integridade moral e física da pessoa, imposta no artigo 25º da Constituição da República Portuguesa. Considera o autor que esta conduta, ainda que não lesiva ou atentatória da saúde não deixa de ser uma “intromissão para além das fronteiras delimitadas pela pele ou pelos músculos” e portanto não pode deixar de ser compreendida como uma invasão da sua integridade física (Costa Andrade 2004).

Por outro lado, Gomes Canotilho argui que a recolha de material biológico para análise, embora possa ser entendida como uma restrição do direito à integridade pessoal não colide com nenhuma das suas dimensões essenciais, podendo justificar-se de acordo com critérios de proporcionalidade, desde que em ordem à prossecução de uma finalidade constitucionalmente legítima.

Consideramos ser inequivocamente de valorizar, em Direito Penal, o confronto com valores preponderantes, como o direito à vida ou à segurança de terceiros. Aceitamos a doutrina maioritária que considera a colheita de sangue e a ou de raízes de cabelos responsáveis por lesões insignificantes e reversíveis da integridade pessoal (física e moral) e a recolha de células epiteliais da mucosa bucal ou a utilização de amostras de urina não susceptível de se considerar uma ofensa à integridade corporal do examinando, mas tão só ao direito à autodeterminação corporal, e em grau ou medida desprezível, isto é, irrelevante.

A obrigação de submissão a exames em processo penal é, de acordo com o Princípio da Proporcionalidade²⁶, defensável em crimes muito graves ou quando mais nenhuma prova possibilita determinar o culpado do crime. Um facto a considerar é que de acordo com o artigo 80º do Código Penal²⁷, à privação momentânea da liberdade e restrição dos direitos fundamentais, impostas ao arguido, deve corresponder um desconto na pena prisão. Segundo Paulo Pinto de Albuquerque deve descontar-se um dia de prisão por cada dia de detenção para submissão a exame médico-legal/forense, independentemente do número de horas que a detenção tenha durado, em cada dia.

Do exposto resulta dificuldade de aceitar que no âmbito do Direito Civil se possa da mesma forma obrigar o examinando a submeter-se a perícias genéticas. É de relevar não só a forte influência do Princípio do Dispositivo²⁸ em Processo Civil como o facto de não serem contempladas neste âmbito sanções com privação de liberdade impossibilitando uma espécie de ajuste como o acima descrito.

Mesmo no âmbito penal há que interpretar *cum grano salis* estas considerações, devendo distinguir-se o recurso a condutas médicas inócuas para obtenção da amostra (sendo em regra este o caso) de actuações que possam pôr em risco a saúde do examinando.

A título de exemplo, quando em contexto de acidente de viação que implique assistência médica hospitalar ou mesmo internamento, a realização de colheitas de sangue para efeitos de diagnóstico é comum, sendo de presumir o consentimento ainda que tácito do sinistrado, destinando-se esta conduta a promover a sua saúde. Apesar de poder parece lícito nestes casos usar parte dessa amostra para as pesquisas toxicológicas forenses, o confronto entre o consentimento informado e a imposição legal volta a colocar-se, dados os diferentes fins a que se destinam as amostras. No entanto, se do procedimento de colheita de material biológico, que se destina à produção de provas, não resultar qualquer risco para a saúde do examinando, enquadrando a recusa à sua submissão uma atitude de obstrução à Justiça, somos de opinião que é de

²⁶ Princípio que assegura que os meios utilizados pelo legislador são adequados e exigíveis à consecução dos fins visados. O meio é adequado se, com a sua utilização, o evento pretendido pode ser alcançado e é exigível se o legislador não dispõe de outro meio eficaz, menos restritivo aos direitos fundamentais.

²⁷ Artigo 80º do Código Penal 1- A detenção, a prisão preventiva e a obrigação de permanência na habitação sofridas pelo arguido são decontadas por inteiro no cumprimento da pena de prisão(...)

²⁸ Princípio que assegura a autonomia das partes na definição dos fins que elas procuram obter através da acção pendente

aceitar que se proceda à colheita, desde que judicialmente determinada, mesmo na ausência de consentimento. Não parece deontologicamente tolerável que o médico perito seja conivente com atitudes que servem apenas o objectivo de prejudicar o apuramento dos factos. É de salientar que o exame médico-legal muitas vezes é essencial à resolução de processos-crime relevantes.

Obviamente, nos casos extremos em que o comportamento do examinando o coloca em risco de sofrer lesões durante o exame ou quando coloca em risco a integridade do médico perito, deve a perícia ser deferida para um momento mais adequado, se possível.

Por outro lado, se do acto médico pericial resultarem riscos para o examinando, deve o médico ponderar seriamente a realização da perícia, ainda que judicialmente determinada, podendo solicitar um parecer à Ordem dos Médicos, se adequado. Importa respeitar as boas práticas éticas e deontológicas.

VI. BASE DE DADOS DE PERFIS DE ADN

De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º da lei n.º 5/2008, a base de dados de perfis de ADN é construída, de modo faseado e gradual, a partir da recolha de amostras em voluntários, para o que devem prestar o seu consentimento livre, informado e escrito. O artigo 7.º determina que a recolha de amostras em pessoas para fins de identificação civil, designadamente em parentes de pessoas desaparecidas, carece de consentimento livre, informado e escrito e que quando se trate de menores ou incapazes, a recolha de amostras depende de autorização judicial.

No que concerne à base de dados criminal, respeitando a privacidade individual, a legislação portuguesa prevê que sejam inseridos apenas os perfis de condenados com penas concretas iguais ou superiores a três anos.

Existe ainda um ficheiro contendo os perfis dos profissionais que procedem à recolha e análise das amostras, sendo o consentimento (prévio) obrigatório para o desempenho de funções enquanto técnico de recolha e análise de amostras de ADN.

Assim, com as devidas excepções de obtenção de amostras em sede de processo penal e de inserção de perfis de ADN na base de dados criminal, quando cumprido o critério de inclusão descrito, qualquer colheita para a obtenção de um perfil genético deve sempre ser precedida de consentimento do titular. Este consentimento contempla não só a colheita da amostra, mas

também a inclusão do perfil numa base de dados, com conhecimento das finalidades da existência dessa base, dos tipos de investigação a desenvolver, dos riscos e benefícios potenciais, das condições e duração do armazenamento, as medidas tomadas para garantir a confidencialidade dos dados e da previsão quanto à possibilidade de comunicação ou não dos resultados obtidos com aquele material.

No entanto a informação genética reveste-se de particularidades importantes, não estamos perante um simples dado pessoal mas perante um dado familiar (Moniz 2002). Assim a restrição do direito à privacidade recai não só sobre a pessoa que nele consente, mas também sobre os indivíduos geneticamente relacionados, igualmente titulares desses dados genéticos.

Tendo em conta estas singularidades encontra-se legislada a obrigatoriedade de utilização exclusiva dos perfis de ADN para fins de identificação²⁹. Ou seja, não é permitida a sua utilização para inferência de características físicas, ficando também de fora a utilização de marcadores que permitam identificar predisposições genéticas, nomeadamente tendência para determinada doença. Está ainda estabelecido que caso seja encontrada uma associação entre um marcador até agora considerado não codificante e uma doença ou um traço comportamental, este deverá ser retirado do painel e todos os dados que tenham sido obtidos anteriormente com esse marcador deverão ser eliminados.

No entanto a partir da comparação de perfis genéticos das bases de dados é possível afirmar ou negar relações familiares entre os dadores. Com efeito a comparação de um perfil genético obtido a partir de um vestígio do local do crime com um perfil da base de dados de ADN permite inferir se existe uma relação familiar próxima entre o dador e o culpado, ou seja, é possível perceber que se trata de um irmão ou de um filho desse dador, ainda que o seu perfil não conste da base de dados. Estas inferências devem ser analisadas no estrito cumprimento da lei, salvaguardando-se sempre o necessário sigilo judicial.

Tendo em conta estas preocupações assegura o legislador que a informação pessoal do dador se encontra numa base separada da base de dados de perfis de ADN, as quais são manipuladas por diferentes utilizadores em lugares distintos.

Todas estas problemáticas, efectivas ou potenciais, à presente data, colocam em causa a validade do consentimento livre e esclarecido no contexto de armazenamento de informação genética.

²⁹ Art. 1º Lei nº5/2008 de 12 de Fevereiro refere que a presente lei estabelece os princípios de criação e manutenção de uma base de dados de perfis de ADN, para fins de identificação (...)

VII. O CONSENTIMENTO NO CONTEXTO DE ABUSO SEXUAL

Sempre que o examinando está inconsciente ou desorientado, sendo incapaz de fornecer a história do evento traumático (e de consentir), é importante verificar se existe informação pré-hospitalar ou achados no exame físico inicial que sugiram a ocorrência de abuso sexual. Sempre que se verifique essa suspeita o exame ano-genital deve integrar a normal avaliação clínica.

Segundo Pierce-Weeks deve considerar-se a possibilidade de ocorrência de abuso sexual sempre que: haja testemunhas que relatam abuso sexual perpetrado em examinando inconsciente; o examinando seja encontrado meio despido, sem explicação aparente (principalmente se a região ano-genital se encontrar exposta); a roupa interior esteja ausente; existam marcas de mordeduras na superfície corporal do examinando (principalmente se em áreas do corpo pouco acessíveis); sejam notadas lesões ano-genitais recentes; se verifiquem outras lesões importantes, tais como lesões figuradas, queimaduras, estigmas ungueais (nomeadamente no pescoço) ou marcas de manietação (nos punhos e tornozelos), sem explicação aparente; o cabelo esteja cortado ou rapado; haja suspeita de violência doméstica.

Nestes casos, procedimentos inócuos para a saúde do examinando, tais como pentear os pêlos púbicos e realizar zaragatoas ano-genitais, orais e da superfície corporal com o propósito de preservar eventuais vestígios, devem ser realizados antes das condutas de higiene ou de manipulação clínica. Quando as amostras de sangue e urina são colhidas para avaliação de rotina poderão parte delas seguir para avaliação toxicológica de carácter forense, sem qualquer necessidade de procedimento invasivo extra. Colhidas as evidências o examinado terá mais tarde, quando cognitivamente capaz, a possibilidade de as utilizar em processo de investigação criminal no caso de optar por fazer queixa do crime.

Cumpre-nos ainda analisar detalhadamente os pressupostos do consentimento informado, no caso de abuso sexual de menores. Consta no regime da lei e da portaria sobre educação sexual e planeamento familiar, que deve admitir-se o acesso livre às consultas (de planeamento familiar), sem restrições como a que resultaria da necessidade de uma autorização prévia dos pais³⁰.

³⁰ Tal resulta do artigo 5º da lei nº 3/84, de 24 de Março: “É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar”; e da Portaria nº 52/85, de 26 de Janeiro, que regulamentou os chamados centros de atendimento para jovens e previu o acesso, sem quaisquer restrições, de todos os jovens em idade fértil.

Encontramos aqui uma importante exceção à sujeição dos menores ao poder paternal, em matérias relativas à informação sexual e à contraceção. Esta premissa poderá estender-se ao exame pericial de âmbito sexual. Consideramos assim que se o menor for capaz de compreender o alcance, a índole e as consequências deste exame e da sua recusa, poderá consentir ou dissentir sem o conhecimento dos pais.

Não obstante, por se tratar de um crime contra a autodeterminação sexual ou contra a liberdade sexual em que a vítima é menor de idade, considera-se de natureza pública, pelo que o desencadeamento da acção penal não depende da vontade do menor. No entanto e sem colocar em causa a necessidade de proceder criminalmente contra quem comete um crime, perante determinadas circunstâncias poderá ser desaconselhável, do ponto de vista do interesse da criança ou do jovem, desencadear o procedimento criminal, devendo ponderar a entidade judiciária a divergência ou a incompatibilidade entre as necessidades da criança e a acusação/punição do agressor.

Frequentemente depara-se o perito médico com alegações de abuso sexual de menores em contexto de divórcio litigioso e regulação do poder paternal. Segundo o artigo 1906º do Código Civil, sobre o exercício das responsabilidades parentais em caso de divórcio, separação judicial de pessoas e bens, declaração de nulidade ou anulação de casamento, as responsabilidades parentais relativas a questões de particular importância para a vida do filho são exercidas em comum por ambos os progenitores, salvo nos caso de urgência manifesta em que qualquer um dos progenitores pode agir sozinho, devendo prestar informações ao outro logo que possível. No entanto sempre que o exercício comum das responsabilidades parentais for julgado contrário aos interesses do filho, deverá o tribunal, através de decisão fundamentada, determinar que essas responsabilidades sejam exercidas por um dos progenitores. É de sublinhar que o artigo 69º da Constituição da República Portuguesa vincula o exercício do poder paternal aos interesses do filho proibindo que os pais o exerçam no seu próprio interesse. Acresce o artigo 36º que, mediante decisão judicial, os filhos podem ser afastados dos pais quando estes não cumprem os seus deveres fundamentais.

Deverá, a nosso ver, considerar-se a realização do exame pericial sem a necessidade do consentimento do progenitor que tem a guarda de facto do filho, quando sobre este recai a suspeita de abuso.

No entanto a situação mais comum é a criança ser levada à Urgência pelo progenitor a que tem a sua guarda de facto, quando esta regressa de uma visita, não supervisionada, ao outro progenitor. Se por vezes a história e os

achados do exame objectivo são sugestivos dos factos descritos, situações há em que a criança é observada no Serviço de Urgência sempre que regressa da visita a um dos progenitores, não resultando no entanto qualquer evidência médico-legal dos exames periciais realizados, não sendo de negligenciar o carácter intrusivo dos mesmos. É possível que alguns destes casos correspondam a falsas alegações, existindo um conjunto de indicadores que podem contribuir para esta suspeita, nomeadamente relatos de vários episódios de abuso sobreponíveis e discurso da criança parco em detalhes. Consideramos que a sujeição repetida e vã a este tipo de exames, entrando em confronto diferentes interesses e direitos da criança.

Como já foi referido, as perícias médico-legais urgentes podem realizar-se previamente ao processo de inquérito penal ou a uma denúncia de crime a órgão de polícia criminal, com o intuito de assegurar a recolha e a preservação dos meios de prova. No entanto, nestes casos o progenitor que denuncia encontra-se sob um importante conflito de interesses. Veríamos com bons olhos que, existindo mais do que uma perícia sexual prévia, por semelhantes alegações e não tendo as mesmas sido conclusivas, se fizesse apenas a denúncia aguardando-se instruções do Tribunal. Entendemos que esta entidade terá forma de avaliar melhor a situação, uma vez que a acção penal terá sido desencadeada na sequência da primeira denúncia. Se a entidade judicial entender necessário a realização novo exame, este teria então lugar na Delegação ou Gabinete Médico-Legal da respectiva área.

VIII. OS CORREIOS DE DROGA

Podemos considerar que a capacidade para consentir dos correios de droga está comprometida por vários factores, nomeadamente o temor de represálias por parte dos cúmplices e o medo de intoxicação por estupefacientes. O facto do examinando se encontrar sob custódia judicial, muitas vezes associado a falsas expectativas de libertação precoce, em troca de colaboração ou o receio de que a recusa a submeter-se a exame médico-legal possa ser considerada uma confissão tácita de culpa, influi nas suas decisões.

Assim para que o princípio da autonomia seja respeitado nestes casos é necessário que lhe seja dada a possibilidade de escolher de uma forma informada e que essa escolha seja individual e livre. Roberts enfatiza a importância do acto voluntário, ou seja, a possibilidade do examinando actuar de acordo com a sua opinião acerca do que é correcto e que melhor se adapta à sua situação actual e aos seus valores. O acto voluntário implica capacidade para tomar decisões livremente e na ausência de coacção. É assim perceptível

que os conceitos de livre arbítrio e livre escolha se associam intimamente na noção de consentimento informado.

Recai sobre o perito o dever de explicar os objectivos do exame forense e as repercussões da sua recusa e de garantir, na medida do possível, a privacidade do examinando durante todo o processo.

É de observar com alguma cautela a realização de procedimentos que não resultarão em benefício clínico directo para o examinado, podendo até alguns deles colocar em risco a sua saúde.

A realização de intervenções invasivas sem indicação médica não cumpre os critérios da *leges artis*. Com efeito a utilização da endoscopia para localizar os pacotes com droga confere riscos para a saúde do examinado, designadamente obstrução ou perfuração intestinal. Mesmo o recurso a métodos, minimamente invasivos que aceleram o trânsito intestinal, tais como enemas, não se considera indicado nestes casos, pois aumentam o risco de ruptura dos pacotes, com consequente intoxicação por libertação do estupefaciente. Portanto, ainda que o examinando consinta na realização destas condutas, tendo em conta que as mesmas não se revestem de benefícios clínicos, constituirão uma ofensa à integridade física se delas resultar danos desse bem jurídico.

Outro exemplo é a utilização de anestesia geral para proceder a exame ano-genital, quando a droga é acondicionada na cavidade vaginal ou no recto e o examinando recusa o exame pericial. Se por questões clínicas o examinando tiver que ser sedado por outras razões, que não o da colheita de evidências, o exame pericial deve ser realizado como complemento dos restantes procedimentos necessários. No entanto a sedação não deverá ser utilizada com o único propósito de realizar um exame não emergente, por ausência de consentimento, uma vez que este tipo de medicação se associa a riscos para a saúde, não passíveis de serem negligenciados. Se ocorrer um problema, quem será responsável pelas consequências? (Corte Real 2011)

Consideramos então que durante o exame de um correio de droga a prioridade é evitar complicações médicas. Os interesses da entidade judicial devem ser considerados, na medida do possível, não podendo no entanto sobrepor-se a um dos deveres primordiais do médico, o de zelar pelo bem estar (físico e moral) do examinando.

A atitude mais correcta parece-nos ser a de monitorização do examinando durante a passagem espontânea dos pacotes, em serviço hospitalar adequado, designadamente na Unidade de Cuidados Intensivos.

Apesar de estarmos perante suspeitos de crime devemos aceitar o argumento Kantiano de que existe um dever de “agir por forma a usar a humanidade, quer na sua pessoa como de qualquer outra, sempre ao mesmo tempo como fim e nunca meramente como meio”.

Relembramos também o já referido artigo 124º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que apela à estrita utilização de meios de exame que não sejam prejudiciais ao examinando, durante o acto médico pericial.

Por outro lado, quando a actuação do médico perito não implica riscos para a saúde do examinando, por exemplo no caso de transporte de droga na cavidade vaginal ou rectal, mas ainda assim este não consente a realização do exame, apesar de não defendemos o uso da força ou coacção, tal recusa deve ser apreciada e alvo de decisão pela autoridade judicial. Não existe nestes casos qualquer tipo de constrangimento de ordem deontológica, que se oponha à realização da perícia.

Em casos extremos, em que o examinando se torna violento, colocando em risco a sua integridade física ou a do médico perito, podem justificar-se intervenções médicas emergentes, não consensuais (Baljevic 2011), nomeadamente com recurso à sedação.

Importa que o médico perito possa decidir de forma autónoma a conduta mais adequada a implementar, tendo em conta a *leges artis*. É sempre possível o recurso à Ordem dos Médicos ou a um Tribunal Superior (como entidades mediadoras), em situações de conflito entre ordens judiciais e princípios éticos ou deontológicos relevantes na actividade pericial.

O recurso à figura do médico perito não pode servir somente o objectivo de garantir o sentimento de pudor, na vertente técnica do exame forense. Com efeito o seu principal papel é assegurar o respeito pela saúde e integridade psicofísica do examinado, no contexto do solicitado apoio à Justiça.

REFERÊNCIAS

- Andrade MC. Direito Penal Médico. Coimbra: Coimbra Editora; 2004.
- Baljevic M, et al. Ethics of medical care for body packers (drug smugglers): untangling a web of fears and conflicts of interest. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2011. 17 (7): 625-29.
- Carr M, et al. Developing a policy for sexual assault examinations on incapacitated patients and patients unable to consent. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2010. 38 (3): 647-53.

- Corte Real F. The medical expert: some deontological issues. *World Association for Medical Law Newsletter*. 2011. 3: 9.
- Department of Justice, Office on violence against woman . A national protocol for sexual assault medical forensic examinations adults/adolescentes; 2004. p. 49-52.
- Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução por Antônio Pinto de Carvalho. Lisboa: Companhia Editora Nacional; 1964.
- Lee P. In the absence of consent sexual assault unconsciousness and forensic evidence. *British Columbia Centre of Excellence for Women's Health*; 2001. p. 1-61.
- Magalhães T. *Abuso de crianças e jovens*. Lisboa: Editora Lidel; 2010.
- Magalhães T, Ribeiro C (Instituto Nacional de Medicina Legal, IP). *Recomendações gerais para a realização de exame em casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais contra crianças e jovens de menor idade*. INML,IP; 2010. Norma Procedimental. Nº1.5
- Meneses R. *Princípio e pedagogia: entre a ética e a educação*. *Eukasia, Revista de Filosofia* 2007. 3 (14) : 189-216.
- Moniz H. Os problemas jurídico-penais da criação de uma base de dados. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal* 2002. 12 (2): 237-264.
- Neto L. Os limites da Ciência do Direito. *Interações*. 2006. 3: 4-18.
- Nietzsche F. *Humano, demasiado humano*. Tradução por Paulo Osório de Castro. Círculo de Leitores; 1996.
- Nietzsche F. *Para além do bem e do mal*. Tradução por Carlos Marujão. Círculo de Leitores; 1996.
- Pereira A. *Novos desafios da responsabilidade médica: uma proposta para o Ministério Público*. *Direito e Sociedade - Revista do Ministério Público do Estado do Paraná*. 2004. 3 (2): 35-58.
- Pereira A. *O Consentimento (Informado) na Actividade Pericial Forense*. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. 2005. 14 (15): 11-45.
- Pinto PM. *O Direito ao livre desenvolvimento da personalidade*. In: *Portugal – Brasil, ano 2000. Separata de Studia Iuridica*. Coimbra: Coimbra Editora; 1999. Vol. 40. p. 149-246.
- Ramos HV. *Ars Medica, técnica e ética*. *Ação Médica*. 2011. 75 (2): 20-32.
- Rollero M. *Sobre el acto médico*. *Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Cuadernos de Bioética*. 2003. 50 (1): 25-38.
- Roth LH, et al. *Tests of competency to consent to treatment*. *American Journal of Psychiatry*. 1977. 134 (3): 279-84.
- Serrão D. *Para uma Deontologia não oportunista*. *Ação Médica*. 2008. 72 (3): 5-10.
- Wear S. *Informed consent*. In: *Khushf G, ed. Handbook of Bioethics*. New York: Kluwer Academic Publishers; 2004. p. 251-90.

Resumo: Dilemas éticos do consentimento informado em Ciências Forenses

A prática médica engloba actividades tão diversas quanto complexas. O médico pode ser chamado a actuar como perito, ao serviço da Justiça, para que estabeleça, por meio de obtenção de provas, a veracidade ou falsidade dos factos alegados.

As características do exame pericial colocam muitas vezes o médico em situações de conflito entre os interesses do examinando e os do sistema judicial. O perito médico lida com pessoas particularmente fragilizadas, cuja capacidade de autodeterminação, logo de consentimento livre e esclarecido, está afectada. Assim o principal mecanismo regulador do Princípio do Consentimento, não consegue por si só garantir a ética da actividade pericial.

Partindo destes pressupostos os autores reflectem sobre algumas questões: Poderá nalguma situação justificar-se a realização de perícias médico-legais sem o consentimento do examinando, para assegurar meios de prova? Deverá o perito realizar procedimentos sem indicação médica, durante um exame pericial, se o examinado consentir? O facto do examinando ser a vítima ou o suspeito deverá relevar na tomada de decisão do perito médico?

Se estas questões se enraizam em princípios inquestionavelmente éticos, as soluções deverão não só contempla-los, mas transcende-los. Emerge a necessidade de harmonizar os preceitos deontológicos do perito com a legislação vigente.

Palavras-Chave: Consentimento informado; actividade pericial.

Summary: Ethics and informed consent in Forensic Sciences

The medical practice associates diverse as well as complex duties. Physicians are expected not only to solve health problems but also to deal with medico-legal issues. Thus the physician may have to give an expert opinion based on evidences, in the name of Justice, to demonstrate the truth or falsehood of the alleged facts. But there are situations of conflict between the examinee interests and those of the legal system.

The vulnerability of the examinees in the forensic setting can impair their autonomy and self-determination, which are essential features to consent a medical act. This fact may compromise the respect of important bioethical principles in medico-legal activity. Regarding this matter some questions arise: Should the medical expert perform the exam to preserve evidences if the examinee does not consent? Should the physician use any kind of procedures, regardless of their risk, if the examinee consents? The examinee being the victim or the suspect should influence those decisions?

These questions undeniably rely on ethical principles but the answers should not only consider but also transcend them. In medico-legal activity it is essential to balance the ethical principles with the law assumptions.

Key-Words: Informed consent; medico-legal activity.

Pedido de separatas:

BÁRBARA SANTA ROSA
santa.rosa.b@gmail.com

O consentimento informado de menores de idade na atividade pericial forense

Ana Amorim¹

1. O CONSENTIMENTO INFORMADO

A necessidade de obtenção prévia do consentimento informado² para a prática de um ato médico assume, atualmente, um lugar de destaque no que concerne à relação estabelecida entre médico e paciente. Porém, esta é uma realidade muito distinta da que se verificava até há poucos anos, quando a prática médica era pautada por alguma desumanização dos cuidados de saúde³. Viviam-se então a época do paternalismo clínico herdado de Hipócrates⁴, na qual o médico, enquanto sujeito possuidor de mais conhecimentos e competências

¹ Estudante do Doutoramento Interdisciplinar em Ciências Forenses da Universidade do Porto, sob orientação da Prof. Doutora Luísa Neto, Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e coorientação da Mestre Rute Teixeira Pedro, Assistente da Faculdade de Direito da Universidade do Porto.

² O consentimento informado “*significa o comportamento mediante o qual se concede a alguém algo, como seja, uma determinada atuação, no caso do consentimento para o ato médico, uma atuação do agente médico na esfera físico-psíquica do paciente com o sentido de proporcionar saúde em benefício do próprio, ou benefício alheio ou em benefício geral*” –, de acordo com a lição de Orlando de Carvalho na preleção proferida a 13.01.1996 *apud* RODRIGUES, João Vaz - O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente), Coleção do Centro de Direito Biomédico n.º 3, Coimbra: Coimbra Editora, 2001, p. 24, nota de rodapé n.º 7.

³ De referir que esta desumanização do paciente tinha como fundamento o próprio Juramento de Hipócrates, uma vez que este, ainda que implicitamente, transmitia a ideia de que o “paciente não tem cara”, como refere Rafael Vale REIS, O Consentimento na Relação Médico Paciente, texto do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, p. 4 < <https://woc.uc.pt/feuc/getFile.do?tipo=2&id=10370> >.

⁴ Neste sentido, veja-se André Gonçalo Dias PEREIRA, Responsabilidade Médica e Consentimento Informado. Ónus da Prova e Nexo de Causalidade – conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa de Macau, República Popular da China, a 18 de Julho de 2008, p. 2 < http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/ResponsabilidadeM.pdf >.

ao nível médico, decidia pelo doente de acordo com o que acreditasse ser a melhor opção perante o caso concreto⁵. Contudo, recentemente, temos assistido a uma mudança de paradigma no que respeita à atitude do médico perante o doente; ao contrário do que se verificava no passado, hoje o médico vê-se obrigado a esclarecer o doente quanto ao diagnóstico, alcance, consequências e eventuais riscos do ato médico a realizar⁶ e a obter o seu prévio consentimento informado, baseado numa vontade séria, livre e esclarecida^{7,8}.

Embora exista, ainda hoje, uma lacuna no ordenamento jurídico português quanto ao conceito de ato médico⁹, as perícias médico-legais devem ser consideradas verdadeiros atos médicos¹⁰ pelo que, durante a sua realização, o médico deve adotar o comportamento que se mostre adequado de acordo com as *leges artis*¹¹; na sequência do que resulta dito, também para a realização de perícias forenses, no âmbito dos serviços da clínica médico-legal, o profissional deve fornecer todas as informações que se revelem

⁵ O paciente assumia, deste modo, uma postura passiva no que dizia respeito às decisões sobre a sua saúde e o seu corpo.

⁶ Veja-se o artigo 157º do Código Penal, doravante referido apenas como CP.

⁷ Com esta obrigatoriedade, o legislador procurou respeitar e salvaguardar o direito de cada paciente à sua integridade física e moral, bem como o seu direito à autonomia e autodeterminação (neste sentido veja-se Guilherme de OLIVEIRA, *Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica* apud OLIVEIRA, Guilherme - *Temas de Direito da Medicina*, 2ª ed. aumentada, Coleção do Centro de Direito Biomédico n.º 1, Coimbra: Coimbra Editora, 2005, pp. 59-72, p. 63). Assim, o doente enquanto sujeito capaz de decidir o que é melhor para si e para o seu corpo, de acordo com a sua vontade, crenças e modo de vida, adota um papel ativo na relação estabelecida entre médico e paciente.

⁸ Veja-se Paulo Pinto de ALBUQUERQUE *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, 2ª ed. atualizada, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010, comentário ao artigo 38º, p. 198.

⁹ A 24 de Setembro de 1999, o então Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio, vetou o decreto-lei que propunha a definição de ato médico, como lembra Luísa NETO, em *A infecção por VIH resultante de transfusão de sangue contaminado no contexto da responsabilidade civil extracontratual do Estado* in *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Sérvulo Correia*, (Coordenação Prof. Doutor Jorge Miranda), Coimbra: Coimbra Editora, 2011, Volume II, pp. 657-694, p. 660.

¹⁰ Teresa MAGALHÃES, *Introdução à Clínica Forense*, 30 de Novembro de 2010, p.2

¹¹ No que respeita aos exames médico-legais, André Gonçalo Dias PEREIRA – em *O Consentimento (Informado) na Actividade Pericial Forense* in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Ano XIV, n.º 15. Coimbra: Edição APADAC, 2005, pp. 9-43, p. 23 - refere que estes afetam o bem jurídico integridade física, uma vez que a realização de uma perícia forense não tem como objetivo “prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental”, tal como previsto no n.º1 do artigo 150º do CP. Porém, ainda que as perícias médico-legais não visem, diretamente, nenhuma das situações previstas no artigo supramencionado, a sua realização sem a prévia autorização do avaliado ou avaliada, pode levar a que o médico incorra em responsabilidade penal por ofensa à integridade física da pessoa alvo da perícia.

necessárias perante o caso concreto e, posteriormente, proceder à recolha do consentimento informado do examinando ou examinanda¹² (ou do seu representante legal, caso a pessoa não possua capacidade de decidir)¹³.

1.1 Em especial, da capacidade para consentir

Atendendo à letra da lei do atual Código Civil português¹⁴, é menor de idade quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade^{15,16}; assim, até atingir essa idade-limite, o jovem carece de capacidade para o exercício de direitos^{17,18}.

Já no que diz respeito, especificamente, à capacidade para consentir, o n.º3 do artigo 38.º do CP estabelece dois requisitos cumulativos, para que o consentimento seja eficaz perante a lei: tem de ser prestado por quem tenha mais de 16 anos¹⁹ e possua o “*discernimento necessário para avaliar o seu sentido*

¹² Maria Teresa Criado del RIO, Visión médico legal del secreto profesional médico y del consentimiento informado: su aplicación en la función médico pericial in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Ano X, n.º 11. Coimbra: Edição APADAC, 2001, pp. 77-127, p. 105 e ss.

¹³ Embora a lei não exija nenhum formalismo específico para a manifestação do consentimento informado, acreditamos que a situação ideal se baseia num consentimento escrito, sendo que o documento original deverá ser anexado ao processo e um duplicado entregue ao examinando ou examinanda ou ao seu representante legal.

¹⁴ Doravante referido apenas como CC.

¹⁵ Aplica-se aqui o artigo 122.º do CC.

¹⁶ Ainda que o artigo 122.º do CC estabeleça a maioridade civil a partir dos 18 anos, nada é referido quanto ao conceito específico de criança, pelo que, neste ponto, teremos de remeter a nossa análise para a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e, posteriormente, ratificada por Portugal a 21 de Setembro de 1990, cujo artigo n.º 1 estabelece que “*criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.*”

¹⁷ Este regime resulta do artigo 123.º do CC.

¹⁸ Neste ponto, importa salientar que a lei civil, no artigo 124.º, permite o suprimento da incapacidade dos menores de idade através do poder paternal, bem como do recurso ao instituto da tutela.

¹⁹ De ressaltar que, em 2007, com a Lei 59/2007, de 04 de Setembro, que estabelece a 23.ª alteração ao CP, o legislador decidiu aumentar a idade-referência do consentimento do CP, de 14 anos para 16 anos procurando, porventura, com essa decisão, uma maior proteção do menor de idade numa fase da vida tão vulnerável, bem como a uniformização da lei, no ordenamento jurídico português. Porém, este aumento da idade-limite parece contrariar a tendência ao nível do direito comparado, que pretende conferir uma maior autonomia ao menor de idade (neste sentido veja-se André Gonçalo Dias PEREIRA, O Consentimento (Informado)..., *ob. cit.* p. 18). A título de exemplo, em Novembro de 2012, são já vários os estados norte-americanos que estabelecem os 12 anos como a idade mínima para que um menor possa consentir num ato médico específico, como decorre do relatório do GUTTMACHER INSTITUTE – An Overview of Minor’s Consent Law, *State Policies in Brief* – 01 de Novembro de 2012 <http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_OMCL.pdf>.

e alcance no momento em que o presta". Embora o artigo supramencionado se refira ao consentimento em geral, ele deverá também ser aplicado quando estejamos perante a prática de um ato médico, sendo que, nesta situação, o discernimento fundamenta-se na capacidade do jovem em compreender os esclarecimentos do médico, o tratamento a realizar, a sua duração e recuperação, assim como eventuais consequências e riscos. Deste modo, ao exigir a verificação cumulativa destes dois requisitos, a lei penal não permite que um jovem de 15 anos preste um consentimento informado válido para a realização de um ato médico, mesmo que possua o discernimento necessário para compreender o alcance da sua decisão.

2. A ATIVIDADE PERICIAL MÉDICO-LEGAL

2.1 O dever de esclarecimento para o ato pericial

Tratando-se de um ato médico - ao qual naturalmente se aplicam as regras deontológicas da atividade médica, nomeadamente, o respeito pela dignidade, autonomia e autodeterminação da pessoa -, também a atividade pericial forense deve ser precedida dos esclarecimentos que o profissional entenda serem necessários perante o caso concreto²⁰. Com base neste dever de esclarecimento, o médico deve proceder a uma explicação adequada, clara e suficiente dos procedimentos que serão realizados no decorrer da perícia médico-legal²¹, tentando deste modo estabelecer uma relação de confiança²² entre si e o examinando ou examinanda; importa ressaltar que essa relação que, eventualmente, se possa estabelecer entre os intervenientes, surge como um elemento essencial à realização da perícia pois, ao criar um ambiente de confiança, o profissional permite que o avaliado ou avaliada se sinta confortável e o mais à vontade possível, perante uma situação de maior fragilidade. É precisamente através do dever de esclarecimento que o médico possibilita que a pessoa alvo da perícia tome uma decisão consciente e fundamentada tendo por base a sua vontade, bem como as informações previamente fornecidas.

²⁰ Neste sentido, veja-se o artigo 44º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM).

²¹ Esta formulação é de João Vaz RODRIGUES, O Consentimento Informado *ob. cit.*, pp. 222 e ss.

²² O médico deve ainda mostrar-se disponível para esclarecer todas as questões colocadas pelo sujeito alvo da perícia.

2.2 Quem recebe a informação quando a perícia é realizada a um menor de idade?

Todas estas informações devem ser prestadas diretamente ao examinando ou examinanda, visto ser ele ou ela o titular do direito à informação²³. Contudo, dúvidas podem surgir quando a vítima é um menor de idade; perante situações concretas que envolvam menores de idade, deve o médico prestar todas as informações necessárias a este ou aos seus representantes legais que, eventualmente, o acompanharam aos serviços médico-legais? Embora a letra da lei estabeleça os 16 anos como idade-limite para prestar o consentimento, parece-nos que, mesmo nas situações em que o jovem tenha uma idade inferior a 16 anos, mas possua o discernimento necessário, atendendo ao tipo de bens jurídicos que possam estar em causa, ele deve ser ouvido²⁴ e envolvido no processo de esclarecimento²⁵, existindo aqui uma preocupação pelo respeito da autonomia do menor. Assim, o médico deve esclarecer tanto os representantes legais, que podem e devem auxiliar o menor de idade no processamento de toda a informação, como o próprio jovem enquanto vítima e objeto da intervenção médico-legal²⁶; mesmo nos casos em que a perícia médico-legal tenha sido ordenada pelo tribunal, o médico deve obter o consentimento informado do representante legal da criança ou do próprio examinando ou examinanda, desde que preenchidos os requisitos do já referido n.º 3 do artigo 38.º do CP, explicando ainda a finalidade do exame a realizar, assim como todas as técnicas que serão utilizadas no decorrer da perícia²⁷. Porém, todas as informações prestadas ao menor de idade devem

²³ De acordo com o n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico referente à informação genética pessoal e à informação de saúde, “a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa”. Esta evidência é ainda ressaltada por André Gonçalo Dias PEREIRA, O Consentimento (Informado) ..., *ob. cit.*, p. 14.

²⁴ Assim defende Helena Gomes MELO [et al.] - Poder Paternal e Responsabilidades Parentais – Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora, 2009, p. 33.

²⁵ Principalmente no que respeita a perícias que têm por base um crime de natureza sexual praticado contra o menor de idade, estas vão intervir na esfera mais íntima deste, razão pela qual defendemos que o examinando ou examinanda também deve ter acesso à informação adequada. Contudo, as informações reveladas não devem ser suscetíveis de provocar ainda mais ansiedade do que aquela que a criança já vivencia, apenas pelo facto de estar perante uma situação eventualmente nova e desconhecida.

²⁶ Teresa MAGALHÃES, A Vítima como objecto da intervenção médico-legal in *Acta Médica Portuguesa*, II série, volume 18, n.º 6, Novembro/Dezembro, 2005, pp. 453-458, p. 453.

²⁷ Veja-se Teresa MAGALHÃES A Intervenção médico-legal em casos de maus tratos em crianças e jovens, in *Cuidar da Justiça de Crianças e Jovens – A Função dos Juízes Sociais, Actas do Encontro (coordenação Maria Clara Sottomayor)*; Coimbra: Editora Almedina, Outubro de 2003, pp. 175-188, p. 178.

ser adequadas à sua idade, bem como à sua capacidade de compreensão, pelo que o médico terá de fazer uma avaliação casuística, uma vez que cada criança é única e o seu discernimento depende de vários fatores específicos daquele jovem em concreto.

2.3 O direito a recusar

a) A recusa na realização de uma perícia médico-legal

Se por um lado o examinando ou examinanda tem a capacidade de consentir no que pode ou não ser feito ao seu corpo, enquanto sujeito de direitos, ele ou ela possui ainda autonomia para recusar a realização de um determinado ato médico, como é o caso específico das perícias médico-legais; esta possibilidade de recusa baseia-se no direito constitucionalmente consagrado do livre desenvolvimento da personalidade²⁸.

Deve ainda salientar-se que é através da perícia médico-legal, realizada nos serviços de clínica forense, que se procede à avaliação das lesões físicas ou psíquicas de uma pessoa, permitindo conhecer os danos sofridos, suscetíveis de fundamentar a aplicação de uma sanção penal ou de uma indemnização²⁹; após a realização desta perícia, o profissional elabora um relatório final, do qual constam todas as informações essenciais decorrentes da avaliação concretamente efetuada e que, posteriormente, será remetido para Tribunal, auxiliando, porventura, na descoberta da verdade material. Enquanto meio de prova admitido por lei³⁰, o relatório pericial é um instrumento adequado a auxiliar o Ministério Público na decisão de deduzir acusação contra uma determinada pessoa; perante uma recusa do examinando ou examinanda, o relatório elaborado pelo profissional, não possuirá os elementos de que o Ministério Público necessita, em muitos casos, para sustentar a acusação, o que pode, eventualmente, conduzir ao arquivamento do processo. Assim, quando confrontado com uma recusa para a realização da perícia, o médico deve alertar a pessoa para as consequências jurídicas da sua decisão, nomeadamente, o risco de arquivamento do processo³¹, bem como outras

²⁸ Previsto, entre nós, no nº1 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa, doravante referida como CRP.

²⁹ É esta a proposta de Teresa MAGALHÃES, Introdução à Clínica..., *ob. cit.*, p. 1.

³⁰ Vejam-se os artigos 151º e ss. do Código de Processo Penal (doravante referido apenas como CPP) e artigo 568º e ss. do Código de Processo Civil.

³¹ Embora estejamos aqui perante questões de teor puramente jurídico, entendemos que deve ser o médico, num primeiro momento, a facultar estas informações à pessoa alvo da perícia,

consequências relacionadas com a inviabilidade da recolha de determinados indícios, após algumas horas³², sendo essencial que o examinando ou examinanda compreenda a eventual irreversibilidade da sua decisão.

Caso se mantenha a recusa, deve ser entregue ao examinando ou examinanda um termo de responsabilidade que este ou esta assina, declarando que não pretende a realização da perícia por sua livre vontade, isentando o médico de qualquer responsabilidade pela sua não realização³³.

b) Possibilidade de um menor de idade recusar a realização de uma perícia médico-legal

Reportemo-nos agora, especificamente, ao eventual direito do menor de idade em recusar a perícia médico-legal. Considerando o limite etário estipulado pelo legislador no n.º3 do artigo 38.º do CP, presume-se que, em princípio, será também

por ser ele que se encontra presente no momento em que a vítima não permite a realização da perícia médico-legal.

³² Referimo-nos aqui, a título de exemplo, a situações em que a vítima é alvo de um crime de natureza sexual e nas quais é fundamental que a análise pericial seja realizada nas primeiras horas após a prática do facto ilícito, numa tentativa de observar, colher, preservar e analisar os vestígios existentes que, numa fase posterior, podem ser úteis na identificação do agressor. Sobre este ponto, veja-se, Teresa MAGALHÃES [et al.] – Da Investigação inicial ao diagnóstico de abuso in *Abuso de Crianças e Jovens, da suspeita ao diagnóstico*; [s. l.]: LIDEL, Fevereiro de 2010, pp. 147-187, p. 163.

³³ Situação diversa verifica-se quando é o próprio arguido que se recusa a prestar o consentimento informado para a realização da perícia médico-legal. A Lei 45/2004, de 19 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses, prevê, no n.º1 do seu artigo 6.º, a obrigatoriedade de sujeição a exame médico-legal, no âmbito de um processo penal (no mesmo sentido, depõe o n.º1 do artigo 172.º do CPP), desde que o mesmo se revele fundamental para o inquérito ou instrução do processo e tenha sido ordenado pela autoridade judiciária competente. Contudo, embora neste caso se justifique a restrição da liberdade do arguido, bem como da sua integridade física e psíquica (defende André Gonçalo Dias PEREIRA, *O Consentimento (Informado) ...*, *ob. cit.*, p. 25 e 26), o n.º1 do artigo 124.º *in fine* do CDOM, é claro ao referir que o médico perito deve abster-se da realização da perícia sempre que o examinando ou examinanda se recuse a prestar o seu consentimento informado. Assim sendo, ainda que as autoridades policiais possam, no seguimento de uma ordem da autoridade judiciária competente, conduzir coativamente a pessoa ao local designado para a realização da perícia, no caso de o examinando ou examinanda não prestar o seu consentimento, o profissional não deve praticar o ato pericial, sob pena de ser, posteriormente, responsabilizado pela violação da integridade física e psíquica daquele sujeito (todavia, ao não permitir que se cumpra a ordem supramencionada, o examinando ou examinanda pode, eventualmente, ser condenado por um crime de desobediência, nos termos do artigo 348.º do CP). Quanto ao facto de o médico perito não cumprir a decisão da autoridade judiciária competente, que obriga à realização do exame médico-legal (isto apenas no caso de a pessoa se recusar), este não deve incorrer num crime de desobediência, pois ao atuar de acordo com as regras deontológicas que regem a sua atividade profissional, o perito age no cumprimento de um dever que lhe é imposto, pelo que se verifica aqui, no nosso entender, uma causa de exclusão da ilicitude nos termos e para efeitos do artigo 31.º do CP.

a partir dos 16 anos que o jovem terá a possibilidade de recusar³⁴ um determinado ato médico, no qual se inclui a perícia médico-legal, fundamentando-se esta recusa numa decisão livre e esclarecida da própria pessoa. Porém, tendo em conta o propósito de uma perícia forense, em determinadas situações, pode ser exigida à criança uma competência e capacidade superiores ao que é necessário para consentir, pois o sujeito alvo da perícia, além de ter de compreender o teor do ato médico que será realizado, tem também de possuir o discernimento para perceber o alcance da sua recusa e a provável irreversibilidade da sua decisão. Assim, no momento em que se verificar uma oposição do jovem à realização do ato pericial, cabe ao profissional presente tentar compreender as razões que justifiquem essa recusa³⁵.

No que concerne, especificamente, aos crimes praticados contra a liberdade e autodeterminação sexual do menor de idade, e tendo em conta o tipo de bens jurídicos em causa³⁶, não nos parece correto aceitar uma recusa do menor de idade quando esta se baseie, exclusivamente, no receio que este tem em se submeter ao ato pericial, uma vez que existem aqui questões relacionadas com a descoberta da verdade material que também devem ser atendidas; a recusa do jovem deve-se basear numa fundamentação válida e pode exigir um esforço suplementar por parte do médico, no que toca às explicações a fornecer ao examinando ou examinanda. Podem surgir dúvidas quando se trate de situações de perícias urgentes, nas quais não é possível adiar a avaliação pericial, com o intuito de aguardar pela intervenção do tribunal, sem que se verifique o comprometimento dos seus eventuais resultados³⁷; parece-nos que neste caso, deve verificar-se, igualmente, um esforço extra do médico no sentido de mostrar ao menor de idade a importância e eventuais benefícios da realização da perícia.

Tal como previamente descrito, e mesmo nos casos em que o objeto da perícia é um menor de idade, parece-nos essencial que o médico saliente as

³⁴ A recusa surge aqui como uma manifestação da autonomia do menor de idade.

³⁵ No caso específico dos crimes de cariz sexual, nos quais alguns dos factos ilícitos são praticados num contexto intra-familiar e em que o agressor é alguém próximo da vítima (a análise é feita por Francisco José Monteiro de Paiva TAVEIRA, *Análise do Abuso Sexual em crianças e jovens no contexto intra e extra-familiar*, Porto: 2007, trabalho apresentado à Universidade do Porto, no âmbito do Mestrado em Ciências Forenses, como prova de capacidade científica, p. 43), o menor de idade pode recusar a realização da perícia médico-legal receando as consequências que daí possam advir para o agressor, bem como eventuais represálias que ele, jovem, possa sofrer no futuro.

³⁶ Nomeadamente, os bens jurídicos liberdade, autodeterminação sexual e livre desenvolvimento da personalidade do jovem na sua esfera sexual.

³⁷ Referimo-nos aqui, mais uma vez, aos casos nos quais a recolha de vestígios da prática do crime deve ser feita o mais precocemente possível.

consequências jurídicas da recusa havendo, também aqui, uma necessidade de adequação da linguagem ao sujeito alvo da perícia, perante o caso concreto, tendo em conta a complexidade das questões a abordar. Embora o jovem possa, a partir dos 16 anos de idade³⁸, decidir quanto à realização de um determinado ato médico, parece-nos que, no que diz respeito, especificamente, às perícias médico-legais, atendendo ao tipo de bens jurídicos que possam ter sido afetados e à eventual vulnerabilidade do menor de idade perante o caso concreto, a decisão da recusa deve ser conjunta, surgindo aqui o representante legal como uma figura essencial, capaz de auxiliar o jovem na formação da sua vontade^{39,40}.

Perante a persistência de recusa do menor de idade na realização da perícia, o médico deverá abster-se de praticar qualquer ato, facultando ao jovem o devido termo de responsabilidade que, após ser assinado, deverá ser anexado ao processo, justificando a não realização da perícia^{41,42}. Posteriormente, o médico deverá remeter para o tribunal o relatório pericial, no qual é referido que o menor de idade não prestou o seu consentimento para que a perícia fosse realizada.

Embora a lei penal estabeleça os 16 anos como idade-referência, entendemos que, tanto o tribunal como o médico, devem atender à recusa de um jovem com idade inferior a 16 anos, desde que este possua o discernimento exigido por lei e que a sua decisão seja fundamentada. Porém, uma outra questão surge neste ponto: deverá o tribunal ordenar a realização da perícia médico-legal, mesmo contra a vontade da criança, sendo que esta decisão é suscetível de colocar em causa a autonomia e autodeterminação deste? Estando perante factos ilícitos que violem, porventura, a liberdade, autodeterminação sexual bem como o livre desenvolvimento da personalidade do

³⁸ Importa salientar, mais uma vez, que além do fator idade, o CP exige ainda que o jovem possua o discernimento adequado para compreender o sentido e alcance da sua decisão, não sendo a idade o único elemento atendível para que a decisão seja válida à luz do ordenamento jurídico português.

³⁹ Porém, acreditamos que a última decisão deve pertencer sempre ao menor de idade.

⁴⁰ De ressaltar que, nos casos em que o jovem se manifeste contra a presença do representante legal no local onde a perícia será realizada, a sua vontade deve ser atendida, de modo a que o examinado ou examinada se sinta confortável durante a realização da mesma.

⁴¹ A recusa deve ser documentada no respetivo processo, de forma cuidadosa, uma vez que dela resulta a não realização de um determinado ato que se presume no melhor interesse do menor de idade. Sobre esta questão, veja-se o Documento-Guia sobre o Consentimento Informado – texto que integra os principais assuntos debatidos no “Seminário sobre o consentimento informado e o papel das comissões de ética para o seu correto uso” – ARS Norte, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P < http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf >.

⁴² Nos casos em que o menor de idade possui os requisitos legalmente exigidos para recusar o ato médico, o termo de responsabilidade deve ser assinado pelo próprio.

menor de idade na sua esfera sexual, poderá também ser necessário atender a interesses específicos da própria sociedade que, através do Ministério Público, procura o bem-estar e a proteção da criança. Ainda que o superior interesse da criança passe também pela descoberta da verdade material, o que por vezes só é possível através da realização de uma perícia médico-legal e conclusões da avaliação pericial, não nos parece correto que o ato médico seja realizado com recurso à força, numa clara violação dos direitos, liberdades e garantias constitucionalmente protegidos^{43,44,45}. Assim, cabe ao juiz, perante o caso concreto, proceder a uma ponderação quanto à necessidade de realização da perícia e a sua essencialidade para a descoberta da verdade material, nunca esquecendo que, enquanto sujeito de direitos, o jovem tem também um direito à reserva da intimidade da vida privada⁴⁶.

Tratando-se de situações em que o jovem não cumpre os requisitos necessários para prestar um consentimento válido perante a lei e o facto ilícito é praticado pelo seu representante legal, o médico pode ser confrontado com novas dificuldades, face à recusa para a realização da perícia médico-legal, por parte de quem detém o exercício das responsabilidades parentais. Perante esta realidade, deve o profissional solicitar a intervenção das autoridades judiciárias competentes, com vista à limitação, ainda que temporária, do exercício das responsabilidades parentais⁴⁷; deste modo, após decisão judicial que ordene o suprimento das responsabilidades parentais, o médico tem o

⁴³ Mesmo não tendo ainda atingido a maioridade civil, o menor de idade continua a ser um sujeito de direitos com personalidade jurídica que, tal como qualquer cidadão, carece de proteção do Estado, face à violação dos seus direitos.

⁴⁴ Pode surgir aqui a necessidade de explicar novamente o procedimento pericial a realizar, as técnicas utilizadas, bem como os benefícios da sua realização, numa tentativa de dissipar todas as dúvidas e receios da criança.

⁴⁵ De salientar que, embora o médico tenha em conta a vulnerabilidade do jovem no decorrer de uma perícia médico-legal e faça tudo ao seu alcance para que o examinado ou examinada se sinta o menos desconfortável possível (principalmente quando nos referimos às situações em que está em causa a prática de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da vítima) o ato pericial pode, eventualmente, consubstanciar um segundo evento traumático para o menor de idade.

⁴⁶ Entre nós previsto no n.º1 do artigo 26.º da CRP, na linha do artigo 12.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem

⁴⁷ Atendendo ao previsto no n.º1 do artigo 69.º da CRP, quando se verifique o exercício abusivo das responsabilidades parentais por parte do detentor deste poder-dever, a criança tem direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento. No mesmo sentido, o n.º6 do artigo 46.º do CDOM salienta a possibilidade de o médico requerer judicialmente o suprimento do exercício das responsabilidades parentais, com o objetivo de salvaguardar os interesses de pessoa incapaz de prestar consentimento, quando estejamos face a situações em que o representante legal decide contrariamente aos direitos e interesses do examinando ou examinanda.

dever de realizar os procedimentos que se revelem necessários e adequados à recolha de quaisquer indícios que possam existir, salvaguardando-se assim o superior interesse da criança, bem como os interesses da própria sociedade. Porém, tendo em conta que, em algumas situações, a urgência na recolha de determinados indícios é um fator crucial para que se possa concluir pela prática de um ilícito criminal, encaramos como legítima a atuação do médico que realiza a perícia médico-legal sem prévia autorização judicial; todavia, acreditamos que esta atuação por parte do médico, apenas se deve verificar quando o adiamento causado pela tentativa de intervenção do tribunal, seja suscetível de colocar em risco a viabilidade da recolha de determinados indícios⁴⁸, assim como o bem-estar do menor.

c) Cuidados especiais durante o exame a um menor de idade

Ainda no que diz respeito a perícias médico-legais envolvendo menores de idade, o médico deve sempre ter em conta o natural pudor da criança, interrompendo a prática de qualquer ato, quando esta assim o solicitar⁴⁹, de modo a respeitar a sua dignidade⁵⁰; do que resulta dito, é possível concluir que o profissional deve atuar de modo a salvaguardar, sempre que possível, o superior interesse da criança.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização indistinta de conceitos como criança, menor de idade, jovem, adolescente, entre outros, com o objetivo de caracterizar uma só realidade, pode levantar sérias dúvidas aos profissionais que, diariamente, recebem nos serviços de clínica médico-legal, indivíduos com idade inferior a 18 anos, vítimas dos mais variados tipos de crime e cuja avaliação pericial se revela essencial; a própria divergência legal entre o direito penal e o direito civil, no que toca à idade para consentir e idade na qual se atinge a maioridade civil, pode fazer com que o perito médico se confronte com sérias dificuldades no

⁴⁸ Referimo-nos aqui a situações em que é praticado um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual do jovem, do qual resultem, por exemplo, vestígios biológicos (sêmen, saliva, entre outros) que devem ser recolhidos até 72h após a prática do facto ilícito, como as analisadas por Karen Elódia Brito SILVA, Abuso Sexual de Crianças: aspectos jurídicos a ponderar no âmbito da perícia médico-legal, Coimbra: 2010, dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, pp. 29 e 30.

⁴⁹ Neste sentido, veja-se Teresa MAGALHÃES A Intervenção médico-legal em casos..., *ob. cit.*, p. 182.

⁵⁰ Esta exigência decorre do n.º 3 do artigo 172.º do CPP.

decorrer da sua atividade. Todavia, a lei penal é clara ao não permitir que o consentimento informado seja prestado, por exemplo, por um jovem de 15 anos, mesmo que este possua o discernimento necessário; deste modo, quando se trate de uma vítima com idade inferior a 16 anos ou que não possua a capacidade exigida por lei, o consentimento informado deve ser prestado pelo seu representante legal. Porém, acreditamos que o menor de idade deve ser sempre envolvido em todo o processo de esclarecimento e decisão e a sua opinião deve ser valorada⁵¹, numa clara atitude de respeito pela sua vontade, autonomia, autodeterminação e livre desenvolvimento.

Resumo: O consentimento informado de menores de idade na atividade pericial forense

O consentimento informado apresenta-se, hoje em dia, como um elemento fulcral na relação que se estabelece entre médico e paciente. Porém, as dúvidas em torno da questão do consentimento, podem adquirir maior dimensão quando o ato médico em causa envolve um menor de idade. No estudo que aqui se apresenta, abordaremos alguns aspetos fundamentais do consentimento informado, incluindo a obrigatoriedade do dever de esclarecimento prévio, analisando esta temática no âmbito da atividade pericial forense; analisaremos ainda algumas dificuldades com as quais o médico, frequentemente, se depara no decorrer de uma perícia médico-legal, quando a vítima de um ilícito criminal é um menor.

Palavras-Chave: Consentimento informado; menor de idade; perícias médico-legais; dever de esclarecimento; discernimento e capacidade para consentir.

Summary: Minors informed consent in forensic activity

Informed consent presents itself today as a key element in the relationship established between physician and patient. However, doubts over the issue of informed consent, can increase when the medical procedure in question involves a minor. In our study, we discuss some key aspects of informed consent, including a requirement of prior clarification, analyzing this issue in the context of forensic activity; we will also analyze some difficulties that physicians often encounters during the process of a forensic medicine examination, when the victim of a criminal offense is a minor.

Key-Words: Informed consent; minor; forensic medicine examinations; duty of clarifying; insight and ability to consent.

Pedido de separatas:

ANA AMORIM

anasamorim@hotmail.com

⁵¹ De acordo com as regras deontológicas que regem a atividade médica, a opinião de um menor de idade deve ser sempre tomada em consideração, tendo em conta a maturidade do jovem em concreto. Ver n.º 3 do artigo 46.º do CDOM.

Sordera por activación del airbag: un caso

Antonio E. Hernando Lorenzo⁽¹⁾, Ferreol García-Nieto
Gómez-Guillamón⁽¹⁾, Pilar Moreno Anaya⁽²⁾, Arántzazu Menchaca
Anduaga⁽³⁾

Caso: Se trata de una conductora de 71 años, que sufre accidente de tráfico consistente en la colisión de una motocicleta contra el turismo que ella conducía, produciéndole daños en parachoques, rejilla, indicador, proyector, aleta y capó. En el accidente, se habrían activado los airbags lateral izquierdo de puerta del conductor y el airbag de techo, elementos de serie en este vehículo.

La conductora del turismo acudió a Urgencias refiriendo sordera y acúfenos. La exploración física, incluida otoscopia no mostró alteraciones, por lo que se descarta rotura timpánica o hemotímpano. En las audiometrías realizadas presentó déficit de la agudeza auditiva por pérdida total de la audición en el oído izquierdo y una pérdida de 80 decibelios en el oído derecho y acúfenos. Una otoscopia repetida mostró integridad de las membranas timpánicas. Las pruebas de imagen (TAC) mostraron ausencia de hallazgos patológicos, (no fractura de peñasco del hueso temporal, no luxación de cadena de huesecillos, no presencia de líquido en oído medio o interno, etc.), siendo tratada con corticosteroides, persistiendo la sintomatología, realizándose posteriormente potenciales evocados que mostraron en oído derecho una hipoacusia indeterminada con umbral de 50 dB, y en oído izquierdo hipoacusia neurosensorial con umbral de 60 dB.

AIRBAG Y SEGURIDAD VIAL

Los airbags son útiles para reducir la gravedad de lesiones en los accidentes de tráfico en los que se ven involucrados automóviles. Basados en todos los

¹ Médico especialista en Medicina Intensiva; Perito Médico; Master en VDC

² Médico especialista en Radiodiagnóstico; Neuroradiólogo

³ Enfermera; Directora de Enfermería del SUMMA 112, Madrid

tipos de accidentes, los airbags reducen las muertes de un 21 a un 22% para conductores que no utilizan cinturones de seguridad, y de un 9 a un 16% en conductores que usan cinturón^(1,2).

Los airbags son un tipo de sistema de retención en el vehículo que están diseñados para hincharse rápidamente durante una colisión del automóvil, para evitar que los ocupantes golpeen el interior del compartimento del vehículo. Se despliegan a unos 6 litros por milisegundo, y los airbags de los años 90 se hinchaban completamente en aproximadamente 20-30 milisegundos, con una cantidad increíble de fuerza y a una velocidad 157 y 338 km/h., necesarias para desplegarse lo suficientemente rápido para que su inflado se produzca antes de que el ocupante del vehículo golpee el volante o el salpicadero, durante el desarrollo de un accidente⁽³⁾.

La intensidad de ruido asociada al despliegue del airbag en un accidente de automóvil, varía con el tipo, tamaño y situación del airbag. El despliegue de un airbag delantero en la posición de conductor producirá niveles medios pico en la presión de sonido de, aproximadamente, 160 dB (Decibelios), en el lado del acompañante de 168 dB, y los dos simultáneamente de 170 dB. El nivel umbral de dolor por ruido es de, aproximadamente, 140 dB, y una simple exposición a esta presión de sonido puede producir pérdida permanente grave de la audición.

El desarrollo más reciente de los airbags laterales aumenta este problema, puesto que genera una presión media pico de sonido de aire de 170 dB, más del 20% superior al nivel necesario para producir una pérdida de audición permanente grave. Además, al desplegarse más próximo al oído el peligro se ve aumentado.

AIRBAG Y LESIONES OTOLÓGICAS

El despliegue del airbag ha introducido un nuevo espectro de lesiones, la mayoría relativamente leves y generalmente consisten en eritema, abrasiones y contusiones en cara, zona anterior de cuello o zona alta del tórax. Es infrecuente la producción de lesiones más graves pero se han descrito en la literatura traumatismos con riesgo vital⁽⁴⁾, entre otros rotura de aorta ascendente⁽⁵⁾. Son de especial importancia las lesiones en ojos, columna cervical, nervio facial, articulación temporo-mandibular, esqueleto facial y vía aérea superior^(6, 7, 8, 9, 10).

Las lesiones otológicas son poco frecuentes y los trabajos publicados incluyen pocos casos y generalmente se refieren a casos aislados de pérdida

repentina de audición neurosensorial asociada al inflado del airbag en sujetos generalmente sin patología auditiva previa. Se han referido déficits otológicos tras la activación de airbag, tales como pérdida de audición temporal o permanente, acúfenos, vértigo, otalgia y perforaciones de membrana timpánica como posibles consecuencias⁽⁶⁾. Los casos más citados se refieren a pérdida permanente de audición, acompañado en algún caso de acúfenos y alteraciones del equilibrio^(7,8).

McFeely⁽¹⁴⁾ refiere 20 pacientes que sufrieron lesiones otológicas como consecuencia del inflado del airbag. Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de audición en 17 (85%) y acúfenos en 17 (85%). Diez pacientes (50%) tenían trastornos del equilibrio y cuatro (20%) tenían perforación de membrana timpánica. La orientación hacia el airbag se vio que se asociaba a la pérdida de audición, a los pródromos de jaqueca, (aural fullness) y a perforación de membrana timpánica. De los 17 pacientes con pérdida subjetiva de audición, fue unilateral en 10 (59%), bilateral en 7 (41%) y persistente en 15 (76%). La pérdida objetiva de audición (caída de al menos 10 dB en dos frecuencias) se documentó en 21 de 24 (88%) oídos afectados subjetivamente; esto incluyó pérdidas de audición unilaterales y bilaterales neurosensitivas, unilateral de conducción y mixta. Fue neurosensorial en 17 (81%), de conducción en 2 (10%) y mixta en 2 (10%). Se afectaron más frecuentemente las altas frecuencias (>4 kHz), seguido de frecuencias medias (2 a 4 kHz) y bajas frecuencias (<2 kHz)⁽⁹⁾.

La pérdida de audición traumática tras inflado de airbag es un incidente raro o excepcional, que probablemente se produce en sujetos con una susceptibilidad y sensibilidad particulares⁽¹⁰⁾. De 71 pacientes referidos con síntomas otológicos después del despliegue del airbag⁽¹¹⁾ se seleccionaron a 22 pacientes para evaluar el riesgo individual. Se confirmó un daño otológico transitorio debido al despliegue del airbag, con una elevación temporal en el umbral acústico. La persistencia de un déficit auditivo puede ser debida a cofactores a través de un mecanismo metabólico, angiopático, neuropático o desconocido, ya que los 6 pacientes sin daño otológico presentaban analítica normal, mientras que 12 de los 16 pacientes con daño otológico tenían niveles alterados de glucosa, urea y colesterol en sangre, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con los sujetos normales. La edad de los pacientes también podría afectar de una forma significativa la recuperación del trauma acústico⁽¹²⁾.

En un estudio en la Universidad de Michigan, de 177 ocupantes de automóviles que habían sufrido accidentes con despliegue de airbag, tanto de

volante solo como también de ocupante, solo 3 refirieron tras el accidente algún tipo de problemas relacionados con la audición tras el accidente (1,7%)⁽¹³⁾.

Como mencionamos al principio, la activación de los airbags se asocia a un riesgo inherente, que incluye ruido de alta amplitud y corta duración por el despliegue del airbag.

Una revisión de la investigación disponible en la industria del automóvil, indica que el pico de amplitud de este ruido puede superar los 170 dB de nivel de presión de sonido.

Los airbags de automóviles se despliegan por la generación rápida de un gran volumen de gas. Esto crea una onda de presión breve (menor de 100 milisegundos), e intensa (150 a 170 dB) que se propaga a través del compartimento de pasajeros. La onda de presión de sonido producida se relaciona con factores tales como el tamaño del vehículo, el número de ocupantes y la ventilación.

Richard Price presenta 70 pacientes con síntomas otológicos tras la activación del airbag en el automóvil que ocupaban. De ellos, a 61 se les realizó audiograma tras el despliegue del airbag; de éstos, 50 mostraban pérdida de audición en una o más frecuencias en el oído con molestias otológicas.

Describe el impulso de ruido como un brote de sonido breve (como la explosión de un disparo), en oposición al ruido continuo, tal como el de una lavadora, y que eventos menores tales como golpear con un martillo sobre un clavo, puede producir pérdida de audición. También concluyó que, en oposición a lo pensado hasta entonces, cuando se tienen las ventanas subidas mientras se produce el despliegue del airbag, es menos peligroso para el oído que con las ventanas bajadas. Ello se debe a que la presión más alta generada en la cabina cerrada aumenta la rigidez del huesecillo estribo, en el oído medio, limitando la transmisión de energía al oído interno y evitando mayor daño al oído. Asimismo, el mayor volumen de los airbags de los automóviles norteamericanos respecto a los automóviles europeos, podría suponer un riesgo adicional de mayor lesión auditiva.

El estudio se hizo utilizando el Algoritmo de Valoración de Riesgo Auditivo para Humanos (AHAAH), modelo que utiliza componentes anatómicos de la estructura del oído, para predecir la pérdida de audición debida a exposición a sonidos intensos por encima de 130 dB. Se ha visto que predice la pérdida de audición de manera exacta en el 95% de casos en los cuales se ha visto expuesto el oído humano.

En el estudio de Price, los resultados indicaban que el 17% de las personas expuestas a la conmoción por sonido por el despliegue de un airbag en un accidente de automóvil, sufría pérdida permanente de la audición.

El daño consiste en rotura timpánica, luxación de los delicados huesos del oído medio y daño importante al oído interno. Eso puede producir pérdida de audición, acúfenos (zumbidos u otro tipo de sonidos en los oídos) y vértigo (sensación de inestabilidad y mareo)⁽¹⁴⁾.

Aunque la afectación auditiva con pérdida por trastorno neurosensorial o neurosensorial en niños es muy infrecuente, se ha referido el caso de una pérdida auditiva neurosensorial significativa tras el despliegue del airbag en un paciente pediátrico⁽¹⁵⁾.

En una serie de 20 casos, los síntomas más frecuentes fueron pérdida de audición, (neurosensorial, de conducción o mixta) y acúfenos en el 85% de pacientes; sin embargo el 50% tenían desequilibrio, 20% tenían perforación de membrana timpánica, 30% se quejaban de sensación de plenitud auricular y 15% sufrían dolor crónico relacionado a disfunción de la articulación temporomandibular. La orientación del oído hacia el airbag se vio que se asociaba a pérdida de audición, plenitud auricular o aura de cefalea, y perforación de tímpano.

Los acúfenos (percepción de sonido en ausencia de una estimulación sonora externa) pueden deberse a anomalías en la cóclea, nervio coclear, vías auditivas ascendentes o corteza auditiva, siendo una de las molestias residuales más frecuentes tras la activación de airbag.

En el Primer Encuentro Panamericano-Ibérico sobre Acústica del año 2002 se revisan 66 pacientes con edades entre 4 a 81 años y encuentran acúfenos permanentes del 52 al 79%, pérdida de audición del 47 al 71%, vértigo (incluyendo vértigo posicional paroxístico benigno) del 20 al 30%, perforación de membrana timpánica del 6 ó 9% y fístula perilinfática el 1 ó 2%.

La fístula perilinfática es una rotura en la membrana oval y/o redonda que deja escapar líquido en el oído medio. Es de presentación rara pero puede producirse durante levantamiento de pesos, traumatismos craneales y buceo en aguas profundas.

También se han descrito por trauma acústico el ruido agudo e intenso de una sirena de coche de bomberos, por efecto de un rayo y por complicaciones por implantes cocleares y cirugía del hueso estribo.

Durante los despegues y aterrizajes de un avión se pueden producir problemas en la igualación de la presión en el oído medio por un resfriado. Los síntomas de una fístula incluyen pérdida de audición, acúfenos, hiperacusia y sensibilidad a los cambios de presión.

También respecto a la incidencia de vértigo y trastornos auditivos tras despliegue de airbag, las lesiones parecen deberse a una combinación de sobrecarga de ruido y fuerzas ocasionales (explosivas) sobre el tímpano. Este mecanismo de lesión también puede ser causa de fístula perilinfática, como se acaba de comentar.

Respecto a la lesión “por explosión”, Cunningham y cols. (1999), presentaron un caso aislado de un individuo cuyo oído medio izquierdo fue deshecho por el despliegue de un airbag. Los osículos del oído medio se desplazaron hacia el oído interno, produciendo una sordera total y parálisis facial. En este caso la cabeza del paciente estaba girada hacia la derecha y así el airbag golpeó el oído izquierdo⁽²²⁾. En un estudio más grande, se correlacionaba el tener el oído vuelto hacia el airbag en el momento del inflado, con aura de cefalea y perforación de membrana timpánica⁽¹⁴⁾.

Hipermovilidad del estribo -estapedio-: Según Saunders y cols., la onda portadora de baja frecuencia durante el despliegue del airbag, produce un desplazamiento máximo del estribo y el ligamento anular. Este mecanismo podría causar desgarro del ligamento anular e hipermovilidad del estribo. La hipermovilidad del estribo puede llevar a un vértigo inducido por sonido así como a hiperacusia⁽²³⁾.

Respecto al diagnóstico, se sugiere por el comienzo inmediato de síntomas de audición tras el despliegue del airbag en ausencia de síntomas preexistentes, recomendándose audiometría normal y de alta frecuencia, test de emisiones, timpanometría y pruebas de acúfenos (si se precisan).

La edad avanzada fue una variable significativamente estadística asociada a la pérdida de audición en el estudio de McFeely y cols⁽¹⁴⁾.

Respecto a la perforación de membrana timpánica inducida por airbag, se cree que el umbral para la perforación de una membrana timpánica normal está alrededor de 180 dB, pero puede ser inferior, en 160 dB, con enfermedades otológicas preexistentes. En un grupo de 4 sujetos con perforaciones, ninguno mostró curación espontánea, precisando intervención. Esto está en contraste con las situaciones de combate, en las cuales las tasas de resolución varían

de un 81% a un 91%. Las perforaciones de mayor tamaño y las localizadas posteriormente y las que no muestran curación en pocas semanas, tienen una tasa significativamente menor de cierre.

El estudio de McFeely y cols.⁽¹⁴⁾ sugiere que la posición del oído hacia el airbag fue un factor importante en relación a la pérdida de audición, perforación de membrana timpánica y pródromos de jaqueca (aural fullness). Un oído que esté dirigido hacia la onda explosiva (blast), experimenta una presión en la membrana timpánica que es aproximadamente el doble de la de un oído no enfrentado a la onda.

Los pacientes con perforación de membrana timpánica en este estudio tenían sus oídos enfrentados hacia el airbag que se inflaba directamente delante de ellos; en base a los resultados de este estudio, la introducción de airbags laterales en los nuevos vehículos, puede aumentar las posibilidades de perforación de membrana timpánica y de otras lesiones otológicas. Factores adicionales que se considera podrían ser importantes con respecto a la perforación de membrana timpánica, son el tamaño y la geometría interior del vehículo, la situación del ocupante y el número de airbags desplegados.

Aunque se pensaría que un volumen interior efectivo más pequeño y las ventanas cerradas aumentarían la posibilidad de trauma acústico, esto no es así, porque no toma en consideración el efecto protector del componente de ruido de inflado de baja frecuencia, el cual reduce la efectividad del componente de alta frecuencia para producir una desviación de umbral (TS) en voluntarios humanos y puede modular el flujo de energía en la cóclea.

Sorprendentemente el tener las ventanas abiertas podría ser menos protector, en base a modelos matemáticos. La diferente geometría interior del vehículo también se sabe que afecta al ambiente de presión y puede contribuir a lesión otológica. También el despliegue de múltiples airbags, lógicamente aumenta la producción de ruido.

Buckley G., Setchfield N. Frampton R.⁽¹⁶⁾, refieren el caso de dos mujeres que tras activación de airbag en accidente de tráfico a baja velocidad, presentan una pérdida de audición neurosensorial bilateral a bajas frecuencias, con acúfenos y pérdida de audición desde el momento del accidente, produciéndose la recuperación parcial de audición en un oído en la primera de ellas.

Ohki M. y cols, describen recientemente (2012) otro caso de sordera neurosensorial en un ocupante de un automóvil en Japón, quien sufrió una

sordera en oído derecho tras activación del airbag, con recuperación parcial de la audición tras tratamiento con corticoides⁽²⁴⁾.

REFERENCIAS

- 1 Zador PL, Coccone MA. "Automobile driver fatalities in frontal impacts: air bags compared with manual belts". *Am J Pub Health* 1993; 83:661-6.
- 2 O'Neill B, Lund AK. "The effectiveness of air bags in preventing driver fatalities in the united states". *Proceedings of the International Conference on Air Bags and Seat Belts: Evaluation and Implications for Public Policy*, Montreal, Canada, October 18-20, 1992).
- 3 Nacional Highway Traffic Safety Administration, "Air Bag Deployment Characteristics", Springfield, VI, Nacional Technical Information Service, 1992.
- 4 Lund AK, Ferguson SA. "Driver fatalities in 1985-1993 cars with airbags", *J Trauma* 1995; 38(4):469-475).
- 5 de Guzman B.J., Morgan A. S., "Aortic Transection Following Airbag Deployment", *NEJM.*, Vol. 337, No. 8, Aug. 21, 1997, pág. 573-574),
- 6 Klask J. ("Injuries in the throat-nose-ear area by automobile air bags", *Laryngorhinootologie*. 2001 Mar; 80(3):146-51).
- 7 Saunders JE, Slattery WH 3rd., Luxford WM ("Automobile airbag impulse noise: otologic symptoms in six patients", *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998 Feb; 188(2):228-34).
- 8 Stankiewicz C., Przewozny T., y Kizlowski J. ("Noise from a car airbag as a cause of acute acoustic trauma". *Otolaryngol Pol*. 2000; 54(6):775-81).
- 9 McFeely WJ, Bojrab DI y cols., "Otologic injuries caused by airbag deployment", *Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, Vol. 121, No. 4, Oct 1999, pág 367-373.
- 10 Bonelli A., Fontanella WM y cols. ("Airbag and hearing loss: our experience.", *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2002; 123(1):53-4).
- 11 Yaremchuk D., Dobie RA. ("Otologic injuries from airbag deployment", *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Sep; 125(3):130-a).
- 12 Passáli D, Passáli GC, Passáli FM y cols. ("Airbags and permanent auditory deficits. A real correlation?". *Acta Otorhinolaryngol Belg*. 2003; 57(3):177-81).
- 13 Huelke DF, Moore JL y cols. ("Hearing loss and automobile airbag deployments". *Accid. Anal Prev*. 1999 Nov; 31(6):789-92).
- 14 Price R. "Intense impulse noise: hearing conservation's poison gas". Paper presented at: Annual Conference of the National Hearing Conservation Association, February 16, 2007.
- 15 Chao N., Pomerantz WJ ("Illustrative Cases: Acute Hearing Loss After Airbag Deployment". *Pediatric Emergency Care*: October 2004 – Vol. 20 – No. 10 – pp 683-686).
- 16 Buckley G., Setchfield N. Frampton R., "Two case reports of possible noise trauma after inflation of air bags in low speed car crashes", *BMJ*, Vol. 318, 20 Feb. 1999, 499-500.
- 22 C. D. Cunningham, P. C. Weber, and J. Cur'e, "Neurotologic complications associated with deployment of airbags," *Otolaryngology*, vol. 123, no. 5, pp. 637–639, 2000.

- 23 Saunders, J. E., W. H. Slattery, 3rd, et al. (1998). "Automobile airbag impulse noise: otologic symptoms in six patients." *Otolaryngol Head Neck Surg* 118(2): 228-234.
- 24 Ohki M., Ishikawa J., Tahara A, "Case Report: Sensorineural hearing Loss due to Air Bag deployment", *Case reports in Otolaryngology*, Vol 2012, Article ID 203714, 2 pags.

Resumo: Surdez por ativação de airbag: um caso

Descreve-se o caso de uma condutora de 71 anos que sofreu um acidente por embate lateral de um motociclo no lado esquerdo do automóvel que conduzia. O airbag lateral e o do teto foram ativados. Não tinha antecedentes patológicos dignos de registo. Foi ao hospital por perda de audição e zumbidos. A otoscopia era normal. A audiometria mostrou hipoacusia completa no ouvido esquerdo e perda de 80 dB no ouvido direito, tendo sido medicada com corticoesteroides. Porque persistia a perda de audição efetuou-se TAC do ouvido, que não mostrou alterações nem lesão dos ossículos. Os potenciais evocados mostraram no ouvido direito uma hipoacusia indeterminada com o limiar de 50 dB e no ouvido esquerdo hipoacusia neurosensorial com o limiar de 60 dB. Os autores fazem uma revisão dos mecanismos da surdez provocada por airbag.

Palavras-Chave: Surdez; hipoacusia; airbag; audiometria; potenciais evocados.

Summary: Deafness by activation of the airbag: a case

A 71 year old female car driver with no previous illness was involved in a lateral collision in which a motorcycle collided front-end on the left side of the car she was driving. Left door side airbag and left curtain airbag were activated. She presented to hospital with auditory loss and tinnitus. Otoscopy exam was normal. Audiometry showed complete loss of hearing in left ear and 80 dB loss in right ear. She was treated with corticosteroids. As loss of hearing persisted, CT scan was performed, not showing abnormalities nor injury to the ossicle chain; sensoryneural evoked potentials showed undetermined right hypoacusia with 50 dB threshold and left sensoryneural hearing loss with 60 dB threshold. Deafness mechanisms produced by airbag are reviewed.

Key-Words: Deafness; hypoacusia; airbag; audiometry; evoked potentials.

Pedido de separatas:

ANTONIO HERNANDO LORENZO
herloren@telefonica.net

Abuso contra crianças. A percepção do médico na intervenção pediátrica

J. Nuno Trovão⁽¹⁾, S. Frazão^(1,2,3), T. Magalhães^(1,2,3,4)

INTRODUÇÃO

O abuso, onde se inclui a violência doméstica e os maus tratos, constitui, além de uma questão legal e social, um problema grave e frequente de saúde, com consequências sempre severas, que podem até ser fatais. Assim, é atualmente considerado uma patologia, constante em vários capítulos da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10). O abuso é particularmente grave no caso da violência doméstica, que se pode definir como qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima e de confiança e poder por parte do abusador que, habitando, ou não, no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, filho/a ou outro familiar¹. Mas outras situações podem ser também graves, ainda que perpetradas noutros contextos, designadamente em contexto institucional, importando referir, entre outros, os casos de bullying.

Estes casos são particularmente complexos, delicados e graves quando perpetrados contra crianças, dada a dificuldade de os detetar. No caso das crianças até aos 3 anos, pelo menos, estas não têm capacidade nem para perceber o abuso nem para o revelar, sendo que muitas ficam em casa e não frequentam o infantário, pelo que frequentemente o único olhar externo que

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

² Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. – Delegação do Norte

³ Centro de Ciências Forenses – CENCIFOR, Portugal

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Medicina Legal e Ciências Forenses

sobre elas existe é o do médico pediatra. No caso das crianças mais velhas, existe, tal como em todos os casos das vítimas deste tipo de violência, dificuldade para revelar o abuso, seja porque não entendam certos comportamentos como abusivos (e.g., o castigo físico para educação), seja por vergonha ou medo.

Assim, nestas situações, o papel dos serviços de saúde, designadamente ao nível da Pediatria, revela-se fundamental na sua deteção, sinalização e/ou denúncia, para além do papel ao nível do seu tratamento e acompanhamento. Se a intervenção dos profissionais que atuam nesta primeira linha de deteção não for correta, todas os outros níveis de intervenção, visando o diagnóstico médico-legal, a proteção e tratamento da criança, bem como a sua reabilitação e da respetiva família e, ainda, em certos casos, a investigação criminal, não se concretizarão com sucesso.

O abuso pode manifestar-se através de diversas formas. As mais conhecidas são:

a) Abuso físico: qualquer comportamento intencional, recorrente ao uso da força (incluindo castigos corporais) que possa provocar dano físico². São sobretudo suspeitas as lesões cujo mecanismo de produção não é coerentemente explicado, moduladas, em diferentes estadios de evolução, em locais corporais impróprios para acidentes e quando há atraso na procura de cuidados de saúde³;

b) Abuso psicológico ou emocional: ausência intencional de suporte afetivo, englobando ameaças e depreciação permanente³. Os indícios principais são, entre outros, a aversão ao contato físico, extrema obediência, apatia, agressividade, mau aproveitamento escolar e perturbações de ansiedade, depressivas, da fala, do sono e do comportamento alimentar⁴;

c) Abuso sexual: envolvimento da criança em práticas que visam a gratificação sexual do abusador, as quais ela não tem capacidade para compreender ou dar o seu consentimento⁵. A sua deteção e diagnóstico são particularmente difíceis, devido ao tabu social, à ausência de testemunhas oculares e à dificuldade em encontrar vestígios físicos ou biológicos, bem como lesões (sobretudo quando os casos são revelados tardiamente). Acresce que as lesões genitais e os sintomas geralmente não são específicos, sendo aqui fundamental a precocidade da realização do exame médico-legal⁵.

Entre outras práticas abusivas, pode ainda referir-se a exposição da criança a um contexto familiar de violência nas relações de intimidade^{6,7}, a

síndrome de Munchausen por Procuração⁶ e a exploração pela mendicidade, pelo trabalho ou pela prostituição¹.

Em Portugal estes comportamentos abusivos assumiram em 2001 a natureza de crime público, sendo a intervenção nestes casos da responsabilidade do Ministério Público (MP), independentemente da vontade da vítima ou do seu representante legal. A denúncia nos crimes de natureza pública é “obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários (...) quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas” (artigo 242º do Código do Processo Penal). Tratando-se de vítimas de menor idade, a obrigação de comunicação dos casos em que a criança possa estar em perigo é alargada à população geral, de acordo com o artigo 66º da Lei 147/99, de 1 de setembro, o qual consagra a promoção e proteção da criança ou adolescente em risco. A comunicação destes casos é também obrigatória para os médicos, à luz do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portuguesa.

A denúncia consiste na comunicação formal do crime ao MP, a qual pode ser feita por qualquer pessoa ou entidade, diretamente ou por intermédio dos órgãos de polícia criminal ou dos médicos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), sendo o objetivo promover a investigação criminal, a qual também pode ser um processo chave para a proteção da vítima. Paralelamente a esta, e no caso das crianças, deve ser feita a sinalização da suspeita às entidades com competência em matéria de infância e juventude da área de residência da criança, neste caso com o objetivo da sua promoção e proteção, designadamente à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área de residência da criança.

No caso da existência de lesões, ou suspeitando-se da possibilidade da sua existência, é obrigatória, por lei, a realização de uma perícia médico-legal, devendo tal procedimento, sobretudo nos casos de abuso sexual, reger-se pelo protocolo celebrado em 2011 entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens⁸.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo geral analisar as perceções dos médicos que trabalham na área da Pediatria, relativamente à sua capacidade para intervirem nesta matéria. Especificamente pretendeu-se saber se estes médicos têm consciência da dimensão dos comportamentos abusivos a que são sujeitas certas crianças, se se sentem aptos a detetar os indicadores de abuso, se conhecem e se efetivamente cumprem com os procedimentos de sinalização e denúncia previstos para estes casos e a necessidade sentida de formação ou de implementação de protocolos de atuação.

MATERIAL E MÉTODOS

Elaborou-se um questionário de autoavaliação, de preenchimento anónimo, dirigido aos vários pediatras e internos de Pediatria a prestar serviço nos hospitais da área de influência da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS). O questionário foi enviado por correio ou por via eletrónica, após contato telefónico com os diretores de serviço de Pediatria e após a obtenção de autorização pelos Conselhos de Administração (CA) dos respetivos hospitais. Neste questionário de escolha múltipla analisaram-se os seguintes pontos: (a) a noção da responsabilidade de detetar casos de abuso; (b) a aptidão sentida para detetar os indicadores de abuso; (c) o conhecimento sobre os procedimentos de sinalização e denúncia dos casos suspeitos e sobre a diferença entre ambos; (d) o número de vítimas detetadas e a sinalização e/ou denúncia desses casos; (e) a articulação com os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e com o “Médico de Família”; (f) a noção da responsabilidade de sinalizar e da obrigatoriedade legal de denunciar; (g) a necessidade sentida relativamente à necessidade de implementação de protocolos de intervenção nestes casos.

Dos 15 hospitais contactados, obteve-se resposta positiva dos CA (e da Comissão de Ética, no caso daqueles que assim o entenderam necessário) e a colaboração dos médicos de 8 deles, havendo assim 89 respondentes. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., na Região Norte de Portugal encontravam-se, em 2011, a exercer funções no Serviço Nacional de Saúde (SNS) 413 médicos pediatras e 104 internos de Pediatria (Fonte: ACSS, 2011); assim, a amostra em estudo representa 17.2% dos pediatras e internos de pediatria do local e época em estudo.

Recolhidos os inquéritos, procedeu-se à sua análise estatística (descritiva, de referência cruzada e com testes de correlação Qui-quadrado para um nível de significância de 0.05), utilizando-se o *software SPSS Statistics 20*.

RESULTADOS

A maioria dos 89 respondentes era do sexo feminino (n=68; 76.4%) e a idade média foi de 39 anos (min=24; max=61; SD=10,8). Destes, a média de tempo de trabalho exercida na área da pediatria era de 13.5 anos (min=1; max=38; SD=11), sendo que os médicos especialistas representaram 60.2% da amostra (n=53).

1. Detecção do abuso

A quase totalidade dos médicos consideraram ser sua responsabilidade detetar os casos de abuso nas crianças e adolescentes (96.6%). A maioria referiu sentir-se quase sempre apta a detetar abuso físico (n=68; 76.4%), mas muitos consideraram-se pouco capazes de detetar o abuso sexual (n=44; 49.4%) e o psicológico (n=41; 46.1%). As dificuldades mais frequentemente indicadas para a deteção dos abusos foram o diagnóstico diferencial da etiologia de uma lesão (42%) e a inespecificidade dos sintomas (74%); note-se que 23.9% dos médicos considerou ser raro o recurso destas vítimas ao SNS (Quadro I). Não se verificou existir correlação entre estas dificuldades sentidas e a idade ($p=0.550$; $p=0.892$), sexo ($p=0.932$; $p=0.669$) ou anos de serviço ($p=0.854$; $p=0.988$) dos respondentes nos testes de independência efetuados.

Constatou-se que 29.2% dos médicos (n=26) não detetou nenhum caso de abuso no último ano, obtendo-se um total de 257 deteções (uma média de 3 deteções por médico e por ano).

Quadro I - Dificuldades mais sentidas pelos médicos na deteção dos abusos

	n (%)
Falta de formação específica durante o curso de Medicina	17 (19.3)
Falta de formação específica durante a especialização	23 (26.1)
Dificuldades no diagnóstico diferencial da etiologia das lesões	37 (42.0)
Inespecificidade dos sintomas	66 (75.0)
Constrangimento perante os cuidadores	12 (13.6)
Raridade do recurso destas crianças ao SNS	21 (23.9)

2. Sinalização e Denúncia

Todos os inquiridos consideraram ser responsabilidade sua sinalizar os casos de abuso com que contatam no exercício da atividade profissional mas 6.7% (n=6) achou que não estava obrigado a denunciar. Note-se, contudo, que 30.3% (n=27) referiram que sinalizar e denunciar constituem o mesmo procedimento.

A maioria dos indivíduos (n=78; 82%) consideraram saber sinalizar e/ou denunciar mas, uma vez mais, 32.9% destes referiram que a sinalização e a denúncia são o mesmo. Não se observou correlação estatística entre estas variáveis (Quadro II).

Quadro II – Saber denunciar e/ou sinalizar e saber distinguir entre sinalização e denúncia

		Saber distinguir entre sinalização e denúncia		
		Sim	Não	Total
Saber sinalizar	Não	13	3	16 (18.0%)
	Sim	49	24	73 (82.0%)
e/ou denunciar	Total	62 (69.7%)	27 (30.3%)	89 (100%)

Desta última amostra (n=78), 52.1% não considerou ser graças à instrução académica e profissionalizante que está apto a sinalizar e/ou denunciar. Por outro lado, dos 47.2% respondentes que sentem ter tido formação insuficiente, apenas 9.5% admitiram não saber fazê-lo (Quadro III); encontrou-se aqui uma correlação inversa (coeficiente=-0.208) estatisticamente significativa ($p=0.05$), ou seja, saber sinalizar e/ou denunciar surge associado ao facto de não terem tido formação específica nesta matéria.

Quadro III – Saber sinalizar e/ou denunciar e instrução académica e profissionalizante na área

		Instrução na matéria		
		Não	Sim	Total
Saber sinalizar	Não	4	12	16 (18.0%)
	Sim	38	35	73 (82.0%)
e/ou denunciar	Total	42 (47.2%)	47 (52.8%)	89 (100%)

Dos 63 respondentes que referem ter detetado pelo menos um caso no último ano, a maioria (79.4%) disse ter sinalizado e/ou denunciado todos eles. É de notar que 7.9% sinalizou e/ou denunciou menos de metade dos casos mas 80% destes tinha referido saber fazê-lo; 4.8% admitiu não ter sinalizado e/ou denunciado nenhum caso, apesar de 66.7% destes referirem saber fazê-lo (Quadro IV); não se verificou existir qualquer correlação estatística entre estas variáveis ($p=0.815$). Dois médicos (3.2%) admitiram ter deixado casos por sinalizar e/ou denunciar a pedido da vítima.

Quadro IV – Saber sinalizar e/ou denunciar e número de casos comunicados

		Nº de casos sinalizados e/ou denunciados				Total
		Nenhum	<50%	≥ 50%	Todos	
Saber sinalizar	Não	1	1	1	7	10 (15,9%)
	Sim	2	4	4	43	53 (84,1%)
e/ou denunciar	Total	3 (4,8%)	5 (7,9%)	5 (7,9%)	50 (79,4%)	63 (100%)

Foram 23.8% os que referiram já ter contactado com casos de abuso e consideraram não produtiva a sua articulação com o NHACJR, nomeadamente

2 dos 3 respondentes que não sinalizaram e/ou denunciaram nenhum dos casos que acompanharam (Quadro V). Não há, no entanto, uma correlação estatística entre estas variáveis ($p=0.20$). Consideraram importante a cooperação da especialidade de Medicina Geral e Familiar no acompanhamento de um caso de abuso a criança ou adolescente 94.4% dos médicos de pediatria. Admitiram ser vantajosa a implementação de novos protocolos de atuação para a abordagem dos casos de abuso 95.5% dos médicos, sem que isso se correlacione com o facto de se considerarem ou não aptos a sinalizar e/ou denunciar os casos ($p=0.344$), ou o facto de conseguirem, ou não, uma ajuda importante por parte do NHACJR ($p=0.276$).

Quadro V – Articulação com o NHACJR e número de casos comunicados

		Número de casos sinalizados e/ou denunciados				Total
		Nenhum	<50%	≥50%	Todos	
NHACJR	Sim	2	0	1	12	15 (23,8%)
	Não	1	5	4	38	48 (76,2%)
	Total	3 (4,8%)	5 (7,9%)	5 (7,9%)	50 (79,4%)	63 (100%)

3. Perfil do médico

Finalmente procurou-se traçar o perfil do médico (quanto à sua idade e sexo) face aos aspetos abordados (Quadro VI). Encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o facto de estes considerarem que sabem sinalizar e/ou denunciar ($p<0.001$) e uma correlação inversa (coeficiente=-0.273) entre a sua idade e a perceção da necessidade de implementação de novos protocolos, ou seja, foram os médicos mais jovens a admitir não saber sinalizar e/ou denunciar e a referir a necessidade de novos protocolos de atuação.

Quadro VI – Correlações (p) entre o perfil do respondente e as atitudes face ao abuso

	Dever de deteção	Saber sinalizar e/ou denunciar	Obrigação de denunciar	Instrução	Implementação de protocolos
Idade	0.591	<0.001	0.103	0.447	0.01*
Sexo	0.333	0.073	0.683	0.591	0.208

*coeficiente de correlação=-0.273

DISCUSSÃO

A literatura sobre este assunto, apesar da sua relevância, não é muito abundante, importando registar um trabalho Português que, não se debruçando exatamente sobre a matéria aqui analisada, aborda a temática da intervenção dos pediatras nestes casos⁹. Por outro lado, os estudos estrangeiros sobre a triagem dos abusos pelos pediatras, não incidem concretamente sobre a questão da sinalização ou denúncia da forma que aqui a perspetivamos, dado que estes aspetos são específicos do contexto legal de cada país. Assinale-se, contudo, que na maior parte dos países desenvolvidos, designadamente nos EUA, a questão da deteção e comunicação destes casos está na ordem do dia, sendo os médicos “mandatory reporters”.

Não se conhecem, em Portugal, os valores reais da frequência com que são vítimas de abuso as crianças e adolescentes. No primeiro semestre de 2011 foram registadas pelas Forças de Segurança apenas 943 participações relativas a vítimas até aos 18 anos¹⁰. Em 2010, foram instaurados pelas CPCJ 8550 processos de negligência, 441 de abandono, 3683 de abuso emocional, 1847 de abuso físico, 548 de abuso sexual e 26 de exploração do trabalho infantil¹¹. A Delegação do Norte do INMLCF observou entre 2010 e 2011, um total de 773 casos de alegados casos de abuso físico e 123 de abuso sexual em contexto familiar (Fonte: INMLCF), refletindo seguramente estes números, não só a falta de deteção e sinalização/denúncia mas, também, mostrando que muitas vítimas não são referenciadas para perícias médico-legais, designadamente nos casos de negligência e abuso psicológico.

No presente estudo, a quantidade de sinalizações e/ou denúncias (cerca de 200, tendo em conta o total de 257 deteções e os 79.4% dos médicos que afirmam ter sinalizado e/ou denunciado todos os casos) parece estar minimamente em sintonia com os dados referidos pelas CPCJ e pelo INMLCF, atendendo à representatividade desta amostra e ao facto de os médicos constituírem apenas uma parte das entidades sinalizadoras dos processos. No entanto, 29.2% dos médicos referiram não ter detetado nenhum caso, o que pode significar, com elevada probabilidade, que, face a casos concretos, não foram capazes de os identificar. Reitera-se, contudo, que estes são os profissionais mais importantes na deteção destes casos, sobretudo na idade pré-escolar, devendo por isso ser capazes de os identificar e comunicar devidamente, de forma a possibilitar a implementação das devidas medidas de proteção e a eventual investigação criminal.

Apenas 52.8% da amostra considerou satisfatória a instrução recebida no âmbito da Violência Doméstica e Maus-Tratos, e grande parte admitiu ter dificuldades na deteção do abuso sexual e psicológico. Num estudo dos EUA sobre a preparação facultada aos médicos internos para o rastreio de abuso

sobre crianças, cerca de 80% afirmou que recebeu pouco treino nesta área e por isso não rastreiam os abusos como deveriam, com apenas 21% a fazê-lo¹². Noutro estudo, 74% dos pediatras e médicos de Medicina Geral e Familiar de um determinado hospital, referiu não ter recebido formação específica em abusos (sobretudo os pediatras), apresentando resultados menos satisfatórios que os médicos formados noutro hospital onde era obrigatório este tipo de instrução¹³. Em novembro de 2009, o *American Board of Pediatrics* realizou o primeiro exame de certificação de uma nova subespecialidade pediátrica: *Pediatria do Abuso de Crianças*¹⁴. Este é um passo fundamental, dado que a complexidade do assunto em causa não se compadece com a intervenção por profissionais que – apesar de interessados e bem-intencionados – não têm formação especializada no assunto.

Por outro lado, importa que os médicos saibam que é obrigatória a realização de uma perícia médico-legal sempre que se vislumbre a possibilidade de existirem danos corporais ou vestígios (artigos 151º e 159º do Código de Processo Penal), a qual não deve ser protelada pela intervenção de outros médicos (excetuando tratamentos urgentes), para evitar a vitimização secundária e a contaminação de vestígios e dos relatos. Para garantir a boa articulação destes procedimentos, celebrou-se em 2011 o protocolo atrás referido; este fixa os termos da colaboração entre médicos do SNS e do INMLCF⁸: As normas já publicadas pelo INMLCF para a realização dos exames forenses nestes casos¹⁵ não deverão ser consideradas suficientes para colmatar a falta de formação referida por vários pediatras, designadamente quando, à luz daquele protocolo, têm de ser estes a realizar o exame físico para colheita e preservação de vestígios, sendo fundamental formação específica nesta matéria.

Sinalização e denúncia devem complementar-se para garantir a melhor abordagem num caso de abuso. Como regulamentado pela DGS, a intervenção pretende-se executada nas formas de investigação criminal e de promoção e proteção da vítima, encontrando-se esta última organizada em três níveis de responsabilidade. No primeiro, as entidades competentes são os serviços de saúde, educação e ocupação dos tempos livres, encontrando-se os especialistas de Pediatria, de Medicina Geral e Familiar ou os Ginecologistas numa posição privilegiada detetar o abuso. Aos NACJR e NHACJR cabe um papel de consultoria ou até de condução do processo¹⁶. Não se conseguindo remover o perigo, torna-se de crucial importância a sinalização da vítima, sendo este o ato de dar conhecimento de uma situação ou suspeita de abuso, mediante comunicação às entidades competentes – as CPCJ da sua área de residência¹⁷. O último recurso será o Tribunal de Família e Menores, nível este que se pretende residual. Neste sentido, a DGS atualizou em 2011 o documento técnico de orientação da atuação médica perante casos de abuso sobre a criança e adolescente. Nele constam algoritmos – para a deteção e

intervenção perante fatores de risco de abuso, sinais de alerta, abuso evidente e situações de perigo – e modelos de fichas de sinalização e denúncia. Frisa-se, também, que a “denúncia não tem tempo limite para ser apresentada e deverá acontecer depois de se ponderar e assegurar que a proteção da criança/jovem não será posta em causa por tal diligência”¹⁶. Note-se, contudo, que esta nota deve ser considerada com muito cuidado, primeiro porque a violência doméstica e os maus-tratos, à luz da legislação Portuguesa, têm de ser obrigatoriamente denunciados no mais curto espaço de tempo, segundo, porque como infelizmente a prática tem provado, em alguns casos em que a denúncia não é feita, não havendo uma intervenção formal, o caso pode escapar-se das mãos dos profissionais que o acompanham, havendo por vezes desfechos fatais. De facto, este importante documento, enferma de algumas lacunas do ponto de vista da intervenção criminal.

Mesmo julgando saber sinalizar e/ou denunciar, 4.8% dos médicos admitiram não o ter feito em nenhum caso e 7.9% apenas o fizeram em menos de metade dos casos, não se correlacionando isso com deficiências na articulação com os NHACJR. De facto, é sabido que grande parte dos abusos não são comunicados⁹. Também em matéria de sinalização e denúncia, para estes médicos a instrução prévia não foi produtiva e o que se comprova é que muitos não conhecem a dinâmica processual da investigação criminal e da promoção e proteção, ao desconhecerem a diferença entre sinalização e denúncia, bem como a sua obrigação legal de o fazer. Verificou-se que são os médicos mais jovens os que mais admitem estas dificuldades, sendo recetivos à implementação de protocolos de atuação. Alguns médicos não se consideram obrigados a denunciar (6.7%) mas, embora esta a lei seja relativamente recente, tal não se correlacionou com a idade ou anos de serviço dos médicos. Entre outras razões que levam os médicos a não efetuar a denúncia, podem considerar-se as seguintes¹⁸: (a) não saber diagnosticar o abuso; (b) minimizar a gravidade dos indicadores pelo contexto cultural; (c) não aceitar isso como uma obrigação profissional sua, defendendo-se através do sigilo médico; (d) desconhecimento da atitude a tomar; (e) medo de represálias contra si ou os seus; (f) querer evitar acusações de falsa denúncia, a atenção da imprensa e o comparecimento em tribunal.

A *American Academy of Pediatrics* enfatiza que identificar uma situação de abuso exercida sobre um seu cuidador pode prevenir esta forma de violência sobre a criança¹⁹. Um estudo acrescenta que muitas mulheres vítimas de abuso se revelaram ao pediatra dos filhos²⁰. A deteção e sinalização/denúncia destes casos de exposição das crianças à violência nas relações de intimidade já é feita por médicos do INMLCF, com resultados benéficos, dado que tal constitui uma forma grave de abuso.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, verificou-se existirem ainda muitas lacunas de conhecimento por parte dos médicos da área de pediatria no que se refere à sua capacidade de detetarem e comunicarem os casos de abuso. Assim, dada à relevância do contributo destes profissionais para a identificação destes casos, é importante desenvolver estratégias de sensibilização para o rastreio ativo dos mesmos e de articulação entre os diversos profissionais e instituições envolvidas, dado que a intervenção nestes casos é obrigatoriamente multidisciplinar. Igualmente parece ser fundamental a formação específica destes médicos nesta matéria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Magalhães T. *Violência e Abuso. Respostas Simples para Questões Complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
- 2 Dias I, Ribeiro CS, Magalhães T. A construção social do abuso na infância. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 8-9.
- 3 Magalhães T, Jardim P, Santos L, Pinto NF, Oliveira RJD, Caldas IM. Indicadores físicos de abuso. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 51-56.
- 4 Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005 jan-mar; 12(1):42-49.
- 5 Jardim P, Magalhães T. Indicadores físicos e biológicos do abuso sexual. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 109-111
- 6 Cunningham A, Hurley P. *A Full and Candid Account. Children & Teenagers Testifying in Domestic Violence Cases*. London (Canadá): Centre for Children and Families in the Justice System (London Family Court Clinic, Inc.); 2007.
- 7 Stiles M. Witnessing Domestic Violence: The Effect on Children. *Am Fam Physician* 2002;66(11): 2052-2067.
- 8 Magalhães T, Vieira DN. Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2011; 22: 9-22.
- 9 Vasconcelos A, Cardoso BM, Barros M, Almeida H. Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica – 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. *Acta Pediatr Port* 2011;42(1):8-11.
- 10 Direcção Geral da Administração Interna. *Relatório de monitorização da Violência Doméstica – 1º Semestre de 2011*. Lisboa: Ministério da Administração Interna, Direcção-Geral de Administração Interna Direcção de Serviços de Planeamento Estratégico, Núcleo de Estudos e Análise Prospectiva em Segurança Interna (NEAPSI); 2011.

- 11 Carvalho R (coord). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens no ano de 2010*. Lisboa: CNPCJR; 2011.
- 12 Bair-Merritt MH, Giardino AP, Turner M, Ganetsky M, Christian CW. Pediatric residency training on domestic violence: a national survey. *A* 2004;4(1): 24-7. PubMed 2004.
- 13 Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *NeoReviews* 2001;108(1): 98-102
- 14 Block RW. Child abuse requires specialized treatment, reporting. *Amednews.com* 2010 [cited 2012 May 1]. Acessível em <http://www.ama-assn.org/amednews/2010/06/28/prca0628.htm>.
- 15 Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P. Procedimentos Forenses No Âmbito da Recolha de Informação, Exame Físico e Colheita de Vestígios em Crianças e Jovens Vítimas de Abuso Físico e/ou Sexual. *Acta Med Port* 2011; 24: 339-348.
- 16 Leça A et al. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direcção-Geral da Saúde; 2011.
- 17 Pinto da Costa D, Taborda MJ, Magalhães T. Da suspeita ou deteção à sinalização do abuso. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 139-146.
- 18 Cury M (coord) *Estatuto da Criança e Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais*. São Paulo: Malheiros;1992. 737-8.
- 19 American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect: The Role of the Pediatrician in Recognizing and Intervening on Behalf of Abused Women. *Pediatrics* 1998; 101(6): 1091 -1092.
- 20 Siegel RM, Hill TD, Henderson VA, Ernst HM, Boat BW. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999; 104(4 Pt 1): 874-7. Pubmed 1999.

Resumo: Abuso contra crianças. A percepção do médico na intervenção pediátrica

O abuso constitui, além de uma questão legal e social, um problema grave e frequente de saúde. No caso das crianças vítimas, o papel dos serviços de saúde, designadamente ao nível da Pediatria, revela-se fundamental na sua deteção, sinalização e/ou denúncia, para além do papel ao nível do seu tratamento e acompanhamento. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar as percepções dos médicos que trabalham na área da Pediatria relativamente à sua capacidade para intervirem nesta matéria. Para tal, efetuou-se um inquérito a 89 pediatras ou internos de pediatria. Constatou-se que muitos médicos (76.4%) sentem ter quase sempre capacidade para detetar o abuso físico, mas 49.4% e 46.1%, considerou-se, respetivamente, pouco capaz de detetar abuso sexual ou o abuso psicológico. Os conceitos de sinalização e denúncia são confundidos por 30.3% dos médicos e 6.7% ainda desconhece a obrigação de denunciar estes casos. Só 52.8% acha satisfatória a instrução académica e profissionalizante que teve nesta área. Ainda se verificam, pois, muitas lacunas na preparação dos médicos da área da Pediatria para a abordagem destes casos, havendo necessidade de mais formação, melhor divulgação das medidas já implementadas e de criação de novos protocolos, mais adaptados e específicos à realidade de cada comunidade.

Palavras-Chave: Abuso; criança; deteção; comunicação.

Summary: Abuse against children. The physician's perception in the paediatric intervention

The abuse is not only a legal and social issue, but also a serious and frequent health problem. In the case of children, the role of health care professionals, particularly in paediatrics' units, is fundamental for its detection and report, as well as for treatment and follow-up. Thus, the objective of this study is to analyze the perceptions of physicians working in the field of paediatrics' units concerning their ability to intervene in this issue. On a survey to 89 physicians, working in hospital paediatric departments, several problems concerning the efficacy of these processes were found. Many physicians (76.4%) declared being almost always able to detect physical abuse, but they affirmed to be less able to do so on sexual (49.4%) and psychological (46.1%) abuse. The concepts of referral and denouncement are misunderstood by 30.3% of them and 6.7% don't know their duty of reporting. Only 52.8% consider satisfactory the academic and professionalising training on these issues. There are still many flaws on the preparation of the professionals to deal with these cases. More training, better divulgation of the existing measures and the creation of new and more specific protocols are needed.

Key-Words: Abuse; child; detection; report.

Pedido de separatas:

TERESA MAGALHÃES

imlfmup@gmail.com

O contágio transgeracional da agressividade. A propósito da violência no namoro

Madalena Sofia Oliveira⁽¹⁾, Ana Isabel Sani⁽²⁾, Teresa Magalhães⁽³⁾

INTRODUÇÃO

A violência doméstica constitui, segundo a Organização Mundial de Saúde, um grave problema de saúde, o qual urge combater através de estratégias concertadas e multidisciplinares. Na raiz deste problema pode estar a transmissão intergeracional desta violência, designadamente a partir da família, a qual se pode começar a revelar desde as relações de namoro na adolescência.

Desde o período da infância, as relações familiares, especialmente as relações entre os progenitores, parecem influenciar a capacidade da criança de autocontrolar as suas emoções e o seu comportamento. Segundo Ehrensaft e colaboradores (2007) no que concerne à violência intergeracional, sabe-se que a exposição à violência entre os progenitores pode ensinar à criança que esta constitui um meio aceitável e eficaz de resolução de conflitos, sendo que é provável que se verifique a reprodução deste comportamento no futuro, pois a criança assimila expectativas hostis sobre o significado das relações, o que pode aumentar o risco de comportamentos agressivos na infância e por toda a vida desde logo a partir do namoro.

Para compreender a violência nestas relações de namoro, importa conhecer as explicações teóricas que apontam alguns dos mais importantes fatores que poderão estar na base da emergência deste fenómeno. O modelo

¹ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

² Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

³ Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., Departamento de Medicina Legal e Ciências Forenses da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses (Portugal).

da transmissão intergeracional é um dos mais aceites, considerando que a violência se transmite de uma geração para a seguinte através da exposição à violência na família de origem durante a infância (Black, Sussman & Unger, 2009). No entanto, crescer num lar onde existe violência parece não ser suficientemente preditivo de quem irá ser abusado ou vítima nas relações de intimidade durante a vida adulta, pelo que outras explicações teóricas devem ser também consideradas.

A escassez de estudos na área da violência intergeracional e a importância que as investigações neste domínio têm para uma intervenção na raiz do problema, sustentam o interesse da investigação nesta área. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral contribuir para uma melhor compreensão da violência nas relações de namoro, designadamente no contexto português, tendo em conta o contágio intergeracional deste tipo de violência. Os objetivos específicos foram os seguintes: (a) Caracterizar os comportamentos de violência (vitimação e perpetração) nas relações de namoro de adolescentes estudantes do ensino secundário; (b) Analisar o ambiente familiar dos estudantes do ensino secundário em termos de comportamentos de violência que possam ter sido exibidos no contexto da família; (c) Determinar quais as crenças sobre a violência presentes nos adolescentes estudantes do ensino secundário; (d) Analisar a relação entre comportamentos violentos nas relações de namoro de adolescentes estudantes do ensino secundário e a violência no ambiente familiar; (e) Analisar a relação entre comportamentos violentos nas relações de namoro e o nível de crenças exibidos pelos adolescentes estudantes do ensino secundário.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

População

Foram aleatoriamente selecionados estudantes de escolas secundárias e profissionais do distrito do Porto (concelhos de Gondomar, Maia, Matosinhos, Valongo, Vila Nova de Gaia e Porto) (n=283). Desta população, 54.1% (n=153) eram do sexo masculino, sendo as idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (média=16.96; Sd=1.34). A distribuição dos estudantes pelos diferentes níveis de escolaridade foi semelhante: 10º ano (38.2%; n=108), 11º ano (35%; n=99) e 12º ano (26.9%; n=76).

Métodos

Para a realização deste estudo foram utilizadas três instrumentos construídos e validados para a população portuguesa por autores nacionais. Assim, para avaliar a qualidade do relacionamento amoroso dos adolescentes foi

usado o *Inventário de Violência Conjugal* (IVC) de Machado e colaboradores (2000), o qual é composto por 21 itens que pretendem analisar as relações de intimidade passadas e presentes dos inquiridos.

Para o estudante poder caracterizar o seu sistema familiar, como contexto de ocorrência ou não de situações de violência, utilizou-se a escala de *Sinalização do Ambiente Natural Infantil* (SANI), construída e validada por Sani (2007). Para averiguar as crenças sobre a violência presentes nos adolescentes utilizou-se a *Escala de Crenças da Criança sobre a Violência* (ECCV) de Sani (2006); este instrumento procura apreciar algumas das crenças que sujeitos possam ter relativamente à violência interpessoal, independentemente de tais situações fazerem, ou não, parte das suas vidas.

No presente estudo, de cariz quantitativo, a exigência de rigor e cientificidade determinou que existisse grande preocupação com a adoção de procedimentos criteriosos e éticos, nas diversas fases que caracterizaram esta investigação. Para a administração dos instrumentos referidos solicitou-se autorização à *Direção Regional de Educação do Norte* (DREN), tendo após consentimento sido delineado um conjunto de procedimentos para a aplicação dos instrumentos de avaliação, de forma a interferir o menos possível com o normal funcionamento das aulas e a salvaguardar os interesses do estudo. Assim, e após terem sido abordados os objetivos da investigação, garantido a confidencialidade dos dados obtidos, o anonimato e a participação livre dos sujeitos, realizou-se uma aplicação conjunta dos instrumentos em contexto de sala de aula. Este procedimento foi replicado com todos os grupos de participantes.

Os resultados obtidos foram reunidos numa base de dados, subseqüentemente submetida a um tratamento estatístico mediante o apoio do programa informático *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, para o Windows. Realizaram-se análises descritivas para verificar frequências e percentagens relativas aos dados recolhidos para cada um dos instrumentos utilizados e análises correlacionais para apreciar a relação entre alguns resultados totais aos instrumentos.

RESULTADOS

A análise de frequências para os itens da escala do IVC (Matos, Machado & Gonçalves, 2000) para as relações de namoro atuais e passadas. Dos 283 participantes, 133 (47%) mantinham um relacionamento de namoro no presente (à data do estudo) e 237 (83.7%) referiram ter mantido um ou mais relacionamentos de namoro no passado.

Quanto às relações atuais (n=133), apurou-se que 50 (37.6%) admitiam ter adotado um qualquer comportamento violento, pelo menos uma vez, com o(a) namorado(a); destes, 27 (54%) eram do sexo feminino. No que respeita à vitimação, 57 (42.9%) assumiram já terem sido submetidos pelo(a) namorado(a) a um qualquer comportamento abusivo, pelo menos uma vez, sendo que destes 35 (61.4%) são do sexo feminino.

Relativamente a relações passadas (n=237), 107 (45.1%) admitiram ter praticado um qualquer ato abusivo dos descritos no IVC, pelo menos uma vez, com o(a) namorado(a), sendo que destes 60 (56.1%) eram do sexo masculino. Quanto à vitimação, 57% (n=135), relatou ter sido vítima numa relação passada de comportamentos violentos pelo(a) namorado(a), sendo 80 (74.8%) do sexo masculino.

Para avaliar a existência de práticas de violência do ambiente familiar dos estudantes, solicitou-se aos estudantes que relatassem se assistiram ou ouviram, no último ano, na sua casa, algum dos comportamentos descritos na escala SANI² (designadamente *Abuso Físico*, *Abuso Emocional*, *Coerção* e *Controlo* (Tabela 1):

a) *Abuso Físico*: foram sinalizados com maior frequência os seguintes comportamentos: “*Atirar com coisas contra uma pessoa de propósito*” (16.3%) e “*Bater ou tentar bater com coisas em alguém*” (14.9%); estes foram presenciados em contexto familiar, durante o último ano, pelo menos 1 ou 2 vezes;

b) *Abuso Emocional*: destacaram-se dois comportamentos que foram observados na família, no último ano, pelo menos 1 ou 2 vezes, “*Insultar ou chamar nomes feios a outra pessoa*” (52.4%) e “*Gritar muito e muito alto com alguém*” (63.6%);

c) *Coerção*: os participantes afirmaram terem visto, durante o último ano, pelo menos 1 ou 2 vezes, atos como “*Obrigar uma pessoa a fazer tudo como se fosse um criado*” (16.9%) e “*Obrigar a guardar segredo de coisas feias ou más*” (15.6%);

d) *Controlo*: os comportamentos mais sinalizados no último ano referem-se a “*Estar sempre a controlar tudo*” (44.7%) e “*Não deixar uma pessoa sair de casa para alguns sítios*” (44.6%).

Tabela 1. Condutas violentas sinalizadas pelos jovens no seu ambiente familiar (n=283)

Escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil		0 vezes %	1 ou 2 vezes (%)
Abuso Físico	Atirar com coisas contra uma pessoa de propósito	83.6	16.3
	Bater ou tentar bater com coisa em alguém	85.1	14.9
	Dar pontapés ou murros numa pessoa	90.3	9.7
	Prender alguém para não se poder mexer do sítio	95.3	4.7
	Meter medo a uma pessoa com armas ou outros objetos	97.1	2.9
	Puxar ou empurrar alguém com força até essa pessoa cair	94.7	5.3
Abuso Emocional	Insultar ou chamar nomes feios a outra pessoa	47.6	52.4
	Ameaçar que vai magoar seriamente alguém	79.6	20.5
	Gritar muito e muito alto com alguém	36.4	63.6
	Dizer coisas que envergonhem muito uma pessoa	72.4	27.6
	Gozar ou rir de alguém para a fazer sentir-se mal	83.4	16.6
	Prender alguém numa parte da casa	95.3	5.7
	Dizer que destrói ou destruir mesmo alguma coisa de valor	83.3	17.0
	Fazer acusações que não são verdadeiras só para magoar uma pessoa	81.3	18.7
Dizer coisas que assustem muito a pessoa	84.5	15.5	
Coerção	Pôr uma pessoa fora de casa	89.7	10.3
	Obrigar uma pessoa a trabalhar muito	85.8	14.2
	Obrigar uma pessoa a fazer tudo como se fosse um criado	82.9	16.9
	Obrigar a guardar segredo de coisas feias ou más	84.4	15.6
	Ameaçar com separações de pessoas da família	86.8	13.2
	Obrigar uma pessoa a fazer coisas feias ou que a envergonhem	96.0	4.0
Levar à força uma pessoa para certos sítios	95.0	5.0	
Controlo	Não deixar conversar com certas pessoas	76.0	24.0
	Não deixar fazer tarefas que têm de ser feitas	84.5	15.6
	Não dar dinheiro para as despesas da casa	87.6	12.4
	Estar sempre a controlar tudo	55.3	44.7
	Não deixar sair uma pessoa de casa para alguns sítios	55.3	44.6
	Deixar de falar com uma pessoa durante algum tempo	58.3	41.7
	Perseguir ou seguir uma pessoa para onde quer que ela vá	92.9	7.1
Ter ciúmes ou desconfiar muito de alguém	71.7	28.3	

A partir da análise descritiva da *Escala de Crenças da Criança sobre a Violência* (ECCV), que inclui 4 fatores com diversos determinantes cada, constatou-se que muitos dos sujeitos fundamentam as práticas violentas em mitos ou crenças, passíveis de serem verificados pela análise desses fatores (Tabela 2):

a) *Fator I*: entre os determinantes de ordem social e cultural salientam-se duas afirmações que merecem a concordância de uma parte relevante dos adolescentes - “A violência entre crianças não passa de brincadeira” (52.7%) e “A violência é um método para tentar resolver um problema” (ligeiramente 41%); a concordância é menor para ideias como “Só controla a violência quem a exerce, os outros nada podem fazer” (20.1%) ou “A violência não poder ser controlada” (18.7%);

b) *Fator II*: os determinantes individuais com relevo estatístico remetem-nos para afirmações como “A álcool é responsável pela violência das pessoas” (84.5%), “Para uma pessoa magoar outra tem que haver um motivo” (75.8%), “Quando se bate em alguém é porque essa pessoa fez algo de errado” (68.9%), “As pessoas violentas são doentes da cabeça e não sabem o que fazem” (63.9%) e “A violência está ligada a relacionamentos pouco afectivos entre as pessoas” (65%);

c) *Fator III*: os determinantes educativos revelam que a concordância mais significativa é de que se “Os pais batem nos filhos é para eles se corrigirem” (61.1%); de resto, os argumentos de base educativa não são aceites, mesmo que praticados por familiares, pois 87.3% não concordam que “As pessoas da família (ex: pais) têm direito de bater ou tratar mal”;

d) *Fator IV*: quanto às possíveis causas da violência, constata-se que os adolescentes concordam que “A violência tem a ver com o poder de exercer controlo” (70%), que “A violência é algo que se aprende” (55.1%) e que “A violência tem a ver com poder ou desigualdade” (44.1%).

Tabela 2. Crenças dos jovens sobre a violência (n=283)

Escala de Crenças da Criança sobre a Violência		Não Concordo (%)	Concordo Pouco (%)	Concordo (%)	Concordo Completamente (%)
Determinantes socioculturais	Só controla a violência quem a exerce, os outros nada podem fazer	70.3	20.1	8.1	1.1
	A violência entre dois adultos é normal e aceitável	89.0	9.5	1.1	0.4
	A violência entre crianças não passa de brincadeira	47.3	44.2	6.7	1.8
	Só conseguimos lidar com a violência se formos violentos também	76.0	16.6	5.7	1.8
	A violência não pode ser controlada	76.0	18.7	3.5	1.8
	É mais grave uma mulher bater num homem do que um homem bater numa mulher	85.5	7.8	2.5	4.2
	As mulheres têm direitos diferentes dos homens e por isso mais vale aguentar a violência	93.6	4.6	1.4	0.4
	As crianças têm direitos diferentes dos adultos e por isso mais vale não contar que são maltratadas	91.5	4.9	1.4	2.1
	A violência é um método que tenta resolver um problema	59.7	26.9	9.9	3.5
	Os homens têm mais direito de bater nos outros do que as mulheres	90.8	6.4	1.4	1.4

Determinantes individuais	Para uma pessoa magoar outra tem que haver um motivo	24.4	12.4	34.4	29.0
	Quando se bate em alguém é porque essa pessoa fez algo de errado	31.1	30.4	22.3	16.3
	É porque se confia nas pessoas que esta abusam ou magoam outras	43.8	29.0	19.8	7.4
	A violência deve ser uma preocupação somente para quem é violento	68.6	19.8	6.7	4.9
	As pessoas violentas são doentes da cabeça e não sabem o que fazem	36.0	30.7	18.0	15.2
	O álcool é responsável pela violência das pessoas	15.5	37.1	31.1	16.3
	Quem se droga não tem culpa de ser violento	73.5	21.2	3.5	1.8
	A violência está ligada a relacionamentos pouco afetivos entre as pessoas	35.0	31.8	26.5	6.7
	A violência sobre pessoas é sobretudo cometida por estranhos	49.1	34.6	13.1	3.2
	Quando a violência ocorre dentro de casa é dentro de casa que tem que ser resolvida. Ninguém deve meter-se	56.2	26.1	7.4	10.2
	Só quando a violência ocorre na rua ou noutros sítios públicos devemos meter-nos para acabar com a situação	44.5	27.9	15.9	11.7
As pessoas que são maltratadas e não pedem ajuda é porque não se importam de apanhar	76.0	14.8	4.9	4.2	
Determinantes Educativos	As pessoas da família (ex: pais) têm direito de bater ou tratar mal	87.3	11.7	0.4	0.7
	Um adulto (ex: pai, professor) tem direito a magoar uma criança para a educar	83.0	14.5	2.5	0.0
	Um pai ou uma mãe têm direito a tratar mal o seu filho, porque eles é que mandam em casa	88.3	8.8	2.5	0.4
	Quem cuida (ex: pais) têm todo o direito de bater	80.0	17.7	1.1	0.7
	Quando os pais batem nos filhos é para eles se corrigirem	38.9	43.8	13.8	3.5
As pessoas merecem apanhar para aprenderem	74.9	20.8	3.5	0.7	
Etiol. viol.	A violência tem a ver com o poder exercer controlo	30.0	21.6	30.7	17.7
	A violência é algo que se aprende	44.9	23.3	26.1	5.7
	A violência tem a ver com poder ou desigualdade	45.9	25.8	19.1	9.2

Através da análise de correlações entre os resultados totais dos instrumentos procurou-se perceber qual a relação possível entre as práticas de violência no âmbito da relação de namoro (enquanto vítima e/ou agressor), a vivência de experiências idênticas no contexto familiar de cada um e a forma como estes adolescentes pensam a violência.

Para o conjunto dos indivíduos que atualmente mantêm uma relação de namoro (n=133) as análises correlacionais revelaram dados relevantes, sobretudo para a ligação entre os totais obtidos com a escala que sinaliza a violência no contexto doméstico (SANI) e os totais para a agressão ($r=.181$, $p<.01$) e para a vitimação ($r=.396$, $p<.001$). Esta relação positiva e estatisticamente significativa não se verificou com a escala ECCV, cujos resultados encontrados ao nível das correlações mostram uma relação inversa ou negativa no caso da vitimação e em nenhum caso estatisticamente significativa.

Se nos debruçarmos apenas sobre o conjunto de sujeitos que admitem nessa relação terem agredido ($n=50$) ou terem sido vítimas ($n=57$), constata-se a existência de uma relação positiva e estatisticamente significativa ($r=.442$, $p=.001$) entre resultados para a agressão e a SANI, e os valores para a agressão, revelando que os sujeitos agressores que mais assumem comportamentos violentos nas suas relações de namoro atuais, sinalizam mais comportamentos de violência no seu contexto familiar. No caso da ECCV os resultados revelam uma relação inversa e não significativa ($p>.05$).

Os resultados correlacionais entre os totais para a vitimação no passado e a escala SANI, cujos valores revelam a existência de uma relação positiva e estatisticamente significativa ($r=.537$, $p<.001$) demonstram que as vítimas que mais identificam comportamentos violentos nas suas relações de namoro passadas sinalizam também mais comportamentos de violência no seu contexto familiar. Quanto aos valores para o ECCV, verifica-se uma relação inversa e não significativa ($p>.05$).

DISCUSSÃO

A elevada prevalência da violência doméstica e as suas graves consequências para a vítima, para a sua família e para a sociedade em geral, justificam o empenho de todos na melhor compreensão deste fenómeno, tendo em vista a definição de estratégias para a sua prevenção, bem como a precoce deteção das vítimas. Para tal, importa conhecer a origem, ou origens, destes comportamentos. Um dos fatores que tem sido identificado como etiologia deste tipo de violência é a transmissão intergeracional da agressividade, a partir do contexto familiar (Black, Sussman & Unger, 2010); associada a esta transmissão ou contágio, estão mitos e crenças, oriundos não apenas do meio familiar mas, também, da cultura da própria sociedade. É, por isso, importante realizar estes estudos em comunidades específicas pois é possível encontrar aspetos particulares, de carácter social e cultural, em que possa ser importante intervir. Os resultados deste estudo, no que se refere à reprodução dos comportamentos aprendidos na família nas relações de namoro, estão, no geral, de acordo com a literatura publicada sobre a matéria, havendo contudo algumas diferenças encontradas entre agressores e vítimas, quer nas suas relações de namoro atuais, quer passadas.

Caracterizados os comportamentos de violência (vitimação e agressão) nas relações de namoro atuais de estudantes do ensino secundário, verificou-se que o perfil de agressão encontrado inclui atos emocionalmente e fisicamente abusivos. Os comportamentos físicos abusivos mais utilizados são as bofetadas, os puxões de cabelo, a esganadura e alguns comportamentos não descritos,

mas que causaram ferimentos que não implicaram o recurso a assistência médica. Por outro lado, os comportamentos emocionais abusivos mais relatados pelos participantes são os insultos, as difamações e afirmações graves gritar ou ameaçar para causar medo e o impedir o contato com outras pessoas. Segundo Paiva e Figueiredo (2004), que estudaram a prevalência de abuso nos relacionamentos dos adolescentes portugueses, a agressão psicológica é o tipo de abuso que mais prevalece.

Ao nível do perfil de vitimação, os resultados revelaram que os comportamentos abusivos físicos ou emocionais mais referidos são as bofetadas, o puxar o cabelo, a esganadura, o insultar, difamar ou fazer afirmações graves, impedir contato com as outras pessoas, partir ou danificar coisas intencionalmente e acordar o parceiro a meio da noite para causar medo. Caridade (2011), no estudo sobre o assunto, revela que 25.4% dos adolescentes afirmam terem sido vítimas de, pelo menos, um ato abusivo na sua relação atual.

Analisou-se, ainda, o ambiente familiar dos estudantes em termos de comportamentos de violência que possam ter sido exibidos nesse contexto, tendo como ponto de análise a perspetiva do próprio adolescente. Os participantes sinalizam no seu contexto familiar várias tipologias de violência, que incluem desde comportamentos de abuso físico (e.g., atirar com objetos, bater ou tentar bater com coisas em alguém), o abuso emocional (e.g., insultar ou chamar nomes feios a outra pessoa, gritar muito e muito alto com alguém), a coerção (e.g., pôr uma pessoa fora de casa, obrigar uma pessoa a trabalhar muito ou a fazer tudo como se fosse um criado) e de controlo (e.g., não deixar conversar com certas pessoas ou fazer tarefas, não dar dinheiro para as despesas da casa), e que poderão vir a ser reproduzidos noutros contextos de intimidade como é o caso das relações de namoro (Bernard & Bernard, 1983 cit in Jackson, 1999). Os dados revelam que muitos dos participantes do estudo estiveram expostos a comportamentos abusivos no seu ambiente familiar, sendo que os mesmos poderão ser um preditor sólido de envolvimento em relações de namoro violentas, no que respeita a rapazes ou raparigas (Gover, Kaukinen & Fox, 2008).

Procurou-se, ainda, conhecer quais as crenças sobre a violência dos estudantes do ensino secundário, percebendo que muitos dos argumentos legitimadores das práticas violentas estão alicerçados em razões de ordem social, cultural, individual ou educacional (e.g., “A violência é um método para tentar resolver um problema”, “A violência entre crianças não passa de brincadeira”, “Pessoas violentas são doentes da cabeça e não sabem o que fazem”, “O álcool é responsável pela violência das pessoas”, “Quando os pais batem nos filhos é para eles se corrigirem”). A violência, como recurso para a resolução der problemas é vista como um comportamento aceitável, principalmente quando surge associada a uma provocação

ou ameaça ao indivíduo. Segundo Cauffman e colaboradores (2000), os sujeitos que legitimam a violência apresentam maior probabilidade de se tornarem agressores.

O álcool é apontado como fator importante na origem de comportamentos violentos, o que poderá refletir uma influência cultural. Kim-Godwin e colaboradores (2009) encontraram uma correlação entre o consumo de substâncias e o exercício da violência física; de facto, há ainda uma forte crença de que o consumo de substâncias, designadamente o álcool, potencia a violência e, neste sentido, os resultados do presente estudo comprovam isso mesmo. Contudo, alguns autores sugerem que o álcool constitui mais um fator desorganizativo, com consequências acrescidas na crise familiar, do que a causa da violência (Leonard, 1999; Wilson, 1997 cit in Sani, 2006). Esta crença já não é tão assente relativamente a outros tipos de consumo (e.g., drogas), tal como pudemos constar neste estudo pela percentagem de respostas concordantes quanto ao item “Quem se droga não tem culpa de ser violento”, bastante mais baixa comparativamente ao item relativo ao álcool.

O sexo e a idade não constituem determinantes suficientemente fortes para legitimar o uso de violência no âmbito dos relacionamentos, tal como nos sugere a elevada percentagem de discordância em itens como “As mulheres têm direitos diferentes dos homens e por isso mais vale aguentar a violência” ou “As crianças têm direitos diferentes dos adultos e por isso mais vale não contar que são maltratadas”. De igual modo, são contestadas ideias como “As pessoas da família (ex: pais) têm direito de bater ou tratar mal” ou “Um pai ou uma mãe tem direito a tratar mal o seu filho, porque eles é que mandam lá em casa”, o que pode significar que mesmo sendo adolescentes e legalmente dependentes, não consideram que a familiaridade e/ou autoridade familiar legitimam a violência.

As análises correlacionais aos instrumentos usados nesta investigação revelaram valores significativos e positivos para os totais na escala SANI e os valores obtidos para a agressão e para a vitimação, quer no âmbito das relações de namoro presente, quer para dados referentes às relações de namoro no passado. Estes resultados foram de encontro ao esperado e permitem assumir que existe uma relação entre assistir ou ser vítima direta de violência no contexto familiar e viver relações de namoro violentas, podendo o indivíduo ser tanto agressor como vítima. Assim, a violência na família pode constituir um fator preditor de várias formas de abuso nas relações de namoro, reforçando os pressupostos da *Teoria da Aprendizagem Social*, que evidenciam o facto de os comportamentos serem aprendidos através da observação dos comportamentos de outras pessoas (Bandura, 2001). Assim sendo, se no contexto familiar existem comportamentos de violência estes serão imitados pelos adolescentes e reproduzidos nas suas próprias relações de namoro,

sendo de notar que os comportamentos a que é feita referência poderão ser de agressão ou de vitimação. Face à validação e reforço dos comportamentos violentos, os indivíduos associam como normativo agir de determinada forma na relação com os outros e, legitimando comportamentos de violência, irão aumentar a probabilidade de usarem a violência como método de resolução de conflitos e a sua consequente aceitação. Segundo Gelles (1997), a família funciona como entidade que vai facilitar a interiorização de valores que legitimam a agressividade, relacionando-a com as atitudes e crenças face ao recurso à violência; estes resultados vão de encontro ao estudo de Kwong e colaboradores (2003). Tschann e colaboradores (2009) encontraram também relações diretas entre violência interparental e violência no namoro, sendo de notar que a presente investigação analisou o contexto familiar e não, especificamente, a violência entre progenitores.

CONCLUSÕES

O presente trabalho permitiu concluir, de acordo com os objetivos designados, que:

- a) Dos 133 estudantes do ensino secundário que à data do estudo mantinham relações de namoro, 37.6% perpetraram abusos e 42.9% foram vítimas de abuso nessa relação;
- b) Dos 237 estudantes que mantiveram relação de namoro no passado, 45.1% perpetraram abusos e 57% foram vítimas de abuso nessa relação;
- c) Dos 283 estudantes avaliados, 63.6% assistiram, no último ano e no seu ambiente familiar, a pelo menos um abuso emocional e 16.3% presenciaram abusos físicos;
- d) As crenças que obtiveram maior concordância foram:
 - Quanto aos determinantes social e cultural: “A violência entre crianças não passa de brincadeira” (52.7%);
 - Quanto aos determinantes individuais: “Para uma pessoa magoar outra tem que haver um motivo” (75.8%);
 - Quanto aos determinantes educativos: “Os pais batem nos filhos para eles se corrigirem” (61.1%);
 - Quanto à etiologia da violência: “A violência tem a ver com o poder de exercer controlo” (70%).

e) Existe uma relação significativa entre a sinalização de comportamentos violentos no seio familiar e o facto dos adolescentes serem agressores ou vítimas nas suas relações de namoro;

f) As análises efetuadas para verificar a correlação entre comportamentos violentos nas relações de namoro e o nível de crenças exibidos pelos adolescentes estudantes do ensino secundário revelaram resultados não estatisticamente significativos.

Estes resultados evidenciam a importância do trabalho de prevenção no caso da violência doméstica, designadamente no que se refere ao trabalho com crianças e jovens, desmistificando muitas crenças existentes e formando-os e informando-os acerca desta problemática, para que sobre ela tenha uma consciência crítica assente num conhecimento cientificamente validado. De outra forma, sendo este contágio transgeracional uma realidade, estas práticas tendem a configurar um fenómeno de “bola de neve”, agravando-se a sua incidência e, possivelmente, a sua gravidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 1-26.
- Black SD, Sussman S & Unger JA further look at the intergenerational transmission of violence: witnessing interparental violence in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence* 2010; 25(6): 1022-1042
- Caridade S. Vivências íntimas violentas. Uma abordagem científica. 1ª Ed.Coimbra: Almedina; 2011;292
- Cauffman E, Feldman SS, Jensen LA, et al. The (un)acceptability of violence against peers and dates. *Journal of Adolescent Research* 2000; 15: 652-67.
- EHRENSAFT MK, COHEN P, BROWN, et al. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71(4): 741-753.
- Gelles, RJ. Intimate violence in families. Thousand Oaks: Sage Publications;1997
- Gover AR, Kaukinen C, Fox KA. The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. *Journal of Interpersonal Violence* 2008; 23(12): 1667-1693.
- Jackson SM. Issues in the dating violence research: a review of the literature. *Agression and violent behavior* 1999; 4(2): 233-247.
- Kim-Godwin YS, Clements C, Mccuiston AM et al. Dating violence among High School Students in Southeastern North Carolina. *Journal of School Nursing* 2009; 25: 141-151.

- Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson et al. The Intergenerational transmission of Relationship Violence. *Journal of Family Violence* 2003; 17(3): 288-301.
- Matos M, Machado C, Gonçalves MM. Inventário de Violência Conjugal. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia 2000
- Paiva C, Figueiredo B. Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em adolescentes adultos portugueses. *Psychologica* 2004; 36: 75-107.
- Sani AI. Escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I.). In: Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M., Almeida, L. S., eds. Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. III. Coimbra: Quarteto Editora; 2007, p. 123-135.
- Sani A I. Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (ECCV). In: Machado, C., Almeida, L. S., Gonçalves, M., Ramalho, V., eds. Actas XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos. Braga: Psiquilíbrios; 2006, p. 917-926.
- Tshann JM, Passh LA, Flores et al. Nonviolent aspects of interparental conflict and dating violence among adolescents. *Journal of Family Issues* 2009; 30: 295-319.

Resumo: O contágio transgeracional da agressividade. A propósito da violência no namoro

A violência doméstica constitui, segundo a Organização Mundial de Saúde um grave problema de saúde, o qual urge combater através de estratégias concertadas e multidisciplinares. Na raiz deste problema pode estar a transmissão intergeracional da violência.

A investigação sobre violência nos relacionamentos, designadamente nas relações de namoro de adolescentes, é ainda bastante escassa, havendo, no entanto, estudos de países onde o fenómeno começou a ganhar uma visibilidade preocupante. A reprodução de comportamentos violentos ao longo de gerações tem vindo a ser debatida na literatura, focalizando-se a base etiológica, muito frequentemente, em modelos de aprendizagem social que apontam a observação de comportamentos e modelos de conduta violenta como estando na base da transmissão intergeracional da violência, designadamente no seio de uma família. A investigação sobre a prevalência da violência nas relações de namoro é, pois, fundamental para o desenvolvimento de estratégias preventivas e para a construção de modelos de intervenção mais eficazes.

Tendo em vista contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da intergeracionalidade da violência e perceber o reflexo deste na emergência de relações de namoro violentas no contexto português, realizamos um estudo que contou com uma amostra de 283 estudantes do ensino secundário do distrito do Porto, de ambos os géneros e com idades entre os 15 e os 19 anos. A recolha dos dados quantitativos foi realizada com recurso a três instrumentos de investigação: o *Inventário de Violência Conjugal*, a *Escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil* e a *Escala de Crenças da Criança sobre a Violência*.

Os resultados corroboram os dados da literatura, indicando que 37.6% dos 133 sujeitos que à data do estudo mantinham relações amorosas, já tiveram pelo menos um comportamento agressivo para com o(a) seu/sua parceiro(a) e 57% disse ter sido vítima de abusos. Dos 237 estudantes que mantiveram relação de namoro no passado, 45.1% admitiram ter praticado um ato abusivo com o(a) seu/sua parceiro(a) e 57% assumiram ter sido vítimas de comportamentos abusivos nas suas relações passadas. O mesmo se verifica na sinalização de comportamentos violentos em contexto familiar, dado que 16.3% referiram ter assistido

no último ano, uma ou duas vezes, a comportamentos violentos. Os resultados apontam, ainda, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a sinalização de comportamentos violentos no seio familiar e a presença de relações de namoro abusivas.

Palavras-chave: Violência; transgeracional; namoro.

Summary: Intergenerational transmission of aggressivity. The case of violent dating relationship Domestic violence is, according to the World Health organization, a serious health problem that must be fought through multidisciplinary and organized strategies. At the root of this problem may be the intergenerational transmission of violence.

Research on violence in relationships, namely teenage dating relationships, is still quite scarce, although there are studies from countries where this phenomenon has gained an alarming visibility. The reproduction of violent behavior over generations has been debated in literature. The etiological basis for this has often been focused on social learning models that point towards the observation of violent behavior and violent conduct models as the source of intergerational transmission of violence, namely within the family. Research on the prevalence of violence in dating relationships is, therefore, fundamental in the development of prevention strategies and the creation of more effective intervention models.

Aiming at contributing towards a better understanding of the intergerationality of violence phenomenon, and at understanding its impact on the emergence of violent dating relationships in the Portuguese context, a study was conducted using a sample comprised of 283 secondary school students from the district of Porto, of both genders, ages ranging from 15 to 19 years old. The quantitative data collection was done using three research instruments: *“Inventário de Violência Conjugal”*, *“Escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil”* and *“Escala de Crenças da Criança sobre a Violência”*.

Results corroborate the data found in literature, indicating that 37.6% of the 133 subjects in dating relationships at the time of this study had had at least one aggressive behavior toward their partner and 57% claimed to have had been victim of abuse. Of the 237 students who had had dating relationships in the past, 45.1% admitted to having had committed an abusive act toward their partner, and 57% admitted to having had been victims of abusive behavior in past relationships. The same is true for the flagging of violent behavior in family context, given than 16.3% mentioned that they had witnessed violent behavior, once or twice, in the past year. Furthermore, results point to the existence of a statistically significant relationship between the flagging of violent behavior within the family and the presence of abusive dating relationships.

Key-words: Violence; intergenerational; dating.

Pedido de separatas:

MADALENA SOFIA OLIVEIRA
madalena@ufp.edu.pt

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 38, nº1, 2012

Steinbach G.; pp. 23-31 – *Depressões e seguros*

A depressão é múltipla. É necessário reconhecer as suas diferentes formas e etiologias. Um exame bem conduzido ajuda a atingir esse objetivo.

Olivieri F.; Daidj H.; Pietri D.; pp. 33-49 – *Aplicação das escalas de depressão aquando da realização de um contrato de seguro pessoal*

Este artigo, através de três casos clínicos, visa demonstrar a ausência de correlação entre o exame clínico em seguros pessoais e a escala de avaliação habitualmente utilizada na prática corrente na depressão; e assim põe em evidência a importância do exame clínico, no quadro desta afeição, aquando da realização de um contrato de seguro pessoal.

Centramos a nossa reflexão sobre a peritagem e o seu possível curso na pesquisa de um estado depressivo anterior ou presente para a admissão de um subscritor de seguro pessoal.

A utilização repetida de uma escala de avaliação EDM tem interesse na avaliação e aceitação dos riscos agravados de saúde para os quais as convenções Belorgey e posteriormente AREAS foram criadas. Graças a estas convenções, as pessoas que apresentam riscos agravados de saúde podem recorrer mais facilmente a hipotecas, crédito ao consumo e crédito pessoal.

Parmaksizian V.; Michel F.; Chambost L.; Dekorbut D.; Brochard P: pp. 51-58 – *Perda de autonomia, dependência, handicap: que contrato para o futuro?*

Nos países industrializados, as perspectivas demográficas e as suas consequências em matéria de dependência têm, desde há vários anos, levantado a questão do “quinto risco”. Este último é um novo ramo potencial do seguro de doença.

A chegada à terceira idade dos “baby-boomers” evidencia os limites dos encargos com a dependência, assegurados maioritariamente até aos nossos dias pelo Estado.

Num mercado de seguros de dependência em pleno desenvolvimento, os autores propõem um contrato de dependência fornecendo serviços de assistência em vez de dinheiro.

Após uma revisão do estado de dependência em França, os autores listam os diferentes quadros de dependência e o seu modo de compensação. De seguida, detalham este novo contrato de dependência e o lugar de coordenador, pedra angular da prestação contratual em serviços de assistência.

Abeille J.-F.; pp. 59-65 – *A prova médico-legal (avaliação do princípio jurídico da causalidade)*

Em matéria de dano corporal, a prova médico-legal é geralmente fornecida pela peritagem médica. Ela é necessária mas insuficiente.

As regras da causalidade jurídica exigem não só a prova da realidade do dano, mas também a prova de que este dano é claramente imputável a um determinado evento, tanto mais que os sistemas indemnizatórios variam frequentemente em função da natureza do evento original. É aqui que a prova médico-legal se torna necessária. A este respeito, a causalidade direta, que prevaleceu durante bastante tempo, tem-se vindo a tornar progressivamente menos rígida.

As carências e insuficiências da prova médico-legal podem ser reveladas pela peritagem que é o seu suporte indispensável ou ainda quando é estabelecido o estado real da pessoa em causa.

Resumos dos artigos publicados no vol. 38, nº2, 2012

Aubat F.; pp 87- 93 – *Perícia psiquiátrica e reparação do dano corporal: proposta de uma metodologia*

O autor tem por objetivo propor uma metodologia para a condução da perícia psiquiátrica que sirva de guia para a grande maioria dos casos.

Recorda que é impensável abordar o campo da perícia psiquiátrica no domínio do dano corporal sem referência a uma nosografia validada.

Explica a necessidade de escutar a vítima e de abordar a sua vivência antes, durante e após o evento traumático. Por outro lado, aconselha a não evocar inicialmente o acidente, o que se opõe às práticas habituais.

Bourgeois M-L.; pp 95-99 – *A nomenclatura psiquiátrica atual e os critérios diagnósticos (DSM-IV e CIM-10)*

A psiquiatria pretende voltar a ser uma especialidade médica de pleno direito, mas não existe nenhum teste paraclínico ou técnicas laboratoriais de uso corrente para estabelecer os diagnósticos.

Como ferramentas diagnósticas têm sido adotadas ao longo do tempo duas classificações, a DSM e a CIM, as quais são regularmente utilizadas. Baseiam-se num consenso de peritos e de numerosos estudos de campo.

Contudo, os diagnósticos dependem ainda largamente da “intuição” do médico, que deve conduzir a perícia psiquiátrica com modéstia e relativizar os seus juízos.

Zagury D.; pp 101-105 – *“O zero e o infinito”. A propósito das situações mais polémicas em peritagem médico-legal*

O autor relembra as definições das noções de estado anterior, de predisposição, de vulnerabilidade, de perturbações de adaptação e de imputabilidade.

Através de exemplos clínicos, ilustra a dificuldade de apreender estas situações marcadas pela discordância entre o quadro observado e o evento traumático.

Conclui dizendo que entre o zero e o infinito, entre a negação da existência e a doença do médico, limitar-se à doença do doente como a soma das queixas, existe lugar para uma abordagem clínica rigorosa, conduzida caso a caso, o que vai permitir aproximar-se o mais possível da verdade médico-legal.

Saget P.; pp 107- 113 – *Traumatismos psíquicos e patologia psiquiátrica*

O autor apoia a sua proposta fundamentalmente nos critérios de imputabilidade de Cordonnier e Muller.

O traumatismo psíquico existe, mas nem sempre é claramente identificado.

Quando as lesões físicas são significativas a reação psicológica parece óbvia, mas nem sempre está presente.

Estabelecer um estado anterior é difícil, pelo que nos devemos lembrar que as perturbações da personalidade interferem certamente com as consequências de um evento traumatizante.

Os quadros clínicos observados são variados, por vezes atípicos, levando algumas vezes a diagnósticos errados.

O aparecimento de perturbações pode ocorrer à distância do evento traumático. Assim, para o psiquiatra estabelecer o diagnóstico é indispensável o conhecimento da terapêutica seguida e das medidas não médicas preconizadas.

É difícil classificar corretamente o traumatismo psíquico. Na sua avaliação é por vezes complicado encontrar o justo equilíbrio entre a rejeição e a compaixão.

Louvet-giendaj C.; pp 115- 126 – *Quando a Neurologia e a Psiquiatria se cruzam*

Todo o sintoma psiquiátrico, sobretudo o atípico, deve colocar a hipótese de uma patologia neurológica subjacente e conduzir a exames complementares. As manifestações pseudo-psiquiátricas que acompanham as lesões neurológicas estão estreitamente ligadas ao foco da lesão.

Assim, a melhor ilustração da implicação do lobo temporal nas perturbações psiquiátricas comportamentais é, sem dúvida, a epilepsia temporal. A semiologia das crises temporais é representada por emoções negativas ou positivas, associadas ou não a comportamentos agressivos.

Por outro lado, as lesões frontais podem tomar a forma de um síndrome frontal pseudo-psicopático ou pseudo-depressivo.

Os síndromes parkinsonícos pós-traumáticos são raros. Um síndrome depressivo

pode preceder ou associar-se aos habituais sintomas da doença de Parkinson (acinésia, rigidez, tremor).

Estas situações “psiquiátricas” justificam a investigação de uma doença neurológica orgânica através da entrevista e da observação clínica rigorosa, bem como da realização de exames complementares específicos.

Daupleix D.; Reverberi M.; pp 127- 143 – *A consolidação das doenças reumatológicas*

Em seguros pessoais, a noção de consolidação é indissociável dos termos do contrato. Nem sempre é contratualmente definida e não é sistematicamente solicitada nas missões de peritagem.

As noções de estabilização e de consolidação são indiferentemente utilizadas, mas é melhor falar de consolidação, que inclui a estabilização médica e a consolidação jurídica e administrativa.

De acordo com o contrato, a consolidação corresponde à data ou ao estado de incapacidade/invalidadez que se tornou definitiva.

A sua fixação pode ser difícil nas patologias de evolução crónica.

Os autores realçam a sua evidente incidência económica e a necessidade do perito elaborar uma rigorosa argumentação médico-legal, para propor ao serviço médico da seguradora mandatária uma data de consolidação e uma taxa de incapacidade a partir da sua peritagem, do estudo do processo clínico, das suas constatações médicas, das perspectivas evolutivas, da sua apreciação da aptidão do segurado para o trabalho, da necessidade de uma terceira pessoa e da noção de invalidez definitiva.

A consolidação do estado de saúde é tomada em consideração, segundo os casos, para terminar com o pagamento das indemnizações diárias, para obter o benefício de uma renda de invalidez total ou parcial, ou para passar de um regime ao outro: passagem de uma prestação diária a uma renda. Isto pode ser a transição entre o período de autonomia e o período de dependência.

Os autores recordam as definições da garantia de incapacidade de trabalho e da garantia de invalidez assim como a da consolidação nos diferentes tipos de contrato.

Abordam de seguida as patologias reumatológicas que dão mais frequentemente lugar a prestações em seguros pessoais a partir de exemplos práticos e, muito particularmente, as descompensações de uma artropatia degenerativa, da fibromialgia e dos reumatismos inflamatórios crónicos.

As patologias associadas ou sucessivas podem dar lugar a períodos de incapacidade temporária cumulativos ou sucessivos, e quando combinadas podem conduzir à invalidez. Podem surgir então problemas de exclusão e de necessidade de cuidados.

Leclercq F.; pp 145-152 – *A consolidação em Cardiologia*

É difícil fixar a data de consolidação nas patologias cardiovasculares por serem frequentemente crónicas e cursarem com episódios agudos que nem

sempre correspondem a um agravamento. Assim, um grande número de doentes vai retomar rapidamente a vida normal após um evento coronário agudo.

A determinação da data de consolidação deverá ter em conta o tipo de patologia, o tratamento inicial e os seus resultados, bem como os fatores prognósticos.

O autor expõe os parâmetros a ter em consideração para a consolidação na doença coronária e noutras patologias cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial e as valvulopatias.

Raffin V.; pp 153-159 – *Sobre a escolha entre recorrer à CRCI ou à jurisdição do direito civil*

A Lei nº 2002-303 de 4 de março de 2002 veio agitar o esquema processual clássico em matéria de responsabilidade médica ou hospitalar.

Com efeito, previamente à sua entrada em vigor, a jurisdição competente era determinada:

- por um lado, atendendo à qualidade jurídica do praticante ou do estabelecimento posto em causa (pessoa moral de direito publico dependente da ordem administrativa ou pessoa física/moral de direito privado dependente da ordem judiciária);

- por outro lado, atendendo ao local de ocorrência do incidente.

A lei pré-citada instituiu comissões regionais de conciliação e de indemnização em caso de acidentes médicos (CRCI) que não substituíssem as jurisdições de direito civil, mas ofereciam uma alternativa a qualquer vítima ou pessoa que se considerasse vítima de um dano imputável a uma atividade de prevenção, de diagnóstico ou de cuidados (ou aos seus herdeiros se a pessoa falecesse), podendo escolher entre recorrer à CRCI ou à jurisdição de direito civil.

Coloca-se então a questão dos critérios de escolha que conduzam à solução mais apropriada.

Esta questão tornou-se ainda mais relevante exatamente dez anos após a entrada em vigor deste dispositivo legal, ligeiramente modificado pelo decreto nº 2012-298 de 2 de Março de 2012, que entrou em vigor em 4 de Março de 2012, o qual veio a alterar o dispositivo de regulação amigável dos acidentes médicos, das doenças iatrogénicas e das infeções nosocomiais.

Este é o tema do presente artigo.

Resumos dos artigos publicados no vol. 38, nº3, 2012

Cordier B.; pp 207-210 – *Dor e psiquiatria: os distúrbios dolorosos crónicos*

Não existe dor a não ser a vivenciada. Esta deve ser em todas as circunstâncias prevenida, avaliada, tida em atenção e tratada.

A apresentação histriónica de uma dor de natureza orgânica constitui o problema de diagnóstico diferencial mais frequentemente encontrado.

Para a avaliação do dano é geralmente preferível o uso da denominação “dores permanentes” em vez do termo muito mais vago de sequelas dolorosas causadoras de défice funcional.

Badel F.; pp. 211-217 – *O síndrome de stress pós traumático*

Este artigo propõe-se fazer uma actualização sobre alguns aspectos do síndrome de stress pós traumático, e muito particularmente sobre o seu diagnóstico, complicações e possibilidades terapêuticas.

Dentro desta perturbação de ansiedade de diagnóstico por vezes complexo e não raramente co-mórbido, dispomos nos dias de hoje de reais possibilidades terapêuticas que aqui são brevemente expostas.

Laqueille X.; pp 219-223 – *Distúrbios bipolares: evolução dos conceitos e tratamento, algumas situações periciais*

O conceito de doença bipolar deriva do de psicose maníaco-depressiva especificado nas classificações internacionais de doenças mentais. Estes distúrbios são frequentes.

O diagnóstico de bipolaridade orienta de modo radical a terapêutica. O seguimento é essencialmente ambulatorio, associa às terapêuticas medicamentosas um seguimento médico- psicológico.

Os peritos podem deparar-se com situações diversas derivadas da doença bipolar.

Aubat F.; pp 225-228 – *O problema da conversão na actividade pericial: último refúgio da histeria?*

Depois de Hipócrates a ter descrito, a histeria não deixou de atormentar o “corpo” médico. Inicialmente de apanágio feminino, Charcot isolou-a

da epilepsia e inventou a “histeria masculina”. Destacou-a da sexualidade enquanto que Babinsky levou a cabo todos os esforços para nela encontrar uma origem genital. Retomada ao gosto da época como uma consequência dos psicotraumatismos sofridos pelos trabalhadores durante a revolução industrial, ela é atualmente definida como um “distúrbio de conversão” classificado nos “distúrbios somatoformes”.

Este síndrome de conversão devia ser considerado uma entidade clínica psiquiátrica pós traumática, em vez do apenas reconhecido estado de stress pós traumático. Na perícia, a sua avaliação não atinge a de uma verdadeira desordem neurológica devido à ausência de lesão e reversibilidade dos sintomas.

Béthemnot, V.; pp. 229-234 – *A consolidação em psiquiatria, princípios médico-legais*

A consolidação médico-legal marca normalmente a finalização dum dossier. A psiquiatria não escapa a esta regra: ela é proposta aquando da conclusão dos cuidados activos. É importante distinguir algumas diferenças relativas às características específicas da patologia psiquiátrica pós-traumática cuja evolução que pode ser variável, dependendo do indivíduo, das causas do traumatismo e da natureza do tratamento.

Dauplex D; Minaro L.; pp. 235-241 – *Rebate profissional: os critérios de handicap psiquiátrico em matéria profissional*

O rebate profissional é representando por três tipos de prejuízo, tendo por referência a nomenclatura DINTHILLAC: a perda de ganhos profissionais futuros, o prejuízo escolar e a incidência profissional. Abordaremos a incidência profissional que ocupa um lugar cada vez mais importante na avaliação das sequelas em peritagem no Direito Comum.

Um marco incontornável na sua avaliação é o conhecimento preciso do diagnóstico, bem como da data de consolidação. No entanto, a avaliação do impacto na actividade profissional é muitas vezes prejudicada pela falta de registos médicos facultados pela parte lesada e até mesmo por opiniões distintas. O tratamento de sequelas psiquiátricas não são exceção à regra.

Abordaremos as etapas de avaliação necessárias à avaliação do impacto profissional, atendendo às informações disponíveis, o que permitirá propor algumas pistas em relação às grandes entidades sequelares psiquiátricas.

Como conclusão desta análise, avaliaremos através de casos clínicos o modo como as sequelas psiquiátricas podem estar na origem dum rebate profissional.

Dionot, T.; pp 243-248 – *O papel do médico psiquiatra assistente na perícia psiquiátrica*

O médico assistente desempenha o papel de assistente técnico do segurado no processo de avaliação pericial que se revele contraditória. Tal facto deve ser tido em atenção no momento da avaliação. As peças processuais devem ser facultadas às partes. O perito deve definir os contornos da personalidade prévia, história familiar e pessoal, antecedentes, descrever o evento traumático, apreciar de que modo este constituiu um traumatismo psíquico, depois recolher as queixas e proceder ao exame clínico da doença traumática, à sua evolução, a resposta às medidas tomadas, com um olhar atento sobre as estratégias terapêuticas implementadas e formalizar o ou os quadros clínicos imputáveis.

Como em todas as outras especialidades, a psiquiatria é confrontada com duas exigências, por um lado avaliar com justiça e precisão aquela vítima, por outro lado ter um espírito de coerência relativamente ao quadro clínico, tendo em conta situações anteriores semelhantes.

Uma perícia psiquiátrica não é apenas uma troca amável entre pessoas que sentem empatia e respeito pela vítima, a expressão do bom senso assenta acima de tudo na avaliação clínica e na atribuição dos critérios de imputabilidade.

A presença do assistente técnico na reunião pericial faz dele um elemento que se mantém “activo” até à resolução do caso. Podendo ser eventualmente convocado mais tarde para fornecer alguma informação adicional, para a elaboração de um relatório crítico, ou até para uma nova assistência quando de uma contra-perícia.

Carbonnié C.; pp. 249-258 – *Existem critérios predictivos de evolução desfavorável para uma sintomatologia psiquiátrica após um acidente?*

A psiquiatria é um ramo da medicina com as suas regras e critérios, com uma semiologia tão precisa como outras especialidades. Ela não foge às regras da lógica médica e médico-legal. Como em todas as perícias, é necessário fazer um diagnóstico, discutir o nexo de causalidade e avaliar as sequelas. O estudo biográfico do indivíduo e da sua personalidade é essencial.

Para uma pesquisa serena da imputabilidade é necessário saber lutar contra a vitimização e contra a “vitimagogia”.

Baseando-se em casos concretos, o autor isola os critérios preditivos de evolução desfavorável para uma sintomatologia psiquiátrica: lesões ligeiras com alegadas repercussões importantes, quadro clínico enquistado, exames complementares e tratamentos múltiplos sem diagnóstico claramente definido...

O recurso ao médico psiquiatra não deve ser sistemático, mas pode ser efetuado precocemente e confiado a um especialista treinado na avaliação médico-legal de casos complexos.

Béjui-Hugues H.; pp. 259-267 – *Da avaliação à indemnização: alguns aspetos particulares em Psiquiatria*

A perícia em Psiquiatria apresenta especificidades técnicas, no entanto não requiere uma missão específica, a missão revista pela AREDOC em 2009 encontra-se perfeitamente adaptada à avaliação do dano.

O autor insiste em três pontos precisos à luz da Psiquiatria: o défice funcional temporário, o rebate profissional e o dano da integridade física e psíquica.

O autor recorda brevemente as medidas de proteção consagradas na lei de 5 de Março de 2007.

Uma parte substancial do artigo é consagrada à jurisprudência relativa às consequências psicológicas que advêm da morte de alguém próximo.

Chaumon F.; pp. 269-277 – *A hipótese paradoxal do “Homem Frágil”*

O aumento paradoxal da procura e oferta de cuidados de saúde psiquiátricos é um fenómeno corrente. Se o homem contemporâneo procura cada vez mais cuidados de saúde psiquiátricos, será que podemos concluir que se tornou num homem mais frágil?

Numerosos trabalhos sustentam a hipótese de uma mudança antropológica.

Dar um nome às coisas, faz com que essas mesmas coisas existam e alguns nomes tornaram-se realidades que devemos ter em consideração. Se os nomes mudam, podemos dizer que a realidade se alterou? Se introduzirmos uma nova categoria, existe uma grande tentação para dizer que o mundo mudou, uma vez que anteriormente, essa categoria não existia.

As categorias pelas quais definimos o homem e a sociedade são atualmente, e em grande parte, psicológicas, já que observamos o mundo através da perspetiva psicológica individual, e pelo facto de ver a partir desse ângulo descobrimos uma nova realidade: dizemos a nós mesmos que o mundo mudou.

Estes elementos de discurso, esta maneira de considerar o mundo e o homem têm as maiores consequências na nossa prática.

A saúde mental, direito do homem, torna-se uma prioridade das políticas sociais. O novo conceito de “sofrimento psíquico” veio reforçar a obrigatoriedade de reconhecer o sofrimento subjetivo. A partir do estabelecimento de um tal direito, o domínio da perícia fica profundamente afetada.

Mas não é porque o século veste o sofrimento com novas indumentárias, que este último é mais ou menos doloroso. Ou seja, se o sofrimento muda de nome, se se organiza em sintomas formalmente distintos, não quer dizer que seja menos verdadeiro.

O homem contemporâneo é objecto de uma “pesquisa social para a qualificação subjetiva do sofrimento”. Atribuir-lhe a responsabilidade deste novo estado civilizacional através da terminologia depreciativa, senão mesmo deficitária, de “Homem Frágil” é um erro.

Resumos dos artigos publicados no vol. 38, nº4, 2012

Dintilhac J.-P.; pp. 299-304 – *Pode a vítima ser medida?*

O autor relembra o requisito prévio da responsabilidade e do nexo de causalidade para a “medida” das consequências do evento danoso e da sua compensação.

Compara os prejuízos económicos e pessoais.

Interroga-se sobre a dificuldade, na avaliação e reparação, de respeitar a igualdade de vítimas litigantes e espera a rápida definição de um referencial indicativo nacional.

Aubat F.; pp 305-310 – *A vivência para a vítima das modificações do seu esquema corporal*

O corpo humano não deve ser reduzido à soma das suas funcionalidades. Ao corpo anatómico e fisiológico deve ser adicionado um corpo imaginário e social que define o indivíduo mais do que pensamos. O indivíduo lesionado fala ao perito de um corpo que é um lugar de projecções fantasiadas mas que é também um corpo sexual, suporte do narcisismo e fonte de prazer e sofrimento. Na sua relação com os outros, o indivíduo lesionado frequentemente sente vergonha e culpa ao ponto de se isolar, por vezes, numa verdadeira fobia social. Quando fala do seu sofrimento, ele valoriza pouco o determinismo fisiológico, que é o “credo” do perito, pelo risco de ver a sua palavra desacreditada. O

perito é convidado a imaginar uma outra visão do corpo que lhe permitirá tornar mais compreensíveis as perturbações psíquicas, por vezes graves, que um indivíduo pode manifestar quando é lesionado.

Dubec M.; pp.311-315 - *A experiência da vítima de avaliação do dano corporal*

O autor coloca em evidência o valor terapêutico da avaliação do dano corporal, pelo sentimento de recompensa que esta gera. Para alcançar este objectivo, a avaliação tem de ter os contornos de um exame médico normal e deve evitar frustrar ou agravar o estado da vítima devendo, pelo contrário, dar a entender à vítima a necessidade da perícia para vir a ser compensada. O perito deve escutar, sem questionar ou minimizar, mesmo face a queixas estereotipadas, fazendo uso de linguagem mediática, ou a alegações excessivas.

A evolução recente da avaliação pericial levou a um aumento significativo por peritos não da área psiquiátrica, a ter em consideração aspectos psicológicos das sequelas, requerendo uma avaliação psiquiátrica forense.

Por fim, o autor realça o interesse do valor da discussão entre a perícia judicial e as partes presentes, tornando-se mais produtiva e melhor entendida se a vítima estiver representada.

Dechezleprêtre G.; Guigue J.; Dionot T.; Caillon E. ; pp 317-329 - *Contraditório e segredo médico em avaliação pericial psiquiátrica*

Os autores juristas relembram os princípios fundamentais que regem a perícia médica, o papel do perito judiciário, o carácter absoluto do segredo médico para médicos e advogados e o princípio do contraditório.

Os médicos psiquiatras abordam o assunto, cada um de modo ligeiramente diferente, mas ambos partilham a dificuldade em respeitar na prática o segredo médico e o carácter contraditório da perícia, na procura da verdade em relação aos distúrbios psiquiátricos pós- traumáticos e na discussão com os participantes envolvidos na perícia.

Brasseur J-L; Reverberi M.; Scetbon G. pp. 331-350 - *Evolução diagnóstica e avanços terapêuticos das investigações radiológicas e comparação radio-clínica*

Este tema foi apresentado num seminário MCD-2010 em Paris pelo Dr. Jean Louis Brasseur, especialista em radiologia osteo-articular, o Dr. Martine Reverberi, chefe de serviço e o Dr. Gilles Scetbon, médico perito das Seguradoras CNP.

Os objectivos atribuídos a esta sequência pedagógica foram:

- apresentação de situações clínicas frequentemente encontradas pelos médicos no decurso da suas perícias e ilustração dos principais exames imagiológicos realizados;

- relembrar indicações úteis a ter em atenção na missão de controle de vítimas de sinistros no âmbito de seguros pessoais.

Quatro casos práticos são sucessivamente estudados:

- compressão vertebral pós-traumática

- coxartrose rápida

- espondilartrite anquilosante no quadro de uma doença inflamatória crónica intestinal

- entorse grave do joelho.

O desenrolar da sequência articulado ao redor dos casos práticos permitiu traçar um quadro clínico. Este último foi complementado por comentários radiológicos das iconografias, com o fim de fornecer aos peritos médicos os grandes princípios de interpretação. Estes últimos podem revelar-se úteis quando os documentos imagiológicos são apresentados pelos segurados como comprovativos do seu estado de saúde.

Por outro lado, foram destacados os progressos realizados nas técnicas de investigação porque contribuem para auxiliar todos os médicos e peritos médicos a cumprir a sua missão com uma competência e um profissionalismo confirmados.

Foels A.; pp 351-358 – *Sequelas visuais e aptidão profissional*

O autor recorda a necessidade e as dificuldades encontradas na avaliação do prejuízo profissional, presente na missão AREDOC 2009 e na maioria das perícias judiciais.

Em seguros pessoais, é necessário saber se o segurado está realmente “inapto para toda a actividade que pode gerar ganho ou proveito”.

A inaptidão para o exercício de uma profissão depende em partes iguais de dois factores: o handicap que apresenta a pessoa, habitualmente fácil de estabelecer, e as modalidades de exercício da profissão, as exigências do posto de trabalho, muito mais difíceis de avaliar.

Os parâmetros importantes para a autonomia ambulatoria são antes de tudo o campo visual e a percepção dos contrastes que permitem movimentar-se num ambiente hostil. A acuidade visual, embora obviamente muito útil, é menos importante: as pessoas têm a possibilidade de se deslocarem no exterior apesar de uma fraca acuidade visual, porque o seu campo visual e a sua percepção de contraste permanecem satisfatórios.

Os parâmetros importantes para a aptidão profissional podem diferir dos necessários para a autonomia ambulatória. Variam segundo as profissões: acuidade visual para perto, visão binocular, sentido cromático, visão do relevo, diplopias são incompatíveis com certas profissões.

Em caso de deficiência visual ou de cegueira, as possibilidades profissionais são muito reduzidas. Os sistemas de ajuda óptica apropriados podem melhorar consideravelmente as possibilidades de trabalho de certos indivíduos.

O autor insiste no facto de que não existe paralelismo entre a taxa de incapacidade visual fisiológica (handicap pessoal) e a incapacidade de trabalho. Uma deficiência visual moderada pode conduzir a uma inaptidão.

Em todos os casos, é necessário compreender as exigências visuais do posto de trabalho.

Benyaich H.; Elbouihi A.; Elmansouri H.; Benhmidoune L.; Amraoui A.; pp. 359-70 – *Avaliação da capacidade visual para a condução automóvel nos países francófonos*

A avaliação da capacidade para a condução automóvel assenta em diferentes critérios legais, e as exigências de cada país variam consoante se trata de um veículo pesado ou ligeiro. A função visual é primordial na condução automóvel e constitui, sob o ponto de vista médico, um dos critérios mais importantes para a capacidade de conduzir. A responsabilidade médica e moral do oftalmologista na determinação dessa capacidade é importante e as suas funções são múltiplas.

O conhecimento das repercussões das deficiências visuais na condução de um veículo ajudará o oftalmologista a determinar a capacidade real de um condutor e a melhor o aconselhar, sabendo que as consequências sociais e psicológicas de uma incapacidade para a condução podem ser muito pesadas.

Dinichert, M.; pp. 371-6 – *As motivações do recurso ao consultor em peritagem médica*

O consultor, como é sabido, é um joker que o perito principal deve saber utilizar, “sob o seu controle e a sua responsabilidade” (A 278-1).

Trata-se de ter uma ou mais motivações claras e de manter o controlo e a responsabilidade das operações, pois o consultor é competente num domínio muito preciso, sendo pouco provável que sejam quebradas as regras do raciocínio médico-legal.

A escolha da especialidade é essencial.

A redação das questões deve ser precisa, pois ela pode condicionar as respostas.

O cuidado a ter na sua redação é determinante para balizar corretamente os limites da cada interveniente.

Cada um tem o seu trabalho e as tarefas serão cuidadosamente circunscritas.

Noticiário

Reuniões Científicas

AAFS 2012 Annual Meeting - American Academy of Forensic Sciences
20 a 25 de Fevereiro de 2012, Atlanta, Georgia, USA

Info: www.aafs.org

1st Saudi International Conference of Forensic Medical Sciences
12 a 14 de Março de 2012, Riyadh, Arábia Saudita

Info: <http://scfms.org>

III Congresso de Investigação Criminal
29 e 30 de Março de 2012, Figueira da Foz

Info: www.asficpj.org
www.pj.pt
3cic.asfic@gmail.com

22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine
5 a 8 Julho de 2012, Istambul, Turquia

Info: <http://www.ialm.info/>

19th World Congress on Medical Law
7 a 10 de Agosto de 2012, Maceió, Brasil

Info: <http://www.advsauade.com.br/boletim/congresso/>

European Academy of Forensic Sciences Meeting
20 a 24 de Agosto de 2012, Haia, Holanda

Info: <http://www.eafs2012.eu>

9th International Congress on Dental Law and Ethics

22 a 24 de Agosto de 2012, Leuven, Bélgica

Info: yvo.vermylen@skynet.be

AIDC 2012: 4th Congress of the International Association of Bodily Impairment

9 a 12 de Setembro de 2012, Montreal, Canadá

Info: www.aidc2012.org

I Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícias Médicas, II Congresso Internacional de Avaliação de Danos Corporais, II Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa, VIII Congresso Brasileiro de Direito Médico, XX Congresso Brasileiro de Perícias Médicas

18 a 21 de Setembro de 2012, Fortaleza, Ceará, Brasil

Info: www.genivalvelosofranca2012.com.br

XI Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

9 e 10 de Novembro de 2012, Évora

Info: www.congressonacional.inml.mj.pt †

3ª Conferência Internacional de Abuso e Negligência de Crianças

17 e 18 de Janeiro de 2013, Porto

Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_3ConferenceAbusoViolencia.pdf

International Symposium on Occupational Safety and Hygiene

14 e 15 de Fevereiro de 2013, Guimarães

Info: www.sposho.pt/sho2013

10th Meeting of the European Association of Forensic Entomology (EAFE)

10 a 13 de Abril de 2013, Coimbra

Info: www.eafe2013.inml.mj.pt

I Bioanthropological Meeting

31 de Maio e 1 de Junho de 2013, Coimbra

Info: <http://bioanthropmeeting.yolasite.com/>

Second International Workshop in Clinical Forensic Medicine

24 e 25 de Maio de 2013, Montpellier, França

Info: www.ialm.info

20th IFCC-EFLM European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine

19 a 23 de Maio de 2013, Milão, Itália

Info: www.milan2013.org/

23rd World Congress of the International Traffic Medicine Association

19 a 22 de Maio de 2013, Hamburgo, Alemanha

Info: www.trafficmedicine.org

Seminário sobre Tabelas de Incapacidade em Direito Civil

4 de Maio de 2013, Coimbra

Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_SeminarioAPADAC.pdf

Reunião Científica da APADAC sobre Tabelas de Incapacidade em Direito do Trabalho

15 de Junho de 2013, Coimbra

Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_SeminarioAPADAC.pdf

XXXIII Congress of the International Academy of Law and Mental Health

14 a 19 de Julho de 2013, Amsterdão, Holanda

Info: www.ialmh.org

International Congress of IOFOS on Forensic Odontology
29 a 31 de Agosto de 2013, Firenze, Itália

Info: www.congress.iofos.eu

51st Annual Meeting of The International Association of Forensic Toxicologists (TIAFT)
2 a 6 de Setembro de 2013, Funchal

Info: www.tiaft2013.mj.pt/

XII Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
8 e 9 de Novembro de 2013, Porto

Info: www.congressonacional.inml.mj.pt

XVII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático

De Janeiro a Julho de 2012 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a décima sétima edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

International Conference on Forensic Evidence in the Fight Against Torture

Nos dias 15 e 16 de Fevereiro decorreu em Washington (EUA) a conferência final de um projeto de três anos promovido pelo Comité Internacional de Reabilitação de Vítimas de Tortura (IRCT), no decurso do qual se concretizou a formação de profissionais dos vários continentes na avaliação pericial forense de vítimas de tortura. A conferência – intitulada International Conference on Forensic Evidence in the Fight Against Torture - foi organizada conjuntamente pelo IRCT e pela American University, tendo sido convidados a participar como preletores alguns dos mais conceituados especialistas da atualidade no âmbito da avaliação pericial de vítimas de tortura. Participaram também algumas das mais relevantes figuras de organizações internacionais vocacionadas para a investigação e combate à tortura, nomeadamente o Relator Especial das Nações Unidas contra a Tortura, Prof. Juan Mendez, ele próprio professor da American University. Tratou-se, indiscutivelmente, de uma das mais importantes conferências até hoje realizadas

sobre a aplicação de evidências forenses na investigação e combate à tortura.

O Prof. Duarte Nuno Vieira, presidente do INMLCF, IP e da Direção da APADAC, foi um dos oradores convidados desta conferência, que contou com a presença de especialistas de cerca de 30 países dos cinco continentes, tendo também moderado a sessão em que interveio o Relator Especial da ONU contra a Tortura.

Reunião do Grupo Internacional de Peritos Médicos Forenses do Comité Internacional de Reabilitação de Vítimas de Tortura

Nos dias 16 e 17 de Fevereiro de 2012 decorreu em Washington (EUA) uma reunião do grupo internacional de peritos médicos forenses do Comité Internacional de Reabilitação de Vítimas de Tortura (IRCT), que integra a Prof^a Cristina Mendonça e o Prof. Duarte Nuno Vieira. Esta reunião destinou-se a analisar a atividade que tem sido concretizada por este grupo e a delinear estratégias de intervenção para o futuro.

Participou na reunião o Prof. Duarte Nuno Vieira, Presidente do INMLCF, IP e da Direção da APADAC.

Cursos de Formação sobre Fotografia Forense

Nos meses de Março, Abril e Maio, a Sede do INMLCF, IP promoveu três workshops teórico-práticos de fotografia forenses dirigidos a profissionais do seu mapa de pessoal a exercerem funções nas Delegações e Gabinetes Médico-Legais. Estes workshops foram orientados pela Prof^a. Ana Teresa Corte-Real e pela Dr^a Raquel Mano Jorge, tendo suscitado uma enorme adesão de profissionais de vários serviços médico-legais e forenses do país.

II Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático realizado no Brasil

Em Abril de 2012 iniciou-se em Belo Horizonte, no Brasil, o II Curso de Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, promovido com colaboração com a Delegação do Centro do INMLCF e que envolveu auditores provenientes de diversas áreas do Brasil. No âmbito do programa do curso, os auditores realizaram em Junho e Julho de 2012 estágios no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INMLCF, IP.

7º Curso sobre Abuso de Crianças e Jovens

As Delegações do Norte e Sul do INMLCF, IP, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, organizaram a 7ª edição do Curso sobre Abuso de Crianças e Jovens.

Este Curso decorreu na Delegação Sul, em Lisboa, entre 28 de Abril e 19 de Maio de 2012 (36 horas – 4 ECTS), tendo contado com a presença de 36 auditores com formação nas áreas da Medicina, Psicologia, Serviço Social, Ciências Policiais e Investigação Criminal.

2º Curso de Entrevista Forense

Em 25 de Maio de 2012 teve início no Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto o 2º Curso de Entrevista Forense, organizado por aquela Faculdade e pela Delegação do Norte do INMLCF, I.P.

Este curso contou com a presença de 16 participantes, com formação em medicina, psicologia ou serviço social, terminando a 16 de Junho (36 horas - 4 ECTS).

A formação esteve a cargo de três psicólogos forenses do Instituto (Doutor Carlos Eduardo Peixoto e as Mestres Catarina Ribeiro e Sónia Martins) e do Procurador da República Dr. Rui do Carmo.

II Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa

Integrado no conjunto de *Congressos Genival Veloso de França*, decorreu nos dias 18 a 21 de Setembro de 2012, em Fortaleza, Brasil, o II Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Contou com palestrantes do Brasil e de Portugal (principalmente do INMLCF, IP) e com a presença de diversos colegas provenientes de Angola e de outras nacionalidades.

No seu conjunto os *Congressos Genival Veloso de França* registaram mais de 1500 participantes, tendo prestado uma justa homenagem a este destacado Professor de Medicina Legal da Universidade Federal da Paraíba e de diversas outras universidades brasileiras. Autor de diversas obras, foi também conferencista no Curso Superior de Medicina Legal do INMLCF, IP e noutros eventos científicos organizados pelo Instituto.

O I Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa decorreu em 2011, no Funchal, conjuntamente com o Congresso da International Academy of Forensic Sciences e perspectiva-se

que o próximo venha a decorrer em Angola, apesar de ainda não haver confirmação da respetiva data.

XI Congresso Nacional de Medicina Legal

Nos dias 9 e 10 de Novembro de 2012 decorreu em Évora o XI Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, que contou com a participação de mais de 200 congressistas. À semelhança do sucedido em anos anteriores, tratou-se de um evento de assinalável relevância no panorama nacional das ciências forenses, proporcionando um espaço para troca de ideias e conhecimentos entre os diversos profissionais desta área.

Na manhã do dia 9 decorreram dois Cursos Pré-Congresso versando a abordagem prática de situações concretas, designadamente: *Avaliação clínica da depressão e ansiedade em vítimas de violência: aspetos práticos e Investigação da cena do crime e o exame do cadáver no local.*

Durante o Congresso foram abordados temas tão diversos e importantes quanto Gestão de vestígios biológicos - da seleção e recolha ao resultado final - Perspetivas da PJ, da GNR e do INMLCF, IP; Fotografia na prática forense; Ética e peritagem médico-legal; Como lidar com as famílias enlutadas; Mortes relacionadas com o consumo de drogas - perspetiva epidemiológica, clínica, toxicológica e médico-legal; Interpretação pericial de manchas de sangue; Gabinetes Médico-Legais: o que mudou?; Recuperação de restos cadavéricos; Vítimas de violência - que respostas institucionais?.

Mais uma vez foi possível contar com a já regular e profícua colaboração com entidades que intervêm em outras áreas da justiça e da intervenção pericial forense, nomeadamente o Laboratório de Polícia Científica e a Divisão de Investigação Criminal da GNR, representados respetivamente pelo Dr. Carlos Farinha e pelo Major Galvão da Silva.

Durante a Sessão Solene do Congresso foi proferida uma conferência pelo Prof. Duarte Nuno Vieira sob o tema *Medicina Legal e Ciências Forenses - que futuro*, a propósito da nova lei orgânica do INMLCF, IP, na qual, após uma breve resenha histórica do percurso e evolução da Medicina Legal Portuguesa, reconhecidos quer no contexto nacional como internacional, abordou os diferentes desafios que se perspetivam para o futuro, sublinhando a importância de manter e reforçar o esforço coletivo na prossecução dos objetivos traçados, apesar das naturais dificuldades impostas pelos tempos atuais.

Lista dos Auditores com aproveitamento no XVII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP - 2012

Andreia Sónia Jesus R. Montenegro Reis
Psicologia Clínica
PORTO

Anna Flávia Ferrari Raiter
Medicina
MASSAMÁ

Augusto José de A. Fernandes Martins
Medicina
LISBOA

Cátia Daniela Aguiar Cabral
Medicina
VISEU

Edgar José da Hora Lopes Meira
Medicina
LEÇA DA PALMEIRA

Fernando Marques Moura
Medicina
LISBOA

Joana Catarina Sousa Ovídio
Medicina
SINTRA

José Carlos da Silva Granate
Medicina
LISBOA

José Eduardo da Silva Maia F. Pimenta
Medicina
COIMBRA

Júlio Miguel Cortês Barata
Medicina
ALFARELOS

Manuel Augusto de Lemos Couto Azevedo
Medicina
MAIA

Marcelo Correia Alfar
Medicina
COIMBRA

Maria Filomena M. Q. M. Magalhães Brito
Medicina
VILA NOVA DE GAIA

Ricardo Jorge Nunes Pereira Gonçalves
Medicina
LISBOA

Lista dos Auditores com aproveitamento
no Curso de Pós-Graduação em Avaliação
do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do
Centro do INML, IP, realizado em Belo Horizonte,
Brasil - 2012

Adriana Souza Peixoto
Medicina Dentária
MINAS GERAIS, BRASIL

Alcindo Cerci Neto
Medicina
PARANÁ, BRASIL

Carlos Roberto Campos
Medicina
GOIÁS, BRASIL

Elcio Lobato
Medicina
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Expedito Flavio Soares Filho
Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Fernando Alves Esbérard Leite
Medicina
RIO DE JANEIRO, BRASIL

Ilton Canedo Campos
Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Jose Marcelo de Oliveira Penteadó
Medicina
PARANÁ, BRASIL

Lea Maria Bezerra de Menezes
Medicina Dentária
CEARÁ, BRASIL

Lycurgo Tostes De Andrade
Medicina
PARANÁ, BRASIL

Marcelo Andrade Marins
Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Marina Miyuki Goto Tsuneta
Medicina
PARANÁ, BRASIL

Natalie Yamauchi
Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Olivia de Araújo Paula
Medicina
RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

Pedro Leandro Zilli Bertolini
Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Regina Ferreira Andrade Messina
Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Regina Treymann
Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Wallinson Morais Silva
Medicina
PARANÁ, BRASIL

