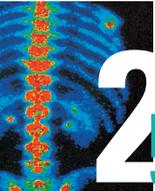


REVISTA PORTUGUESA

do **Dano**
Corporal



25



DEZ 2014 • ANO XXIII • N.º 25

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE AVALIAÇÃO
DO DANO CORPORAL



REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

DEZEMBRO 2014, Ano XXIII, N.º 25

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTORES ADJUNTOS:

Francisco Corte-Real Gonçalves, Jorge Costa Santos, 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: *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

REDACTORA PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

CORPO REDACTORIAL:

Carla Carreira, Carina Oliveira, Cristina Cordeiro, Cristina Ribeiro, Rosário Lemos Silva

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

André Pereira, António Joaquim Piçarra, Braga Temido, Carlos Dias, Costa Andrade, Diogo Pinto da Costa, Faria Costa, 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, Ana Paula Sousa, Anabela Neves, Andrea Costanzo, António Mestre, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Eduardo Murcia, Eugenio Laborda Calvo, Fernando Vieira, Francisco Lucas, Frederico Pedrosa, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Graça Santos Costa, Hélène Hugues, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Antunes, J. Ferreira dos Santos, Javier Alonso, Joan Carol, José Bernardes, Juan Ugalde Lobo, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Maria Teresa Criado del Rio, Máximo Colón, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Rita Duarte

Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • eISSN 1647-8630

DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8630_25

Tiragem deste número: 600 ex.

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

Execução Gráfica

www.artipol.net

Dezembro, 2014

Correspondência:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Rua Larga – 3004-504 Coimbra – Portugal

Tel.: 915 612 451

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, Inglês e Francês.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS – Os autores devem enviar os artigos em documento word não protegido por e-mail para geral@apadac.net

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

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

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

2. Referência a um livro

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

3. Referência a capítulo de um livro

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

4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos

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

5. Referência a artigo de revista online

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [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
Interpretação prática do estado anterior na afectação do membro contralateral - Uma nova perspectiva na avaliação pericial em Direito Civil	11
<i>Carina Oliveira, Francisco Corte-Real, Duarte Nuno Vieira</i>	
Seguro de Acidentes de Trabalho Uma história que começa em 1913	29
<i>António Alvaleide</i>	
Graduação dos esforços suplementares no âmbito de perícias de clínica forense - Relevância em sede de arbitramento de indemnizações judiciais.	43
<i>Pedro Brito Monteiro</i>	
Aspectos forenses das lesões ortopédicas nos atropelamentos . . .	53
<i>Carlos H. Durão, Francisco Lucas, Duarte Nuno Vieira</i>	
A pandemia do dano pessoal nas crianças em conflitos armados	71
<i>Pedro Pimentel, Fernanda Bouchardet, Teresa Magalhães, Duarte Nuno Vieira</i>	
Intercâmbio	83
Noticiário	101

Editorial

Duarte Nuno Vieira

Por deliberação da atual Ministra da Justiça, Dra. Paula Teixeira da Cruz, cessei nos finais de 2013, mais propriamente no dia 15 de Novembro, as funções que vinha exercendo desde 2001 como presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), anteriormente designado apenas por Instituto Nacional de Medicina Legal. Funções que tinham sido antecedidas pelas de diretor do então Instituto de Medicina Legal de Coimbra, exercidas entre 1996 e 2000.

Circunstâncias diversas levaram a que este final de funções se tivesse concretizado da forma como ocorreu. Entre elas, um profundo desacordo quanto aos atuais posicionamentos e políticas do Ministério da Justiça em diversos aspetos (sem prejuízo de reconhecer também algumas facetas meritorias) e, muito particularmente, no que à falta de apoio à Medicina Legal e às Ciências Forenses diz respeito por parte da Senhora Ministra da Justiça. Estou profundamente convicto de que o tempo me dará inteira razão e que algumas das decisões atuais terão necessariamente de ser revertidas.

De qualquer forma, deixar a presidência do INMLCF era intenção que tinha já manifestado publicamente, no ano de 2012, em entrevista publicada em jornal nacional, e que tinha deixado consignada em acta de reunião da direção realizada no mês de Março de 2013. Aguardava apenas que a Senhora Ministra me recebesse para lhe solicitar essa substituição, na sequência de múltiplos pedidos de audiência que lhe dirigi, todos eles sempre sem resposta. Era, por isso, decisão também do conhecimento de todos quantos trabalham no INMLCF.

Sempre considerei ser benéfico para as instituições a existência de uma limitação temporal nos lugares dirigentes e creio, sinceramente, que 17 anos de exercício sucessivo das funções de Diretor e de Presidente, foi tempo em demasia. Era mais do que chegado o momento da mudança que acabou por ser proporcionada pela Senhora Ministra, embora no contexto de uma forma de atuação que não a honrou nem ao seu Ministério e que foi, mesmo entre outros dirigentes deste e entre membros do governo, considerada profundamente lamentável.

O que importa, no entanto, é que tive a grata satisfação de conseguir realizar muito do que sonhei e ambicionei para a Medicina Legal portuguesa. E, desde logo, unificar os Instituto de Medicina Legal de Lisboa, Porto e Coimbra num único Instituto Nacional de Medicina Legal e vê-lo depois passar a ser designado por Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. Era, pois, tempo de dar lugar a outros, na certeza de que há ainda muito por fazer, que são ainda muitas as insuficiências e deficiências que persistem. Na nova Direção nomeada existem elementos com capacidade e conhecimentos para um desempenho adequado às exigências desta missão. Preocupa-me, todavia, ver que nela existem também pessoas que não possuem qualquer competência específica, nem perfil, para o exercício das funções em causa. Pessoas até sem o menor conhecimento da Medicina Legal e das Ciências Forenses. Que nada sabem sobre ela e de quem não se conhece, pelo menos publicamente, um único pensamento ou reflexão sobre o qual o caminho a seguir. Pessoas absolutamente anónimas no panorama médico-legal e forense nacional. Estou, por isso, convicto de que será uma Direção a termo certo e que não irá chegar ao fim do seu mandato. O que se tem constatado e o que ainda pode vir, poderá prejudicar substancialmente o INMLCF.

Mas o INMLCF dispõe de profissionais altamente qualificados e competentes, pessoas que dão diariamente o melhor que sabem e podem, dentro das circunstâncias existentes, dos limites das suas possibilidades e dos ditames da consciência. Atuou até aos inícios do ano corrente de uma forma eficiente e discreta, cumprindo aqueles que devem ser os objetivos essenciais de um serviço desta natureza: prestação de serviços periciais, envolvimento em atividades de ensino e formação (sabendo deixá-las a instituições mais preparadas para elas, mas dando-lhes neste âmbito plena colaboração e apoio), desenvolvimento de investigação científica e promoção do controlo de qualidade. Tem assim contribuído, diariamente, para que a Justiça possa cumprir da melhor forma a sua nobre e imprescindível missão, tendo sempre presente que nenhum projeto valerá a pena ou poderá ser concretizado no domínio das ciências forenses, sem uma crença profunda nos valores humanitários, na dignidade da pessoa humana, na imparcialidade e na honestidade. Quando deixei a presidência, sem prejuízo dos problemas que ainda o afectavam, era uma das mais respeitadas instituições médico-legais e forenses a nível internacional e o único serviço público forense nacional com os seus laboratórios oficialmente acreditados.

Pela minha parte, continuei a servir esta instituição com o mesmo empenho e entusiasmo que sempre lhe dediquei. Fi-lo enquanto considerei que a instituição ainda mantinha o rumo de qualidade e eficiência que a caracterizava e que lhe trouxe o merecido prestígio de que usufruía. No dia em que tive a certeza de que assim estava a deixar de acontecer, entendi sair. Sei

que outros virão um dia, e que será possível recuperar o tempo que agora se perde e corrigir os erros que vêm sendo cometidos.

No que à avaliação dos danos corporais diz respeito, o próximo ano de 2015 será fundamental. Pela primeira vez irão decorrer eleições para o Colégio da Competência em Avaliação do Dano Corporal da Ordem dos Médicos. Iremos submeter o projeto que temos vindo a desenvolver, a sufrágio por parte de todos os colegas que a integram. E tenho a certeza de que surgirá quem defenda outras ideias e caminhos, incluindo alguns daqueles que sempre afirmaram no passado partilhar dos nossos ideais e que, por vezes, ajudámos até particularmente. A vida é assim... Será, pois, o momento de vermos aquilo que os médicos realmente pensam do trabalho que fizemos até hoje. Pretendemos dar continuidade ao legado do Prof. Oliveira Sá, fundador e primeiro diretor desta revista. Fundador também da APADAC e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, entidades que têm mostrado ao longo dos anos o seu enorme dinamismo e que sempre o fizeram, até um passado recente, em estreita articulação com o INMLCF, como corpo uno que o Prof. Oliveira Sá sempre desejou que fossem. Se não ganharmos, saberemos reconhecer que estávamos enganados. Estamos, todavia, profundamente convictos de que não será assim...

Interpretação prática do estado anterior na afectação do membro contralateral Uma nova perspectiva na avaliação pericial em Direito Civil¹

Oliveira C^{2,3}, Corte-Real F^{2,4}, Vieira DN^{2,3}

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Concretizada no âmbito da Clínica Forense, o estudo da imputabilidade médica constitui, indiscutivelmente, um ponto nuclear para o estabelecimento da responsabilidade pela reparação do dano corporal pós-traumático. Assim, e porque é premente encontrar um sistema justo de reparação, constitui matéria de primordial importância a definição de critérios de harmonização quando um estado anterior está presente. Estas situações de verdadeira concausalidade representam, ainda hoje, um desafio na prática médico-legal, atendendo não só à sua frequente complexidade como também à grande variabilidade de situações que surgem neste contexto.

Importa recordar que um estado patológico preexistente poderá em nada interferir na integridade da pessoa, mas também pode ser uma causa possível das lesões ou sequelas que ela apresenta. Nos casos em que há influência da concausa sobre as consequências do traumatismo, não se deve afastar da avaliação do nexos de causalidade o eventual agravamento do estado patológico anterior ou os efeitos traumáticos potenciados por patologias preexistentes. Porém, estabelecer com rigor e precisão a influência que esse estado anterior

¹ Casos descritos no livro “Nexo de causalidade e estado anterior em avaliação do dano corporal” (em edição)

² Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

³ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

pode assumir na situação em avaliação, pode revelar-se difícil, até porque a valorização do estado anterior depende, em grande medida, do ramo do Direito em que a perícia se processa. Na verdade, se no âmbito do Direito do Trabalho, são várias as regras que devem ser aplicadas nestes casos, o mesmo já não ocorre no âmbito do Direito Civil, no qual não existe uma fórmula expressa sobre a reparação dos danos corporais e apenas deve atender-se ao princípio geral da reparação integral do dano.

Todavia, para proceder-se a uma avaliação pericial mais justa e equitativa, ao perito médico compete determinar o prejuízo funcional actual e analisar em que medida o estado patológico preexistente ou uma eventual predisposição pode concorrer para o dano final. Num certo número de casos, como a perda de olho único ou uma lesão do braço esquerdo num indivíduo que já não apresentava o membro superior direito, é necessário considerar a lesão já existente. Trata-se de danos que suprimem ou diminuem uma função já atingida, pelo que o estado anterior diminuiu a capacidade funcional da vítima.

É necessário recordar que a boa prática pericial exige um detalhado estudo do estado clínico do indivíduo à data do evento traumático, para que, na posse de todos os elementos clínicos, se possa analisar com cautela o eventual nexos de causalidade entre um determinado evento e o dano sofrido. Em alguns casos, não se verifica a evolução espontânea de uma condição preexistente, uma vez que, com o traumatismo, o estado patológico anterior assumiu consequências inesperadas. Nestes casos, o traumatismo pode ter exteriorizado ou desencadeado um estado anterior ou agravado o seu curso evolutivo, como veremos adiante.

Deste modo, 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. Tal pode ser explicado pelo facto de que uma determinada função fisiológica depende geralmente da integridade de todas as estruturas anatómicas intervenientes na sua execução. A função de deambulação exige a integridade dos membros inferiores, a função visual ou auditiva necessita da intervenção de ambos os olhos ou ouvidos, respectivamente, a apreensão ou a manipulação de objectos requer a funcionalidade de ambas as mãos ou dos cinco dedos de cada mão. Nestas situações pode ocorrer um agravamento funcional comparativamente com o estado patológico preexistente, como é o caso do indivíduo que já apresentava dois dedos de uma mão ausentes e na sequência de um traumatismo sofreu amputação traumática dos restantes três dedos dessa mão (Criado delRío, 1999).

Com efeito, o agravamento sinérgico pode ocorrer 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. Refira-se alguns exemplos: 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 do 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.

Note-se que em todas estas situações não se poderá avaliar as sequelas decorrentes de um evento sem se considerar as sequelas preexistentes que afectam a mesma função (Fagnart, Lucas e Rixhon, 2009).

Com efeito, a intervenção pericial médico-legal nas situações em que um estado patológico preexistente está presente ficará seguramente melhor exemplificada se nos debruçarmos sobre casos concretos, como veremos adiante.

2. O NEXO DE CAUSALIDADE E O ESTADO ANTERIOR NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL EM DIREITO CIVIL

O art.º 563 do Código Civil Português define que «a obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão». Daqui se entende que o autor do traumatismo não tem responsabilidade sobre o estado anterior e, por isso, não seria correcto ter que indemnizar num montante superior ao necessário em outro indivíduo sem esse estado patológico anterior. Mas também menos correcto seria se o ofendido, que vivia e viveria sempre sem um determinado dano, ficasse afectado numa determinada função ou estrutura e ficasse sem direito a um ressarcimento indemnizatório.

A valorização pericial de situações envolvendo estados anteriores começa a ser complexa, pelo que, para algumas reflexões, agruparemos em três tipos de situações (Vieira e Corte-Real, 2008): a) O traumatismo não agravou o estado anterior, nem este teve influência negativa sobre as consequências daquele; b) O estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do traumatismo; c) O traumatismo agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente.

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

Quando existe uma patologia estabelecida anteriormente ao acidente em questão e do evento traumático resultem lesões e sequelas, pode acontecer não haver qualquer influência desse estado anterior na evolução das lesões e nas sequelas delas resultantes, nem estas terem tido qualquer consequência sobre a patologia anterior. Esta é a situação mais simples, em que se efectua a valoração do dano como se não houvesse estado anterior, como se o indivíduo fosse *são* à data do evento traumático, sem quaisquer antecedentes patológicos relevantes. As consequências do estado anterior não devem ser tidas em consideração, na medida em que em nada se relacionam com o dano sofrido. Refira-se alguns exemplos, nomeadamente, a produção de uma hérnia discal num indivíduo com uma prévia amputação de uma mão ou uma lombalgia de esforço num indivíduo cujos exames radiográficos revelaram a presença de um cálculo renal. Nestas condições, torna-se fácil imputar ao traumatismo aquelas que seriam as consequências normais e habituais resultantes da lesão traumática, ou seja, seguir-se a *regra geral* usada na avaliação do dano corporal de natureza cível, em que o perito médico deve

avaliar um examinado unicamente pelas lesões resultantes do traumatismo em questão, considerando que não apresenta qualquer outra lesão (Vieira e Corte-Real, 2008).

b) O estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do traumatismo

Ao contrário do que se passa na situação precedente, estaremos aqui perante casos em que existe influência do estado anterior nas consequências de um traumatismo, ou seja, o estado anterior poderá interferir com a normal evolução das lesões traumáticas e condicionar as sequelas delas resultantes. Uma determinada patologia ou sequela anterior pode implicar tratamentos mais dolorosos, provocar uma consolidação mais tardia das lesões ou ainda justificar sequelas mais graves. Nestas condições, o estado anterior pode ter influência apenas num dos parâmetros, em mais do que um ou mesmo em todos. O perito médico, com base nos seus conhecimentos, tem de fazer uma cuidada observação de cada um dos parâmetros médico-legais que devem ser alvo de valoração e justificar em quais desses parâmetros terá existido influência da patologia anterior. Os exemplos são de tal modo diversos que deverão ser avaliados caso a caso. Compreende-se que a aplicação de uma simples fórmula matemática para calcular a influência do estado anterior é insuficiente para dar resposta a estas exigências. Porém, deverá procurar manter-se a *regra geral*: só não valorizar o que for devido exclusivamente à influência do estado anterior (Vieira e Corte-Real, 2008). Mas na verdade, o médico perito tem que, atendendo às especificidades do caso, valorar da forma mais equitativa, corrigindo as injustiças que possam resultar da aplicação cega das tabelas indicativas.

Na verdade, ao responsável pelo dano deverá somente ser-lhe imputada a parcela conseqüente à sua participação no evento danoso. Com efeito, deverá especificar-se o que seria a evolução das consequências do traumatismo sem a influência do estado anterior (Mortiaux, 1985). Em alguns casos, há que considerar a partilha de responsabilidade aquando da valoração dos parâmetros de dano.

Porém, não esquecer a possibilidade do estado anterior poder ter um papel determinante no aparecimento de um traumatismo/acidente, como o caso do indivíduo condutor que é portador de uma doença cardíaca grave. Refira-se ainda outros exemplos, tais como, a artrose que favorece as consequências de um traumatismo, uma vez que o aparelho disco-ligamentar de um indivíduo com artrose é muito mais frágil do que num indivíduo saudável, provocando rupturas ligamentares mais graves e uma maior frequência de

hérnias discais, o aparecimento de uma mielopatia após um traumatismo sofrido por um indivíduo com um canal estreito congénito que agrava a sua evolução, a diabetes mellitus que motiva uma menor resistência a processos infecciosos, um atraso na cicatrização de um ferimento ou até o surgimento de gangrena em virtude de distúrbios na vascularização, a hemofilia ou um tratamento com anticoagulantes que favorece o aparecimento de hemorragia abundante mesmo quando na sequência de um traumatismo considerado ligeiro e a osteoporose que atrasa um processo de consolidação óssea.

c) O traumatismo agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente

Nesta situação, não podemos, desconsiderar situações por vezes não imediatamente aparentes, em que o estado anterior não influenciou directamente a normal evolução das lesões, bem como a data de consolidação médico-legal das mesmas, porém, colocou o problema da repercussão da vítima para a realização das actividades da vida diária, familiar, social e profissional. Quanto a esta questão, a situação parece-nos ser ambígua. Neste ponto, em que se considera haver agravamento do estado anterior, deverá acrescentar-se que se incluem os casos em que, apesar de não ter sido afectada a mesma estrutura anatómica, foi afectada a mesma função. Referimo-nos ao agravamento de danos sinérgicos já mencionado anteriormente.

Neste sentido, reportemos o caso de um indivíduo que, anteriormente ao traumatismo, já não possuía o membro superior esquerdo e em resultado de um acidente de viação sofreu uma fractura do braço direito. Na sequência daquele evento houve um agravamento da função de manipulação e apreensão de objectos do indivíduo. A presente condição obrigou a vítima à imobilização gessada do membro superior direito e, durante o período em que manteve o gesso, não pôde exercer actividade com o seu membro imobilizado e, como não tem o membro superior esquerdo, esteve altamente incapacitado em termos de autonomia, necessitando, inclusivamente, da ajuda de terceira pessoa para a execução das suas actividades diárias. Colocam-se duas hipóteses no que se refere à valoração do défice funcional temporário: ou se faz a avaliação como se não tivesse qualquer amputação anterior, argumentando que o responsável pelo acidente não tem responsabilidade sobre essa amputação e, por isso, não deverá ser prejudicado ao ter que indemnizar num montante superior àquele que seria obrigado caso atropelasse um indivíduo sem esse estado anterior; ou se avalia o caso concreto como um todo, personalizando e atribuindo um défice funcional temporário, como se tudo resultasse do acidente, pelo facto de, na realidade, o ofendido ter ficado temporariamente muito incapacitado,

descrevendo pormenorizadamente a situação anterior e a situação actual. Como resolver o perito médico esta situação? Outrora, entendia-se que nestas situações deveria ser aplicada a *regra geral*, ou seja, valorar apenas o que for única e exclusivamente resultante daquele evento. Tal posicionamento enquadrava-se na necessidade da quantificação pelo perito médico da então designada incapacidade geral temporária parcial, quantificação que deveria depender unicamente das lesões resultantes do acidente em avaliação e que serviria de referência para o estabelecimento do montante indemnizatório devido no âmbito deste parâmetro de dano. Após a decisão do INMLCF, I.P. de se deixar de proceder à quantificação da incapacidade geral temporária parcial, entendemos propor uma nova concepção no que se refere ao défice funcional.

Naturalmente que continua a ser nossa tarefa, sempre que possível, reparar a vítima da forma mais justa e equitativa, pelo dano sofrido. Na verdade, poderia argumentar-se que não seria correcto para o autor do traumatismo ter que indemnizar em montante superior ao necessário em outra pessoa com o membro superior esquerdo, ou seja, sem esse estado anterior. Mas menos correcto seria se o ofendido, que vivia e viveria sempre sem que ficasse impossibilitado de manipular objectos, ficasse afectado naquela função e sem direito a ressarcimento indemnizatório. Os problemas médico-legais são, sem dúvida, complexos, mas convirá sublinhar que a melhor apreciação a esta problemática será averiguar quais as reais consequências resultantes do complexo estado anterior-evento traumático. E, dado que se deve proceder à reparação do dano considerando a avaliação tridimensional do dano (Magalhães, 1998), não esquecendo, que um dos princípios gerais da avaliação do dano de natureza cível é a personalização do dano, devemos optar pericialmente pela segunda hipótese proposta. Deveremos sempre manter a ideia da capacidade restante do indivíduo quando valoramos o estado anterior. Na verdade, não seria justo, no exemplo citado, assumirmos um défice funcional temporário parcial num indivíduo que efectivamente esteve incapacitado de mobilizar ambos os membros superiores e, que durante o período em que esteve com o braço direito imobilizado, necessitou da ajuda de terceira pessoa para a realização das actividades da vida diária, nomeadamente, higiene pessoal, alimentação, entre outras. Não seria admissível que um indivíduo, por ser portador de uma limitação ou deficiência, fosse menos valorado e indemnizado do que um outro que não sofresse essa limitação.

Do mesmo modo poder-se-á colocar outra questão: como deve, neste caso, o perito médico expressar a influência do estado patológico preexistente sobre a valoração do défice funcional permanente? O perito médico terá que escolher a forma que melhor transmite a real repercussão que o traumatismo acarretou na vida diária, familiar e social do indivíduo. Na prática, entende-se que, em

alguns casos, tal poderá corresponder à diferença entre a incapacidade que o sinistrado apresentava antes e a que apresentava após o acidente. Vejamos o caso anteriormente descrito e supondo que como resultado da fractura do braço direito, o nosso examinando ficasse com uma limitação da flexão do cotovelo, que, por hipótese, valorizaríamos em 10 pontos de défice funcional permanente. Será correcto concluirmos que, em consequência do referido acidente, resultaram sequelas anátomo-funcionais que se traduzem apenas num défice funcional permanente fixável em 10 pontos e, portanto, independentemente da amputação anterior do outro membro superior. À semelhança do que sucede na avaliação do dano corporal em Direito do Trabalho, entende-se que a valoração deste parâmetro deve respeitar a capacidade restante da vítima e, por esse motivo, os 10 pontos poderão ser desapropriados para o caso exposto. Note-se que a flexão do cotovelo no único membro superior que o examinando possuía pode acarretar consequências desastrosas maiores do que num indivíduo sem aquele estado anterior, ou seja, com a presença de ambos os membros superiores. O membro superior direito assegurava neste indivíduo a totalidade da função de manipulação e apreensão dos objectos, sendo que a rigidez do cotovelo pode afectar significativamente e de forma mais relevante esta função. A nosso ver e à semelhança do que se encontra definido no nº7 das *Instruções Gerais da Tabela Nacional de Incapacidades em Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* (Anexo I, Decreto-Lei nº 352/07, de 23 de Outubro – TNI), também no caso da *Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil* (Anexo II, Decreto-Lei nº 352/07, de 23 de Outubro – TIC), ao perito médico deverá ser permitido que se afaste dos valores dos coeficientes previstos na respectiva tabela, se for essa a melhor solução para o caso. Ora, no caso em concreto, o perito médico poderá aumentar razoavelmente o valor do défice funcional permanente, tendo em conta a maior ou menor limitação que a sequela resultante acarreta sobre a função exercida previamente pelo membro afectado. E considerando ainda o estado sequelar do sinistrado bem como o seu estado patológico preexistente poderá questionar-se quanto a eventuais necessidades e/ou dependências permanentes. Ora, se o perito médico se apercebe, por exemplo, que a limitação funcional no cotovelo dificulta a aproximação da mão à cabeça, questiona-se sobre a sua impossibilidade para determinadas actividades da vida diária, tais como, fazer a barba, pentear-se, lavar os dentes, entre outras. Neste caso, deverá ser valorado, a título de exemplo, a necessidade de ajuda complementar ou de substituição (se for o caso) por terceira pessoa. O facto de o indivíduo já não apresentar um membro superior à data do acidente não o impossibilitava de exercer as referidas actividades, uma vez que estavam totalmente asseguradas pelo membro superior remanescente, ainda que pudessem ser exercidas com dificuldade. Com efeito, não há fundamento para excluir a valoração destas

dependências argumentando-se de que o acidente apenas agravou limitações e/ou dificuldades que o examinando já apresentava previamente.

No mesmo sentido se discute a repercussão na actividade profissional, seja temporária ou permanente, devendo ser igualmente descrita a capacidade restante para o trabalho (Vieira e Corte-Real, 2008). Considerando o exemplo anteriormente descrito e supondo que o indivíduo era telefonista à data do evento traumático, atendendo o telefone com a única mão que possuía, a mão direita, deveríamos admitir que o examinando se encontrava com *uma repercussão temporária profissional total relativamente à actividade profissional que exercia, com as limitações inerentes a quem só apresentava um membro superior*. Quanto ao dano a título permanente e supondo que a limitação do cotovelo direito resultante do acidente implicou uma reduzida mobilidade do membro, que não permitiu a continuação da sua actividade profissional, poderíamos dizer que as *sequelas resultantes do evento são impeditivas do exercício da profissão de telefonista, atendendo às limitações inerentes à falta de um membro superior, que já apresentava à data do traumatismo*. Cumpre-se o objectivo da avaliação médico-legal em sede de Direito Civil, ou seja, transmite-se ao julgador a avaliação das consequências que determinado evento traumático provocou em determinada pessoa, nas suas diversas vertentes.

Quanto à valoração do *quantum doloris* e do dano estético permanente, deverá ser aplicada a *regra geral*, ou seja, valorando de modo independente as sequelas resultantes do evento. Quanto à repercussão nas actividades desportivas e de lazer, considerar-se-ia também apenas as sequelas resultantes do evento, observando, no entanto, sempre o seu estado anterior. Imagine-se que o mesmo indivíduo era um desportista profissional de tiro e ao sofrer o traumatismo de que resultou uma acentuada limitação funcional do cotovelo direito, ficou impossibilitado de prosseguir com essa actividade desportista, que muita satisfação pessoal lhe dava. A repercussão nas actividades desportistas e de lazer deverá ser significativamente valorada, independentemente do facto de haver amputação do membro contralateral (Vieira e Corte-Real, 2008).

Ainda a este respeito, analisemos o caso de um indivíduo em que na sequência de um traumatismo, sofreu amputação da mão do lado dominante. Supondo que, à data desse evento traumático, o indivíduo era portador de uma paraplegia dos membros inferiores e necessitava da mão para a deambulação em cadeira de rodas. Questiona-se sobre como valorar as consequências deste traumatismo. Entende-se que na valoração deste parâmetro, a título de dano temporário, e à semelhança do que sucede na avaliação do dano corporal em Direito do Trabalho, deve ser considerada a capacidade residual do indivíduo, que no caso em concreto, encontra-se condicionada pela sua falta de autonomia para a deambulação, já que necessitava da mão amputada para o cumprimento desta função. Na verdade, não seria justo que este indi-

víduo fosse valorado a título de défice funcional temporário parcial, quando na realidade não apresentava suficiente autonomia para a sua deslocação e transferências de posição. Por conseguinte e uma vez que a amputação traumática da mão dominante impossibilitou a deambulação autónoma da vítima em cadeira de rodas, tal deverá ser merecedora da atribuição de um défice funcional temporário total. Só assim se cumpre o objectivo da avaliação médico-legal, ou seja, uma reparação integral e personalizada do indivíduo, nas suas mais diversas vertentes.

Ainda sobre esta questão, coloca-se a dúvida quanto à valoração do défice funcional permanente neste indivíduo. Do que vem sendo exposto, será lógico assumirmos apenas a desvalorização da amputação da mão como sequela resultante do traumatismo? Não seria lógico estandardizarmos a situação descrita a uma mera amputação da mão, uma vez que iríamos contra um dos princípios gerais da avaliação do dano corporal de natureza cível, que é da personalização do dano. Se não agimos habitualmente dessa forma quando observamos qualquer outro examinado, porque o haveríamos de fazer agora? Ao valorarmos unicamente a amputação da mão, ignorando neste caso a existência de uma patologia preexistente, não estaríamos a valorar as reais repercussões que o evento traumático teria provocado neste indivíduo. Note-se que a mão amputada assumia, para além da sua função habitual, parte da função de deambulação do indivíduo. Contudo, entende-se ser excessivo considerar a paraplegia dos membros inferiores como decorrente do evento traumático, porém também não seria admissível considerar-se apenas a amputação traumática da mão neste indivíduo que necessitava da mesma para a deambulação. A nosso ver e à semelhança do anteriormente exposto, ao perito médico deverá ser permitido que se afaste dos valores dos coeficientes previstos na respectiva tabela de incapacidades. Era, por isso, que outrora, o Professor Oliveira Sá protestava contra a tabela de incapacidades, a qual prendia o perito médico, pois constituía um espartilho à avaliação do dano. Dizia, com humor e convicto, que preferia «um bom perito com uma má tabela do que um mau perito com uma boa tabela» (Oliveira Sá, 1992). Ademais, defende-se hoje que os coeficientes de desvalorização previstos se tratam de meras “unidades de apreciação”, estando o perito médico livre de as apreciar, podendo desviar-se dos limites estabelecidos nas tabelas. Ora, ainda sobre o caso descrito e para valoração do défice funcional permanente, pode tornar-se desapropriado o cálculo da diferença entre o défice funcional permanente do indivíduo após e antes o traumatismo em apreciação. No caso da amputação da mão num indivíduo paraplégico, a perda dessa mão implicaria não apenas as repercussões inerentes a perda de uma mão num indivíduo sem patologia anterior mas também a sua capacidade de locomoção em cadeira de rodas. No caso em concreto, o perito médico poderá desviar-se

do intervalo de desvalorização previsto na tabela, aumentando razoavelmente o valor do défice funcional permanente. É justamente a capacidade para descrever minuciosamente e pormenorizadamente o prejuízo funcional que distingue o perito médico. Também aqui, o importante, não são apenas as asserções conclusivas da perícia médica, mas sobretudo a descrição da efectiva repercussão que as sequelas decorrentes de um traumatismo provocam num determinado indivíduo.

Em outros casos em que o traumatismo agravou o estado anterior de um indivíduo, aplica-se o princípio da diferença uma vez que neste caso se deverá atender à situação, por vezes hipotética, que o indivíduo apresentava antes da lesão e à situação real em que se encontra após estabilização das consequências do traumatismo. Nestas condições, terá de existir uma diferença entre a situação anterior e a actual e que será designada por agravamento. Será possível ao perito médico fazer uma estimativa do valor global do DFP, discriminando o valor atribuído ao défice preexistente (segundo a Tabela) e ao défice calculado como se tudo resultasse do traumatismo. A diferença entre as duas situações reflectirá o agravamento imputável ao traumatismo, a partir do qual poderá ser ponderado o montante indemnizatório. Deverá proceder-se de forma idêntica para a valoração dos restantes parâmetros de dano, isto é, deverá avaliar-se de forma independente o estado anterior e as consequências do traumatismo em apreço. No caso de o indivíduo ter sido já avaliado em sede de Direito Civil pelo seu estado anterior, é fácil saber-se em que parâmetros ocorreu agravamento, por comparação com a situação constatada após o evento em apreço. Por outro lado, como apurar um DFP por acidente de viação hoje, quando ocorreu no passado uma IPP por um acidente de trabalho anterior? Qual o DFP de que o lesado era portador quando teve o acidente de viação? Se não houver uma avaliação pericial de natureza cível relativamente ao estado anterior do indivíduo, é necessário efectuar-se uma estimativa da avaliação desse estado precedente, uma vez que o agravamento corresponderá à diferença entre ambas as situações (Vieira e Corte-Real, 2008). A este respeito, poderão incluir-se alguns dos considerados agravamentos de danos sinérgicos quando a função afectada pelo estado anterior é assegurada por um órgão duplo. Um exemplo clássico é o indivíduo com uma cegueira unilateral que perde o olho funcional remanescente na sequência de um evento traumático. Neste caso, o que está em causa é a perda total da função visual. De acordo com a TIC, a amaurose unilateral prevê a atribuição de um défice funcional permanente de 25 pontos enquanto a perda total da função visual confere um valor de défice de 85 pontos. Conforme anteriormente mencionado e tendo em vista uma solução intermédia entre as partes intervenientes, parece razoável propor-se nesta situação um défice funcional permanente de 60 pontos, correspondente à situação de agravamento.

Ora, ainda neste contexto, vejamos o caso citado por Alonso (1997), do indivíduo portador da amputação total de uma mão e que na sequência de um traumatismo sofreu uma amputação total do membro superior afectado. Em que medida o traumatismo afectou a integridade anátomo-funcional daquele indivíduo? Tal como Alonso, somos da opinião de que o traumatismo em questão não deverá ser responsabilizado pelo valor correspondente à perda anátomo-funcional total daquele membro superior, mas apenas pelas perdas do antebraço e do braço. Por razões óbvias, seria absurdo efectuar-se um somatório dos coeficientes de desvalorização previstos na Tabela para a perda das duas estruturas (antebraço e braço), na medida em que se obteriam valores excessivos. Nesta situação e tal como proposto no exemplo anterior, procurar-se-ia uma solução intermédia, procedendo-se à diferença entre a situação actual e a anterior. Ou seja, considerando-se este indivíduo com um défice funcional preexistente de 35 pontos (referente à amputação total de uma mão de acordo com a TIC) e um actual de 55 pontos (referente à amputação total de um membro superior de acordo coma TIC), assumiríamos que ao traumatismo em apreço deveria ser estimado um défice de 20 pontos, correspondente à situação de agravamento do estado patológico preexistente. Este valor pode parecer ínfimo tendo em conta que o indivíduo perdeu a totalidade do membro superior, porém compreensível e razoável no caso em concreto, na medida em que este membro superior à data do traumatismo já não apresentava grande funcionalidade para aquele indivíduo que ao não ter a mão dificilmente realizava a manipulação e prensão de objectos com aquele membro.

Do que vem sendo exposto, estamos a excluir as situações excepcionais, nas quais tenha havido dois traumatismos consecutivos, influenciando, o segundo, as consequências do primeiro, ainda em período de danos temporários. Neste caso, teríamos que fazer uma avaliação e valoração independente das consequências de cada um deles, nos diversos parâmetros.

Por último, se se tratar da exteriorização de uma patologia latente, podemos estar perante uma predisposição patológica que favorece a propensão do indivíduo para expressar clinicamente uma determinada doença e, nesses casos, deverá ser efectuada uma avaliação própria para cada situação. Se não for provável que essa patologia se venha a manifestar, então o traumatismo em questão deverá ser totalmente responsabilizado por essa situação. Se por outro lado e sob influência do traumatismo, ela se manifestar mais cedo do que previsto, essa antecipação deverá ser igualmente alvo de reparação, a título de dano permanente. Existe geralmente uma obrigação reparadora a cargo do evento traumático de compensar a vítima pela expressão clínica da doença que podia ter permanecido latente durante período indeterminado ou

nunca ter vindo a manifestar-se. O estado anterior pode por si só ser suficiente para criar um equilíbrio precário e delicado no indivíduo e o traumatismo concorrer para perturbar esse equilíbrio, não sendo, no entanto, uma causa exclusiva e, por vezes, directa das sequelas. Estes são problemas extremamente complexos, que deverão ser discutidos caso a caso, na medida da evolução dos conhecimentos médicos, não se podendo estabelecer medidas gerais para essas situações.

Assinale-se que o relatório pericial deve conter o máximo de informação possível com a discriminação exaustiva do quadro sequelar valorado.

3. DESCRIÇÃO DE UM CASO E PROPOSTA DE AVALIAÇÃO PERICIAL

Exame pericial efectuado a examinando com 45 anos de idade, proprietário de uma fábrica de pedra que ao ser atingido por um projectil de arma de fogo, num acidente de caça, sofreu extenso esfacelo da mão esquerda com múltiplas fracturas expostas, designadamente das primeiras falanges dos 3º, 4º e 5º dedos e do 2º e do 3º metacarpo. Foi submetido a osteoraxis e fixação externa da mão e, posteriormente, a osteotomia de consolidação viciosa do 1º metacarpo e à libertação de aderências dos tendões extensores. Como consequência do traumatismo sofrido, à data da avaliação pericial, o examinado referiu dificuldade na apreensão dos talheres com a mão esquerda, não conseguir fazer a apreensão de objectos pesados com a mão esquerda, não conseguir abotoar uma camisa ou umas calças sem ajuda de terceira pessoa, necessidade de contratar um funcionário para efectuar trabalhos agrícolas no domicílio, como, por exemplo, segurar na enxada e ter deixado de caçar, uma vez que lhe foi removida a licença de uso e porte de arma. Acresce que a nível profissional, teve de contratar um funcionário para executar tarefas que exigissem destreza das mãos, dada a sua impossibilidade em realizar movimentos finos com as ferramentas (ex. apertar parafusos), bem como um outro, para a condução de veículos na categoria dos pesados, uma vez que a sua carta de condução para esses veículos lhe foi retirada. A situação descrita retrata um examinado que se mantinha destro, apesar de ter sido vítima de um acidente de trabalho do qual havia resultado a amputação dos quatro primeiros dedos da mão direita. O estudo radiográfico efectuado à mão esquerda revelou diversas densidades metálicas «chumbos» dispersas sobre a zona do carpo, dorso da mão e 4º e 5º articulações metacarpofalângicas, fenómenos de artrose radiocárpica e entre os ossos do carpo e consolidação viciosa de diversas falanges da mão. Objectivamente, além das múltiplas cicatrizes a nível da

mão esquerda, apresentava limitação das mobilidades das articulações metacarpofalângicas do 2º ao 5º dedos (dorsiflexão 10º e flexão palmar 20º), anquilose da articulação interfalângica proximal do 2ºdedo, das articulações interfalângicas dos 3º, 4º e 5º dedos, com posição de flexo a 20º das articulações interfalângicas proximal do 4ºdedo e distal do 5ºdedo e não fazia o movimento de pinça nem o encerramento da mão.

Face ao exposto, o evento traumático terá agravado o estado patológico anterior do examinando. Na verdade, o examinando já não apresentava quatro dedos da mão direita e, na sequência do traumatismo, sofreu múltiplas fracturas expostas da mão contralateral, as quais determinaram consideráveis limitações funcionais para a função de manipulação e de apreensão de objectos. Atendendo ao quadro sequelar resultante a nível da mão esquerda, reconhece-se que a sua repercussão em termos funcionais poderá ser valorada, por analogia, na amputação metacarpofalângica com conservação do polegar, prevista na TIC com um intervalo de desvalorização entre 15 a 17 pontos. Porém, novamente se coloca a questão, se será justo uma mesma valoração neste indivíduo e em um outro que não apresentasse este estado patológico anterior. Em nossa opinião e conforme já exposto anteriormente, este indivíduo deverá ser valorado de forma distinta. E, porque a avaliação pericial deve ser personalizada, sugere-se um aumento do valor do défice funcional permanente, desviando-nos deste modo do intervalo de desvalorização tabelado. Não seria justo imputar todo o estado patológico anterior do indivíduo (amputação de quatro dedos da mão direita) ao evento traumático em apreço, porém, não seria igualmente justo valorar da mesma forma este indivíduo comparativamente com um outro cuja mão contralateral não apresentasse qualquer disfunção. Relembre-se que as mãos, tal como os pés, são estruturas sinérgicas entre si para a manipulação e apreensão dos objectos. O traumatismo não deverá ser totalmente responsabilizado pelo estado actual do indivíduo, devendo procurar-se uma solução intermédia, razoável e justa.

Ainda no que se refere à valoração do défice funcional, quando a título de dano temporário, deverá proceder-se tendo em conta a capacidade funcional residual do indivíduo, ou seja, aproximando-nos das regras definidas no âmbito do Direito do Trabalho. Com efeito, é nosso entendimento assumir-se um défice funcional temporário total durante todo o período em que efectivamente o indivíduo não apresentava suficiente autonomia para a realização das suas actividades da vida diária, designadamente, higiene pessoal e alimentação. É esta evidência de razoabilidade que nos parece ser a mais justa e compreensível possível, de modo a não valorar excessivamente as repercussões funcionais do dano sofrido pelo ofendido, nem tão pouco imputar ao responsável pelo dano, todo o estado patológico que a vítima apresente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise dos casos expostos pode concluir-se o seguinte:

- 1- Quando um traumatismo não agrava o estado anterior nem este tem influência negativa sobre as consequências daquele, deverá valorar-se o dano como se não houvesse estado anterior, como se o indivíduo fosse são à data do evento traumático.
- 2- Quando o estado anterior tem influência negativa sobre as consequências do traumatismo, deverá procurar manter-se a *regra geral*: só não valorizar o que for devido exclusivamente à influência do estado anterior. Ao responsável pelo dano deverá somente ser-lhe imputada a parcela correspondente à sua participação no evento danoso. Em alguns casos, há que considerar a partilha de responsabilidade aquando da valoração dos parâmetros de dano.
- 3- Quando o traumatismo agrava um estado anterior, deverão incluir-se igualmente os casos em que, apesar de não ter sido afectada a mesma estrutura anatómica, foi afectada a mesma função – agravamento de danos sinérgicos. Nestas situações torna-se desapropriada a aplicação da *regra geral*: valorar apenas o que for única e exclusivamente resultante daquele evento. A melhor apreciação nestes casos será averiguar quais as reais consequências resultantes do complexo estado anterior-evento traumático para valoração do défice funcional temporário. Neste sentido, deveremos manter a ideia da capacidade restante do indivíduo. Já no que se refere à personalização e valoração do défice funcional permanente, entende-se que em alguns casos, onde poderão incluir-se alguns dos considerados agravamentos de danos sinérgicos quando a função afectada pelo estado anterior é assegurada por um órgão duplo, poderá aplicar-se a diferença entre a incapacidade que o sinistrado apresentava antes e a que apresentava após o evento traumático. Contudo, em outras situações, este princípio da diferença torna-se desapropriado, na medida em que não transmite a real repercussão anátomo-funcional que o traumatismo acarretou na integridade físico-psíquica do indivíduo. Entende-se que à semelhança do que sucede na avaliação do dano corporal em Direito do Trabalho, a valoração deste parâmetro deve respeitar a capacidade residual do indivíduo e, por esse motivo, ao perito médico deverá ser permitido que se afaste dos valores dos coeficientes previstos na TIC, aumentando razoavelmente o valor do DFP, se for essa a melhor solução para o caso.

4- Quando o traumatismo exterioriza uma patologia latente, deverá ser totalmente responsabilizado pela situação se não for provável que essa condição patológica preexistente se viesse algum dia a manifestar. Se por outro lado e sob influência do traumatismo, ela se manifestar mais cedo do que previsto, essa antecipação deverá ser igualmente alvo de reparação, a título de dano permanente. Contudo, estes são problemas extremamente complexos que deverão ser discutidos cada caso individualmente.

Referências bibliográficas

- Alonso J. Interpretación práctica del sistema de reparación del daño en la Ley 30/1995. Aspectos médicos. IV Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Santiago de Compostela; 1997.
- Anexo I do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro – Tabela Nacional de Incapacidades em Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.
- Anexo II do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro – Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.
- Criado Del Río MT. Relación causal. Estado anterior. In: Valoración médico legal del Daño a la Persona. Civil, penal, laboral e administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. Colex, Madrid; 1999. pp.246-275.
- Fagnart JL, Lucas P, Rixhon E. Prédiposition et état antérieur. In: Nouvelle approche des préjudices corporels. Évolutions! Révolution? Résolutions... Éditions du Jeune Barreau de Liège. Anthemis s.a. Belgique; 2009. pp.35-81.
- Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Almedina. Coimbra; 1998. pp. 48-56; 199-200.
- Mortiaux J. La causalité entre l'événement accidentel et l'étendue du dommage corporel réparable en droit commun. Revue Française du Dommage Corporel; 1985; 11(4): 403-407.
- Oliveira Sá F. Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra. APADAC; 1992.
- Vieira DN, Corte-Real F. Nexos 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; 2008. pp.61-83.

Resumo: Interpretação prática do estado anterior na afectação do membro contralateral. Uma nova perspectiva na avaliação pericial em Direito Civil.

Um estado patológico preexistente pode em nada interferir na integridade da pessoa, mas também pode ser uma causa possível das lesões ou sequelas que ela apresenta. 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. Em todas estas situações não se poderá avaliar as sequelas decorrentes de um evento sem se considerar as sequelas preexistentes que afectam a mesma função. Os problemas médico-legais são, sem dúvida, complexos, mas convirá apreciar esta problemática do estado anterior, mantendo sempre a ideia da capacidade restante do indivíduo antes e após o evento em apreço. Em situações em que o traumatismo agravou o estado anterior e para valoração do défice funcional permanente, nem sempre será apropriado o cálculo da diferença entre o défice funcional permanente do indivíduo após e antes o traumatismo em questão. Em outros casos, poderá aplicar-se o princípio da diferença uma vez que se poderá atender à situação, por vezes, hipotética, que o indivíduo apresentava antes da lesão e à situação real em que se encontra após estabilização das consequências do traumatismo.

Apresenta-se um caso estudado no âmbito da avaliação do dano corporal em Direito Civil, no qual as lesões traumáticas num membro superior provocaram um agravamento do estado patológico preexistente do indivíduo, na medida em que afectaram o membro contralateral. Para valoração do défice funcional permanente, os autores optaram por se desviar do intervalo de desvalorização previsto na tabela de incapacidades. Dito isto pretende-se assinalar que o importante, não são apenas as asserções conclusivas da perícia médica, mas sobretudo a descrição da efectiva repercussão que as sequelas decorrentes de um traumatismo provocam num determinado indivíduo.

Palavras-chave: Estado patológico anterior; agravamento sinérgico; membro contralateral; Direito Civil.

Summary: Practical interpretation of the prior state in the affectation of the contralateral limb. A new perspective on forensic assessment in Civil Law.

A prior pathological condition may not interfere with the integrity of the individual, but can also be a possible cause of injuries or sequelae. When the post-traumatic damage affects the same anatomical structure or other as long as involved in the same function affected by a prior state, this is a synergic aggravation of damage. In all these situations it cannot assess the consequences arising from an event without considering the preexistent sequelae affecting the same function. The medico-legal problems are undoubtedly complex, but it is appropriate to appreciate this issue from the prior state, always keeping the idea of remaining capacity of the individual before and after the event at issue. In situations where the trauma has aggravated the prior state and for evaluation of permanent functional deficit, will not always be appropriate to calculate the difference between the permanent functional deficit of the individual before and after the trauma concerned. In other cases, it could apply the principle of difference since it can address the situation, sometimes hypothetical, that the individual had before the injury and the actual situation in which he is after stabilization of trauma consequences.

We report a bodily injury case in Civil Law evaluation, in which traumatic injuries on upper limb had caused a worsening of the prior pathological condition of the individual, to the extent that affected the contralateral limb. For valorization of permanent functional deficit,

the authors have chosen to deviate from the predicted impairment range in the table of disabilities. In summary, we intend to note that the important is not only the conclusive assertions of medical expertise, but especially the description of the actual repercussion that the sequelae due to trauma cause in a particular individual.

Key-words: Prior pathological state; synergic aggravation; contralateral limb; Civil Law.

Seguro de Acidentes de Trabalho Uma história que começa em 1913

António Alvaleide¹

1913 – Responsabilidade do empregador pelos acidentes de trabalho

Em 24 de julho de 1913 foi publicada a Lei nº 83 que instituiu a responsabilidade dos empregadores pela reparação por acidente de trabalho.

Tornou eficaz o princípio da responsabilidade patronal nos desastres no trabalho, utilizando a linguagem de então.

«As entidades responsáveis pelas indemnizações e encargos provenientes dos acidentes de trabalho são:

a) As empresas e os patrões que explorem uma indústria;

b) O Estado e as corporações administrativas para com os operários ao seu serviço se as leis vigentes e os regulamentos não determinarem indemnizações superiores.»

Assim, já desde 1913 que a legislação portuguesa atribui ao empregador a responsabilidade pelos acidentes de trabalho de que sejam vítimastrabalhadores ao seu serviço.

Consagra um conceito de acidente de trabalho bastante evoluído para a época e de mais fácil interpretação do que alguns conceitos posteriores.

Constitui acidente de trabalho:

«1º Toda a lesão externa ou interna e toda a perturbação nervosa ou psíquica, que resultem da ação duma violência exterior súbita, produzida durante o exercício profissional.

¹ Diretor de Serviço a Clientes da Liberty Seguros

2º As intoxicações agudas produzidas durante e por causa do exercício profissional, e as inflamações das bolsas serosas profissionais.»

Será de salientar que a legislação contempla simultaneamente os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Esta Lei estabelece uma presunção no sentido de que «o acidente sucedido durante a execução do trabalho será considerado, até prova em contrário, como proveniente dessa execução.»

É consagrada uma relevante regra referente à designação do médico assistente.

«É permitida à vítima a escolha de médico, quando se não queira sujeitar à assistência do que lhe for indicado, apenas nos casos de alta cirurgica.»

Consagra-se a partir de 1913 a responsabilidade do empregador, mas quanto ao seguro, ou seja, quanto à transferência dessa responsabilidade, a mesma é ainda facultativa.

«As entidades responsáveis pelas pensões e tratamento clínico poderão passar a sua responsabilidade para sociedades mútuas de patrões ou companhias desegurosautorizadas; e para associações de socorros mútuos, pelas indemnizações e tratamento clínico, devidos em caso de incapacidade temporária.»

1919 – Seguro social obrigatório de acidentes de trabalho

O Decreto nº 5637, de 10 de maio de 1919, veio instituir «o Seguro Social Obrigatório contra os desastres no trabalho.»

Artigo 1º

«É decretado em Portugal o Seguro Social Obrigatório contra desastres no trabalho, abrangendo todos os riscos profissionais por conta doutro indivíduo ou entidade nos diversos ramos de atividade intelectual ou material, quer sejam exercidos isoladamente, quer coletivamente.»

Parágrafo único

«O seguro dos salarizados e empregados de todas as profissões é obrigatório para o patrão, abrangendo os indivíduos ao seu serviço que recebam salário, ordenado ou remuneração de qualquer ordem.»

Este seguro social é obrigatório para os trabalhadores por conta de outrem e tem como garantias as prestações referentes a assistência clínica, hospitalar ou não, medicamentos e indemnizações.

Artigo 2º

«Os inscritos no seguro obrigatório contra desastres no trabalho durante o exercício profissional, terão direito a assistência clínica, hospitalar ou não, medicamentos e indemnizações consignados neste decreto com força de lei, sempre que sejam vítimas no exercício dessas funções e que produzam doença, incapacidade temporária, permanente, parcial ou total, ou morte.»

Estabelece a equiparação de retribuição para as incapacidades definitivas.

Artigo 13º, parágrafo 1º

Para ... os aprendizes, quer «recebam salário quer não, será a indemnização calculada, no caso de incapacidade definitiva, pelo salário do operário válido da mesma categoria e da mesma empresa...»

Esta disposição prevê que a indemnização seja calculada não com base na retribuição que o aprendiz sinistrado auferia à data da ocorrência do acidente, mas pela remuneração do operário da mesma categoria e da mesma empresa.

Acautela, assim, o prejuízo que o sinistrado teria em termos futuros, pois seria definitivamente indemnizado com base em um salário inferior ao que provavelmente viria a receber se não tivesse sido vítima do acidente.

No entanto, tem o cuidado, para não dizer o bom senso, de consagrar a equiparação da retribuição para situações definitivas e não para situações temporárias, onde tal regra não faz qualquer sentido.

Relativamente a casos de incapacidades temporárias de curta duração não se justifica que se faça a mencionada equiparação, provocando que o sinistrado enquanto está de baixa temporária receba mais de indemnização salarial do que auferiria de retribuição se estivesse a trabalhar.

No entanto, a atual Lei de Acidentes de Trabalho fá-lo, o que constitui um dos vários retrocessos que apresenta.

1936 – Lei nº 1942 – Lei que já apresenta desenvolvimento e complexidade assinaláveis

Regula o direito às indemnizações por efeito de acidentes de trabalho ou doenças profissionais.

Redefine entidades responsáveis.

«As entidades responsáveis pelas indemnizações e mais encargos provenientes de acidentes de trabalho são:

1º As pessoas singulares e as coletivas de direito público ou privado que utilizem o trabalho;

2º O empreiteiro ou subempreiteiro quando se obriga respetivamente para com o proprietário ou empreiteiro a executar a obra e não esteja sob a direção efetiva destes.»

Estabelece regras respeitantes a condições de segurança, distinguindo o incumprimento imputável ao sinistrado do imputável ao empregador.

- Incumprimento por parte do sinistrado

Não é acidente de trabalho o que provier de ato da vítima em que em que se diminuem as condições de segurança do trabalho estabelecidas pela entidade patronal ou exigidas pela natureza particular do trabalho.

- Incumprimento por parte do empregador
- Responsabilidade agravada por parte do empregador
- Responsabilidade subsidiária por parte do segurador

Assim, ocorrendo um acidente de trabalho causado por incumprimento de condição de segurança imputável ao empregador, a responsabilidade é agravada e o segurador é responsabilizado subsidiariamente, isto é, responderá se e quando aquele não tiver meios para o fazer.

Prevê a remição das pensões, ou seja, o pagamento das mesmas através da entrega de um capital (de remição) e não através do pagamento periódico de prestações para pensões até determinado valor.

Permite a possibilidade de existirem empregadores dispensados de celebrarem contrato de seguro de acidentes de trabalho, desde fizessem prova anual da sua capacidade financeira.

No que concerne à revisão de pensões consagra o prazo limite de 5 anos.

«Qualquer interessado pode requerer a revisão das pensões por incapacidade permanente, durante o prazo de cinco anos, a contar da data da homologação do acordo ou do trânsito em julgado da sentença, alegando modificação na capacidade geral de ganho.»

1971 – Lei nº 2127, 3 de agosto de 1965

Esta Lei e o seu Regulamento (Decreto nº 360/71, de 21 de agosto) vigoraram de novembro de 1971 a 31 de dezembro de 1999.

O acidente verificado na deslocação da residência para o local de trabalho e no regresso deste para aquela apenas era considerado como de trabalho em determinadas circunstâncias.

Acidente no trajeto:

«Na ida para o local do trabalho ou no regresso deste, quando for utilizado meio de transporte fornecido pela entidade patronal, ou quando o acidente seja consequência de particular perigo do percurso normal ou de outras circunstâncias que tenham agravado o risco do mesmo percurso.»

No entanto, a então apólice uniforme do seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta de outrem contemplava a possibilidade de contratação facultativa e complementar do risco no trajeto, também conhecido por «in itinere».

Vigorava uma Condição Especial que, sob a epígrafe «cobertura dos riscos de trajeto («in itinere»)», considerava o seguinte:

- a) «Trajeto normal – o percurso habitualmente utilizado pelo trabalhador, desde a porta de acesso da sua habitação para as áreas comuns do edifício da sua residência, ou para a via pública, e até às instalações que constituem o seu local de trabalho.
- b) Necessária duração da deslocação – o período de tempo habitualmente gasto para efetuar o trajeto direto entre a residência e o respetivo local de trabalho.»

Esta cláusula tinha uma redação clara que permitia interpretações precisas. As fronteiras entre o início e o fim do risco no trajeto estavam bem definidas.

Se o trabalhador morasse num apartamento estaria garantido a partir do momento em que saísse do mesmo e acesse às áreas comuns do edifício; se vivesse numa moradia, a partir do momento em que chegasse à via pública.

Veremos mais adiante que o legislador da atual Lei criou uma nova regra que abrange situações que nada têm a ver a necessária deslocação para o trabalho e no regresso deste.

1981 – Doenças profissionais

O contrato de seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta de outrem deixa de abranger as doenças profissionais.

«A Caixa (Nacional de Seguros de Doenças Profissionais) abrangerá, de início, a cobertura do risco da silicose e, se necessário, estender-se-á às demais pneumoconioses e a outras doenças profissionais.»

O Decreto-Lei n.º 478/73, de 27 de setembro, estendeu o âmbito da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais à generalidade das entidades empregadoras das atividades de comércio, indústria e serviços.

O Decreto-Lei n.º 200/81, de 9 de julho, determinou a integração no regime geral de segurança social da proteção do risco de doença profissional, que, assim, ficou desligada da atividade seguradora desde 1 de outubro de 1981.

Desde esta data o contrato de seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta de outrem apenas garante os acidentes de trabalho, ficando as doenças profissionais a cargo da referida Caixa que, posteriormente, alterou a sua designação para Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais.

No entanto, as sucessivas leis de acidentes de trabalho continuaram a contemplar as doenças profissionais, embora não garantidas através dos contratos de seguros.

2000 – Lei n.º 100/97, de 13 de setembro

Esta Lei e o seu Regulamento (Decreto Lei n.º 143/99, de 30 de abril) vigoraram de 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2009.

Altera fórmulas de cálculo de prestações pecuniárias - elimina o conceito de retribuição-base.

Os cálculos passam a incidir diretamente sobre o salário ílquido, através da aplicação de percentagens.

Anteriormente antes da aplicação das percentagens, existia uma redução da parte do valor remuneratório que excedesse o então designado salário mínimo nacional, atual retribuição mínima mensal garantida (RMMG).

Alarga o conceito de acidente no trajeto, integrando no mesmo a até então cobertura complementar e facultativa conhecida por «in itinere», ou seja, acidente no trajeto.

Transpõe-se para a legislação de acidentes de trabalho o previsto na condição especial da apólice uniforme do seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta de outrem, atrás referida.

«Entre a sua residência habitual ou ocasional, desde a porta de acesso para as áreas comuns do edifício ou para a via pública, até às instalações que constituem o seu local de trabalho.»

Prevê a união de facto.

Até à entrada em vigor desta Lei, a união de facto não estava contemplada na legislação de acidentes de trabalho.

Quem viva em união de facto passa a ter os mesmos direitos do que o cônjuge.

Para efeitos de acidente de trabalho considera-se união de facto quem preencha os requisitos previstos no artigo 2020.º do Código Civil.

«Aquele que, no momento da morte de pessoa não casada ou separada judicialmente de pessoas e bens, vivia com ela há mais de dois anos em condições análogas às dos cônjuges, ...».

Desaparece a possibilidade do «auto seguro».

Os empregadores a quem era reconhecida capacidade económica para, por conta própria, cobrir os riscos previstos na legislação de acidentes de trabalho, estavam dispensados de transferir esta responsabilidade.

Esta Lei elimina esta isenção.

Será de salientar que o direito à reparação por acidente de trabalho abrange diversas prestações, quer pecuniárias, quer em espécie, que poderão ser vitalícias, ou seja, até ao falecimento dos beneficiários, acautelando-se através do seguro que haja sempre quem responda pelas mesmas.

Assim, desde 1 de janeiro de 2000 que todos os empregadores privados são obrigados a celebrar contrato de seguro de acidentes de trabalho para garantirem os trabalhadores ao seu serviço.

Trabalhadores independentes

Obrigatoriedade de celebração de seguro de acidentes de trabalho para os trabalhadores por conta própria.

A partir de 1 de janeiro de 2000 o seguro de acidentes para trabalhadores independentes passou a ser de contratação obrigatória, passando assim os trabalhadores por conta própria a ter as mesmas garantias do que os trabalhadores por conta de outrem, embora aqueles já pudessem celebrar seguros de acidentes de trabalho com as mesmas coberturas destes. No entanto, não era obrigatório fazê-lo.

2008 – Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI) e Tabela Nacional para a Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil

Em 23 de outubro de 2007 foi publicada a revisão e atualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI), cuja vigência começou no início do ano seguinte.

A anterior Tabela previa na alínea a) do n.º 5 das Instruções Gerais o seguinte:

«Sempre que se verifique perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com carácter permanente, os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados com uma multiplicação pelo fator 1,5, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver cinquenta anos ou mais.»

A atual Tabela, também na alínea a) do nº 5 das Instruções Gerais, contempla o seguinte:

«Os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo fator 1,5, segundo a fórmula: $IG+ (IG 0,5)$, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais quando não tiver beneficiado da aplicação desse fator.»*

No que concerne ao fator de bonificação a diferença entre as redações da versão anterior e da atual consiste em que na versão vigente a atribuição do fator 1,5 deixou de estar dependente da verificação do seguinte pressuposto:

«...perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com caráter permanente.»

O automatismo de tal bonificação para as vítimas com 50 anos ou mais não terá fundamento aceitável, nem médico, nem jurídico, podendo dar lugar à obtenção de um benefício indevido, ou seja, sem algo que o justifique.

A idade não deverá ser o único fator determinante, mas também, precisamente, a perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com caráter permanente.

2010 – Lei atual – Lei nº 98/2009, de 4 de setembro

Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais.

Apresenta em artigos distintos um conceito de acidente de trabalho «propriamente dito» e uma extensão do conceito.

No que respeita ao conceito, mantém-se a solução da legislação anterior:

«É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.»

Relativamente à extensão do conceito, ou seja, quanto ao acidente que não ocorre no local e no tempo de trabalho, anteriormente consagrava-se o seguinte:

Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido no trajeto de ida e de regresso para e do local do trabalho que se verifique no trajeto normalmente utilizado e durante o período de tempo ininterrupto habitualmente gasto pelo trabalhador entre a sua residência habitual ou ocasional, desde a porta de acesso para as áreas comuns do edifício ou para a via pública, até às instalações que constituem o seu local de trabalho.

Desaparece a frase «desde a porta de acesso para as áreas comuns do edifício ou para a via pública», o que constitui um claro retrocesso.

Esta frase clarificava e facilitava a interpretação, estabelecia os limites do trajeto.

A sua eliminação traduziu-se em tornar o conceito mais abrangente, passando o mesmo a garantir situações que nada têm a ver com o trabalho e com as necessárias deslocções.

O legislador parece esquecer que estamos perante uma responsabilidade do empregador que é – certo - de transferência obrigatória. No entanto, se essa transferência não for concretizada, quem terá de responder será a entidade empregadora.

Imagine-se um acidente ocorrido no logradouro da casa do trabalhador. O sinistrado está dentro de um espaço particular.

Em que exato local começa o trajeto protegido?

Estando o trabalhador dentro da área envolvente da residência, ainda não estará entre a residência e o local de trabalho, mas sim na residência. Não estará em risco de trajeto.

Um acidente ocorrido nestas circunstâncias enquadra-se na esfera de risco do próprio trabalhador, pois verifica-se num espaço por este controlado e a cujos riscos sempre estaria sujeito, mesmo que não se fosse trabalhar.

Revisão de incapacidades em Portugal

Como já foi referido, a legislação a portuguesa começou por estabelecer um prazo de 5 anos para se requerer a revisão das pensões por incapacidade permanente, alegando-se modificação na capacidade geral de ganho.

Solução que vigora atualmente em países bem mais desenvolvidos do que o nosso.

A Lei portuguesa ora vigente não contempla prazo de caducidade para se requerer exame de revisão das prestações.

Esta Lei veio eliminar o prazo, podendo o pensionista requerer até ao fim da sua vida exames de revisão, confundindo-se muitas vezes o natural envelhecimento com o agravamento da lesão.

«Quando se verifique uma modificação na capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação, ou de intervenção clínica ou aplicação de ajudas técnicas (ora, designados por produtos de apoio) e outros dispositivos técnicos de compensação das limitações funcionais ou ainda de reabilitação e reintegração profissional e adaptação ao trabalho, a prestação pode ser alterada ou extinta, de harmonia com a modificação verificada.»

«A revisão pode ser requerida uma vez em cada ano civil.»

A possibilidade da revisão de incapacidades permanentes poder ser requerida vitaliciamente tornou-se um problema a vários títulos, incluindo no que respeita aos custos com exames e juntas médicas.

Trata-se de uma regra sem paralelo nos países mais próximos que provoca uma injustificável situação de insegurança jurídica. Constitui a consagração da imprevisão.

O prazo de 10 anosque delimitava o direito à revisão, consagrado na Lei anterior, constituía um prazo suficientemente dilatado para se poder considerar como consolidada a situação do sinistrado.

Conjugando-se esta situação com a possibilidade do sinistrado pelo simples facto de atingir 50 anos poder ver a sua desvalorização permanentemajorada pelo fator de 1,5, tornou-se prática habitual requerem-se exames de revisão.

Nos casos em que o coeficiente de desvalorização é aumentado e os sinistrados entretanto atingiram os 50 anos de idade, aplica-se, por regra, a majoração de 1,5.

Há, inclusivamente, situações em que mesmo não tendo havido agravamento da incapacidade, mas como os sinistrados requerentes do exame de revisão atingiram os 50 anos, é determinada a aplicação do fator 1,5 nas respetivas decisões judiciais.

Reabilitação e reintegração profissionais

A atual Lei apresenta inovações importantes referentes à reabilitação e reintegração profissionais.

Nova prestação em espécie: serviços de reabilitação e reintegração profissional e social, incluindo a adaptação do posto de trabalho.

Adaptação do posto de trabalho: o empregador deve assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho que sejam necessárias ao exercício das funções.

O empregador é obrigado a ocupar o trabalhador que, ao seu serviço, ainda que a título de contrato a termo, sofreu acidente de trabalho de que tenha resultado incapacidade temporária parcial ou incapacidade permanente, parcial ou absoluta para o trabalho habitual, em funções e condições de trabalho compatíveis com o respetivo estado.

Ao trabalhador, naquelas circunstâncias, é assegurada pelo empregador a formação profissional, a adaptação do posto de trabalho, o trabalho a tempo parcial e a licença para formação ou novo emprego.

Nova prestação pecuniária: frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional.

O subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional necessárias e adequadas à reintegração do sinistrado no mercado de trabalho.

Este subsídio destina-se ao pagamento de despesas com ações que tenham por objetivo restabelecer as aptidões e capacidades profissionais do sinistrado sempre que a gravidade das lesões ou outras circunstâncias o justifiquem.

A atribuição do subsídio para a frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional depende de o sinistrado reunir, cumulativamente, as seguintes condições:

- Ter capacidade remanescente adequada ao desempenho da profissão a que se referem as ações de reabilitação profissional;
- Ter direito a indemnização ou pensão por incapacidade resultante do acidente de trabalho;
- Ter requerido a frequência de ação ou curso ou aceite proposta do Instituto do Emprego e Formação Profissional ou de outra instituição por este certificada; e
- Obter parecer favorável do perito médico responsável pela avaliação e determinação da incapacidade.

Tratando-se de prestações incluídas no direito à reparação por acidente de trabalho, sendo esta reparação de transferência obrigatória para uma entidade seguradora, terá de concluir-se que estão abrangidas pelo contrato de seguro.

No entanto, o legislador consagrou expressamente que as novas prestações estão garantidas:

«Os encargos do empregador relativos à reintegração profissional e atinentes a sinistrados de acidentes de trabalho, enquadram-se no âmbito da responsabilidade transferida do empregador para o segurador».

Promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho

Não se poderá analisar a temática dos acidentes de trabalho sem se referir esta importante questão.

Há que criar em Portugal uma cultura de promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho.

A maior parte dos acidentes de trabalho em que as pessoas acidentadas ficam com alteração grave na funcionalidade resultam da falta de prevenção adequada.

Há que generalizar o exercício da atividade profissional em conformidade com as respetivas regras de segurança.

Há cumprir as mais elementares condições de segurança no trabalho.

As seguradoras deverão ter um papel relevante, apostando em ações de formação e de sensibilização, aproveitando a experiência que obtêm através dos acidentes de trabalho que regularizam, sem prejuízo de, nesta matéria, ser preponderante a atitude dos empregadores.

Resumo: Seguro de Acidentes de Trabalho - Uma história que começa em 1913.

Em 1913 consagra-se a responsabilidade do empregador pelos acidentes de trabalho.

1919 Institui-se o seguro obrigatório de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta de outrem. Cabe ao empregador a responsabilidade pela celebração do contrato de seguro. O seguro de acidentes de trabalho assegura o pagamento das prestações previstas na Lei prevendo igualmente a reparação das doenças profissionais enquanto estiverem garantidas e que foram objeto de alteração para melhor clarificar a responsabilidade.

Em 2000 determina-se a obrigatoriedade da celebração do seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores independentes.

Em 2007 é publicada a revisão e atualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a primeira Tabela Nacional para a Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

Em 2010 começa a vigorar a atual Lei de Acidentes de Trabalho que apresenta inovações importantes referentes à reabilitação e reintegração profissionais.

Nova prestação em espécie: serviços de reabilitação e reintegração profissional e social, incluindo a adaptação do posto de trabalho.

Adaptação do posto de trabalho: o empregador deve assegurar a reabilitação profissional do trabalhador e a adaptação do posto de trabalho que sejam necessárias ao exercício das funções.

Nova prestação pecuniária: frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional.

O subsídio para frequência de ações no âmbito da reabilitação profissional necessárias e adequadas à reintegração do sinistrado no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Seguro; acidentes de trabalho; reabilitação e reintegração profissionais.

Summary: Work Accident Insurance - A story that begins in 1913.

1913 – It is established to the employer's the responsibility for workers compensation accidents.

1919 – The working compensation insurance becomes legally mandatory for all employed workers. The employers are responsible for underwriting the insurance policy.

The legal work compensation insurance established several covers and benefits. Some occupational diseases were also guaranteed for a period of time. Concerning this subject, several changes were performed to better clarify the responsibility.

2000 – The working compensation insurance is also legal mandatory for all own account workers (self-employed).

2007 – The National table of disabilities for working compensation accidents and occupational diseases is reviewed and published.

It is also published the first National Disabilities Assessment Table applied to the civil law.

2010 – It takes effect the current working compensation law for accidents which introduces several important innovations concerning rehabilitation and professional reintegration, namely:

New benefit in kind:

- Rehabilitation services as well as professional and social reintegration, including the necessary adaptation workstation required to pursuit the necessary labor relationship considering the degree of disability.

New "cash" benefit:

- Provides the payment of an amount established as necessary to rehabilitate with the appropriate reintegration the W.C. victim in the labor market.

Key-words: Insurance; work accidents; professional rehabilitation and reintegration.

Graduação dos esforços suplementares no âmbito de perícias de clínica forense. Relevância em sede de arbitramento de indemnizações judiciais

Pedro Brito Monteiro¹

A temática sobre a qual o presente reflexão pretende versar resulta da observação direta, no desempenho da profissão de advogado, das dificuldades que se colocam na definição de critérios objetivos e adequados à determinação dos montantes indemnizatórios a arbitrar a sinistrados que, tendo sido vítimas de acidentes de viação, ou de outra natureza, (que não acidentes laborais dos quais aqui não pretendemos curar) sofram lesões que lhes determinem sequelas e, por essa via, um determinado grau de défice funcional permanente da integridade física e/ou psíquica do indivíduo.

Estas dificuldades são sentidas, quer pelos advogados no âmbito de ações judiciais em representação de indivíduos que tenham sido vítimas de tais sinistros, quer pelos Tribunais no momento da fixação da indemnização que ao caso concreto se mostre adequada, e que reveste especial importância.

Se é certo que existe no ordenamento jurídico nacional desde 2007 (Anexo II ao Decreto-Lei 352/2007, de 23 de Outubro) legislação que autonomizou a avaliação do dano corporal em direito civil da avaliação do mesmo dano em direito laboral, o que visa refletir as indiscutíveis e necessárias diferenças entre tais domínios, a verdade é que não há legislação que de forma clara e inequívoca possa servir de orientação à determinação dos montantes indemnizatórios devidos em função dos graus de défice funcional permanente da integridade física e/ou psíquica, de *quantum doloris*, de dano estético ou de prejuízo de afirmação pessoal que advenham para um sinistrado em resultado de um determinado acidente.

¹ Advogado

A única tentativa de definir regras a este respeito é a que decorre da Portaria 377/2008, de 26 de Maio, cujo âmbito é muito restrito e se cinge à definição de critérios para determinação de valores de proposta razoável a apresentar pelas seguradoras aos sinistrados de acidentes de viação (vide artigo 1º do citado diploma), em fase de gestão de sinistro, isto é, em fase pré-contenciosa.

Apesar dos méritos inequívocos que a solução apresenta, e de que não cura o presente trabalho, a verdade é que os Tribunais, que não estão vinculados aos critérios definidos em tal diploma, não se socorrem do mesmo, continuando a fixar as indemnizações com base essencialmente em juízos de equidade, donde acaba por decorrer uma oscilação nos valores indemnizatórios arbitrados que não contribui para a segurança jurídica, valor em si tão relevante numa sociedade que, como a nossa, se mostra tão judicializada.

Na verdade, a diferença, tantas vezes gritante, no montante arbitrado a título de indemnização em casos muito semelhantes entre si, contribui decisivamente para o agudizar das dificuldades sentidas, já acima mencionadas, pelos operadores judiciários.

Para que seja possível caminhar no sentido de maior certeza e segurança jurídicas assentes numa cada vez mais ténue disparidade nas decisões judiciais tomadas em casos em que está essencialmente em causa a determinação do montante indemnizatório face às lesões e padecimentos que resultaram para um dado indivíduo em consequência de um acidente, cumprirá, antes de mais, fornecer ao decisor, o Juiz, a maior quantidade de elementos possível para que possa decidir com objetividade sem a qual a equidade se transmuta facilmente em discricionariedade.

Neste sentido cada vez mais o relatório médico-legal, realizado nos termos do disposto no artigo 467º, nº 3 do Código de Processo Civil e da Lei 45/2004 de 19 de Agosto, se torna peça indispensável na fundamentação das decisões judiciais tomadas no âmbito de processos em que se discutem as sequelas resultantes de acidentes e suas consequências na vida dos lesados. Tanto assim é que, em tais casos, o Juiz fundamenta a sua decisão, no que toca à valoração das ditas questões, nas conclusões constantes dos relatórios das peritagens médicas que, nas mais das vezes, são utilizadas *ipsis verbis*, nas sentenças proferidas.

O nível de especialização contínua a que vimos assistindo na elaboração dos referidos relatórios médicos por parte da entidade competente para o efeito – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF) – concorre também para que exista uma maior uniformidade de critérios no momento da avaliação médico-legal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Tal circunstância tem a virtualidade de, por si só, contribuir decisivamente para facilitar o trabalho de quem tem de decidir as questões discutidas judicialmente.

A este título diga-se aliás ser de notar que o próprio INMLCF, tem em curso um projeto de investigação (desenvolvido pela Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Lega e Ciência Forenses, I.P.) tendente a avaliar os reflexos forenses das peritagens médico-legais efetuadas pelos seus serviços, requerendo aos Tribunais que lhe sejam remetidas para o efeito e após trânsito em julgado cópias das sentenças proferidas, no âmbito dos processos em que interveio.

De forma muito resumida, e apenas com o intuito de contextualizar a temática que pretendemos focar, poder-se-á referir que no âmbito da avaliação médico-legal do dano corporal em direito civil é usual encontrar, em sede de discussão e conclusões de um relatório médico-legal emitido pelo INMLCF, informação detalhada sobre os seguintes itens:

1 – Data de consolidação médico-legal das lesões;

2 – Valorização de danos temporários:

- a – períodos de incapacidade temporária geral, total ou parcial, atualmente designados por períodos de “défice funcional temporário total ou parcial”, que se referem ao lapso de tempo durante a qual as vítimas de lesões se vêm limitadas na realização de atos da vida diária, familiar e social, excluindo-se neste particular as limitações referentes à atividade laboral;
- b – períodos de incapacidade temporária para o desempenho da atividade profissional, quer essa incapacidade seja absoluta, quer seja parcial, isto é quer iniba de todo o desempenho da função profissional do sinistrado, quer apenas o limite;
- c – avaliação do *quantum doloris*, por referência às dores de que padeceu o sinistrado entre o momento do sinistro e o da consolidação das lesões, graduando-o numa escala progressiva de sete graus de gravidade crescente, de dor ligeira a dor muito considerável;

3 – Valorização de danos permanentes:

- a – défice funcional permanente da integridade físico-psíquica, que se refere à afetação definitiva da integridade física e/ou psíquica do sinistrado, com repercussão nas atividades da vida diária, nas quais se incluem as atividades familiares e sociais, atribuído com recurso aos critérios definidos no Decreto-Lei 352-2007 de 23 de Outubro, e expresso em pontos por referência à diminuição de capacidade que as sequelas demandem no caso concreto;
- b – dano futuro que é arbitrado nos casos em que seja de prever um agravamento das sequelas;

- c – avaliação do dano estético resultante das sequelas de que fica a padecer o sinistrado, como as que normalmente são verificáveis em consequência de cicatrizes operatórias, amputação de membros, entre outras, que, tal como o quantum doloris é graduado numa escala progressiva de sete graus;
- d – repercussão permanente na atividade profissional que, por ser a questão que mais de perto se prende com o tema do presente artigo trataremos adiante de forma pormenorizada;
- e – repercussão permanente nas atividades desportivas e de lazer, mensurável numa escala de sete graus de importância, que toma por referência as atividades comprovadamente praticadas pelo sinistrado à data do evento que, em consequência das lesões sofridas e das respetivas sequelas não mais poderão voltar a ser praticadas ;
- f – repercussão permanente na atividade sexual, também valorizável numa escala de sete graus;
- g – dependência futura de ajudas permanentes médicas e/ou medicamentosas.

Todos os pontos supra mencionados são de extrema relevância para uma completa avaliação das consequências que as lesões sofridas por determinada pessoa têm para a sua vida e, nessa medida, constituem um auxiliar precioso ao fornecerem ao decisor critérios para determinação do montante indemnizatório a arbitrar em cada caso concreto.

Por um lado, porque ajudam a determinar os períodos temporários de incapacidade, seja para o desempenho de tarefas da vida diária seja para o desempenho do trabalho, facilitando dessa forma a determinação da compensação patrimonial devida por referência ao dano sofrido em tais períodos.

Por outro porque têm a virtualidade de fornecer elementos bastantes para permitir a indemnização do dano não patrimonial a arbitrar, fundado na dor sofrida, no dano estético, na medida do défice funcional, no prejuízo de afirmação pessoal (aqui considerando a tal respeito a repercussão permanente nas atividades desportivas, de lazer e sexual).

Considerando ainda que na sociedade atual as condições de vida da generalidade da população dependem grandemente do efetivo exercício de uma atividade remunerada, ganha especial relevo, no nosso entender, a questão da repercussão das sequelas no desenvolvimento da atividade profissional da pessoa lesada.

Este é um dos pontos de maior relevo e que tem muita importância no momento da determinação da indemnização a arbitrar em sede judicial. Vejamos.

Determinando-se a existência de um grau de incapacidade permanente parcial, ou como atualmente se designa, de défice funcional da integridade física e/ou psíquica de um determinado sujeito, necessário se torna compreender se tal *minus* tem, ou não, repercussão no desempenho da atividade profissional que o mesmo desempenhava à data do facto lesivo.

É precisamente neste ponto que entronca o tema central do presente trabalho.

Da análise de várias centenas de relatórios periciais de avaliação de dano corporal em direito civil, efetuados ao longo dos últimos anos, no âmbito da vigência do Decreto-Lei 352/2007 de 23 de Outubro, resulta que a determinação da repercussão permanente na atividade profissional das sequelas que determinam a existência de um dado grau de défice funcional à integridade física e/ou psíquica de um indivíduo encerra as seguintes hipóteses:

- a) sequelas sem rebate, nos casos em que, apesar de existirem sequelas, as mesmas não condicionam ou interferem, por qualquer meio ou em qualquer medida com o exercício da atividade profissional da pessoa;
- b) sequelas compatíveis com o exercício da atividade profissional, mas demandando esforços suplementares, também designados por esforços acrescidos, no desempenho da mesma;
- c) sequelas que não permitem o exercício da atividade profissional que o lesado exercia à data do evento lesivo, mas que são compatíveis com outras profissões dentro da área de preparação técnica do indivíduo em causa;
- d) sequelas que não permitem o exercício de nenhuma atividade profissional, caso em que estaremos perante uma situação de incapacidade profissional absoluta.

Considerados os quatro mencionados “graus de repercussão” das sequelas no desempenho da atividade profissional dos lesados entendemos que em três delas (alíneas a), c) e d) supra) o julgador tem ao seu dispor informação bastante para poder de forma objetiva e segura atribuir, ou não, uma indemnização e definir, caso à mesma haja lugar, o respetivo montante.

Já no que toca à hipótese - que é a que mais comumente se verifica - de as sequelas de que fica a padecer um indivíduo, sendo compatíveis com o exercício da atividade profissional habitual desenvolvida à data do facto lesivo, demandarem esforços suplementares, (descrita na alínea b) acima mencionada) entendemos que pode ser conseguido um maior grau de concretização do que tal realidade implica, com as inequívocas vantagens que daí resultarão e que mais à frente apontaremos.

A expressão normalmente utilizada em sede das peritagens médico-legais para definir o rebate profissional nas situações em que o lesado, embora

mantendo a possibilidade de desenvolver a atividade profissional que à data do facto lesivo desempenhava, se vê obrigado a desenvolver esforços suplementares para o efeito, é a seguinte:

“as sequelas são compatíveis com o exercício da atividade habitual, mas implicam esforços suplementares”.

Entendemos ser de todo aconselhável que, no momento da fixação do rebate profissional, e no caso de estarmos perante uma situação que demande para o lesado esforços suplementares no exercício das tarefas inerentes ao desempenho da sua atividade profissional, se gradue o nível de esforços que, no caso concreto, aquele lesado terá de efetuar.

Casos haverá em que as sequelas, embora compatíveis com o exercício da atividade profissional demandarão esforços suplementares tais que tornarão muito exigente o desempenho da mesma, ao passo que noutros, os esforços acrescidos serão ligeiros ou muito ligeiros, praticamente não se repercutindo naquela atividade.

A quantificação “do grau de esforço suplementar” para o desempenho da atividade habitual, resultante para o lesado das sequelas de que ficou a padecer na sequência de um acidente é, por isso e, no nosso entender, fundamental para o apuramento do dano sofrido e para a determinação do montante adequado à sua concreta indemnização.

Tanto mais que, a perda de capacidade de ganho, decorrente de sequelas de que determinado indivíduo fica a padecer em virtude de uma ofensa à sua integridade física e/ou psíquica, constitui, em grande parte dos casos o dano mais relevante para o lesado, na medida em que conflitua com a sua única fonte de rendimento e, nessa medida, com as suas possibilidades de desenvolvimento socioeconómico.

Mas como graduar os esforços suplementares?

Entendemos que a solução será adotar um critério similar ao que preside à valorização do *quantum doloris* ou do dano estético.

Atualmente a escala utilizada para valorar qualquer um destes aspetos é de índole quantitativa, numa escala de 1 a 7, tendo caído em desuso a utilização da graduação qualitativa, de muito ligeiro, ligeiro, moderado, médio, considerável, importante e muito importante, a qual era, não raras vezes vista como depreciativa pelos lesados que, conscientes do seu padecimento, e atribuindo à sua dor (por ser aquela que sentem) um carácter de grande relevo, não entendiam que o mesmo fosse caracterizado de ligeiro (VIEIRA, 2008).

Quer se utilize o critério qualitativo, quer se enverede pelo uso do critério quantitativo supra referidos, consideramos que só com a graduação do nível

de esforço suplementar exigido, no caso concreto, ao lesado para o desempenho da sua profissão habitual à data do evento lesivo (ou de outra que entretanto, no momento da avaliação esteja a desempenhar) estará o decisor devidamente habilitado a compensar de forma adequada a componente da perda de capacidade de ganho, resultante das sequelas de que determinado indivíduo ficou portador em função de uma dado ato lesivo contra si cometido.

É que dizer-se que as sequelas verificadas e consideradas em sede de avaliação médico-legal são compatíveis com o exercício da atividade profissional do lesado mas exigem esforços suplementares é muito diverso de dizer que exigem esforços suplementares ligeiros ou moderados ou consideráveis. Tal diferenciação reforçará ainda mais o papel de relevo das peritagens médico-legais aprofundando o contributo das mesmas para uma melhor justiça, ajudando a diminuir o risco de se tratar de forma igual o que é desigual.

Se estivermos perante um caso em que os esforços suplementares exigíveis para a prática das funções inerentes a uma dada atividade profissional devam ser considerados como muito ligeiros, andaremos perto de uma situação semelhante à que se verificaria se as sequelas não se repercutissem no desempenho da profissão do lesado. Ao passo que se as sequelas demandarem esforços acrescidos muito importantes estaremos próximos da situação que poderia dar origem ao estabelecimento de uma situação de incapacidade absoluta para o desenvolvimento da profissão habitual. Naturalmente que a indemnização a arbitrar em sede judicial será muito diversa num caso e noutro.

Atualmente, não sendo, por norma, utilizado no âmbito das peritagens médico-legais, qualquer critério de graduação do nível de esforços suplementares exigidos aos lesados para o desempenho das respetivas atividade profissionais situações que são muito diversas entre si podem acabar por poder ser tratadas, no que a esta específica questão respeita, e quando dirimidas em juízo, de forma muito semelhante.

É precisamente com o intuito de evitar que tal suceda ou, pelo menos, na tentativa de diminuir a possibilidade de que tal ocorra, que preconizamos a solução referida, conscientes no entanto, das dificuldades de ordem prática que a mesma pode revestir.

Poderá não ser fácil a um perito médico-legal determinar, em todos os casos, desconhecendo especificamente os atos quotidianos que dado indivíduo, em função da sua especial e concreta profissão tem de desempenhar, qual o grau de esforço suplementar que terá de despende.

Para o poder fazer, terá o perito médico-legal de se basear no exame objetivo que faz ao lesado, na verificação das sequelas que este apresenta e no competente apuramento do nexo de causalidade entre o evento lesivo em análise e as mesmas, e nas queixas que pelo lesado lhe são comunicadas, não apenas anotando-as mas, e essencialmente, comprovando-as.

É comum verificar nos relatórios médico-legais, no capítulo referente ao estado atual do lesado (à data do exame realizado no âmbito da peritagem) a menção expressa às queixas que o mesmo refere relativamente ao desempenho da sua atividade profissional.

No sentido de aprofundar o conteúdo do relatório neste contexto somos da opinião que o perito médico-legal poderia organizar um questionário relativo aos atos físicos normais da profissão do sinistrado e verificar quais deles ele conseguiria efetuar, graduando depois os esforços suplementares que eventualmente resultassem das sequelas existentes. As respostas dadas pelo sinistrado e objetivamente comprováveis pelo perito, deveriam constar do relatório.

Com base nesta informação e nas sequelas verificadas será possível determinar a medida ou grau dos esforços suplementares para o desempenho da atividade profissional de um determinado indivíduo.

Esta prática concorrerá, no nosso entender, e nos termos supra expostos, para uma melhor e mais correta aplicação do direito pelo decisor, e dará ainda maior relevo ao papel, já de si muito importante que as peritagens médico-legais têm na determinação de critérios para a determinação de indemnizações a arbitrar judicialmente.

CONCLUSÕES

Tendo em conta o relevo social, nos seus mais diversos aspetos, mas sobretudo no plano económico, que nos nossos dias a possibilidade de exercício de uma atividade profissional desempenha, a repercussão permanente que as sequelas de que um indivíduo seja portador na sequência de um evento lesivo que tenha sofrido no desempenho de tal atividade são de extrema importância, pelo que carecem de ser devidamente determinadas.

Essa determinação faz-se com especial acuidade no âmbito da avaliação do dano corporal.

Concluindo-se pela existência de sequelas que se repercutem no desenvolvimento da atividade profissional do lesado dever-se-á procurar estabelecer gradativamente a medida do impacto das mesmas em tal domínio.

Nos casos em que as sequelas existentes sejam compatíveis com o exercício da atividade profissional do lesado exigindo, contudo, esforços suplementares, entendemos dever ser graduada a medida desses esforços, por recurso a escalas quantitativas (de 1 a 7) ou qualitativas (de muito ligeiro a muito importante).

Referências bibliográficas

Magalhães T., e Vieira DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do direito civil. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, nº 20, pp 79-90, 2010.

Vieira DN,(2008). O perito e a missão pericial em direito civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. pp.35-59.

Resumo: Graduação dos esforços suplementares no âmbito de perícias de clínica forense. Relevância em sede de arbitramento de indemnizações judiciais.

No âmbito da avaliação do dano corporal em direito civil tem especial relevo a questão da determinação da repercussão permanente das sequelas no desempenho da atividade profissional habitual do lesado à data do evento lesivo.

Determinando-se que as sequelas são compatíveis com o exercício da profissão habitual exigindo esforços suplementares deverá fixar-se a medida dos mesmos, graduando-os consoante a respetiva gravidade.

A indemnização devida em função do rebate profissional variará assim, para além de outros fatores, em consequência da medida dos esforços suplementares a desenvolver.

Palavras-chave: Perícia médico-legal; relatório pericial; repercussão permanente na atividade profissional; graduação de esforços suplementares; determinação da indemnização.

Summary: Supplementary efforts graduation in the context of forensic expertise. Relevance in the context of the determination of judicial compensation.

Considering the evaluation of body damage in civil law it is important to determine the impact of permanent sequels in the performance of the usual business activity of the injured to the harmful event date.

In case of the sequels being compatible with the exercise of the normal occupation demand increased efforts it should be established a graduation of the measurement of those efforts according to the respective gravity.

The compensation payable on the basis of the professional rebate will vary as well, in addition to other factors, to the extent of verified additional efforts.

Key-words: Medico-legal expertise; forensic report; permanent impact on professional activity; graduation of increased efforts; compensation determination.

Aspectos Forenses das Lesões Ortopédicas nos Atropelamentos

Durão CH^{1,2}, Lucas FM³, Vieira DN⁴

O atropelamento tem um sentido amplo, “passar por cima de algo”, ou “empurrar violentamente alguém para abrir passagem”. Em medicina legal é o impacto ou a sobre passagem de pessoas ou animais, de que podem resultar lesões e mortes. Normalmente, trata-se de acidente que gera ação civil ou penal contra o condutor, mas em alguns casos pode ser de etiologia suicida ou mesmo homicida.

Segundo Calabuig[1], os veículos atropeladores podem classificar-se em:

A) Veículos com rodas desprovidas de pneus

1. Veículos de tração animal: veículos primitivos utilizados nos trabalhos agrícolas e que ainda se encontram em algumas aldeias. Possuem baixa velocidade e uma relação inversa entre o peso e velocidade.
2. Veículos de trajeto obrigatório: representados pelos comboios e elétricos, tendo como características traumatológicas o deslizarem sobre trilhos, rodas de ferro com superfície de apoio plana e barra lateral, grande velocidade e peso. A diferença entre o comboio e o elétrico é notória. O primeiro é habitualmente composto por múltiplas carruagens, que acabam por produzir sucessivas lesões.

¹ Hospital de Vila Franca de Xira

² Gabinete Médico Legal de Torres Vedras

³ Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

⁴ Instituto Nacional de Medicina Legal

B) Veículos com pneus

1. Bicicletas: como agente material de atropelamento, caracteriza-se pela sua instabilidade, reduzido peso e baixa velocidade.
2. Motocicletas: veículos dotados de motor que podem atingir grandes velocidades e provocar atropelamentos de maior gravidade e com maior peso que as bicicletas.
3. Automóvel: como características resumidas destacam-se o peso, a velocidade e a manobrabilidade.
4. Veículos de grande tonelagem: camiões, autocarros ou veículos semelhantes, que podem atingir grandes velocidades e com potencial muito mais lesivo face a sua grande massa, peso e difícil manobrabilidade.

Entre os fatores que mais influenciam o potencial lesivo dos veículos atropelantes, situam-se:

1. Massa.
2. Velocidade (as duas juntas condicionam a energia cinética conforme a fórmula:

$$E = \frac{mv^2}{2}$$

3. Tipo de rodas.
4. Estabilidade.
5. Manobrabilidade.

A presença de partes salientes do veículo podem ainda imprimir lesões particulares nas vítimas, típicas de alguns mecanismos de atropelamento, tais como a marca em estrela da Mercedes Benz ou queimaduras pelas grades do radiador e lacerações por pára-choques[2,3].

Lesões por atropelamento

O atropelamento é considerado um traumatismo complexo. As lesões podem ter diversas ações (contundentes, cortantes, perfurantes e térmicas) e atuar de forma isolada ou associada dependendo das fases. Cada fase do traumatismo imprime determinado padrão de lesão com enorme interesse na abordagem do politraumatizado, que permite avaliar a magnitude da energia, reconstruir o acidente e valorizar as sequelas no dano corporal pós traumático.

Fases do atropelamento

Regra geral, o atropelamento segue determinada sequência com 4 fases. Nem sempre essas fases se encontram totalmente presentes, o que nos permite distinguir algumas variedades como sendo típico completo ou incompleto [2,3,4,5].

O atropelamento típico completo, desenvolve-se sequencialmente nas seguintes fases: colisão, queda, esmagamento e arrastamento.

Colisão: É caracterizada pelo contato mais ou menos violento do veículo com a vítima. O embate pode ser único ou múltiplo num breve espaço de tempo, por traumatismos sucessivos contra diferentes partes do veículo. A localização das lesões depende da relação entre as regiões do veículo que entram em contato com a vítima e a sua posição. São basicamente feridas de ação contundente, tais como escoriações, contusões e lacerações, que podem estar associadas com diferentes fraturas.

Pode ser subdividido numa fase de impacto primário e numa de impacto secundário[5]:

Impacto primário: corresponde ao traumatismo inicial que o veículo provoca no pé, geralmente nos membros inferiores. As lesões típicas são as produzidas pelo para-choques ossos da perna “*bumper fracture*” e tem-se modificado ao longo do tempo. Os pára-choques modernos deformam mais, fragmentando-se e dissipando energia, um conceito oposto aos dos pára-choques de outrora, mais resistentes e quase sempre de metal. No entanto, a maior distribuição das forças do impacto, embora produza fraturas de menor gravidade na diáfise da tíbia, aumenta o risco de lesões ligamentares e meniscais associadas.

A ausência de “*bumper fracture*” é comum quando a vítima é colhida pela região lateral do veículo, tal como acontece quando o sinistrado está no meio de dois veículos estacionados e projeta a cabeça antes da marcha. Nestas circunstâncias as lesões ocorrem diretamente na cabeça, com posterior queda para trás [2].

A tíbia e o perónio são os ossos mais atingidos durante o atropelamento. *Burgess et al.* salientaram a gravidade das fraturas da tíbia sofridas por peões e demonstraram que 93% deste tipo de lesões são causadas por impactos de alta energia, 30% são bilaterais e 65% são fraturas expostas tipo III de *Gustilo*. Os acidentes graves contribuem com 33% dos casos e nestas circunstâncias os sinistrados sofrem lesões multi-sistêmicas (43% apresentam lesões cranianas ou pélvicas[6]). Fraturas semelhantes são produzidas em idosos com osteoporose[7] por mecanismos de baixa energia.

Geralmente o ponto do impacto na perna é mais baixo que a altura do para-choque, por vezes com fraturas logo acima do tornozelo, o que pode indicar uma tentativa de travagem, isto porque durante a travagem a frente do veículo tende a aproximar-se mais do solo [2,3,8]. Traumatismos em diferentes níveis de ambas as pernas, podem indicar que a vítima foi atingida enquanto caminhava ou corria, e neste caso, a perna com maior fratura costuma ser a que sustentava o peso do corpo durante o embate, apresentando quase sempre uma fratura cominutiva, segmentar, ou em espiral, pela acção de várias forças [2,3,8,9]

As fraturas da tibia e do perónio resultantes de um traumatismo direto encontram-se ao mesmo nível e normalmente são de traço transverso ou com fragmento em asa de borboleta, com o ápice do triângulo apontando a direção em que o veículo viajava e a base do triângulo para o lado do impacto[2,8,9,10]. Conhecida como "*Messerer fracture*[11], a sua interpretação tem sido questionada.

A fratura diafisária da tibia, habitualmente no terço médio, face a pouca cobertura de tecidos moles, tende a ser exposta, geralmente com a ferida no lado oposto ao traumatismo. As fraturas dos pratos tibiais também são frequentes e resultam de mecanismos varo/valgo, com dissociação metafiso-diafisária (tipo VI de Schatzker). As fracturas mais graves são frequentes nos acidentes de alta energia. [12]

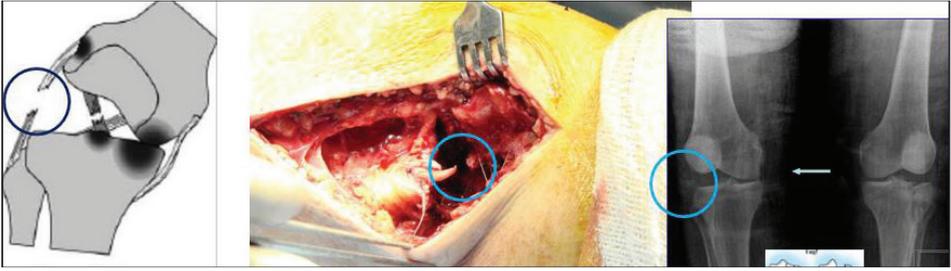


Figura 01. Traumatismo nos joelhos por atropelamento. A observação atenta permite interpretar que o embate ocorreu ao mesmo nível da esquerda para a direita, com forças de valgo produzindo uma fratura do prato tibial externo do joelho esquerdo e lesão do ligamento colateral lateral no joelho direito por forças em varo.

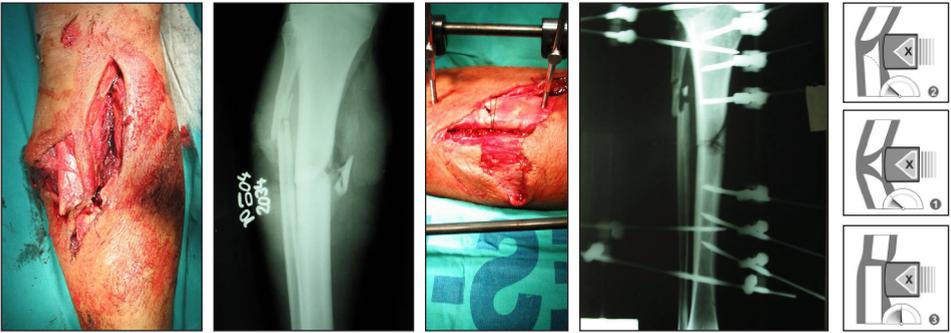


Figura 02. "Messerer fracture". A fratura da tíbia resultante de um traumatismo direto, com fragmento em asa de borboleta. O ápice do triângulo aponta a direção em que o veículo circulava e a base do triângulo para o lado do impacto.



Figura 03. Fratura dos pratos tibiais do joelho direito. A equimose não traduz a gravidade das lesões associadas (Schatzker VI) por ação contundente.

Impacto secundário: É o traumatismo do peão com o veículo, verificando-se quando a velocidade do veículo é superior aos 20km/h. Tal embate pode ocorrer no para-lamas, nas lanternas dianteiras, no capô ou na moldura do pára-brisa.[2,3,4,5] As lesões no peão costumam atingir a metade superior do corpo (fraturas da pelve, dorso, cabeça, coluna cervical). O impacto sobre as luzes dianteiras provoca lesões nas nádegas, face lateral das coxas, gerando um descolamento entre a camada mais densa do tecido adiposo e a mais frouxa, dando origem a uma nova cavidade com hematoma associado, conhecido como “*descolamento traumático de Morell Lavallé*”, muitas vezes não diagnosticado na abordagem inicial[13].

1. **Queda:** Quando a velocidade do veículo é de 40 a 50km/h e o impacto primário se produz abaixo do centro de gravidade da vítima, esta escorrega pelo capô e cai ao solo. A lesão característica que ocorre na cabeça é do tipo “golpe e contra golpe”, sendo nos membros superiores fraturas do punho, cotovelo ou úmero. Pode o peão cair sentado com traumatismo na região sacroilíaca. Outras vezes, a hiperextensão do pescoço, pela aceleração/desaceleração, pode produzir luxações ou fraturas, como a do processo odontóide[13].



Figura 04. Fraturas expostas do cotovelo e do punho, são exemplos de lesões típicas pela queda durante o atropelamento.

2. **Esmagamento:** Nos casos típicos, essa fase decorre em dois tempos.

- a) O veículo avança sobre a vítima, que está no solo, atingindo-a e passando por cima, ou afastando-a para o lado.
- b) Quando ocorre passagem por cima, o corpo da vítima é comprimido contra o solo pelas rodas ou outras partes do veículo, esmagando-o. O descolamento traumático, pode assumir grandes proporções com exposição dos planos mais profundos nos indivíduos mais obesos. Com a travagem, as rodas permanecem bloqueadas, propiciando lesões mistas de esmagamento e de arrastamento [9,13], facilmente identificáveis por um perito experiente, informação importante para a reconstrução da dinâmica do evento. Por vezes, marcas do pneu podem ficar impressas na pele ou roupa da vítima (*estrias pneumáticas de Simonin*).

As lesões variam segundo a natureza, gravidade e tipo de veículo. A intensidade do impacto pode provocar lesões ósseas e articulares, de localização variável, dependendo da região esmagada e pode mesmo triturar. As lesões cutâneas podem ser de pouca gravidade mas de grande valor pericial para



Figura 05. Variante aberta do descolamento de Morell Lavallé.
Lesão típica por tração da pele produzida pela roda do veículo.

a identificação do veículo. A gravidade do atropelamento pode ainda causar lesões viscerais, rotura de vísceras ocas e lacerações em órgãos maciços[2,3].

Como forma de minimizar estas lesões, determinados veículos de trajeto obrigatório, possuem dispositivos dianteiros de forma a empurrar a vítima para fora do seu trajeto, produzindo algumas escoriações típicas [4].

3. **Arrastamento:** No seguimento das fases anteriores a vítima pode permanecer presa ao veículo sendo arrastada por este. Relaciona-se com o impulso que o veículo lhe transmite durante a fase do choque. As lesões são características nas faces expostas ao atrito com o solo, podendo alternar com áreas protegidas pelas vestes, conhecidas como escoriações em saltos. São escoriações tipo placas de arrasto de aspecto apergaminhado quando desidratadas pelo fenómeno *postmortem*. [14,15]



Figura 06. Escoriações típicas produzidas pelo arrasto no solo, o aspecto apergaminhado ocorre pela desidratação da pele.

Atropelamento incompleto

As fases descritas, que compõem o atropelamento típico só são encontradas quando o pé se encontra de pé. Existem situações em que faltam algumas fases, sendo assim um atropelamento incompleto; as variedades mais frequentes são:

1. Quando a vítima já está no chão (suicídios, homicídios, mal súbito).
As fases de choque e queda estão ausentes, iniciando o complexo lesional pelo esmagamento.
2. Nos casos em que a vítima está de pé no momento do embate inicial, este pode ser reduzido ao choque e queda apenas, faltando as duas

- últimas fases, devido a massa leve do veículo, ou a alta velocidade, que projeta a vítima a distância, afastando-a do seu caminho.
3. O arrastamento é aleatório, pois depende da existência de uma parte que sobressai do veículo e arraste a vítima, ou de que a roupa da vítima fique presa a alguma peça do veículo.
 4. Alguns atropelamentos podem apresentar somente uma fase isolada dificultando a interpretação.

Trajetórias típicas do atropelado

As trajetórias de acordo com o segundo impacto, acima ou abaixo do centro de gravidade do peão podem ser agrupadas de acordo com Ravine em cinco trajetórias básicas, “*wrap, forwardprojection, fender vault, roofvault e somersault*”. Becker, acrescenta mais uma modalidade, “*dragging*”[4].

1. **Projeção frontal – *forwardprojection***: Como segundo impacto é acima do centro de gravidade, o peão é projetado para a frente. Ocorre com as crianças atropeladas por automóveis ou por adultos atingidos por veículos de frente alta. Numa segunda fase o veículo tende a passar sobre o peão.
2. **Montagem sobre o capô – *wrap***: É a mais comum das trajetórias e ocorre com o veículo, normalmente em desaceleração. Quando o segundo impacto do veículo com o peão ocorre em ponto acima do ponto inicial e abaixo do centro de gravidade, aumentando a velocidade de rotação no sentido anti-horário imposta pelo primeiro contato, determinando o pivoteamento do corpo ao redor da zona do segundo contato, comumente o extremo superior dianteiro do veículo, fazendo com que a parte superior do corpo atinja o capô, contra o qual se amolda momentaneamente, como se o abraçasse, daí o nome em inglês *wrap*. O sentido anti-horário da rotação, portanto contrário à trajetória do veículo intensifica o choque, fazendo com que a parte superior do corpo permaneça em grande contacto com o capô, até que se separa do veículo devido a desaceleração deste, seguindo-se a projeção para a frente.
3. **Passagem pelo pára-lama – *fender vault***: O peão atropelado projeta-se sobre o pára-lama, caindo lateralmente na trajetória do veículo. Normalmente ocorre quando a pessoa é atingida pelas extremidades da parte frontal, impactos parciais ou quando dotada de alguma velocidade, atravessando a via, andando apressadamente ou conjugada com a velocidade do veículo, determinando um movimento lateral secundário.



4. **Passagem sobre o teto – roofvault:** é encontrada quando o veículo tem a frente rebaixada, e o centro de gravidade do peão fica um pouco mais elevado, quer esteja em aceleração ou desaceleração e, ainda, quando o veículo desenvolve maiores velocidades. No caso, o primeiro contato por baixo do centro de gravidade maximiza a velocidade de rotação no sentido anti-horário. Assim o peão é projetado para trás, sobre o teto ou mesmo sobre a **parte traseira do veículo.**

5. **Salto mortal – sommersault:** É uma variação do wrap. Ocorre com velocidades mais elevadas ou com impacto de veículo com frente rebaixada contra os membros inferiores, produzindo a descrição de uma trajetória circular no ar.

Trajétoria cinemática	Frequência relativa	Velocidade média do impacto
<i>Wraptrajectory</i>	42,2%	30km/h
<i>Forwardprojection</i>	34%	20Km/h
<i>Fender vault</i>	13,3%	40km/h
<i>Roofvault</i>	5,4%	60km/h
<i>Somersault</i>	1,7%	60km/h

Fonte: SAE Society of Automotive Engineers Apud. Ranvier Aragão in Acidentes de trânsito[4]



Figura 07. Criança vítima mortal de atropelamento. É possível perceber após dissecação profunda dos planos, o impacto primário nos membros inferiores, o impacto secundário na região lombosagrada e o traumatismo craniano. As lesões na vítima correlacionam-se com os danos no veículo. Detalhe da infiltração hemorrágica na medula e da fratura da base do crânio em dobradiça, típica de embates laterais.

Vestígios de atropelamento

A reconstrução de um acidente de viação é feita pela observação de alguns elementos fundamentais. As leis de Newton constituem uma base para a compreensão dos comportamentos estáticos e dinâmicos dos corpos materiais. Na terceira lei, Newton mostra nos que em toda a ação, há sempre uma reação oposta e de igual intensidade. Se o automóvel colide com uma vítima, esta colide contra o automóvel com a mesma velocidade, deixando nele a sua marca. Todo o contato deixa uma marca. Este é o pilar de toda a ciência forense. Esta é a teoria do médico, discípulo de Lacassagne e pioneiro na criminalística, Edmond Locard, baseada no princípio da transferência.

O local onde se estabelece o embate pode esclarecer algumas causas, como características da via, condições climáticas, falhas estruturais, presença de animais, ausência de sinalização. Marcas de travagem, fragmentos de vidro ou partes do automóvel, além das manchas de sangue e os pontos de repouso do veículo e da vítima, são elementos importantes a serem observados no local e que ajudam a esclarecer, por exemplo, se a vítima foi arrastada ou projetada. Razão pela qual o local deve ser, sempre que possível, preservado[2,4,9].

A observação do veículo, além das buscas por avarias que justifiquem uma falha mecânica, pode evidenciar elementos da vítima como cabelos, sangue, osso e fragmentos da roupa, que determinam o encontro deste com a vítima, passo essencial no casos de *Hit andrun*. As deformações do veículo podem permitir estabelecer uma estimativa da velocidade deste, mas é preciso ter em mente que nem todos os danos são evidentes, principalmente quando existe tamanha desproporcionalidade entre veículos pesados e a vítima. É um tema exaustivamente estudado pela física dos acidentes em engenharia forense, que tem ganho cada vez mais protagonismo e em que, para um completo exame, as descrições na vítima são fundamentais.



Figura 08. Assim como manchas de sangue e restos de tecidos podem ficar no veículo, fragmentos de tinta frequentemente ficam aderidos na vítima, podendo identificar a cor do veículo em fuga. A velocidade pode ser estimada a partir do encontro de lesões por tração da pele, que costumam produzir lacerações na região inguinal. A acção da roda durante a travagem pode gerar esmagamento associado ao deslucamento dos membros.

Descrições das lesões nas vítimas de atropelamento

Quando um peão é atingido por um automóvel, a gravidade e suas lesões, variam de acordo com vários fatores, entre os quais se destacam: a velocidade do veículo; se ocorrem ou não travagens; características físicas do veículo e da vítima, independentemente de se tratar uma criança, um adulto ou um idoso[3].

Relação entre a velocidade do impacto e as lesões

A velocidade do veículo é provavelmente o fator mais determinante nas lesões. Entre os 20km/h a 40km/h, a natureza das lesões começa a agravar-se[3]. O que não quer dizer que lesões muito graves não possam ocorrer a baixa velocidade. Observações em vítimas fatais de atropelamentos permitem identificar alguns tipos de lesões relacionadas a velocidade do impacto:

1. Traumatismos crânio encefálicos
2. Fraturas da coluna
3. Rupturas da aorta
4. Lesão cutânea da região inguinal com ou sem fraturas da bacia
5. Amputações e fraturas dos membros

O traumatismo craniano é a principal causa de morte nos acidentes de viação. Traumatismos de alta energia podem produzir fraturas do crânio, sendo a fratura da base do crânio, em “fratura em dobradiça”, a mais comum nos impactos laterais[2,3]. Mas é importante lembrar que grande parte das hemorragias encefálicas não está associada a fraturas, principalmente na população mais idosa.

As fraturas da coluna são na grande maioria fraturas cervicais, por aceleração e desaceleração súbitas, gerando movimentos de hiperextensão ou hiperflexão. A fraturada apófise odontóide com lesão medular assim como a dissociação atlântooccipital são frequentes achados necroscópicos. Di Maio descreveu que surgem lesões cervicais a partir dos 27,5km/h, sendo comum acima dos 45km/h e quase sempre presentes acima dos 67,5km/h[2]. Sanchez Vera descreve lesões medulares a partir dos 120 a 140km/h[5]. Huelke e Gikas estabeleceram uma relação entre o perímetro torácico e fraturas nesta área, apontando o aumento do perímetro torácico como uma ligeira proteção deste[16].

Em todas as situações em que o sentido do trauma não é estritamente antero-posterior, pode ocorrer um mecanismo rotacional na coluna cervical, na medida que o centro de gravidade da cabeça não coincide com a articulação

atlanto occipital. Quanto mais lateralmente o trauma atingir a vítima, maior a torção sobre a coluna cervical, motivada pelo movimento oscilatório para o lado em que atua a força. Razão que torna o traumatismo lateral mais grave que os ântero-posteriores[17].

Nos acidentes de alta energia são frequentes fraturas vertebrais em vários segmentos, sendo as regiões da transição toraco-lombar e cervico-torácica vulneráveis. Os arcos costais são mais resistentes nos traumatismos antero-posteriores do que nos traumatismos laterais, dissipando energia e protegendo os corpos vertebrais articulados a grade costal. Fraturas múltiplas de arcos costais podem constituir “*volet costal*” e merecem especial atenção aquando da sua observação.

O traumatismo torácico por aceleração súbita, produz uma lesão por secção da aorta após a sua curvatura, quando o coração é livremente projetado para frente, sendo contido por um ponto fixo da aorta. Quando a lesão é total a morte é imediata mas nas secções parciais pode surgir um aneurisma periaórtico, facilmente reconhecido no Rx. Nestes casos, a vítima poderá ser salva se for prontamente diagnosticada e intervencionada[18,19].

A importância do conhecimento da biomecânica do trauma é notória na previsão das lesões associadas (coração e pulmões) após traumatismos na coluna que podem incidir sobre diversas lesões com gravidade variável. Fica claro que nas lesões mais graves com lacerações dos grandes vasos a vítima acaba por morrer no local, mas é inaceitável que nas pequenas lacerações o doente morra por hemorragia que tenha passado despercebida, após diversas horas dentro de uma unidade hospitalar à espera de avaliação pelo Ortopedista, sem que se tenha feita a adequada avaliação pela Cirurgia Geral ou outro médico responsável pela sala de trauma.

Erros na triagem podem condicionar a diferença entre o sucesso de um atendimento e o seu completo fracasso. Lesões potencialmente mortais devem ser lembradas, ou melhor, jamais esquecidas. Frequentemente graves lesões viscerais, vasculares ou encefálicas estão presentes sem aparentes lesões externas. Um estudo comparando índices de lesões do joelho, anca e coxa com lesões de vísceras abdominais em vítimas de acidentes de viação mostrou que as vítimas com lesões osteoarticulares apresentavam uma probabilidade quatro vezes menor de sofrerem lesões abdominais graves, o que é explicado pela dissipação da energia durante a fratura[20]. Embora uma fratura exposta seja uma emergência em ortopedia, esta é, sem dúvida, menos ameaçadora à vida do doente, do que uma lesão abdominal grave, exceto claro, nas hemorragias sem controle.

Roupas resistentes, principalmente no inverno, e terrenos mais macios podem amortecer a queda ou proteger a pele de lesões externas, mas são incapazes de evitar lesões por aceleração e desaceleração súbita. A história do evento

deve ser sempre valorizada para a correta triagem e abordagem das vítimas nos acidentes de viação, incluindo os atropelamentos, conforme o preconizado pelo ATLS, no nosso país tutelado pelo Colégio Português de Cirurgia.

A clássica lesão estriada na região inguinal por tração da pele ocorre ainda segundo Di Maio, a partir dos 66km/h e quase sempre está presente, acima dos 95km/h. Acidentes de alta energia ou com veículos de frente alta, estão relacionados com lesões do anel pélvico, sendo a gravidade proporcional a energia associada. Amputações ocorrem acima dos 98km/h, mas estas vão depender essencialmente do tipo de atropelamento. Pode ocorrer esmagamento dos membros inferiores em acidentes com baixa energia[2,3].

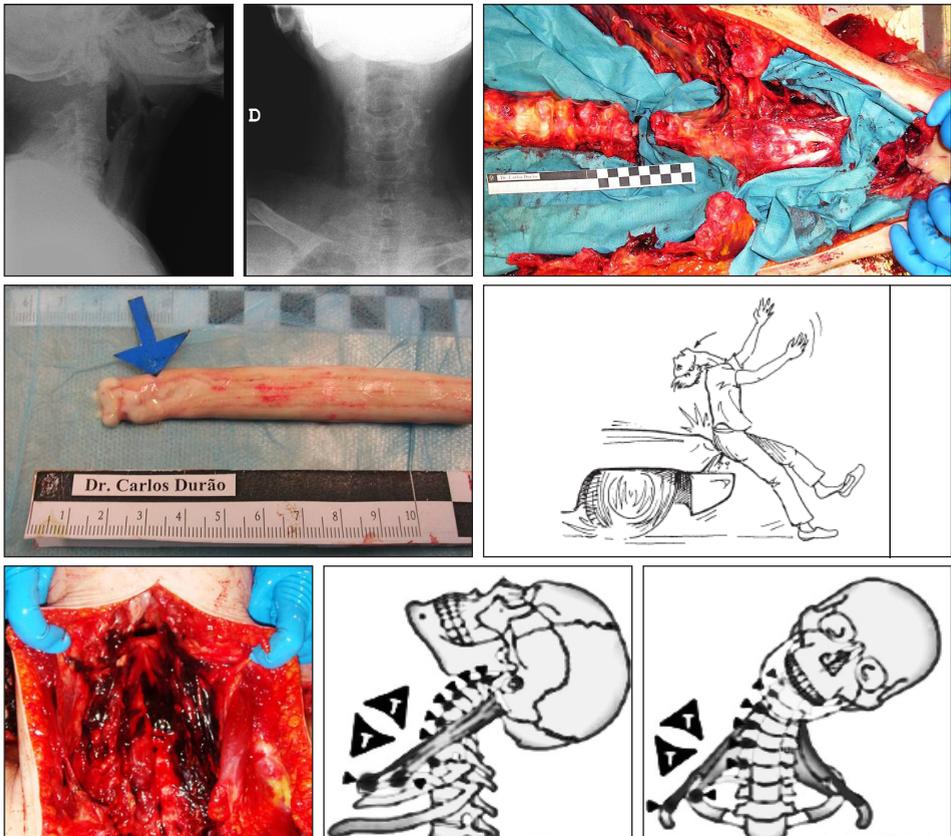


Figura 09. As fraturas da coluna são em sua grande maioria fraturas cervicais, por aceleração e desaceleração súbitas, gerando movimentos de hiperextensão ou hiperflexão. A fratura da apófise odontóide com lesão medular assim como a dissociação atlântooccipital são frequentes achados necroscópicos.

Conclusão

Para que possamos tratar adequadamente uma patologia é necessário o conhecimento da história natural da doença, ou seja, a sua evolução e o seu desencadeamento desde o evento inicial até sua morbi-mortalidade, para que se possa de forma eficaz alterar o seu desfecho letal. Não há dúvidas de que o Trauma continua a ser a doença do século, responsável pela morte de uma população jovem e economicamente ativa. O estudo das lesões mortais, propicia o desenvolvimento de equipamentos de segurança mais eficazes[21,22,23,24] e permite o reconhecimento de lesões potencialmente fatais, estimulando uma intervenção médica precoce e bem sucedida.

Tratando-se de segurança rodoviária, o papel da prevenção de novos acidentes também inclui uma investigação médico-legal sobre eventuais responsáveis. Nestes casos, algumas lesões que poderiam ajudar nas investigações são perdidas por mera ignorância das equipas hospitalares ou pela falta de documentação e coordenação entre equipas médicas e forenses.

Agradecimentos

Ao Dr Rui Pinto, Director de serviço do Hospital de São João e ao Dr Pedro Afonso, Director do Serviço do Hospital de Vila Franca de Xira, pelo cuidado e atenção com que receberam o 1.º autor nos Serviços que superiormente dirigem, disponibilizando meios e recursos essenciais no estudo da traumatologia.

Referências bibliográficas

1. Calabuig G.J, Verdú P.F. Accidentes de Tráfico. In: Calabuig G.J. Medicina Legal y toxicología. 6ª edición. Barcelona: 2005. p.371-378.
2. GSpitz WU, Russell SF. The road traffic victim. In: Medicolegal investigation of death: guidelines for the application of pathology to crime investigation. 2nd ed. Thomas Books Illinois; 1980:377-405.
3. Di Maio V.J. Dominick J. Deaths caused by motor vehicle accidents. in Forensic pathology. 2ª ed. CRC press. 2001.
4. Aragão R.F. Acidentes de trânsito, análise pericial. 4ª edição Ed. Millenium. Campinas 2009.
5. Vacaflor S.P. Exame necroscópico nos acidentes de trânsito terrestres. In Manual de medicina legal. Vanrell J.P. 4ª edição. Ed. Mizumo. São Paulo 2011.
6. Burgess AR, Poka A, Brumback RJ, et al. Pedestrian tibial injuries. J Trauma 1987; 27: 596-601.
7. Durão C.H. Marta M. Pinto. R. Cabral T. Vieira D. N. Aplicações forenses do estudo de lesões do pé e tornozelo. Livro de Resumos do XXX Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia da SPOT. Volume 18. 1. 2010.

8. Teresínski G. Injuries of the thigh, knee, and ankle as reconstructive factors in road traffic accidents. In Rich J. Dean. E in Forensic Medicine of the Lower extremity. Human press. New Jersey 2005.
9. MJ Dodd, Traffic Deaths. In Encyclopedia of forensic sciences. Three volume, 1-3. London. UK. 2000.p.353-358.
10. Porta D, Kress T, Fuller P, Snider J. Fracture studies of male and female cadaver tibias subjected to anterior or lateral impact testing. The FASEB Journal 11:A622 (1997).
11. Messerer OM. ÜberElastizität and Festigkeit der menschlichenKnochens. Stuttgart: JG Cotta Verlag;1880.
12. Durão C.H. Lesões ortopédicas da coxa, joelho e tornozelo como meio de reconstrução dos acidentes de viação. Livro de Resumos do XXX Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia da SPOT. Volume 18. 1. 2010.
13. Durão C.H. Variante aberta do descolamento traumático de MorellLavallé. Livro de Resumos do XXVIII Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia da SPOT. Volume 16. 1. 2008
14. França G.V Medicina Legal. 9º edição. Ed. Guanabara Koogan,Rio de janeiro 2011.
15. Hércules, H.C. Medicina Legal-Texto e atlas. Ed. Atheneu. Rio de Janeiro. 2005.
16. Huelk,D.F.,Gikas P.W. investigations of fatal automobile accidents from the forensic point of view. J. Forensic Sci., 11(4), 475-484, 1966.
17. Leme F.P. Biomecânica do trauma. In Trauma a doença dos séculos. FreireE. Ed Atheneu. Rio de Janeiro. 2001. p.269-290.
18. Karger B, Teige K, Bühren W, DuChesne A. Relationship between impact velocity and injuries in fatalpedestrian-car collisions, Int J Legal Med 113:84-88 (2000).
19. Marimont J.V. posterior hip dislocation associated with acute traumatic injury to the thoracic aorta: a previously unrecognized injury complex. J Orthop. Trauma 4: 383. 1990
20. Lee J. Conroy C. Injuries pattern in frontal crashes: the associations between knee-thigh- hip (KTH) and serious intra-abdominal injury. Acidente and analysis and prevation. Elsevier. USA.
21. Porta D, Frick S, Kress T, et al. Spiral fracture: definition and determination of torsional direction from radiographs. Proceedings of the American Academy of Forensic Sciences 2:146 (1996).
22. Porta D, Kress T, Fuller P, Snider J. Fracture studies of male and female cadaver tibias subjected toanterior or lateral impact testing. The FASEB Journal 11:A622 (1997).
23. Teresínski G, M,adro R. Knee joint injuries as a reconstruction parameter in car-to-pedestrian accidents.ForensicSciInt 124:74-82 (2001).
24. Teresínski G, M,adro R. Ankle joint injuries as a reconstruction parameter in car-to-pedestrian accidents.ForensicSciInt 1118:65-73 (2001).

Resumo: Aspectos forenses das lesões ortopédicas nos atropelamentos.

Os acidentes de viação constituem um problema de saúde pública. Os atropelamentos são responsáveis pelo maior número de mortes e pelas lesões osteo-articulares mais incapacitantes. As sequelas que daí resultam, oneram o sistema de saúde e as seguradoras com tratamentos dispendiosos, exigem reabilitações lentas e implicam indemnizações pesadas. Estudos biomecânicos têm assumido um papel relevante na prevenção de novas lesões, no desenvolvimento de mecanismos de segurança e na reconstrução dos acidentes.

Nos países com baixo índice de desenvolvimento, peões e veículos dividem o mesmo espaço. A percentagem de peões entre as vítimas dos acidentes de viação, representa um dos marcadores de segurança rodoviária.

Este trabalho relembra conceitos periciais, mecanismos de atropelamento e subsequentes lesões, estabelece um elo de ligação naquilo que o ortopedista observa na urgência e o especialista em medicina legal na autópsia. Alerta ainda para as lesões graves que não são diagnosticadas atempadamente e que podem ter sérias implicações na vida do sinistrado e responsabilização pelo mau desempenho clínico.

Palavras-chave: Reconstrução dos acidentes de viação; atropelamento.

Summary: Road traffic accidents (RTA) are a serious public health problem being pedestrians the ones with the highest rate of death and disability. RTA are responsible for complex fractures that challenge the orthopaedic surgeon as well as burden the healthcare systems and insurers with costly treatments, long rehabilitation periods and often requiring compensation.

Biomechanic studies have a relevant role in injury prevention, in developing safety mechanisms and in accident reconstruction. One of the distinctive landmarks in Road Safety is the percentage of pedestrians victims of RTA considering that in countries with low developing indexes pedestrians and vehicles share the same space.

This paper presents concepts from expert forensics: the main mechanisms of collision between vehicles and pedestrians and it's corresponding injuries, establishing a link between what an orthopaedic surgeon observes in the emergency department and what the coroner verifies in autopsy and tries to bring to our attention serious injuries that go undiagnosed in time.

Key-words: Road traffic accidents; bumper fracture; Messerer fracture.

A pandemia do dano pessoal nas crianças em conflitos armados

Pimentel P¹, Bouchardet FCH², Magalhães T³, Vieira DN⁴

O homem vive hodiernamente numa sociedade pós-moderna que está em constante mutação social, cultural, económica e política.

É este o mundo turbulento, enigmático e setorial em que nos inserimos e interligamos, que debita em nosso juízo uma ressonância que pressupõe uma discussão livre e amplamente participada, uma partilha de reflexão e análise sócio-jurídica e médico-legal da problemática da constante violação e preocupação em aplicar os direitos humanos em palcos de guerra, conflitos armados, de violência, onde o crime, a marginalização social, a fome, a pobreza, a individualização e impessoalidade da sociedade, os desencontros da política, as oscilações económico-financeiras proliferam no macro-cosmos englobante e afetam o nosso modo de ser.

O Homem motivado por questões religiosas, étnicas, político-ideológicas, interesses económicos, territoriais, de secessão ou separatista, libertação nacional ou independência, de vingança, ou de posse, foi manchando a nossa História com confrontos armados, “guerras” que vitimizaram milhões de pessoas ao longo de várias épocas, desde a pré-história quando o homem precisava evoluir a sua indumentária para caçar, conseguir o alimento, controlar e/ou amedrontar os inimigos, deter a soberania e poder sob determinado grupo. Na Antiguidade, servem de exemplos a conquista da Suméria e as guerras do Império Romano, as Nove Cruzadas e a Guerra dos 100 anos na Idade Média e durante o Renascimento Europeu, a Guerra dos 30 anos no séc. XVII, as Guerras Mundiais, a Guerra Fria e hoje, os conflitos na Síria, Iraque, no Sul Sudão, o Estado islâmico na Nigéria que chegam a provocar

¹ Departamento de Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa

² Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

em média 10.000 mortes por ano. Abaixo desse número, estão os conflitos entre Israel e a Palestina, no Afeganistão, Paquistão, o Shia no Iémen, o narcotráfico e as rivalidades entre gangues no México, a pirataria na Somália, a guerra na República Centro-Africana, em Donbass – Ucrânia e na Líbia. A mortandade até às 1000 mortes é registada em conflitos no Mali, no Egito, no Líbano, no Sudão, na República Democrática do Congo, na Colômbia com as Forças Armadas Revolucionárias e o narcotráfico, em Caxemira que já dura há décadas entre a Índia e o Paquistão, entre outros conflitos menores cuja mortalidade ainda atinge as 100 vítimas por ano.

As guerras sempre existiram é um facto, mas ao longo do tempo o fim ao qual se destinava foi-se modificando à medida que o homem não dominou esse seu ímpeto de insatisfação por natureza como refere Durkheim (1973), vendo assim as suas necessidades evoluírem e obrigando-se a sobrepujar novos territórios. De uma forma geral, o Homem evoluiu e com ele a Ciência, fazendo uso das novas tecnologias continua através das guerras a almejar a hegemonia económica, político-militar, alimentando indústrias bélicas, mas a desrespeitar-se a ele próprio, violando constantemente os Direitos Humanos.

Apesar de Sun Tzu (1993), em seu tratado sobre “A Arte da Guerra”, alertar para o facto de que todas as guerras, inclusive as “pequenas guerras”, serem todas de conquista, os danos colaterais são uma exceção, mais do que os danos materiais, as perdas humanas são irreparáveis e insubstituíveis. Por causa delas morrem injustificadamente militares, civis, homens, mulheres e crianças.

Cumpridos recentemente os vinte e cinco anos da adoção da Convenção dos Direitos da Criança (CDC), existem crianças um pouco por todo o Mundo que durante os conflitos armados, pós-guerra e em situações em conflito com a Lei, continuam a ser vítimas de violência física e psicológica, torturadas, a sofrer tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, a serem abusadas e exploradas sexualmente, exploradas ao nível de trabalho, serem alvo de raptos para posteriormente serem vendidas ou traficadas sob qualquer forma ou propósito, condenadas à morte ou à prisão perpétua sem liberdade condicional, como é o caso dos EUA onde existem atualmente no “corredor da morte”⁵ imensos jovens, mais do que em qualquer outro país conhecido pela Amnistia Internacional. Desde 1990, esta sentença é praticada por mais sete países (Irão, Sudão, Paquistão, Iémen, China, República Democrática do Congo e Arábia Saudita) que não assinaram nem ratificaram a CDC, mas violam o preceito legal do art. 37.º “Nenhuma criança deverá ser sujeita a

⁵ Desde a data da primeira execução 1642 (em *Plymouth Colony*, no estado de *Massachusetts*) até a 2009, foram executados 364 jovens pelo cometimento de crimes e todos eles eram do género masculino.

tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Nem a pena capital ou prisão perpétua sem a possibilidade de ser libertado deverá ser imposta por ofensas cometidas por pessoas com idade inferior aos dezoito anos.” A situação dos EUA e os restantes países estão sob constante observação e a infringir de forma inequívoca as normas dos Direitos Humanos, que constam de inúmeros instrumentos internacionais (Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; Declaração sobre a Proteção de Mulheres e Crianças em Situações de Emergência e de Conflito Armado).

É neste contexto que surge a expressão subliminal “abuso” que importa definir. Abuso traduz-se por “qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional e/ou psicológica), confiança e poder. Pode manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afetos). Pela forma reiterada como geralmente os abusos acontecem, privam a vítima dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social, no caso das crianças) e/ou dignidade. Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a cultura e a época em que têm lugar” (Magalhães, 2005).

Reconhecem-se quatro tipos principais de abuso infantil: (1) o abuso físico, que se refere a qualquer ação, não acidental, que provoque ou possa provocar dano físico com repercussões na saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade, podendo ser produzido, entre outros, por traumatismos com ou sem instrumento (empurrar, bater, pontapear, abanar, espancar, morder, queimar, etc.), intoxicações, ou asfixia; (2) o abuso sexual, que diz respeito a todo o envolvimento de uma criança em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual de adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquela; (3) o abuso emocional, que corresponde a um ato de natureza intencional caracterizado pela ausência ou pela falha, persistente ou significativa, ativa ou passiva, de suporte afetivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da criança, de que resultem efeitos adversos no seu desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social); e (4) a negligência, que constitui uma forma muito específica e a que mais prevalece no abuso infantil; é um comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com uma criança, não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos a nível físico (cuidados alimentares, de vestuário, de higiene e de habitação), emocional (necessidades de afeto, segurança, apoio emocional), educacional (inscrição na escola na idade própria, promoção de regular frequência escolar) e médico (vacinação,

acompanhamento médico regular, cuidados médicos urgentes), do qual resulta um dano na sua saúde e desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social); deve ser sempre considerada no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidadores.

A dificuldade em identificar determinados tipos de abuso (como o sexual, o emocional e a negligência), relacionada com a tolerância social relativa a certas práticas (sobretudo no que se refere aos castigos físicos), a ocultação dos abusos por parte de vítimas e seus próximos, as dificuldades em estabelecer o diagnóstico diferencial destes casos com outras etiologias e a sua não sinalização às entidades competentes pelos técnicos que a tal estão obrigados por lei, leva a que seja impossível determinar a incidência do abuso de crianças e jovens, bem como a real extensão da morbidade e mortalidade que lhe estão associadas (Crespo, Andrade, Alves, Magalhães, 2011).

As consequências podem ser de ordem psicológica, física e sócio-económica e assumir diversos graus de gravidade. Estas consequências correspondem a indicadores psicológicos, físicos, sexuais e socio-económicos de abuso, podendo manifestar-se de forma imediata ou a curto-prazo (e.g., ferimentos, que podem ser mortais), ou a médio-prazo (e.g., perturbações psicológicas ou do desempenho escolar ou profissional, perturbações psiquiátricas ou suicídio). A longo prazo poderão ocorrer episódios de violência nas relações de intimidade e abuso aos seus próprios filhos, reproduzindo a violência de que foi vítima em criança (transmissão geracional) (Magalhães, 2010).

A gravidade de todas estas consequências depende, de uma forma geral, do tipo e duração do abuso, do grau de relacionamento com o abusador, da idade da vítima e do seu nível de desenvolvimento, da sua personalidade e do nível de violência e ameaças sofridas. A consequência mais grave é, infelizmente, a morte. No caso das crianças, esta não é normalmente provocada de forma intencional, surgindo frequentemente em virtude das lesões sofridas associadas à sua especial vulnerabilidade física, o que significa nestes casos, que a identificação e diagnóstico precoce é fundamental para evitar este tipo de desfecho.

Minas antipessoais

Estamos constantemente a ser confrontados por imagens violentas veiculadas diariamente pelos *media*, que levaram a que o cidadão comum sentisse que podia estar vulnerável e receoso sujeito a agressões permanentes, aumentando não só o seu sentimento de insegurança mas ao mesmo tempo solidário com as questões humanitárias associadas aos conflitos armados. Esse sentimento fomentado pela dramatização e politização dos *media* de forma exagerada e sem fronteiras, manifestações que a todos afetam como reais ou potenciais vítimas (Rodrigues, 1999), “ascendeu à categoria de preocupação nacional

em todos os países industrializados” (Lourenço, 1998: 51), e da comunidade internacional, exigindo uma maior intervenção-ação em relação aos países emergentes economicamente e países subdesenvolvidos.

É neste ambiente de consternação que retratamos o sofrimento generalizado causado pelas minas antipessoais utilizadas em conflitos armados, como no caso da Guerra Colonial entre 1961-1974 e que infelizmente ainda são utilizadas noutros conflitos armados mesmo violando as regras consuetudinárias de Direito Internacional Humanitário aplicáveis a todos Estados e a Convenção sobre a Proibição do Uso, Armazenamento, Produção e Transferência de Minas Antipessoais e sobre a sua Destruição “Tratado de Ottawa”⁶.

De acordo com uma Organização Não Governamental (ONG), existem aproximadamente 100 milhões de minas terrestres distribuídas por 64 países ao redor do mundo, nos campos de cultivo, nas ruas, atalhos ou tanques de água. Os números são assustadores, a cada 20 minutos, uma pessoa é ferida devido à explosão. As minas não causam danos só aos seres humanos, elas ocasionam também grandes prejuízos à agricultura e à infraestrutura de um país.

O estudo desta problemática tem vindo a constituir, desde finais do século XX, uma matéria de relevância para a interdisciplinaridade das Ciências sócio-jurídicas e médico-legais no domínio da violação dos Direitos Humanos, Direitos da Criança e no sentido da sua promoção, prevenção e proteção, garantindo a educação do menor e a sua reinserção, de forma digna, social, eficaz e juridicamente responsável, na vida ativa em comunidade, o acesso a serviços e programas comunitários de saúde, terapêuticos, e a métodos e técnicas pedagógicas especializadas de apoio aos jovens menores e suas famílias associados a parceria em rede entre agências de cariz privado e/ou público.

Nesse contexto é de lamentar que a média anual de vítimas (mortas ou feridas) das minas antipessoais em Angola, por exemplo, seja de 80 pessoas. Uma calamidade que já mutilou mais de 80 mil cidadãos - oito mil dos quais crianças desde o início da guerra civil angolana que durou 27 anos e terminou em 2002. Prevê-se que ainda estejam por detonar, 10 milhões de minas em todo o território, embora a Cruz Vermelha estime em 15 milhões esse número. Um estudo divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2012) dá conta de que mais de 870 milhões de metros quadrados de terra foram desminados desde 2008 em Angola.

As minas são armas ocultas, pequenas, difíceis de detetar, baratas e fáceis de utilizar, são implacáveis, não distinguem um soldado de um civil, não reconhecem o cessar-fogo, com uma durabilidade aproximada de 30, 40 anos

⁶ O Tratado foi assinado em 1997 por 122 países, sendo atualmente 162 signatários. 35 países ainda não o assinaram, entre os quais destacam-se três grandes potências e membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU: EUA, Rússia, China e Índia.

e podem mesmo comprometer as gerações vindouras de um país. Impedem a realização de sonhos, das crianças e adultos de construírem livremente as suas vidas pessoais e profissionais.

As crianças acabam por ser as mais afetadas, não resistindo por vezes a fatalidade dos ferimentos em relação aos adultos. Segundo o relatório da ONU sobre as minas terrestres por Walsh et. al (2003), é estimado que 50% vítimas venham a falecer em poucas horas após a explosão, porque os postos de saúde, centros, clínicas, hospitais, ficam distantes e os acessos são sinuosos. Além disso, das crianças que sobrevivem, poucas são aquelas que receberão próteses que irão acompanhar o crescimento.

Outro relatório da UNICEF por Graça Machel (1996), refere que o próprio formato e cor das minas facilmente são confundidas com um brinquedo pela criança, por exemplo no norte do Iraque, crianças curdas chegam a utilizar minas a servir de rodas para camiões de brincadeira e no Camboja, usam-nas para jogar a petanca. A iliteracia infantil e o ignorar de possíveis sinais da presença de minas, também pode estar na causa de muitos acidentes.

Direito Internacional e Regime Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Existe um manancial de instrumentos internacionais que versam sobre esta temática, mas é a CDC como Tratado Universal que se destaca, com base nesta tipologia de abusos institui os artigos 2.º, 3.º, 6.º e 12.º como princípios orientadores cujos Estados Partes assinaram e ratificaram o respetivo documento e devem respeitar na íntegra: o princípio da não discriminação (artigo 2.º), o princípio da salvaguarda do interesse superior da criança (artigo 3.º), o princípio do direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento (artigo 6.º), bem como o princípio da livre expressão das crianças (artigo 12.º). Quanto ao artigo 3.º da Convenção, o interesse superior da criança é o princípio regulador de todas as ações relativas à infância proporcionadas, quer por instituições de solidariedade privadas ou públicas, quer por tribunais ou ainda por autoridades administrativas ou legislativas. Este princípio, incluído na Declaração dos Direitos da Criança de 1959, assume extrema importância no conjunto de preceitos que regulam a articulação entre a ação do Estado, da sociedade civil e da família, direta ou indiretamente, e a forma como essa articulação se reflete no âmbito dos sistemas nacionais de proteção e promoção dos direitos das crianças em perigo⁷. Convém também frisar que no n.º2 do artigo 6.º, a Convenção se refere aos direitos de sobrevivência e

⁷ Cfr. artigos 5.º, 9.º, 18.º, 19.º, 20.º, 25.º em matéria de crianças em perigo.

de desenvolvimento da criança, abordando a proteção de uma multiplicidade de direitos civis e políticos, económicos, sociais e culturais⁸.

O n.º 1 do artigo 19.º da Convenção, impõe aos Estados Partes, que adotem “todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada”. Desse facto resulta que os Estados Partes têm responsabilidade jurídica pela prossecução dos direitos das crianças, mas muitas vezes esquecem esses princípios fundamentais e que repetidamente são violados por outros Estados.

O processo de intervenção nestes casos tem dois objetivos essenciais e pode acontecer por duas vias: a proteção da vítima (particularmente no caso das crianças, idosos ou adultos dependentes pela sua condição física ou mental) e a investigação criminal. Estes dois níveis de intervenção devem desenvolver-se de forma articulada para que não se causem danos acrescidos na vítima (vitimização secundária), para que não se percam vestígios do suposto crime e para que a vítima seja efetivamente protegida de forma adequada e em tempo útil.

Mas existem sempre diversas fases neste processo que são comuns nos seus aspetos essenciais e que se iniciam no momento da suspeita ou da deteção da situação de perigo, passando depois por diferentes procedimentos, de que se destacam os seguintes: sinalização; avaliação e investigação; diagnóstico; medidas de promoção dos direitos e de proteção; coordenação e acompanhamento do caso.

Suspeita ou deteção – da primeira abordagem da vítima à denúncia

Há que ter em conta que a maior parte das lesões nas crianças são acidentais, resultantes da forma descuidada como brincam conforme foi referido anteriormente, mas algumas podem não o ser, pelo que em certas situações, se deve suspeitar. Por outro lado, em qualquer idade, uma mudança súbita do padrão de comportamento anterior (sobretudo nos menores) pode ser considerado um indicador de maus tratos (Magalhães, 2005).

⁸ Este artigo 6.º, n.º 2 da Convenção determina que os Estados Partes assegurem, na máxima medida possível, a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Este princípio é complementado pelo princípio da reserva do possível (art. 4.º), na medida em que, face aos direitos económicos, sociais e culturais, apenas alguns Estados se comprometem a tomar as medidas legislativas, administrativas e/ou outras no limite máximo dos seus recursos disponíveis e, se necessário, no quadro da cooperação internacional.

Para avaliar a consistência da suspeita, o técnico terá de proceder a uma colheita de informação inicial sobre o caso, devendo contudo esta ser sumária e podendo, no caso das crianças, ser feita através do adulto que a acompanhe (desde que não seja o suspeito abusador). Esta primeira abordagem do caso, que será necessariamente sumária, visa situá-lo relativamente ao tipo de abuso, à data do mesmo (último, no caso de serem múltiplos), ao seu contexto (intra ou extra familiar), ao suspeito abusador e à possibilidade de ter havido destruição de evidências. Nesta fase será de particular relevância não aprofundar o caso fazendo múltiplas perguntas à vítima, tendo em vista evitar a contaminação do seu relato que deverá ser colhido e valorado durante o exame forense.

Quando são as próprias vítimas a revelar o abuso, podem fazê-lo através de uma pessoa de confiança (e.g., familiar ou conhecido) ou através de um profissional (e.g., professor, no caso das crianças; médico ou polícia, no caso dos adultos). Nestas situações, a revelação pode ter a ver com a necessidade da vítima desabafar ou solicitar algum tipo de apoio, não significando sempre, necessariamente, que esta esteja disponível para apresentar denúncia sobre o processo de vitimização, caso tenha capacidade legal para o fazer (Magalhães, 2010 a.).

No âmbito internacional da CDC no seu artigo 36.º os “Os Estados Partes protegerão a criança contra todas as demais formas de exploração que sejam prejudiciais a qualquer aspeto de seu bem-estar”. Qualquer pessoa pode levar um problema de violação de direitos ou de liberdades garantidos pela Convenção, ao conhecimento de um Tribunal cuja queixa será apreciada por um juiz singular ou Comité composto por vários juizes, aos Órgãos de Controlo das Nações Unidas (Comissão dos Direitos Humanos) e a milhares de pessoas em todo o mundo, ou formalizando a apresentação de uma queixa ou denúncia individual junto do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. Certifique-se, antes de mais, de que os direitos ou liberdades de cuja violação se queixa estão consagrados na Convenção ou Protocolos adicionais. O Tribunal só pode apreciar queixas por violação dos direitos e liberdades garantidos pela Convenção se o queixoso tiver esgotado, no seu país, todos os meios que a lei lhe faculta para tentar remediar a violação. Existe ainda o Tribunal Penal Internacional que tem como objetivo promover o Direito internacional, e seu mandato é de julgar os indivíduos e não os Estados (tarefa do Tribunal Internacional de Justiça). Ele é competente somente para os crimes mais graves cometidos por indivíduos: genocídios, crimes de guerra, crimes contra a humanidade e os crimes de agressão.

DISCUSSÃO

É com base nesta clarificação explanada, que se parte para as recomendações ínsitas sobre o trabalho de investigação e fundamentação fáctico-sócio-jurídica sobre esta problemática.

As minas antipessoais armazenadas devem ser destruídas dentro de quatro anos a partir da entrada em vigor da Convenção para um Estado particular. O Tratado de Ottawa menciona ainda que até que esta destruição tenha sido realizada, devem ser feitos todos os esforços no sentido de identificar as áreas minadas e de as mandar marcar, controlar e proteger por meio de uma cerca ou por outros meios para assegurar a não admissão de civis. No caso de um Estado não poder completar a destruição das minas colocadas dentro de 10 anos, ele poderá apresentar reunião dos Estados Partes um pedido para prolongar o prazo e para ser assistido no cumprimento das suas obrigações.

A UNICEF tem ao longo dos anos intervindo em várias regiões do Mundo e tem trabalhado muito para garantir a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, projetando os objetivos de desenvolvimento do Milénio e num dos seus relatórios, revela que os governos e comunidade internacional devem dar respostas multidimensionais e aprovar políticas sociais governamentais; proceder a mudanças de atitudes a nível local em áreas de maior risco; formar equipas locais e uniformizar técnicas e metodologias internacionais para fazer face às exigências, promover ações de motivação e sensibilização utilizando não só o conhecimento de peritos, professores mas também através da experiência pessoal de sobreviventes que se assumem como “mediadores locais” ou “dinamizadores comunitários” e explicam os perigos com as minas às crianças, nas escolas, junto das famílias; fomentar a criação de programas de reabilitação e tratamento. Os Estados afetados por minas têm direito a procurar e receber esta assistência diretamente de outras Partes no Tratado e através das Nações Unidas, de organizações nacionais ou regionais, componentes do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho ou de organizações não governamentais. Estes aspectos de cooperação da Convenção desempenham um papel tão importante como a própria proibição que ela impõe, na medida em que eles dão uma resposta internacional eficaz aos sofrimentos causados por estas armas.

O presente trabalho pretende aludir à interdisciplinaridade sócio jurídica e médico-legal no estudo da problemática da criança vítima de danos pessoais causados por minas antipessoais em conflitos armados e a importância da avaliação médico-legal, da sua reabilitação e conseqüentemente da sua reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pretende face ao manancial de problemáticas que assolam a sociedade é a necessidade premente de contribuir para essa mudança benéfica, escrever sobre as crianças, renovando e valorando as suas mentes, proporcionar-lhes novas aprendizagens e novas oportunidades de vida, recordar alguns princípios e valores que regulavam a vida pessoal e ordem social (a questão dos afetos, a construção identitária, a inserção social harmoniosa, as regras de vida em comum, o respeito, a honestidade, a verdade, a formação cívica e civilizada, a educação, a ordem, paz e segurança), com base na educação para saúde e direito porque no fundo, eles são parte da renovada esperança do amanhã, o futuro de um país.

Mais do que um problema de natureza meramente jurídica e de saúde, é um problema eminentemente social que obriga a uma maior implicação de toda a sociedade na procura de alternativas que permitam a sua prevenção, proteção e reabilitação.

Dessa maneira pretende-se viabilizar o regresso do jovem à sociedade e a recuperação progressiva física e psicológica da sua autonomia de decisão e de condução da sua vida de modo social e juridicamente responsável com o respeito subjacente ao princípio da dignidade e condição da pessoa humana.

A chave para o êxito futuro, passa por democratizar uma ação participativa e consertada a nível de parcerias e protocolos preconizada pelos Estados e instituições sociais e de saúde privada, pública, entidades religiosas onde a família e os próprios jovens, todos os agentes sociais e jurídicos possam estar envolvidos, onde surja daí uma força local, com ideias empreendedoras e inovadoras para garantir a segurança, educação e cidadania. Assim estar-se-á colocar tónica e a respeitar a disposição legal do n.º1 do artigo 38.º da CDC em que “Os Estados Partes se comprometem a respeitar e a fazer com que sejam respeitadas as normas do Direito Internacional Humanitário aplicáveis em casos de conflitos armado, no que digam respeito às crianças” assim como o artigo 39.º “Os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para estimular a recuperação física e psicológica e a reintegração social de toda criança vítima de: qualquer forma de abandono, exploração ou abuso; tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; ou conflitos armados. Essa recuperação e reintegração serão efetuadas em ambiente que estimule a saúde, o respeito próprio e a dignidade da criança.”

Referências bibliográficas

1. Crespo M, Andrade D, La-Saete Alves A, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças; 2011. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73522/2/73929.pdf>.
2. Durkheim E. O Suicídio. Estudo Sociológico. Lisboa: Editorial Presença; 1973. 291 e ss.
3. Lourenço N. Delinquência urbana e exclusão social. In: Sub Judice, n.º 13; 1998.
4. Machel G. Land-mines: A deadly inheritance. In: Impact of Armed Conflict on Children Unicef official Report; 1996. Disponível em: <http://www.unicef.org/graca/>
5. Magalhães T. Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático para profissionais. Coimbra, Quarteto; 2005.
6. Magalhães T. Maus tratos e violência doméstica. Universidade do Porto e Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.; 2010.
7. Magalhães T. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa. Lidel Editora; 2010^a. 147-188.
8. Rodrigues AM. Política criminal e política de minoridade, Psicologia: Teoria, Investigação e Práticas, Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho, n.º2; 1999, 285-294.
9. Tzu S. A Arte da Guerra. Publicações Europa-América; 1993.
10. Walsh NE, Walsh, WS. Demining. In: Bulletin of the World Health Organization; 2003. Disponível em: <http://www.un.org/en/globalissues/demining/>

Resumo: A pandemia do dano pessoal nas crianças em conflitos armados.

É este o mundo turbulento, enigmático e setorial em que nos inserimos e interligamos, que debita em nosso juízo uma ressonância que pressupõe uma discussão livre e amplamente participada, uma partilha de reflexão e análise sócio-jurídica e médico-legal da problemática da violação dos Direitos Humanos em palcos de guerra e conflitos armados. É neste contexto que surge a expressão subliminal “abuso” que pode apresentar consequências de ordem psicológica, física e sócio-económica e assumir diversos graus de gravidade, principalmente nas crianças. É neste ambiente de consternação que retratamos o sofrimento generalizado causado pelas minas antipessoais utilizadas em conflitos armados. O estudo desta problemática tem vindo a constituir, desde finais do século XX, uma matéria de relevância para a interdisciplinaridade das Ciências sócio-jurídicas e médico-legais no domínio da violação dos Direitos Humanos, Direitos da Criança. Assim pretende-se nesse âmbito e com este trabalho, aludir à problemática da criança vítima de danos pessoais causados por minas antipessoais em conflitos armados e a importância da avaliação médico-legal, da sua reabilitação e consequentemente da sua reinserção social.

Palavras-chave: Conflitos armados; dano corporal; abuso; direitos da criança.

Summary: Pandemic body damage on children in armed conflicts.

Is this the turbulent, enigmatic and sectoral world in which we operate and we are linked, which delivers on our judgment a resonance, that involves a free and widely participated discussion, sharing reflections and socio-legal and forensic assessment of the problematic of Human Rights violations in war scenes and armed conflicts. It is in this context that the subliminal expression “abuse” arises that may bring psychological, physical and socio-economic consequences and assume different degrees of severity, especially in children. It is in this environment that we portrayed the consternation of the widespread suffering caused by anti-personnel mines used in armed conflicts.

The study of this problematic has become, since the late twentieth century, a matter of relevance to the interdisciplinary nature of social legal and legal medicine sciences in the field of Human Rights violations, Children’s Rights. Therefore we intend to in this context and with this study, allude to the problematic child victim of body damage caused by anti-personnel mines in armed conflicts, and the importance of forensic evaluation, rehabilitation and hence about their social reintegration.

Key-words: Armed conflicts; body damage; abuses; children’s rights.

Intercâmbio

REVUE FRANÇAISE DU DOMMAGE CORPOREL

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº1, 2014

Buvat J; pp. 9-16 – *Disfunções sexuais: principais fatores orgânicos, explorações hormonais, vivência psicológica*

O autor aborda os diferentes quadros de disfunções sexuais, listando os principais fatores orgânicos na sua origem. Detalha as explorações hormonais a realizar na avaliação das disfunções sexuais. Termina abordando a vivência psicológica dos problemas sexuais do indivíduo e do casal.

Amarengo G, Soler J-M, Kerdraon J; pp. 17-27 – *Prejuízo sexual e testes pelvi-perineais*

Os autores abordam numa primeira fase os dados clínicos (interrogatório e exame clínico) úteis para o diagnóstico das lesões e, portanto, para o perito. Falam sobre as principais queixas das vítimas no que respeita ao prejuízo sexual, no homem os distúrbios eréteis (os mais frequentes), nos quais pode ser difícil distinguir o fator orgânico do psicológico ou de um elemento iatrogénico, e na mulher os distúrbios orgásmicos ou as alterações da lubrificação. Relembrem a necessidade de um exame neurológico bem conduzido (sensibilidade, alterações motoras, refletividade, equilíbrio vegetativo) que vai orientar os exames complementares e a decisão terapêutica.

De seguida abordam detalhadamente as explorações eletrofisiológicas perineais: exame de deteção dos músculos perineais, análise das latências sagradas, das latências distais motoras do nervo pudendo, dos potenciais evocados somatossensoriais corticais do nervo pudendo, os potenciais evocados cutâneos simpáticos (PECS), os limiares de perceção sensitiva, a velocidade de condução sensitiva do nervo dorsal do pénis.

Todos estes testes eletrofisiológicos permitem documentar de forma objetiva as lesões neurológicas sequelares e também, por vezes, fixar o prognóstico lesional.

Ribes P, Aouar L; pp. 29-33 – *La vida afetiva e sexual dos acidentados medulares. O ponto de vista da Associação dos paralisados de França*

Os autores, membros ativos da Associação dos paralisados de França (APF), desenvolvem uma proposta para o reconhecimento duma vida afetiva, sentimental e sexual das pessoas em situação de handicap, em particular dos acidentados medulares.

Sublinham que as pessoas em situação de handicap *têm dificuldades em falar da sua sexualidade, de explicar o seu desejo, de aceder à sensualidade e à sexualidade pelos seus próprios meios. Os pais de crianças em situação de handicap são confrontados com estas situações delicadas.*

Fazem propostas concretas: direito à autodeterminação neste domínio e ao gozo pleno e integral do seu espaço privado, educação para uma vida afetiva e sexual para crianças e adolescentes em situação de handicap, sensibilização, informação e formação dos profissionais do setor sanitário e social, criação de serviços de acompanhamento sexual, suporte financeiro completo de camas adaptadas duplas.

Propõem ainda modificar a missão de peritagem tipo, introduzindo um prejuízo sexual temporário, um prejuízo sexual dos próximos, a responsabilização total pelas ajudas técnicas específicas.

Mauroy B; pp. 35-37 – *Modalidades de indemnização do prejuízo sexual e critérios de apreciação*

O autor relembra que o prejuízo sexual, antes tido em conta como parte do prejuízo funcional, logo da IPP, é agora um prejuízo específico, autónomo e indemnizado como tal.

É definido por várias componentes, que podem estar afetadas separadamente.

Este prejuízo sexual é difícil de verificar, logo de afirmar.

O autor propõe definirem-se critérios de avaliação, estabelecer até uma tabela.

Hédouin V, Gosset D; pp. 39-43 – *As regras da imputabilidade em matéria de prejuízo sexual*

Em peritagem amigável ou judicial, a questão relativa ao prejuízo sexual faz parte integrante das novas missões, e o perito deve dar-lhe resposta, se necessário coadjuvado por um perito na matéria.

Antes de estabelecer o caráter sequelar, se as lesões estão estabilizadas e não suscetíveis de evoluir, deverá desde logo assegurar-se da verdade dos factos traumáticos iniciais, somáticos e/ou psíquicos (importância do certificado médico inicial), e expor os mecanismos lesionais que conduziram ao dano. Discutirá a imputabilidade desses factos, segundo os critérios gerais descritos por Simonin, depois de ter estudado o estado anterior e excluído uma causa estranha.

Sobre a questão da repercussão sexual, o médico perito deve, imperativamente, conduzir sozinho a discussão de uma forma independente a partir de um interrogatório minucioso da vítima, adaptado caso a caso, em função do contexto, frequentemente apenas perante médicos, reportando o essencial no final da reunião aos não-médicos, para respeitar o contraditório.

As provas formais raramente são obtidas, expeto em caso de atingimento orgânico evidente objetivado pelo resultado dos exames imagiológicos e as explorações funcionais.

Pertencerá portanto ao perito esclarecer o regulador ou magistrado, com bases médicas e científicas e expor que leque de presunções, graves, precisas e concordantes, carrega a sua convicção.

Sulman T; pp. 45-51 – *Prejuízo sexual: o papel do perito*

O prejuízo sexual é um prejuízo de caráter permanente. A repercussão temporária sobre as atividades sexuais está incluída no défice funcional temporário (DFT).

Para o médico perito é necessária uma abordagem psicológica específica, deixando à vítima a possibilidade de se exprimir sobre este distúrbio íntimo. Mesmo que deva dar provas de empatia, deve fazer um diagnóstico sequelar, definir uma imputabilidade, propor uma avaliação descritiva para o regulador. Propõe uma abordagem em seis pontos: estado anterior e biografia, causa do dano sexual, alterações invocadas, exame clínico e exames complementares, imputabilidade e realidade do distúrbio, eventuais meios de substituição.

Para quantificar o dano lembra que as tabelas avaliam a perda de um órgão e a esterilidade. Para além das afetações puramente orgânicas, certas escalas são úteis, sabendo-se que é pedido ao perito descrever os sintomas e a sua intensidade.

Béjui-Hugues H; pp. 53-61 – *Algumas nuances do prejuízo sexual*

Antes da consolidação, o prejuízo sexual não tem qualquer existência própria. O prejuízo sexual permanente toma um caráter autônomo nos anos 1990 e é consagrado pela nomenclatura Dintilhac em 2005.

A melhor maneira de individualizar o dano é descrevê-lo claramente, precisando a sua natureza exata, explicando em que é que ele se distingue da taxa de AIPP proposta.

Exemplos retirados da jurisprudência mostram que a indemnização é personalizada em função do que o perito refere no seu relatório.

O prejuízo do estabelecimento a longo prazo está associado ao prejuízo sexual. Este prejuízo pessoal, autônomo, é atualmente definido claramente pela nomenclatura Dintilhac.

Encontra-se em curso um debate sobre a possibilidade de apelar a “acompanhantes sexuais” para uma vida afetiva e sexual das pessoas em situação de grande handicap. Isto coloca problemas éticos e jurídicos: em que momento este passa apenas da presença para a mercantilização do corpo?

Simonnet J-H, Favier T, Simonnet M, Estève V, Serwier J-M; pp. 63-73 – *As complicações vasculares da cirurgia do joelho. Estudo da sinistralidade em 15 anos a propósito de 25 casos retirados de dados de seguradoras*

As lesões vasculares em cirurgia ortopédica do joelho são raras, e o diagnóstico por vezes difícil. O atraso no tratamento ensombra o prognóstico. A literatura relata alguns casos clínicos. Os autores expõem aliás os aspetos médicos de uma série retirada de uma revista de cirurgia.

Foi estudada a base de dados de uma importante seguradora francesa. A frequência da lesão é aproximadamente de 1 para 100 000 procedimentos cirúrgicos.

Todos os tipos de cirurgia ortopédica podem ser considerados: artroplastias, osteotomias, artroscopias, ligamentoplastias...

A frequência da complicação é baixa, mas as sequelas são potencialmente graves, o que, em nossa opinião, não se deve considerar sem impacto no dever de informar.

A experiência do operador não protege o paciente desta complicação, que sobrevem subitamente numa carreira cirúrgica. Assim que revimos a série, tivemos acesso às decisões judiciais e das comissões de conciliação e de indemnização (CCI) constantes nesses dossiers. Ficamos surpreendidos por encontrar uma grande parte das decisões atribuindo completamente a responsabilidade ao cirurgião por “má prática”. Trata-se frequentemente de

um defeito de informações precisas dadas pelo perito no desenrolar da intervenção e, particularmente, o facto de que a quase totalidade das intervenções do joelho se fazem por via anterior, sem qualquer visibilidade dos elementos vasculares posteriores.

Esta situação parece-nos dever ser analisada à luz da literatura científica.

O diagnóstico clínico torna-se difícil e frequentemente deferido, mais frequentemente devido a um excesso de confiança na qualidade da atuação. A colaboração com o cirurgião vascular deve ser imediata e mesmo antecipada numa rede de cuidados. O atraso na toma de cuidados, por vezes importante, pode constituir uma perda de hipótese de cura.

Vincent D; pp. 75-80 – *A melioidose: a propósito de um caso e reflexão sobre a imputabilidade*

A melioidose é uma doença secundária à contaminação pela *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*) presente nas zonas tropicais e, nomeadamente, no Sudeste asiático. A sua expressão clínica é aguda e em seguida crónica e, eventualmente, hiperaguda. O prognóstico clínico é assustador devido à má sensibilidade desta bactéria à maior parte dos antibióticos. Relatamos o caso de um paciente que rapidamente faleceu devido à forma hiperaguda da doença, no qual a mediastinoscopia diagnóstica das adenopatias mediastínicas, complicada por lesão vascular corretamente tratada, levou a um contencioso devido a esta simultaneidade temporal. Neste caso discutimos o papel do estado anterior e desta infeção na morte, demonstrando o carácter direto e exclusivo. Após a identificação do agente infeccioso, a informação dada à família e ao paciente deve ser a mais completa possível, nomeadamente em termos de prognóstico devido ao agente, a fim de, na medida do possível, prevenir o contencioso.

Resumos dos artigos publicados no volume 40, nº2, 2014

Hassani H, Slama J; pp 125-147 – *A contribuição da imagiologia para a discussão da imputabilidade das fracturas vertebrais por compressão no idoso*

As fracturas vertebrais por compressão são uma patologia frequente. No contexto da peritagem médica, o papel do perito é estabelecer a imputabilidade

das lesões do sinistrado ao acidente, tendo em conta o seu estado anterior. Na pessoa idosa, a importância do estado anterior faz com que não seja simples estabelecer ou excluir a imputabilidade de uma fractura vertebral por compressão num determinado acidente sem uma análise precisa da avaliação imagiológica.

Os autores discutem os critérios de imputabilidade das fracturas vertebrais por compressão através de exames imagiológicos, nomeadamente radiológico e ressonância magnética, ilustrando casos clínicos com imagens.

O perito médico deve saber consultar as imagens disponíveis e reconhecer os pontos-chave, para não cometer nenhum erro médico-legal na apreciação do dano corporal.

Soderlund C, David T, Gromb-Monnoyeur S, Vital J-M; pp 149-162 – *Lise ístmica e espondilolistese: implicações médico-legais*

A lise ístmica e as espondilolisteses lombares são lesões frequentes na população geral. Na maioria das vezes são assintomáticas e de descoberta fortuita.

A sua associação a um traumatismo levanta o problema da imputabilidade deste na génese da lesão.

O conhecimento da anatomia e da fisiologia destas lesões contribui para a resposta que pode ser mais concisa com o auxílio dos modernos exames imagiológicos.

Com base nos argumentos propostos pelo D. Daupleix e P. Dreyfus em 1983, os autores propõem um algoritmo decisional.

Jeffroy G, Parize F, Pierron O; pp 163-173 – *Estudo dos factores de risco preditivos de cronicidade da lombalgia*

Os autores procuram identificar os factores preditivos da lombalgia, especialmente da lombalgia crónica através de uma revisão da literatura. O nível de prova científica de grau A ou B dos estudos publicados sobre os factores preditivos da evolução crónica das lombalgias agudas é satisfatório. Estes estudos permitem estabelecer critérios simples e precisos que podem ser utilizados na elaboração de um questionário tipo para usar aquando da subscrição de um contrato de seguro pessoal. O questionário comportaria várias partes que incluem níveis de prova científica de grau A, tais como os antecedentes de lombalgia, a autoavaliação da satisfação no trabalho e o

sentimento de mau estado de saúde, ou de grau B, tais como os factores sócio-profissionais e psicológicos e a intensidade de actividade física no trabalho.

Hallacq P; pp 175- 184 – *Estenose do canal lombar e incapacidade de trabalho*

A estenose do canal lombar resulta de um conflito entre o continente (a estrutura raquidiana osteo-disco-ligamentar) e o conteúdo (saco dural e raízes da cauda equina) a nível lombar.

Trata-se, o mais frequentemente, de uma patologia funcional do indivíduo idoso. Contudo, esta patologia pode ser observada no indivíduo jovem, activo, provocando então uma incapacidade de trabalho tanto na fase de tratamento conservador como após intervenção cirúrgica, cuja indicação está na incapacidade funcional e na dor e não nas medidas do canal realizadas através de exames imagiológicos. A estenose do canal lombar não é reconhecida como doença profissional.

O papel do perito médico é identificar esta doença músculo-esquelética e avaliar se é incapacitante, e quando indicado reconhecer-lhe o carácter profissional e propor uma reclassificação profissional para evitar o agravamento das lesões e o não retorno ao trabalho.

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº3, 2014

Dubec M; pp. 227-233 – *Segredo, sigilo médico e perícias psiquiátricas*

Para que haja segredo, tem de haver comunicação entre dois seres, uma partilha confidencial, mas que, de facto, se destina a ser espalhado e revelado. O segredo médico é difícil de manter e de conservar esta ligação perfeita entre médico e doente, hoje ultrapassada por uma nova ideologia, a da transparência, auxiliada por meios de comunicação modernos via internet e redes sociais.

Em psiquiatria, é o exame clínico que, privado de exames complementares objectivos, garante a apreciação diagnóstica. O estudo da biografia é a esfera de investigação mais valiosa e a mais delicada em peritagem.

O caso mais difícil para o psiquiatra é justamente quando faz o diagnóstico de distúrbio mental na origem dum quadro sequelar. É um problema real de consciência de revelação do segredo médico. O psiquiatra é susceptível de revelar um diagnóstico não conhecido até ao momento pelo interessado, pelos médicos, pelos advogados e pelos juízes.

As necessidades em penal tendem a fazer romper as noções de confidencialidade e de segredo médico e levam, por vezes, a uma tensão conflitual entre o juiz e o médico.

No civil, o psiquiatra é frequentemente solicitado pelo colega clínico de quem ele é precioso auxiliar. Há, neste caso, uma certa harmonia e um enriquecimento entre especialistas.

Cressard P; pp. 235-243 – *Sigilo médico, peritagem, partilha de informação*

O sigilo não é oponível ao paciente. Ele é imposto a todos os médicos nas condições estabelecidas pela lei. Espera-se do médico uma discrição total (mesmo do que ele possa ter tido conhecimento para além dos cuidados prestados). Mesmo entre médicos, o segredo não se partilha com os que não participam na prestação de cuidados do mesmo doente.

O autor, após relembrar os principais textos que regem o segredo profissional médico, desenvolve o que isso implica em termos de perícias solicitadas judicialmente, no âmbito da segurança social ou da função pública, em acidentes médicos e no âmbito de seguros.

Pansier FJ; pp. 245-252 – *Estado anterior, confidencialidade e sigilo médico*

O carácter absoluto do segredo médico é conhecido desde a origem da medicina. Não sendo o juiz competente no campo da medicina, a peritagem, portanto o perito, desempenha um papel considerável. A questão do segredo médico absoluto e da confidencialidade é assim a primeira a colocar-se.

O estado anterior é frequentemente colocado, porque é no domínio dos seguros que a fraude é mais frequente.

Na prática:

-ou o segurado renuncia ao benefício do segredo e os documentos abrangidos pelo segredo podem ser fornecidos à seguradora e utilizados por esta;

-ou o segurado não renuncia e nenhum uso pode ser feito destes documentos, e cabe ao juiz apreciar se este comportamento tende a fazer respeitar um interesse legítimo, podendo esta apreciação ter lugar após uma medida de instrução.

Flory-Reverberi M; pp. 253-259 – *Incapacidade profissional: particularidades em seguros pessoais*

A incapacidade profissional tem um certo número de particularidades específicas nos seguros pessoais. Além disso, a missão confiada aos médicos peritos inscreve-se num quadro contratual que liga o segurado e a seguradora.

As principais garantias de incapacidade profissional são representados pela incapacidade temporária (incapacidade temporária parcial - ITP), incapacidade temporária total (ITT), incapacidade de trabalho definitiva (ITD) e invalidez específica AERAS (*s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*– Seguros e Empréstimo com Risco de Saúde Agravado).

A invalidez específica AERAS é uma disposição da convenção AERAS revista, assinada a 1 de fevereiro 2011 e que entrou em vigor a 1 de setembro de 2011. Quando a garantia de invalidez de base não pode ser concedida na íntegra, as seguradoras estudam a possibilidade de atribuir a garantia de invalidez específica (GIS) AERAS.

Lembre-mos que nos seguros pessoais as modalidades destas diferentes garantias não são sempre sobreponíveis às fixadas em direito comum e pelos organismos sociais.

Bullock F, Guien J, Rey A; pp. 261-270 – *Distúrbios músculo-esqueléticos do ombro: risco profissional e seguro individual*

A patologia do ombro representa a causa mais frequente de distúrbios músculo-esqueléticos dos membros superiores (DMS-MS), em particular a patologia articular e tendinosa peri-articular. No plano profissional, as pessoas expostas ao risco de desenvolver uma tal patologia beneficiam de meios de despistagem que permitem enquadrar melhor este risco no seio da empresa e de possibilitar a atribuição do seu controle pelo seguro de doença, como doença profissional. A obrigação de certas empresas, no contexto da sua adesão a convenções colectivas, de subscrever, para os funcionários, contratos de seguros de grupo, a título individual ou não, coloca o problema de avaliação do risco e da atitude contratual em função deste.

A possibilidade de segurar um grupo de funcionários no contexto de um quadro de contrato colectivo responde às mesmas exigências dum contracto individual: além da precedência, que é uma constante, o risco estatístico representado pela atividade profissional e idade, variável essencial na abordagem destas patologias, entram em jogo de forma significativa para a avaliação do risco.

Gonzales P, Lancelle E; pp. 271-281 – *Hepatite viral E: possibilidade de seguro desta doença emergente*

O vírus da hepatite E (VHE), nos países em vias de desenvolvimento, é responsável por grandes epidemias de hepatite aguda por transmissão oro-fecal, de reservatório humano. É endémico, com apresentações clínicas semelhantes às da hepatite A, sempre agudas e quase sempre benignas.

Nos países industrializados trata-se de casos esporádicos autóctones, em regiões não endémicas, de transmissão zoonica, que podem cursar com formas extra-hepáticas severas e crónicas mais frequentes em terrenos imunodeprimidos.

O vírus tem quatro genotipos, mas um único serotipo. O diagnóstico recai no estudo serológico e na reação de polimerização em cadeia (PCR) viral no sangue e fezes. O tratamento é sintomático e nos casos crónicos ou severos é utilizado interferão alfa ou ribavirina. Encontram-se em estudo duas vacinas.

No contexto de seguros, a classificação de uma pessoa com hepatite E não evoluiu radicalmente. A resposta actual é sobretudo favorável à aceitação normal do candidato ao seguro.

Nahchine A, Ritter P, Tepaz N; pp. 283-287 – *O recurso a especialista de neurologia e/ou neuropsicologia*

Um médico perito, mesmo que tenha experiência em casos graves deve ser atento, eficaz, disponível e sobretudo permanecer humilde e saber quando passar o caso a um especialista. Deve, desde o seu primeiro contacto, preparar um dossier o mais completo possível e, nos casos de traumatismos cranianos graves, dispor de exames imagiológicos de qualidade.

Nestes dossiers em particular pode solicitar apoio de um neurologista, de um psiquiatra e/ou de um neuropsicólogo. Os autores especificam em que circunstâncias este recurso é recomendado ou necessário, tanto em adultos, como em crianças ou idosos.

Steinbach G; pp. 289-295 – *Um diagnóstico esquecido: o síndrome de Münchhausen*

A partir de um caso clínico “inquietante” são evocados os desvios de certas decisões mas sobretudo a realidade desta afecção pantomímica muitas vezes ignorada (a diferenciar do síndrome de Münchhausen por procuração).

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº4, 2014

Agnello M-F; pp 327-331 - *Os avanços tecnológicos das próteses em indivíduos amputados*

As próteses utilizadas para substituição de membros amputados beneficiam de constantes avanços tecnológicos, daí a comercialização regular de novos modelos mais eficientes com vista a melhorar a autonomia e a segurança dos amputados, concedendo-lhes a possibilidade de exercerem uma actividade profissional. Nas pessoas com amputações dos membros superiores verifica-se um aumento significativo da autonomia, na medida em que numerosas actividades bi-manuais do quotidiano passam a ser executadas de forma autónoma, diminuindo a duração da ajuda de terceira pessoa.

As próteses electrónicas dos joelhos e dos pés controladas por microprocessador proporcionam uma maior segurança na marcha, podendo adaptar-se a qualquer tipo de piso. As novas mãos protéticas, actualmente comercializadas, têm cinco dedos articulados que conferem uma boa e eficaz preensão bem como, e podem ser associadas a um módulo de pronosupinação. No entanto, este tipo de próteses requer um bom potencial muscular e uma coto de boa qualidade.

Algumas próteses são compatíveis com a água, na medida em que se tornaram impermeáveis.

Existem próteses concebidas com um fim estético: são em silicone com pigmentação personalizada, contudo em virtude do seu custo não são suportadas pelas entidades sociais. As que o são, não são verdadeiramente estéticas. Todas estas tecnologias têm muitas vezes um elevado custo que limita a sua prescrição. Algumas encontram-se inscritas na lista francesa dos produtos e prestações reembolsáveis (LPPR) e podem ser asseguradas se respeitarem os critérios do protocolo definido pela Caixa Primária de seguro de doença (CPAM).

Em virtude dos avanços tecnológicos na área dos aparelhos protéticos, frequentemente são comercializadas novas peças com vista a melhorar a autonomia dos indivíduos amputados. Graças a materiais mais resistentes e leves bem como à utilização de descobertas no âmbito da aeronáutica e da ciência aeroespacial, procuram desenvolver-se próteses cada vez mais sofisticadas, cujo objectivo é superar a perda de autonomia inerente à amputação de um membro com um outro artificial que permita uma melhor funcionalidade.

Varichon P, Maria L; pp 333-340 - *A avaliação da necessidade de terceira pessoa: a necessária complementaridade do médico e do terapeuta ocupacional*

O estudo da aptidão para as actividades da vida diária numa lesão medular ou num traumatismo craniano permite decidir sobre as necessidades de apoio técnico e humano.

Parece que, em determinados casos, o perito médico não pode abdicar da colaboração de um terapeuta ocupacional, correndo o risco de basear as suas conclusões num insuficiente conhecimento científico.

O decreto de 5 de Julho de 2010, que define as actividades e competências dos terapeutas ocupacionais também menciona várias vezes o papel e a capacidade destes em recomendar, informar e aconselhar em matéria de ajuda humana.

O perito médico pode recorrer a um especialista em terapia ocupacional que num contexto semiológico definido pelo perito médico. Cabe ao médico fazer o diagnóstico, pronunciar-se sobre a imputabilidade médica, avaliar se a dependência é permanente e se é possível prever-se uma evolução no sentido da sua atenuação ou cessação.

A avaliação da dependência de terceira pessoa encontra-se naturalmente na interface das competências do terapeuta ocupacional e do médico.

Ehrlé N, Tepaz N, Bakchine S; pp 341-355 - *A avaliação neuropsicológica: contribuições e limites periciais*

O exame neuropsicológico fornece argumentos essencialmente probabilísticos. Os resultados absolutos obtidos numa avaliação não fornecem uma certeza diagnóstica, eles devem ser cautelosamente interpretados e comparados com outros dados (clínicos, neuroimagingológicos, análise psiquiátrica...).

Quando o examinador identifica um processo deficitário numa determinada tarefa, a fiabilidade do diagnóstico será reforçada pela coerência com outras três fontes de informação: coerência psicométrica (existência de distúrbios em outras tarefas envolvendo o mesmo processo), coerência ecológica (presença de dificuldades nas actividades da vida diária e no desenvolvimento de próteses cognitivas minimizando o impacto dessa disfunção) e coerência anatómica (conhecimento das estruturas lesadas no paciente).

A nível pericial, a psicometria é complexa. Os ensaios são frequentemente inadequados para pacientes com lesão cerebral. A psicometria não consiste em inferir um défice a partir de um score deficitário e uma normalidade a partir de um score normal. Trata-se de determinar o atingimento de processos afetados ou preservados a partir de respostas do paciente analisadas à luz dos

modelos e dos conhecimentos anatómicos do médico e da sua observação clínica.

O relatório neuropsicológico deve ser obrigatoriamente constituído por duas partes, a primeira incluindo os resultados absolutos obtidos e a segunda a interpretação desses resultados. Um relatório que fornece apenas uma interpretação isolada não tem qualquer valor pericial.

Neste trabalho, os autores procuram ilustrar as suas afirmações com alguns exemplos concretos e terminam especificando a contribuição da avaliação neuropsicológica relativamente aos critérios de imputabilidade de Müller e Cordonnier.

Defouilloy C, Pleskof A, Meyer G, Isorni C, Queval A, Fardellone P; pp 357-368 - *Sobrevivência à paragem cardíaca e seguro pessoal*

As doenças isquémicas representam a segunda causa de mortalidade em França. Uma das complicações dramáticas é representada pela ocorrência da paragem cardíaca (AC).

A partir dos registos de sobreviventes de dois serviços de reanimação que foram submetidos a uma angiografia coronária na sua abordagem inicial, foi possível analisar a sua evolução, particularmente no que se refere à retomada das actividades precedentes e suas condições de autonomia e independência (AGGIR).

Todos os sobreviventes mantiveram o seu nível actividade anterior à paragem cardíaca, bem como ausência de dependência.

Em termos de seguro pessoal, aparece um novo grupo de pacientes (paragem cardíaca com repercussão endocoronária) que, após o episódio agudo, apresentam um risco aparentemente idêntico ao da população com doença coronária que nunca sofreu uma paragem cardíaca.

Esta população não parece justificar uma exclusão *a priori*. A aplicação de um prémio adicional com base nos registos clínicos e numa avaliação não invasiva parece adequada.

Neste contexto, relata-se o caso de um paciente a quem foi concedido um empréstimo, embora ele já tivesse sido vítima de uma paragem cardio-circulatória.

Kremer R; pp 369-376 - *Acidentes de trabalho e doenças profissionais: a reforma indispensável*

Ao estabelecer-se um mecanismo automático de reparação por presunção da imputabilidade de um acidente “ocorrido como resultado ou no decurso do trabalho”, com uma indemnização fixa através da atribuição de uma taxa incapacidade permanente e evitando qualquer má conduta do empregador (imunidade civil, sem conduta dolosa ou indesculpável), a legislação dos acidentes de trabalho(1898) e das doenças profissionais (1919) tem constituído desde há muito tempo um verdadeiro progresso no contexto social e na reparação do dano corporal relacionado com a actividade profissional.

No entanto, devido à “relativa imobilidade” do regime de seguro de acidentes de trabalho (AT) e doenças profissionais (DP), com evoluções que estão mais relacionadas com o “juiz” do que com o “legislador”, o montante indemnizatório proposto pelo regime dos riscos profissionais é claramente mais baixo, se comparado com outros regimes de reparação que permitem uma reparação integral dos danos (Lei de 5 de Julho de 1985 que instituiu um regime especial de indemnização para as vítimas de acidente de viação em que está envolvido um veículo terrestre a motor), Comissão de indemnização das vítimas de infracções (CIVI), Fundo de indemnização das vítimas do amianto (FIVA), Comissão de conciliação e indemnização (CCI), Conselho Nacional de indemnização dos acidentes médicos, das doenças iatrogénicas e das infecções nosocomiais (ONIAM)... Surge recorrentemente e cada vez é mais premente a necessidade de uma renovação no sistema de reparação dos AT/DP – no sentido da reparação “integral”? - neste período (e no futuro?) que a tal não é de todo favorável...

Diallo A-O, Bah M-L, Bah H, Bah A-A, Sidibé M; pp 377-385 - *Os traumatismos do nariz: aspectos epidemiológicos, clínicos e médico-legais no CHU Ignace-Deen em Conakry (Guiné)*

Neste estudo são apresentados os aspectos epidemiológicos e clínicos das fracturas do nariz e a avaliação das sequelas médico-legais numa população de pacientes internados no Hospital Nacional Ignace-Deen de Conakry.

Este é um estudo transversal e descritivo durante um período de 12 meses, referente a todos os pacientes com fracturas que foram recebidos na Consulta de vitimologia no serviço de medicina legal com um certificado inicial de lesões intencionais e os recebidos no serviço de Otorrinolaringologia por traumatismo do nariz decorrente de uma agressão. As fracturas do nariz representaram 9,44% das consultas, com uma predo-

minância do género masculino de 59,35% (ratio entre géneros: 1,5). A idade média dos pacientes foi de 35 anos, com os extremos de 14 e 60 anos. A via pública foi o principal local onde decorreu a agressão, com 52,03% dos casos e as agressões físicas a principal etiologia, com 88,62% dos casos. As lesões mais frequentemente observadas foram fracturas dos ossos próprios do nariz, com 20,07% dos casos. De acordo com a gravidade da lesão, 66,67% dos pacientes tiveram uma ITT entre 0 e 8 dias.

O traumatismo do nariz é uma condição relativamente frequente do nosso quotidiano. A facilidade no diagnóstico não deve fazer-nos descurar as questões médico-legais associadas a esta patologia.

Noticiário

Reuniões Científicas

XXièmes Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale

24 a 25 de fevereiro de 2014, Paris, França
<http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr>

XXIII Reunião Anual de Medicina Dentária e Estomatologia de Coimbra

3 a 5 de abril de 2014, Coimbra

4º Congresso Prevenir e Reparar - Crescer e Envelhecer na Estrada

21 de maio de 2014, Lisboa
cofinaeventos@cofina.pt
<http://congressoprevenirereparar2014.negocios.pt>

XXIII Congresso Nazionale Medico Giuridico Associazione M. Gioia

23 a 24 de maio de 2014, Pisa, Itália
info@improntesrl.it
<http://www.improntesrl.it>

17th International Congress on Oral Pathology and Medicine

26 a 30 de maio de 2014, Istambul, Turquia
<http://www.iaop2014istanbul.org>

V Jornada Científica de la Asociación Galega de Médicos Forenses - “Formación: derecho e deber”

6 de junho de 2014, Vigo, Espanha
asociacion.galega.mf@gmail.com
<http://www.agmf.es>

18th World Congress on Dental Traumatology

19 a 21 de junho de 2014, Istambul, Turquia
iadt@iadt-dentaltrauma.org
<http://www.iadt-dentaltrauma.org/>

Seminário sobre Reparação do Dano Corporal em Portugal

28 de junho de 2014, Coimbra
geral@apadac.net
www.apadac.net

22nd International Symposium on the Forensic Sciences

31 de agosto a 4 de setembro de 2014, Adelaide, Austrália

<http://www.aomevents.com/ANZFSS2014>

2º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícias Médicas, XII Congresso Brasileiro de Odontologia Legal, IX Congresso Brasileiro de Direito Médico da Saúde

3 a 6 de setembro de 2014, Florianópolis, Brasil

www.abmlpm2014.com.br

Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) - 3 a 6 de setembro de 2014, Porto

<http://www.fpce.up.pt/iatso2014>

<http://www.iatso.org>

XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal

2 e 3 de outubro de 2014, Madrid, Espanha

sevdc2014@seatra.es

<http://www.congresosevdc2014.es>

World Forensic Festival

13 a 18 de outubro de 2014, Seul, Coreia

<http://www.wff2014korea.org/>

1as Jornadas de Sinalização, Segurança Rodoviária e Dano Corporal

6 de novembro de 2014, Coimbra

geral@afesp.pt

<http://www.afesp.pt>

Valoración de las Lesiones Traumáticas de los Órganos de los Sentidos - 14 de

novembro de 2014, Barcelona, Espanha

www.acmf.cat/PROGRAMA%20XII%20JORNADAS%20VDC.pdf

Inscrição gratuita

23rd Congress of the International Academy of Legal Medicine

19 a 21 de janeiro de 2015, Dubai, Emirados Árabes Unidos

<http://www.ialmdubai.ae/>

Il danno alla persona in responsabilità civile

27 e 28 de fevereiro de 2015, Pisa, Itália

info@melchiorregioia.it

<http://www.melchiorregioia.it/>

XXIV Congresso nazionale melchiorre gioia

27 e 28 de fevereiro de 2015, Pisa, Itália

<http://www.melchiorregioia.it/>

info@melchiorregioia.it

VII Congresso Hispano-Luso de Avaliação do Dano Corporal

1 e 2 de maio de 2015, Porto

centro.estudos.ml@gmail.com

<http://adc-mlcf.org>

IV Congresso Ibérico de Medicina Legal e Ciências Forenses

1 e 2 de maio de 2015, Porto

centro.estudos.ml@gmail.com

<http://adc-mlcf.org>

XIX Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático Coimbra

De janeiro a julho de 2014 decorreu na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra a décima nona edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, organizado pelo Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, com o apoio científico da área de Ciências Médico-Legais e Ético-Deontológicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal.

O curso foi frequentado, com aproveitamento, por 32 licenciados em Medicina e um licenciado em Direito.

IV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático Brasil

Em abril de 2014 iniciou-se no Brasil, em Belo Horizonte, o IV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, organizado pela PERFORMO - Perícias Forenses Médicas e Odontológicas (Belo Horizonte) em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal e com o apoio científico da área de Ciências Médico-Legais e Ético-Deontológicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC), que envolveu auditores provenientes de diversos Estados do Brasil. Uma das semanas letivas decorreu na Faculdade de Medicina da UC.

4º Congresso Prevenir e Reparar - Crescer e Envelhecer na Estrada

Mais uma vez a Liberty, com a colaboração da APADAC e do INMLCF, levou a efeito o Congresso *Prevenir e remediar*, desta vez sob o tema *Crescer e envelhecer na estrada*.

Debateram-se os desafios da segurança rodoviária e reflectiu-se sobre o tema do envelhecimento e o seu impacto na condução.

Os trabalhos decorreram na Faculdade de Medicina Dentária, em Lisboa, no dia 21 de maio, com a participação de associados da APADAC.

Seminário sobre Reparação do Dano Corporal em Portugal

No dia 28 de junho, no auditório da Idealmed, em Coimbra, teve lugar um Seminário sobre *Reparação do Dano Corporal em Portugal*, tendo sido apresentadas e discutidas ao longo do dia a perspetiva das Seguradoras e também a perspetiva judicial relativamente à reparação do dano em Portugal.

Voto de louvor ao Presidente da Direção da APADAC

Pelas 14 horas do dia 28 de Junho, antes do início dos trabalhos da tarde do seminário sobre Reparação do Dano Corporal em Portugal, teve lugar uma Assembleia Geral da APADAC.

No início da Assembleia, antes da ordem do dia, o Senhor Presidente da Mesa da Assembleia Geral, Dr. Jerónimo Coelho dos Santos, propôs um voto de louvor ao Senhor Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira, a propósito da atribuição do “Douglas Lucas Medal 2014”, prémio da Academia Americana de Ciências Forenses atribuído, apenas de três em três anos, a um especialista forense que se tenha destacado particularmente pela contribuição dada para o desenvolvimento das ciências forenses a nível internacional e também pela sua eleição para presidente do Conselho Científico do Procurador do Tribunal Penal Internacional.

O voto, transcrito abaixo, foi aprovado por unanimidade.

“Em preliminar à ordem de trabalhos desta Assembleia, na qualidade de presidente da mesa da assembleia geral da APADAC, não posso de deixar de realçar acontecimentos que nos prestigiam e que, estou certo, todos entendemos que merecem público reconhecimento.

A pretexto da atribuição do prémio Douglas Lucas 2014 da Academia Americana de Ciências Forenses e da eleição para Presidente do Conselho Científico Consultivo do Procurador do Tribunal Penal Internacional – ambas por unanimidade - surge a ocasião de dar público reconhecimento na APADAC ao Prof. Duarte Nuno Vieira.

Receber o mais prestigiado prémio internacional para as ciências forenses, passando a fazer parte do restrito grupo de seis cientistas forenses que, no mundo, viram o seu trabalho, contributo, capacidades e influência na evolução das ciências forenses distinguidos, é acontecimento que honra, de forma ímpar, quem recebe mas também a sua/nossa comunidade científica forense.

Conjugando o prémio Douglas Lucas com a eleição para Presidir ao Conselho Científico Consultivo do TPI, temos tudo dito quanto ao reconhecimento global do mérito e do trabalho do Prof. Duarte Nuno.

Qualquer súmula mais que se fizesse das distinções, da actividade, dos cargos e funções internacionais e nacionais do Prof. Duarte Nuno, pecaria por defeito, melhor, por duplo defeito, pois muito ficaria por dizer e o que se dissesse já foi dito por outros, seguramente melhor e com autoridade idêntica à do destacado.

A concorrer com as individualidades de mérito está o reconhecimento, plural e constante, pelas mais importantes instituições internacionais para as ciências forenses e de outras universais e de fins gerais, como a Cruz Vermelha Internacional e a Organização das Nações Unidas e, não podemos esquecer, por inúmeros governos de outros países dos mais diversos pontos do globo, pelos seus contributos científicos, académicos, periciais e em defesa dos direitos humanos.

Cabe, outrossim, destacar o que é nossa propriedade, a relação com a pessoa atrás do profissional e as suas qualidades humanas. Sobre esta matéria, é inquestionável que cada um tem autoridade própria não subordinada a nenhuma outra e, investido dessa autoridade, é da mais elementar justiça reconhecer a permanente disponibilidade, apoio, interesse e humildade de Duarte Nuno Vieira. Pessoa que não se furta ao contacto, que mantém a proximidade com todos com que privou, que responde a cada solicitação com um contributo, uma ajuda, um indicar de caminho, pessoa com uma capacidade de gestão, de liderança, suportada numa comunicação persuasiva que transforma o conflito numa diferença e logo depois num acordo, senão num consenso. Estas qualidades pessoais, tanto quanto as profissionais, têm funcionado como o garante da união, da unidade, do desenvolvimento, do crescimento e do reconhecimento internacional do conjunto e de cada um dos peritos e especialistas, bem como dos entes, serviços e órgãos, públicos e privados, da comunidade médico-legal e das ciências forenses portuguesas.

Por tudo, é, seguramente, devido que a APADAC reconheça o mérito da pessoa do Prof. Duarte Nuno Vieira, seu Presidente e o seu inestimável contributo para o reconhecimento global da medicina legal e das ciências forenses e dos profissionais em Portugal, através de um voto de louvor desta Assembleia.

É o que submeto à vossa aprovação.”

Perante a proposta, a Assembleia da APADAC entendeu fazer seu o louvor ao seu Presidente, o Prof. Dr. Duarte Nuno Vieira, aprovando-a por unanimidade

Entrega do Douglas Lucas Medal Award 2014 ao Presidente da APADAC World Forensic Festival, Seul, Outubro de 2014

Em Seul, Coreia do Sul, decorreu de 13 a 18 de outubro de 2014 o World Forensic Festival - New Horizon in Forensic Sciences - que juntou o 20th World Meeting of the International Association of Forensic Sciences (IAFS 2014), o 6th Asian Forensic Sciences Network Annual Meeting & Symposium (ASFN 2014) e ainda o 5th Meeting of the Asia Pacific Medico-Legal Association (APMLA 2014)

Durante o evento foi entregue ao Professor Duarte Nuno Vieira, presidente da direção da APADAC, o Prémio Douglas Lucas Medal 2014, o mais relevante e prestigiado prémio mundial no âmbito da Medicina Legal e Ciências Forenses. Criado em 1999 pela Academia Americana de Ciências Forenses, o Prémio Douglas Lucas Medal é atribuído, apenas de três em três anos, a um especialista forense que se tenha destacado particularmente pela contribuição dada para o desenvolvimento das ciências forenses a nível internacional.

Na atribuição do prémio ao Prof. Duarte Nuno Vieira, o júri, que deliberou por unanimidade, sublinhou «o valioso trabalho desenvolvido pelo galardoado em diversos domínios das ciências forenses, e muito particularmente no âmbito da Patologia e Clínica Forenses, especialmente na defesa dos Direitos Humanos, bem como na organização de serviços médico-legais e forenses em vários países do mundo, e o forte impacto que o trabalho que concretizou até hoje teve na comunidade forense internacional».

Entre os galardoados em edições anteriores estão o britânico Alec Jeffreys (que descobriu a utilização do ADN para fins forenses), o norte-americano Clyde Snow (pai da antropologia forense e da sua aplicação no âmbito dos direitos humanos), ou o suíço Pierre Margot (considerado por muitos como a maior autoridade mundial no domínio da criminologia).

1as Jornadas de Sinalização, Segurança Rodoviária e Dano Corporal

Decorreram em Coimbra, no dia 6 de novembro de 2014, as 1as Jornadas de Sinalização, Segurança Rodoviária e Dano Corporal, organizadas pela Associação Portuguesa de Sinalização Rodoviária e APADAC, com a colaboração do departamento de engenharia civil da Universidade de Coimbra, em que foram abordados os contributos da engenharia e da medicina para um novo olhar sobre a sinistralidade rodoviária.

Paralelamente decorreu uma mostra técnica de equipamentos e soluções de segurança rodoviária, proporcionando aos participantes contacto com a comunidade técnico-científica e empresarial do sector das infra estruturas rodoviárias.

