

AVALIAÇÃO DAS SEQUELAS
EM DIREITO CIVIL

FRANCISCO MANUEL LUCAS

*Cirurgião Ortopédico dos H.U.C.
Consultor de Ortopedia no I.N.M.L.*

AVALIAÇÃO DAS SEQUELAS EM DIREITO CIVIL

COIMBRA
2005

AVALIAÇÃO DAS SEQUELAS
EM DIREITO CIVIL

AUTOR
FRANCISCO MANUEL LUCAS

EXECUÇÃO GRÁFICA
G.C. GRÁFICA DE COIMBRA, LDA.
Palheira – Assafarge
3001-453 Coimbra
producao@graficadecoimbra.pt

Outubro, 2005

DEPÓSITO LEGAL
000000/05

Toda a reprodução desta obra, por fotocópia ou outro qualquer processo,
sem prévia autorização escrita do Editor,
é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infractor.

*A vida é curta
a arte é longa
a ocasião fugidia
a experiência enganosa
o julgamento difícil.*

HIPÓCRATES

*À minha primogénita Inês, que um dia me deu
uma lição de vida que não mais esquecerei.*

*À minha pitoguinha Catarina, de uma ternura
sem limites, para quem a vida é um poema.*

À mulher imaginária.

A meus pais com amor e saudade.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas: Adrião Proença, Armando Pires, António Mestre, Abel Nascimento, Augusto Reis, Brás Cardoso, Conceição Rebelo, Carlos Jardim, Ciro Costa, Cristina Cordeiro, Cura Mariano, Duarte Nuno Vieira, Fernando Judas, Francisco Branco, Francisco Corte Real, Graça Santos, Isabel Antunes, José Alves, José Tomé, Jorge Faísca, José Veloso, João Quental, Jerónimo Santa, Manuel Barreto, Mamede Albuquerque, Norberto Canha, Paulo Lourenço, Paula Sousa, Pinho Marques, Rita Duarte, Rosário Lemos, Rui Cabral, Susana Tavares e Serpa Oliva.

Aos colegas: António Figueiredo, Fernando Fonseca, Luís Teixeira e Pedro Matos, as imagens cedidas.

Aos meretíssimos Magistrados com quem tenho tido o privilégio de colaborar no Tribunal de Trabalho em Coimbra: Carlos Guiné, Cília Diniz, Domingos Morais, Isabel Valongo, José Eusébio, Joaquim Monteiro, Paula Roberto e Silvia Saraiva.

À Professora Lucinda Ferreira pela Amizade e ajuda na semântica formal e arranjo estético.

À Susana Gomes e João Jegundo pela sua paciência.

A tantas e tantas pessoas que me foram gratas e eu esqueci.

Às minhas filhas Inês e Catarina naturalmente. Para ambas, todas as manhãs roubo uma rosa ao jardim para não ficarem de mãos vazias. Gosto muito de vós miúdas.

PREFÁCIO

A avaliação de danos corporais constitui uma missão pericial sempre complexa. Exige (deve exigir) uma formação específica por parte do médico que a executa; uma formação que lhe permita enquadrar e ajustar a sua peritagem ao direito (civil, penal e trabalho) em que a mesma se processa e desenvolvida de acordo com a filosofia e metodologia pericial mais adequada a cada um desses domínios.

No âmbito da avaliação de danos corporais as sequelas do foro Ortopédico são, indiscutivelmente, das mais frequentes e significativas, suscitando por vezes o seu estudo e interpretação particular complexidade, inclusivamente para o médico perito que é, simultaneamente, especialista em ortopedia.

É neste contexto que a obra do Dr. FRANCISCO MANUEL LUCAS, assume particular relevância, como precioso elemento de consulta e apoio ao médico perito, sempre que este se confrontar com sequelas ortotraumatológicas.

Fruto de um estudo intenso e de uma reflexão certamente prolongada, mas também de uma já longa e activa experiência profissional vivida simultaneamente nos domínios ortopédico e pericial, este trabalho pode vir a constituir uma referência imprescindível para todos quantos exercem actividade pericial, no âmbito da avaliação de danos corporais.

Num país em que o panorama editorial no domínio da problemática dos danos corporais é manifestamente pobre, saúda-se pois com particular satisfação, o *esforço pioneiro* desenvolvido pelo autor, na certeza de que o presente texto constitui um princípio e não um fim.

É pois neste sentido que recomendamos a sua leitura, que deve ser concretizada numa perspectiva de crítica construtiva, e que se deseja suscite o contributo de todos quantos sobre ele se debruçarem. Com a incorporação de todos esses contributos suscitados pela sua leitura, esta é uma obra que poderá vir a adquirir um estatuto de referência incontornável no âmbito da avaliação pericial de sequelas do foro ortopédico.

Professor Doutor DUARTE NUNO VIEIRA
(Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal)

PRÓLOGO

A avaliação das sequelas osteo-articulares num contexto médico-legal dizem respeito a todos os médicos e ortopedistas em particular.

Este trabalho é fruto da experiência adquirida no Serviço de Ortopedia dos HUC, em estreita colaboração com o Instituto Nacional Medicina Legal em Coimbra e o Tribunal de Trabalho de Coimbra.

Não tenho a pretensão de escrever um tratado exaustivo sobre o tema – Avaliação das Sequelas em Direito Civil.

Sobretudo, gostaria de partilhar experiências para juntos definirmos conceitos que melhorem a avaliação. Apenas lançar a discussão. Fornecer noções médicas indispensáveis para elaborar um *Manual Prático*.

As minhas reflexões destinam-se sobretudo a técnicos ligados à medicina e ao direito, sem formação específica.

No mundo incomensurável da valorização do dano corporal, recorro noções anatómicas e conceitos funcionais básicos. Meras informações são úteis. Igualmente transcrevo métodos e regras de actuação pessoais. Sempre desenhando a essência e suscitando questões controversas na minha actividade de perito.

Deste modo, para disciplinar um pouco a anarquia reinante, parte do trabalho vai ser preenchido com penosos mas cruciais capítulos. Os temas podem parecer exaustivos. No entanto, tornam-se a meu ver necessários para melhor compreensão e utilização pelo leitor.

Teremos uma primeira parte intitulada – Como valorizar as Sequelas osteo-articulares em Direito Civil.

O capítulo inicial leva-me a um mundo de contradições e utopias. Às vezes é surpreendente nas acções. Faço uma resenha do panorama ao longo dos tempos.

Os capítulos II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X e XI são dedicados aos segmentos do corpo humano: anatomia, exame clínico, exames complementares, tratamentos e sequelas.

- introdução (antes de cada capítulo)
- anatomia funcional (conceitos demasiado simplistas para uns e algo complexos para outros)
- exame clínico (interrogatório dirigido e manobras diagnósticas)
- exames complementares
- tratamento
- sequelas mais controversas
- tempo médio de internamento (não é igual a ITA)
- tempo médio de estabilização/consolidação (não é igual a ITP)
- incapacidades arbitradas (metodologia pessoal).

No capítulo XII, contrariamente à relativa segurança exibida nos domínios dos adultos, suscito a conexão infantil e ofereço apenas pistas.

O final, conduz-me ao mundo da utopia e do desencanto. Regresso ao local de partida. Apontei algumas evidências. As decisões ficam sempre em aberto.

Aprecio um fim de tarde à sombra de um salgueiro, onde havia um rio com lontras, saboreando uma lembrança da infância e voando com a garça que me leva mais longe ao mundo imaginário... eis assim como nasceu o esquema do meu trabalho, capítulo a capítulo:

- I. Como valorizar as Sequelas osteo-articulares em Direito Civil
- II. Coluna Vertebral
- III. Ombro e Braço
- IV. Cotovelo e Antebraço
- V. Punho e Mão
- VI. Bacia e Acetábulo
- VII. Anca e Coxa
- VIII. Problemática da Coxartrose e Artroplastias Totais da Anca
- IX. Joelho e Perna
- X. Problemática da Gonartrose e Instabilidades do Joelho
- XI. Tornozelo e Pé
- XII. Sequelas traumáticas nas Crianças e nos Adolescentes.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser possuído pela verdade e não seu detentor, a minha função enquanto perito é procurá-la. A responsabilidade ética do perito médico confere-lhe liberdade para o desempenho. Não deve nem pode ser o protagonista. Apenas observador atento. O distanciamento analítico e crítico obrigam-no deontologicamente a alhear-se das partes.

A perícia médica constitui um acto técnico onde se aplicam as regras habituais da arte. Saber ouvir e compreender. Manifestar empatia para com a vítima e a família. Conhecimento do estado prévio.

Fazer a perícia *é escutar, observar, meditar, compreender e depois explicar para fazer compreender.*

► Qualidades do perito médico:

- senso clínico
- bom senso
- sólida formação clínica
- especialização específica e actualização permanente
- alguma formação jurídica.

A reparação do dano integra-se em contextos financeiros e sócio-culturais complexos: *o dano é a diferença da vida quotidiana antes e depois do acidente.*

Ainda está na mente de alguns peritos médicos, encarar os sinistrados como potenciais simuladores ou fonte inesgotável de rendimento. Julgando-os como tal, pretendem ficar bem vistos. Tais situações devem ser desmascaradas, como desmascarados e punidos deviam ser os verdadeiros simuladores.

Avaliar os outros como gostamos de ser avaliados, impõem-se.

Há homens que na vida têm um grande sonho. Por variados motivos falham nesse sonho. Outros, não têm nenhum. Ambos merecem consideração e respeito.

Nesta controvérsia, que dizer do humilde pastor vivendo num precário equilíbrio económico e moral e num minuto viu destruídas as esperança dos seus indelévels sonhos? Um condutor alcoolizado arrancou-o do seu pastoril e da companhia da sua flauta num acidente negligenciado. O condutor ficou impune. Foram anos e anos de sofrimento físico e maior ainda o da alma. Privações económicas obrigaram o filho dos seus olhos a abandonar a escola e a tomar conta do rebanho. Foi pontapeado, desprezado e insultado entre hospitais, companhias seguradoras, peritos, advogados e tribunais. Ninguém foi culpado nem responsabilizado. Todos foram impotentes nas resoluções finais.

As inúmeras questões foram resumidas pelo “perito médico” quiçá indisposto, em duas linhas apressadas e pouco perceptíveis (x% de IPP).

Compete ao perito vivenciar realidades concretas. Relembro situações que incomodam dolorosamente.

Dar razão ao sinistrado enquanto não se provar o contrário é uma atitude sensata.

A elaboração de *Tabelas* ou *Barêmes* em Direito Civil é difícil. As circunstâncias são desiguais: idade, trabalho, ambiente familiar, condição social, perspectivas futuras. Se não existem, funciona o poder discricionário subjectivo dos peritos e os riscos de arbitrar incapacidades díspares são ainda maiores. Sequelas idênticas devem ser passíveis de reparação idêntica.

Nos acidentes de trabalho, avalia-se essencialmente a perda da capacidade de ganho. O sinistrado não tem direito na grande maioria das situações à reparação dos danos morais.

Em Direito Civil, o lesado tem direito a ser indemnizado integralmente.

Algo terá de ser feito, no sentido de ser criado um sistema mais justo e lógico igual para ambos. Um instrumento de trabalho comum, coerente e adequado, que estabeleça terminologia única e harmonize os conceitos.

Estabelecer a consolidação das sequelas em lesões semelhantes baseados em critérios de “secretaria” é injusto. Os períodos de doença são bastante díspares por variadas razões: tratamentos ministrados em Centros Hospitalares melhor equipados, maior experiência e competência técnica do cirurgião e técnicos de fisioterapia influenciam os tempos de recuperação.

Estabelecer a consolidação baseada em tempos médios sempre que não seja possível a determinação individual afigura-se menos injusta, aliás é permitida por lei mas não prática habitual. Nas lesões que evoluem com graves complicações, por vezes não é possível estabelecer com rigor.

A dor, *quantum doloris*, é um monossílabo problemático mas inevitável que necessita ser clarificado:

- sente-se
- não tem gosto nem cheiro
- revela-se de forma poderosa e fugidia
- inconfundível e vaga
- não é passível de mensuração com régua nem possui conta quilómetros.

Não me peçam para avaliar aquilo que não sei...

Avaliam-se as sequelas funcionais e não os sintomas. Imagens radiográficas ou traçados electroencefalográficos não são quantificáveis isoladamente. Os exames complementares não tem alma.

Será deontologicamente aceitável elaborar pareceres médico-legais por médicos sem formação adequada para tal?

Aspectos específicos da peritagem, são pouco discutidos pela comunidade médica e ortopédica em particular. Na ausência de precisão doutrinal, só uma apreciação mais cuidada do prejuízo/prognóstico assente em premissas pré-estabelecidas, permitirá corrigir desvios periciais e obviar a clamorosas injustiças.

Irei pois da iniciação filosófica até ao limiar da sofisticação possível. Procurarei abarcar aquilo que no meu entender um perito minimamente informado, deve saber numa lógica tão simples, mas tão completa quanto for possível.

Se o *perito* sentir penosa a exposição, enverede sem hesitar pela leitura na diagonal e dê apenas a devida atenção às súmulas finais que carinhosamente preparei para os mais “preguiçosos”.



PRIMEIRAMENTE

Julgar a dor e valorizar as sequelas de maneira imparcial e correcta, é porventura um dos actos mais complexos para o médico ficar de bem com a sua consciência...

Claro, dirão alguns – não é a consciência assim como as suas revelações, que vão proporcionar uma vida melhor. No entanto, o preço a pagar pelo mau desempenho é elevado, principalmente para o sinistrado com uma consciência bem formada.

Quer queiramos quer não, a avaliação dos dramas derivam da consciência crítica do perito que permite vivenciar a dor ou o prazer do seu semelhante, sentir orgulho ou humilhação, chorar a vida que se perdeu.

Estou no caminho certo?

A verdade absoluta é uma utopia. Ter consciência disso, só serve para aliviar a mágoa da alma do perito.

A saúde mental ou física é um estado relativo. Não existe uma fronteira precisa do que se convencionou chamar estado normal e patológico (Ruiz Ogara, 1982).

A normalidade, não tem correspondência unicamente na ausência de patologia definida. Implica um sentimento de bem estar e a faculdade de exercer plenamente as capacidades intelectuais, físicas e emocionais do indivíduo.

É verdade que a felicidade é um estado natural. Não depende normalmente das forças exteriores ao nosso controle, mas são condicionantes.

O parecer médico-legal deve objectivar e quantificar as lesões, sofrimentos vivenciados e sequelas resultantes. É fruto de numerosas opções e de uma hierarquia de valores nos planos intelectual, familiar, ético, afectivo e humano. Como se depreende não é fácil consegui-lo, contudo, é necessário fazê-lo.

O presente trabalho resulta das opções de quem o escreve. A apresentação é sucinta, precisa e respeita os parâmetros que se pretendem avaliar. A sua elaboração constitui uma reflexão e uma autocrítica sobre a experiência adquirida e erros cometidos. É também um incentivo ao contínuo aperfeiçoamento na minha condição de homem, de médico e de perito.

Descrever vivências e experiências não é tarefa fácil. Corre-se o risco de omitir aspectos importantes e realçar outros dispensáveis. A descrição do percurso individual procura reflectir a forma de estar na vida. O resultado final nunca é indiferente.

No contacto quotidiano com a dor do sinistrado, confronto-me permanentemente com a necessidade de interpretação e de meditação sobre o sentido do sofrimento.

Como profissional, faço uma tentativa séria, contínua da minha competência e das minhas limitações. Procuro actuar dentro de princípios rigorosos de acordo com a minha consciência.

Como técnico de ortopedia, procuro contribuir com elementos científicos e arte. Ciência, fundamentada em conhecimentos de natureza biológica e tecnológica. Arte, entendida como a forma de lidar com o sinistrado mormente na execução de actos técnicos.

A minha actuação como perito, é corolário dos anteriores procedimentos. Procuro ser justo, isento e imparcial.

Ao juntar delicadeza, humanidade, estética, criatividade, justiça, isenção e imparcialidade, cada passo é sem dúvida um acto artístico e humano.

Há peritos médicos nobres no carácter, com elegância perante a vida independentemente de estar ao serviço da companhia de Seguros, defender o sinistrado ou representar o tribunal. Outros, menos escrupulosos ou por ignorância, tem actuações menos correctas. Prejudicam o sinistrado, classe médica e tribunais.

Uns e outros possuem a importância que nós lhe concedemos.

O drama da condição humana do sinistrado, pode depender basicamente da consciência do perito.

CARTA DE UM SINISTRADO

Miranda de Douro, Julho de 2001

Recebi via correio electrónico uma carta de um sinistrado. É breve, mas contém o essencial.

«O meu nome não serve para nada. Viajava quase em silêncio em Maio, durante cerca de meia hora pelo meu pequeno mundo transmontano, faiscante de paz. Saudado pelos chocalhos tocados nas giestas orvalhadas e madressilvas prenhas de vermelhidão, de mãos dadas com a M.

Ambos conhecemos o gesto e o significado das mãos...

Existe nestes montes, a beleza de séculos idos, entre o sol e arribas do rio Douro, onde as águias, milhafres e sombra dos abutres, aves predadoras, se elevam e se abrem para o céu. Na outra margem é o assobio do vento...

Gostava daquele confin. Um lugar de sonho.

Foi neste mundo familiar e sempre a renascer, que desde criança me fascina e me move, querendo emprestar-me alegria, que surgiu entre mim e a M. uma inesperada empatia. Mais tarde despediu-se de mim...

Assim eu verei sempre Trás-os-Montes. Como o nascer e o morrer. O primeiro amor. Uma esperança e um adeus.

Hoje, estou sentado numa cadeira de rodas. Olho essa fotografia fantasma. Os abutres. O sabor do nunca mais.

Volto-me e vejo o meu mirante pequenino passados seis anos. De repente, sinto saudades e pedi a Deus que me presenteasse com um dia diferente.

Foi este o último passeio antes daquele acidente. Vítima de um alcoolizado impune, que há seis anos me atirou para esta cadeira de rodas. Tinha 18 anos. Frequentava o primeiro ano de Belas Artes. Queria desenhar cabanas de pedra. Ser poeta. Ter um casal de filhos, tal como a M. me prometera, com olhar fraterno e generoso, junto daquela fonte.

Seis anos passados, o juiz baseado em pareceres médicos leu a sentença. Atribuiu-me uma incapacidade.

Esta situação fez de mim um anarquista organizado perante a vida e os homens. Pela mistificação oriunda da mentira que inviabiliza o acto de gostar e perdoar.

Mas, se por um dia Deus me presenteasse com um pedaço de vida... provavelmente não faria tudo o que desejava. Certamente voltaria àqueles montes!

Comecemos pelo princípio.

Dormiria pouco para não perder dois segundos sequer. Acordaria de manhã. Tomaria banho na água gelada do rio. Vestir-me-ia simplesmente e correria para os braços da M. Ainda sinto o cheiro a esteva e o perfume dos cabelos dela.

Se Deus me presenteasse com mais um dia de vida... vaguearia pelo meu pequeno mundo e daria outro valor a essa beleza comovente, afunilada pela luz da noite, recortada pelo doce pastar das ovelhas inocentes. O organismo carecido de tudo, esgotado, deixa de saber o destinatário e a quem pertencem os pensamentos.

O drama da condição humana reside no sentir daquilo que acontece. Como resposta directa da natureza debilitada que o provocou. Tenho alguma esperança e dá alento pensar que estamos a caminho da compreensão da natureza humana em desvantagem.

Mas falemos agora de sorrisos.

Oferecia uma serenata de Coimbra à lua. Uma pétala de beijos à M. regada com lágrimas de gratidão por me presentear com um filho. Sorrisos de lírios em Inverno frio. Foi ela o meu primeiro amor.

Escreveria um livro com poemas semelhantes aos de Eugénio de Andrade no fim do curso. Projectaria um mundo com humanidade. Não mais passaria um dia sem gritar a minha indignação, antes raiva solitária. Contra o uso da droga e do álcool daqueles políticos coniventes.

Meu Deus, se me presenteasses com mais um dia de vida... como te agradeceria!

Nestes seis anos, tantas coisas aprendi com os tribunais, companhias seguradoras, advogados, hospitais, peritos médicos... trouxe-me uma outra dimensão. Mesmo acreditando em Deus, não creio noutra vida para além desta.

Apesar de tudo, idealizo e odeio menos. Entendo mais a natureza e a fraqueza dos homens. Mesmo assim, não os presenteeis, peritos e julgadores, com um dia em cadeira de rodas!

Aprendi que todo o homem quer viver numa mansão mirando-se na piscina, rodeado do deslumbramento a perder de vista. Penso contudo, que na vida não somos senão como as ondas das searas da minha infância levadas pelo raio. Um rápido clarão na noite. Nada mais. Eternos... só aqueles montes, minha pátria!

Aprendi que um perito só tem direito a julgar a dor do sinistrado para o ajudar a levantar-se.

Que sabeis vós quanto dói perder uma mão, o emprego, a razão? Ficar amarrado a uma cadeira? Viver de esmolas e compaixões? Sem esperança de experimentar os sonhos? Sem hoje? Sem amanhã? Ficar morrendo! Gostava de morrer poeticamente.

Tantas coisas aprendi neste dia que Vós me concedestes... não servirão de nada. Voltarei a ficar triste, cronicamente triste e os olhos rasos d'água...»

Hoje, aprecio um fim de tarde na *mie tiêrra*, saboreando a poética do quotidiano.

Uma garça passou em frente aos meus olhos
fonte ou carícia
a terra é toda minha...

meu nome é *Ninguém*

CAPÍTULO I

Como valorizar as Sequelas osteo-articulares em Direito Civil

*Todo o homem tem estampado no rosto
a descrição do seu corpo
e da sua alma...*

ALLEXIS CARREL

Ao longo dos tempos

Estamos num tempo da era global. A crescente sinistralidade rodoviária afecta o mundo industrializado. É um fenómeno que muito tem contribuído para aumentar o número dos danos corporais e os da alma também.

A ideia de ressarcir ou indemnizar o lesado não é nova. Apesar dos esforços, o mundo ainda insiste em perpetuar a exclusão em muitos casos.

O objectivo da reparação do dano começou por ser um desejo de vingança na jurisdição do direito. Punir os culpados no direito penal e procurar a responsabilidade no direito civil para exigir a reparação económica.

O conceito de vingança é primitivo e inato (*Geerts*). As crianças aplicam-no nas brincadeiras diárias.

Os princípios de reparação das sequelas tem variado ao longo dos tempos. Há 4000 anos A.C. as incapacidade eram calculadas em função do preço do órgão.

É preciso entender que a interactividade inerente ao mundo contemporâneo, centrou o ser numa mundividência. A lógica da coexistência deve sobrepor-se à lógica da razão. À exigência da igualdade e da fraternidade, junta-se agora a reintegração social e familiar. A exigência na diferença, deve projectar parte de si no outro. Nos povos primitivos não existia o poder do Estado. A reparação era vingada pelos seus pares e conferida pelos valores então vigentes.

O registo mais antigo de dano corporal remonta ao período Paleolítico¹. Nessa altura a luta, caça e pesca asseguravam a subsistência dos povos nómadas. A sobrevivência de um acondroplásico nesse período só foi possível através da tolerância e partilha dos mais fortes para com os membros do grupo menos capazes.

Tempos houve, em que o mundo simples no seu finalismo, era incompatível e incompreensível para com o sujeito humano. Os povos primitivos na Idade da Pedra, deixavam morrer crianças com deficiências. Os adultos eram discriminados e afastados do grupo. Na Índia² os recém-nascidos com malformações congénitas eram lançadas ao rio Ganges.

Também a diferença^{2,3,4,5} já foi entendida como uma benção e um sinal do poder sobrenatural. No antigo Egipto², os anões e crianças com malformações anatómicas e dificuldades de aprendizagem, eram consideradas dádivas dos deuses. Beneficiavam assim desse estatuto que os honrava.

O conceito de *normalidade* introduziu o fenómeno de exclusão social. O homem tem reagido, discriminado e até reprimido, o direito à diferença ao longo dos tempos.

Os diferentes sistemas que apoiam os *menos capazes* têm variado.

Em 1601 foi aprovada em Inglaterra a lei dos pobres³. Os representantes políticos locais da época assumiram o compromisso de prestar assistência a doentes e necessitados. Até aí eram menosprezadas em circunstâncias várias e constituíam uma ameaça à sobrevivência. O receio da transmissão de doenças e o medo das agressões dos doentes do foro psiquiátrico era e é uma realidade. O facto de ser diferente e usufruir algumas benesses poderá ter sido um dos primeiros factores de exclusão. A lei dos pobres serviu de referência aos estadistas Europeus.^{5,6}

Num mundo supercompetitivo, onde o trabalho e os recursos vão escasseando e cada um vale pelo que produz, compreende-se de alguma maneira que a exclusão para com os que nada produzem seja uma realidade quase lógica.

Com o judaísmo e o advento do cristianismo, passaram a ser motivo de compaixão. Começaram a receber tecto e comida. Só mais tarde no século XVIII, foram aceites pela comunidade e reconhecidos pelos governantes⁷.

Foi realmente no século das luzes que despontou o humanismo. Época marcada pelo pensamento de filósofos e revoluções. Introduziram-se profundas mudanças sociais e políticas. A vida e os problemas foram encarados sob a perspectiva da experiência humana e da razão.

O pensamento apoiado em ideias e reflexões religiosas sofreu grandes convulsões com a tripartição utópica da revolução Francesa. Proclamou-se a liberdade, fraternidade e igualdade de todas as classes sociais. Não teve

aplicação prática e destruiu a solidariedade da família única entreadjudada que realmente funcionava.

Neste movimento intelectual sobressai a figura de *Voltaire*, que contribuiu decisivamente para modificar o pensamento acerca dos *inválidos*. Até aí considerados diferentes, admitiu-se serem pessoas capazes de executar tarefas quando dispunham meios adequados às suas capacidades. Foram então aceites pela comunidade como uma carga pública.^{8,9} A função do Estado passou a prestar atenção noutra perspectiva que não só a cura.

No século XIX, com a revolução Industrial apoiada numa nova filosofia sobre a qual se construiu uma boa parte da cultura contemporânea, surgiu a revolução do proletariado com preocupações sociais e humanitárias. Pressupunha-se que a luta de classes na sua conflitualidade radical fosse representada nos grandes sindicatos. A separação das famílias, fruto do marido e da mulher trabalhar fora de casa e a redução do espaço habitacional, limitou ainda mais o apoio e interajuda dos membros da família para com os mais fracos. A acção a favor dos deficientes desenvolveu-se em comunas, departamentos e associações⁹.

Em 1831, são publicadas em França¹⁰ leis que previam pensões de invalidez para algumas doenças incuráveis e mutilados de guerra.

Já no século XX, mais uma vez em França surgiu a ideia de reclassificar e reinserir os antigos combatentes de guerra. Tinham a possibilidade de formação profissional e obtenção de trabalho. Foram criados e reservados empregos para os antigos beligerantes.

Mas, foi de facto na segunda Guerra Mundial que a solidariedade para com os *deficientes* se concretizou. As instituições e a sociedade em geral assumiram o compromisso de educar as crianças e prestar ajuda aos deficientes.

Na Europa, os governantes reconheceram o dever de assegurar um lugar normal na sociedade a essas pessoas. Foram então surgindo um pouco por todo o mundo leis em sua defesa. Em Portugal¹¹ a Constituição da República aprovada em 1976, impôs ao Estado a responsabilidade na prevenção das sequelas e prestação de cuidados na reabilitação e integração social. A actual legislação pode reagrupar-se em quatro tipos.

Na situação presente, interessa falar sobre o dano corporal pós acidente de viação. Em geral são as companhias de seguros ou o fundo de garantia os responsáveis pela indemnização (*Decreto regulamentar 58/79 de 25.9, Decreto-Lei 522/85 de 31.12*).

A indemnização dos danos patrimoniais e extra-patrimoniais é quase sempre pecuniária (artigos n.º 566º e 567º do Código Civil (CC))¹¹.

Quando a vítima não tem direito a indemnização, a Segurança Social poderá conceder apoio financeiro como nas situações de doença.

Em 1993, existiam por cada 100000 habitantes, 684 deficientes resultantes de acidentes de viação. Entre 1968 e 1993¹² ocorreram 82323 acidentes. O número real não é verdadeiro, porque os casos resolvidos extrajudicialmente não são contabilizados.

Se o respeito pelos *inválidos* tem evoluído com os tempos, os métodos para avaliar as sequelas pouco se alteraram. Sinais arrepiantes da frieza economicista que resultam da alteração dos conceitos de trabalho já não respondem nos nossos dias aos mecanismos de defesa social.

A incapacidade fixada numa escala percentual nua e crua, não responde a questões fundamentais – reintegração do sinistrado no ambiente sócio-profissional ou familiar, imprescindível para o bem estar do lesado.

No agora, os conceitos oriundos da modernidade, balançam entre o risco de uma solidariedade para com os menos capazes através de uma conversa vazia, discursos de igualdade e a dimensão quase religiosa da palavra fraternidade e!... pouco mais que isso.

Porém, a ver vamos, se num universo cruel, onde reina a vingança e a avaréza, o mesmo sistema humanista que gerou mecanismos produtivos próprios da civilização industrial, vai gerar a partir da era global, uma evolução outra, cuja profunda repercussão envolva uma nova visão do mundo.

Responsabilidade nos acidentes de viação

A palavra responsabilidade^{13,14,15,16} significa a obrigação de responder perante os nossos actos quando originam um dano em pessoas ou coisas. O fundamento legal assenta na necessidade jurídica e social do empregador responder perante as autoridades sociais pelos danos e prejuízos ocasionados aos seus empregados. As sequelas são compensadas monetariamente – a remuneração pecuniária, permitiu/permite uma justa compensação?.

A responsabilidade civil é transferida para as companhias seguradoras. Existe um fundo de garantia automóvel que se destina a indemnizar veículos não segurados ou pessoas desconhecidas.

A atribuição de penas para reparar danos corporais, revertíveis e fixadas em valores monetários ou bens, data de 4000 anos na Mesopotâmia¹³.

A lei mais antiga é a tábua de Nipur n.º 3191 do período Sumeriano (2050 a.C.).

A sinistralidade rodoviária é regida por legislação própria nos países da Comunidade Europeia. Cada país adota a sua doutrina. Portugal fundamenta-se no conceito de risco. O Instituto de Responsabilidade Civil prevê a responsabilidade contractual e extra-contractual pela culpa, risco e factos ilícitos. A responsabilidade civil contratual Portuguesa¹¹ inspirou-se na *lex aquilia* dos Romanos e está regulamentada no Código Civil desde 1966.

A concepção de reparação do dano deriva também dos princípios jurídicos do direito Romano^{13,14,15}. É um direito que decorre do conceito de culpa. Reside na obrigação de ressarcir o erro e não punir como no Direito Penal. Prescreve geralmente ao fim de três anos.

Consideram-se três tipos de dano: real, patrimonial e não patrimonial.

O dano patrimonial abrange prejuízos causados *dano emergente*. Compreendem os benefícios que o lesado deixou de usufruir em consequência do facto ilícito a que tinha direito à data da lesão, *lucro cessante*.

O dano não patrimonial compreende o dano estético, *quantum doloris* e o prejuízo de afirmação pessoal.

Responsabilidade do perito

O perito é o responsável pela avaliação qualquer que seja a sua natureza. Existe uma outra responsabilidade moral relacionada com o relatório final.

Os conhecimentos do perito permitem-lhe perceber o alcance e consequências dos seus pareceres. Da teoria dos vícios escondidos que resulta da pouca formação médico-tabelar até ao estabelecimento da perito-vigilância, deu-se um pequeno passo.

A preparação médico-legal provém essencialmente de escassa formação pós-graduada no INML. Para avaliar os danos corporais como vimos, exige necessariamente melhor formação e preparação médico-legal neste domínio. A formação em qualquer especialidade clínica não se preocupa com essas questões. Alguns clínicos “peritos” desconhecem ou ignoram por completo a metodologia especificidade das peritagens e esquecem as possíveis implicações legais.

É fundamental que os clínicos reflectam e considerem novos dados que vêm agravar a já de si importante responsabilidade nas restantes tarefas profissionais. Impõem-lhe novas obrigações e implicam a necessidade de adquirir conhecimentos jurídicos específicos para elaborar os pareceres.

Da mesma maneira que o interno de ortopedia, no início da formação não possui conhecimentos para realizar uma artroplastia da anca, será deontologicamente aceitável realizar pareceres médico-legais sem formação específica para tal? Essas responsabilidades são imputadas à consciência médica.

► O relatório médico-legal deve respeitar determinados parâmetros:

- *concepção*
- *uniformização*
- *circulação*
- *aplicação.*

A Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal aprovou em 1991 uma proposta tipo para avaliar o Dano Corporal em Direito Civil, que serve de linha orientadora em todo o país.

A elaboração de pareceres deve obedecer a critérios uniformes em todo o território e porventura nos países da União Europeia.



► Factores que concorrem para valorizar o dano:

- *justiça material*
- *política*
- *legislativa*
- *segurança e técnica jurídica.*

TABELAS EM DIREITO CIVIL

Introdução

A sinistralidade em Portugal é das mais elevadas da CEE. Aproximadamente 45000 acidentes de viação/ano. Provocam anualmente cerca de 1400 mortos, 45000 feridos ligeiros e 5000 feridos graves (Fonte I.N.E. 2002).

Há gestos que marcam a vida inteira. O acidente¹⁶, é indissociável da palavra desgraça. Quantos ainda hoje sonham com o horror como se uma boca de fogo se abrisse para os levar? Quantas crianças, hoje adultos, não esquecem o cheiro do hospital, a ansiedade e a dor da separação? Quantos ainda hoje sobrevivem graças à solidariedade ou esmolas?

A imprudência e irreverência próprias da juventude e consumo exagerado de álcool, representam o máximo risco nos acidentes com veículos motorizados. Nos condutores com mais de 75 anos, deterioração das faculdades psicológicas, consumo de psicotrópicos, alterações cognitivas e demências.

No fim do século XX, os acidentes de viação conduziram um grande número de pessoas para situações complicadas de vida. A praga atinge países desenvolvidos e em fase de desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, a melhoria do poder económico e o aumento da esperança média de vida¹² leva a um maior número de acidentes. Nos países mais desfavorecidos, os recursos económicos que deviam ser investidos na educação, prevenção rodoviária e indemnização das sequelas, são preteridos em detrimento do material bélico.

Segundo estimativas da OMS¹², os sinistrados representam 10% da população nos países industrializados e 15% nos países em vias de desenvolvimento.

A partir dos anos 70, as melhorias na prestação dos primeiros socorros e técnicas de reanimação diminuíram a mortalidade. Como consequência lógica, aumentaram os sobreviventes com sequelas muito graves.

Natureza dos Danos

Os danos materiais lesam o sujeito na existência ou integridade da coisa destruída e impedem-no de realizar as actividades habituais – despesas e perdas de ganho efectivo temporárias e permanentes. São avaliados em dinheiro. A perspectiva frustrada na capacidade desse mesmo ganho, *ganho hipotético*, não é contemplada.

Os danos podem ser *materiais* e *extra-patrimoniais*.

- Os danos materiais¹⁶ compreendem:
 - despesas hospitalares
 - despesas médicas
 - perda da capacidade de ganho durante o período de incapacidade temporária
 - despesas necessárias à reintegração (aquisição de viatura e mobiliário adequado).
- Danos extra-patrimoniais¹⁶ ou direitos de personalidade incluem:
 - crenças
 - dignidade
 - estima social
 - sentimentos
 - saúde física ou psíquica
 - sofrimento moral e psíquico, consequência de lesões, intervenções cirúrgicas, disfunção sexual...
 - prejuízo estético em profissões dependentes da imagem tais como, locutoras e manequins
 - prejuízo sexual, diminuição da libido ou impossibilidade de procriar
 - prejuízo de afirmação pessoal que impossibilita os gozos da vida, bem estar, ócio, caça, pesca e falta de interesse
 - prejuízo juvenil que impossibilita a criança ou adolescente de concretizar os seus sonhos
 - prejuízo da integridade corporal ou dano fisiológico que altera a funcionalidade do indivíduo.

Os danos extra-patrimoniais são subjectivos, *dores de natureza física ou psíquica e alteração estética*. Não são susceptíveis de avaliação pecuniária. São objecto de compensação global e a indemnização pecuniária é adaptada às condições sócio-económicas do cidadão e do país. Nos países comunitários da CEE, a reparação é feita em capital, *renda ou sistema misto*.

Perícias médicas

As perícias médicas¹⁷ englobam aspectos biológicos e médicos. Visam colaborar na administração da justiça. O fim primeiro, é estabelecer consequências exactas e respostas concretas aos quesitos.

Do ponto de vista genérico, os peritos são técnicos com conhecimentos específicos. São requisitados para acessorar e elucidar os juízes.

- O perito pronuncia-se de maneira diferente, consoante o ramo:
 - direito penal
 - direito do trabalho
 - direito civil.
- Em direito do trabalho:
 - avalia geralmente a incapacidade funcional
 - atribui % transcritas da TNI.
- Em direito civil:
 - descreve pormenorizadamente as lesões
 - tratamentos
 - sofrimentos vivenciados
 - implicações na vida profissional e pessoal do sinistrado
 - sequelas resultantes.

Vantagens/Desvantagens das Tabelas em Direito Civil

As tabelas não são uma vantagem, antes uma ferramenta imprescindível. Podem e devem ser questionadas.

- Vantagens da avaliação tabelar¹⁷:
 - medir a perda da integridade física
 - valorizar o ponto de vista anatómico
 - transcrições numéricas puras.
- Desvantagens da avaliação tabelar¹⁷:
 - nenhuma é boa
 - nenhuma possui nem traduz verdades absolutas
 - nenhuma é nem pode vir a ser completa e perfeita
 - nunca conseguirá avaliar de forma individualizada todos os casos (a formação e actuação adequada dos peritos superam essas limitações).

- As tabelas permitem¹⁷:
 - o princípio da seguridade jurídica
 - o princípio da igualdade
 - unificar critérios médicos e clínicos
 - evitar disparidades em casos sobreponíveis
 - são elemento de consulta
 - estabelecer a mesma referência para situações semelhantes.
- As tabelas são um mal quando os peritos¹⁷:
 - ficam amputados da sua verdadeira função
 - se transformam em meros consultores de tabelas, *peritos médico-tabelares* e não *peritos médico-legais*
 - arbitram taxativamente os valores aí consignados
 - não ajustam critérios clínicos de valorização concreta
 - consideram livros sagrados que ninguém pode contestar.

Os pareceres baseados numa lógica puramente descritiva sem aplicar a tabela¹⁷, dificultam a defesa perante juízes mais hábeis. É certo que esses valores podem ser arbitrados aleatoriamente e sem critérios uniformes.

As tabelas são também elementos de conflito para peritos menos esclarecidos.

O verdadeiro perito faz uma leitura médico-legal de acordo com a realidade das lesões e arbitra valores superiores ou inferiores aos previstos na tabela, devidamente justificados¹⁷.

A consulta tabelar apesar das críticas, é útil e colmata injustiças gritantes. Ambrósio Paré escrevia «*los jueces deciden según se lê informan*». Um parecer impreciso anulará qualquer esforço de reposição da verdade.

Os conhecimentos técnicos e científicos fornecidos ao juiz são fundamentais para ressarcir ou indemnizar a vítima. A indemnização é calculada isoladamente, de contrário não seria justa.

O parecer deve contemplar todo o contexto particular da situação de acordo com a individualidade pessoal: idade, trabalho, ambiente familiar e perspectivas de futuro.

A elaboração de tabelas em direito civil é difícil. Afigura-se contudo mais difícil formar peritos com capacidade para as interpretar. Os critérios de referência são múltiplos e variam individualmente. Criam-se assim verdadeiras desigualdades e injustiças sociais.

- A reparação integral em direito civil inclui¹⁷:
 - danos materiais
 - danos morais (sofrimento físico ou psíquico)
 - perturbações passadas, presentes e futuras

- acções protectoras do sistema especial
- prestações sociais e económicas
- assistência médica e medicamentosa
- reabilitação
- medidas de integração profissional e social
- subsídios de ajuda a terceira pessoa.

Traumatismos idênticos são indemnizados de maneira diferente se resultarem de acidente no percurso para o trabalho ou no fim de semana.

Nos acidentes de trabalho é avaliada a perda da capacidade de ganho, *efeito danoso, de natureza temporária ou definitiva, que resulta para o ofendido do facto de ter sofrido uma dada lesão impeditiva da obtenção normal de determinados proventos certos*. Geralmente não são reparados os danos extra-patrimoniais. A apreciação fica assim incompleta.

Sistematizo as Sequelas em:

Ligeiras	0% - 5%
Moderadas	5% - 15%
Graves	20% - 35%
Muito Graves	> 35%

Tomo sempre como referência o **valor médio**. A tendência, é no sentido do valor máximo ou mínimo consoante a gravidade do caso em apreço.

Tomemos como exemplo: fractura da bacia tipo B de *Tile*.

Regra geral, atribuo 15% para uma margem de variabilidade 10%/20%. A tendência será no sentido máximo, ou seja, 20% quando as queixas são significativas ou 10% quando se verifica o inverso.

Terminologia médico-legal útil

LESÃO – perda ou alteração parcial ou total do órgão (*definição médica*). As alterações anatómicas ou biológica no órgão são causadas por agentes internos ou externos. As alterações físicas ou psíquicas por agentes mecânicos, físicos, químicos ou biológicos. Resultam de acções exógenas com carácter doloso ou não (*definição médico-legal*).

AGRAVAMENTO – evolução mais acentuada do estado patológico anterior evolutivo ou não com semiologia idêntica. Encurtamento do período de *saúde relativa* (evolução de coxartrose com evolução comum para coxartrose rápida por influência de factores externos).

CURA – tempo que transcorre do momento traumático até à recuperação completa. Restituição integral anátomo-funcional, *restitutio ad integrum*, da lesão.

CONSOLIDAÇÃO – estagnação do quadro clínico num determinado momento temporal. Era impensável há anos desartrodesar uma anca e aplicar uma prótese.

CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA – restauração da integridade óssea original. A capacidade biológica é um pré requisito. As condições biomecânicas controlam a actividade das células e mediadores químicos. Para o *ortopedista*, a estrutura óssea está consolidada quando readquire rigidez. A remodelação interna pode levar anos ou nunca ocorrer. Para o *biólogo*, restauração microscópica original da estrutura. Para o *médico-legista*, quando os tratamentos não alteram o quadro.

ESTABILIZAÇÃO – quando o estado anatómico-funcional não experimenta mais trocas ou transformações. É inútil qualquer terapêutica a não ser para manutenção. É o último estágio na evolução da lesão. A estabilização das sequelas é um conceito subjectivo e evolutivo associado à experiência. É influenciada pelo hospedeiro, possibilidades económicas, país, experiência dos técnicos e tecnologias disponíveis.

SEQUELAS – manifestações anatómicas, funcionais, estéticas, psíquicas e morais permanentes, que menosprezam ou modificam o património biológico dos indivíduos (*Pérez Garcia*).

ATROFIA MUSCULAR – diminuição da espessura dos músculos ou número de fibras. A atrofia muscular ocorre em patologias musculares (miopatia); exageros na tensão muscular (traumatismo e sobrecarga do músculo ou tendão); patologias articulares (artrose pós-traumática com limitação das mobilidades); alterações neurológicas (neurotmésis do nervo radial nas fractura do úmero); desuso (imobilizações gessadas).

RIGIDEZ ARTICULAR – a fibrose dos tecidos articulares ou peri-articulares retrai a cápsula, ligamentos e tendões. A articulação dolorosa fica rígida e incapacitante à mobilização. Contudo, as superfícies ósseas mantêm-se íntegras apesar da hipertonía da articulação atingida.

ANQUILOSE – perda de mobilidade articular, consequência da união das superfícies articulares por tecido fibroso ou ósseo. A anquilose é total quando se observa a união óssea. É indolor e radiograficamente desaparece a interlinha. Quando há fibrose dos tecidos moles a anquilose é falsa ou incompleta e radiograficamente observa-se cavidade articular. Quando há mobilidade articular ainda que muito discreta, fala-se em anquilose. A valorização da articulação anquilosada deve estar de acordo com as implicações no desempenho funcional e pode ser idêntica a artrodese.

DISFUNCIONAL – conceito que traduz um síndrome doloroso caracterizado por limitação das mobilidades, amiotrofias e alterações radiográficas que interferem com a função. A disfuncionalidade é valorizada consoante o desempenho.

ARTRODESE – fixação cirúrgica da articulação em posição de função.

ALGODISTROFIA – afecção caracterizada por grande polimorfismo. O diagnóstico é essencialmente clínico. Levanta problemas sérios no estabelecimento da imputabilidade. Aumenta a ITT e o *quantum doloris*, mas não obrigatoriamente a IPP.

PSEUDARTROSE – fractura não consolidada.

CALO VICIOSO – conceito idêntico a consolidação viciosa. Quando altera os eixos dos topos ósseos repercute-se na funcionalidade das extremidades.

APTIDÕES FUNCIONAIS – conjunto de actividades mentais e físicas desempenhadas de acordo com a idade e sexo.

DEFICIÊNCIAS – anomalias ou modificações fisiológicas das estruturas anatómicas e histológicas, provisórias ou definitivas.

RESPONSABILIDADE CIVIL – regime jurídico que coloca o sujeito lesante na obrigação de indemnizar o dano causado a outrem. A vítima deve ser colocada na situação que se encontrava antes da lesão ou ser indemnizada.

CONCAUSAS – alterações pré-existentes, que permitiam uma vida sem sobressaltos, podem ser desequilibradas por factores estranhos. Tais alterações devem ser valorizadas pelo perito num todo funcional.

INCAPACIDADE GLOBAL – não pode ser superior à amputação.

INTERNET E DADOS MÉDICO-LEGAIS – a transmissão rápida pela NET dos dados clínicos para fins médico-legais modifica as relações dos profissionais de saúde. As novas tecnologias impõem as mesmas obrigações no respeito pela manutenção do segredo e deontologia médica.

COMO ELABORAR UM RELATÓRIO MÉDICO-LEGAL EM DIREITO CIVIL

*A arte e a ciência constituem duas actividades
interrelacionadas dois meios de observar o
mundo...*

da VINCI

Antes de avançar para a avaliação propriamente dita, o perito tem de questionar o nexo de causalidade. A natureza da lesão pode ou não ser imputada ao acidente.

Condições necessárias segundo *Simonin* para reafirmar categoricamente o nexo de causalidade traumatismo/dano citadas por *Oliveira e Sá*¹⁷:

- natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões⁽¹⁾
- natureza adequada das lesões à etiologia traumática⁽²⁾
- adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão⁽³⁾
- encadeamento anatomo-clínico⁽⁴⁾
- adequação temporal⁽⁵⁾
- exclusão do dano pré-existente relativamente ao traumatismo⁽⁶⁾
- exclusão de causa estranha ao traumatismo⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Fractura em espiral da tíbia não pode ser produzida por traumatismo directo.

⁽²⁾ Febre tifóide ou doença venérea não admitem causalidade traumática.

⁽³⁾ Adequação não obriga a coincidência anatómica entre sede da acção traumática e da lesão. Patologia encefálica e craniana temporal por contra pancada.

⁽⁴⁾ Entre traumatismo e dano deverá existir continuidade sintomatológica, que torne plausível e aceitável uma cadeia causal indo do traumatismo até às sequelas conforme a experiência clínica.

⁽⁵⁾ Trata-se de saber se em determinado lapso de tempo a sequela é compatível.

⁽⁶⁾ Fractura com características radiológicas antigas será de excluir no dano pós-traumático recente.

⁽⁷⁾ Nomeadamente outro traumatismo criando patologia própria e posterior àquela em causa.

Data de Cura ou de Consolidação

Assegurado o nexo de causalidade traumatismo/sequelas, a primeira missão do perito é estabelecer a data de *cura* ou *consolidação*.

Citando DUARTE NUNO VIEIRA, médico-legalmente a lesão está **curada**, quando o indivíduo recuperou totalmente das lesões sofridas. Volta a estar exatamente da mesma maneira que estava antes do dano produzido. Não resultaram nenhuma sequelas. Verificou-se uma recuperação anatómica, funcional e psico-sensorial integral, o chamado *restitutio ad integrum*.

Contudo, na maioria dos danos a recuperação total não se verifica. Sendo assim, o sinistrado fica afectado a título definitivo por prejuízos anatómicos, funcionais, psicossensoriais ou mistos.

Fala-se então em **consolidação** – *momento em que na sequência de um período transitório que constitui a fase de cuidados da lesão ou lesões, se fixaram (estabilizaram) e tomaram um carácter permanente*.

A partir deste momento, não são necessários mais tratamentos a não ser para evitar o agravamento – não se espera qualquer melhoria apreciável. É possível então constatar um determinado prejuízo a título definitivo.

► Critérios possíveis para fixar a data da consolidação:

- ausência de evolução das lesões
- fim da terapêutica activa
- períodos de internamento
- fim dos tratamentos
- alta clínica
- reinício da actividade profissional
- tempo médio de cura nas situações mais complexas.

Incapacidade Temporária

A *incapacidade temporária* corresponde ao período que medeia entre a ocorrência das lesões e a data da cura ou consolidação.

A *incapacidade temporária* pode contemplar dois parâmetros: geral e profissional.

A *incapacidade temporária geral total* refere-se às limitações (internamento hospitalar, repouso absoluto no leito, marcha em cadeira de rodas) que diminuem ou impede a vítima de realizar com autonomia aceitável, as actividades que são comuns a qualquer indivíduo: levantar-se, vestir-se, alimentar-se, deslocar-se¹⁷... independentemente da idade, estatuto social e profissional.

Citando DUARTE NUNO VIEIRA, na avaliação da incapacidade geral, atende-se a uma situação base comum a todos os indivíduos e actos realizados diariamente. Se apenas fosse perspectivada a incapacidade profissional, o desempregado, o reformado e a doméstica, ficariam de fora desta avaliação. Sempre que o indivíduo tenha uma profissão e cujo desempenho é afectado temporariamente pelas lesões, tem um prejuízo suplementar relativamente ao cidadão sem ocupação profissional.

A *incapacidade temporária geral parcial* refere-se ao período em que a vítima retomou ainda que com algumas limitações as actividades da vida diária familiar e social.

Quantum doloris

A dor, *quantum doloris*, é um sintoma multidimensional, desagradável sensitivo e emocional, que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas ou potenciais. É descrita em termos da lesão e envolve a componente sensorial e emocional na pessoa que sofre.

A dor é um dos paradoxos da vida – *a paixão da alma* (Aristóteles).

A dor pós-traumática, é limitada no tempo. Enquadra-se na categoria do dano não económico, ou seja, extra-patrimonial.

Qualquer acidente provoca inevitavelmente perturbações na vida quotidiana da vítima e das pessoas que lhe são próximas¹⁷. É muito subjectiva e cada sujeito cedo aprende a lidar positivamente ou negativamente com a experiência. Levanta sérias dificuldades na avaliação.

A dor não pode ser só contemplada na vertente física, mas preferencialmente no sentido moral e psicológico. Reporta-se ao período que começa com o acto lesivo e acaba na data da consolidação.

O sofredor é o único perito da sua própria dor. Será que algum perito consegue avaliar o *quantum doloris*?

► Parâmetros para avaliar o *quantum doloris*^{17,18}:

- tipo e número de lesões
- dor física e moral numa lógica pessoal
- consequências imediatas (perda de consciência, assistência no local, transporte para o hospital)
- tratamentos (ventilação assistida, reanimação, infecções recorrentes)
- procedimentos cirúrgicos
- períodos de internamento

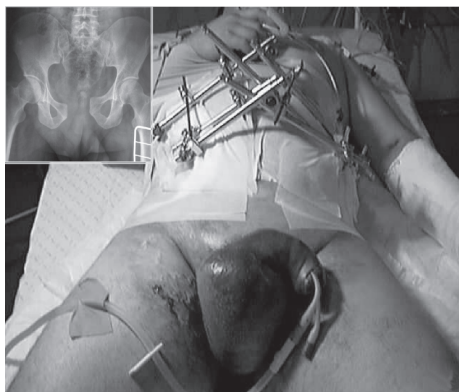


Fig. 1 – Politraumatizado grave.

- recuperação funcional
- estados depressivos consequentes ao acidente
- períodos de ausência ao trabalho
- repercussões sobre a vida familiar
- influência profissional no humor
- consequências nefastas da dependência de terceira pessoa
- sensibilidade pessoal
- um abalo psicológico¹⁷

► Em consequência do referido anteriormente:

- são os filhos entregues aos cuidados de familiares ou vizinhos
- são as responsabilidades profissionais e dependência económica
- são os médicos e advogados que abandonam a sua clientela
- são os comerciantes e industriais que perdem o controle dos negócios
- são os estudantes que abandonam os estudos
- são as preocupações e ansiedade com o futuro
- são os receios experimentados face às intervenções cirúrgicas.

De facto, é grande a variabilidade subjectiva na percepção e expressão face a estimulação dolorosa. Compete pois, ao perito vivenciar essas realidades concretas. Há situações que incomodam dolorosamente: acamamentos prolongados, imobilizações, infecções crónicas e lesões neurológicas graves.

É prudente *dar sempre razão ao sinistrado enquanto não se provar o contrário*.

Para avaliar a dor, existe a tabela visual analógica, numérica e das faces. Só tem aplicação em doentes conscientes e colaborantes com idades superiores a 3 anos. Não tem aplicabilidade na área médico-legal.

► Elementos orientadores^{17,18,19} para quantificar o *quantum doloris*:

- tabela de *Thierry e Nicourt*¹⁹
- experiência pessoal
- senso comum
- poder discricionário.

Classificação do *Quantum Doloris*:**1 – Muito ligeiro**

- pequenas lesões sem tratamento específico
- sofrimento insignificante
- eventualmente algum analgésico
- sem incapacidade temporária.

2 – Ligeiro

- luxações inter-falângicas
- luxações acrómio-claviculares grau I/II
- entorses grau I da tibio-társica
- raquialgias residuais com regressão dos sintomas às 2/3 semanas
- sofrimento pouco significativo
- uso esporádico de analgésicos
- lesão que evoluiu sem complicações
- incapacidade temporária < 2 meses.

3 – Moderado

- fracturas dos ossos do nariz
- fracturas da clavícula
- fractura de costelas sem complicações
- fractura da omoplata extra-articular
- luxações do cotovelo e ombro
- luxações acromio-claviculares ligeiras
- fracturas dos metacárpicos e dedos
- fracturas da rótula tratadas conservadoramente
- fracturas do punho tratadas conservadoramente
- lesões ligamentares externas tratadas conservadoramente
- dor que implica alguma incapacidade
- uso pouco frequente de analgésicos
- incapacidade temporária 2/6 meses.

4 – Médio

- fracturas fechadas dos ossos longos (tíbia e fémur) tratadas conservadoramente
- fracturas da rótula tratadas cirurgicamente
- lesões ligamentares e meniscais do joelho tratadas cirurgicamente
- fracturas do carpo ou tarso tratadas cirúrgicamente
- luxações da anca
- fracturas do cotovelo sem complicações
- fracturas da coluna sem alterações neurológicas tratadas conservadoramente

- uso continuado de analgésicos por períodos de curta duração
- incapacidade temporária 6/12 meses.

5 – Considerável

- fracturas e lesões articulares complexas
- fracturas do úmero tratadas cirurgicamente
- fracturas do fémur e tíbia tratadas cirurgicamente
- fracturas expostas dos ossos longos grau II/III com < 3 cirurgias
- fracturas de várias costelas com algumas complicações respiratórias
- artroplastias totais (ombro, anca e joelho)
- pseudartrose dos ossos longos com < 3 intervenções cirúrgicas
- algoneurodistrofias graves
- imobilizações gessadas longas em politraumatizados
- pensos prolongados e incómodos
- longos períodos de recuperação
- hospitalização superior a 45 dias
- sofrimento intenso e continuado
- uso de analgésicos por longos períodos
- incapacidade temporária 12/18 meses.

6 – Importante

- fracturas múltiplas de costelas e insuficiência respiratória com ventilação assistida
- fracturas expostas grau III dos ossos longos com várias intervenções cirúrgicas
- esfacelos graves com vários procedimentos médicos e cirúrgicos
- infecções crónicas fistulizadas com pensos permanentes
- algoneurodistrofias severas que não cedem ao tratamento
- internamentos prolongados em unidades diferenciadas
- artroplastias infectadas
- cirurgias de revisão artroplásticas complicadas
- períodos de hospitalização superiores a 90 dias
- dor intensa e persistente com recurso a opiáceos
- lesões complexas da bacia com acamamentos prolongados e tracção dos membros
- incapacidade temporária 18/24 meses.

7 – Muito importante

- lesões de extrema gravidade e diversidade
- politraumatizados com lesões múltiplas que perigaram a vida
- traumatismos crânio-encefálicas graves

- lesões neurológicas graves (tetraplégicos)
- amputações (membros fantasmas)
- mutilações
- infecções crónicas fistulizadas graves com várias intervenções cirúrgicas e pensos permanentes
- uso continuado de estupefacientes
- múltiplos procedimentos cirúrgicos
- incapacidade temporária > 24 meses.

Dano Estético

O dano estético é *um atentado contra a pessoa desfeitando a vítima*. A alteração estética resulta de lesões físicas e distúrbios psicológicos.

A face, é o espelho da alma. A hipotonia muscular tem reflexos na mímica facial.

À semelhança do que acontece no *quantum doloris*, o *dano estético* também representa um prejuízo extra-patrimonial, excepção feita quando se repercute no posto de trabalho. É uma questão meramente jurídica que interfere directamente na apreciação médico-legal.

O *dano estético*, deve ser avaliado numa perspectiva estática e dinâmica. Envolve uma avaliação personalizada da imagem em relação a si próprio e perante os outros. O perito limita-se a descrever de forma objectiva e pormenorizada a relevância estética.

► No dano estético está em causa¹⁷:

- sexo (discutível)
- idade
- profissão (várias profissões exigem um elevado padrão estético)
- actos e gestos do dia a dia que expõem a estética
- estatuto social
- vivência pessoal (modelos e locutoras de televisão)
- localização
- exposição e extensão da desfiguração
- cicatrizes (localização, características, tamanho e cor)
- deformidades
- claudicação na marcha
- sensibilidade individual.

O *dano estético* não deve ser aligeirado em nenhuma circunstância. O perito não pode ignorar a doutrina, o incómodo ou desgosto, mesmo que a desfiguração tenha sido minimizada com ortótese em membro amputado.

O *dano estético*¹⁷, pode de alguma maneira repercutir-se na funcionalidade corporal, no trabalho, na vida afectiva, no desempenho sexual e na vida de relação.

Para valorizar o *dano estético*, utiliza-se a mesma nomenclatura do *quantum doloris*:

- 1 – Muito ligeiro
- 2 – Ligeiro
- 3 – Moderado
- 4 – Médio
- 5 – Considerável
- 6 – Importante
- 7 – Muito importante.

Incapacidade permanente

A *incapacidade permanente geral total* ou *parcial*, correspondente à afectação definitiva da integridade física e/ou psíquica. Repercute-se nas actividades diárias, familiares, sociais, lazer e desportivas.

As sequelas são *quadros deficitários de natureza anátomo-funcional* ou psicossocial definitivo. Os défices, são avaliadas em relação à capacidade integral (100%). Não importa que exista uma desvalorização anterior.

Em Portugal, só existe a Tabela de incapacidades para o Direito do Trabalho. A tendência natural aceitá-la em Direito Civil é incorrecto.

Não fazendo uso da avaliação médico-tabelar, qual é então o procedimento do perito:

- descrição exhaustiva dos factos ocorridos no local e data do acidente
- passos consequentes (procedimentos)
- internamentos
- tratamentos (cirurgias)
- recuperação
- alta (estabilização das lesões).

A discussão e formulação conclusiva, não pode assumir apenas um cariz puramente numérico, uma vez que os pareceres vão ser interpretados por juristas sem formação na ciência médica. A percentagem apresentada

de forma nua e crua, pode dar uma noção distorcida do seu verdadeiro valor e significado. Qualquer aproveitamento matemático não deixa de ser também abusivo.

Na descrição das sequelas, a estimativa é traduzida em pontos percentuais. Apesar de cómoda, não é obrigatório apresentá-la numericamente.

Rebate profissional

A elaboração do relatório, não dispensa o perito médico de explicar as repercussões das sequelas na vida diária do lesado.

A quantificação do rebate profissional¹⁷ admite alguma variação. De uma maneira geral, trata-se de um valor indicativo de qualidade e deve ser analisado positivamente. Avalia a capacidade restante e não o dano pela negativa.

- No que concerne ao desempenho profissional:
 - as sequelas são compatíveis com o exercício da sua profissão
 - as sequelas exigem esforços suplementares no exercício da sua profissão
 - as sequelas exigem esforços suplementares muito acrescidos no exercício da sua profissão
 - as sequelas são impeditivas da profissão habitual, embora compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional
 - as sequelas são impeditivas de exercer a sua profissão habitual e outras profissões dentro da mesma área.

Prejuízo de afirmação pessoal

O *prejuízo de afirmação pessoal*, correspondente à impossibilidade estrita e específica do sinistrado exercer certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, que praticava previamente¹⁷. Um amplo espaço de realização pessoal ficou prejudicado. É um dano extremamente personalizado e a apreciação caso a caso impõem-se.

- O prejuízo de afirmação pessoal valoriza-se quando estão em causa:
 - desportistas federados
 - músicos profissionais diferenciados
 - praticantes diferenciados nos desportos de lazer.

Situações há em que as sequelas sendo insignificantes em termos de incapacidade genérica, são altamente incapacitantes na actividade profissional (amputação do indicador no pianista).

Os Italianos designam o prejuízo de afirmação pessoal *gióia de vivere* (alegria de viver).

Os Franceses, chamam-lhe *préjudice d'agrément*.

O *prejuízo de afirmação pessoal* nos mais jovens, designa-se por *prejuízo juvenil*. Fundamenta-se no facto de privar a criança das actividades próprias da idade que exijam integridade corporal ou intelectual.

Prejuízo sexual

O *prejuízo sexual*, tem sido definido como um prejuízo do prazer ou perda da possibilidade do desfrute das actividades não lucrativas. Fazem parte do desenvolvimento da personalidade – *limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação*.

Sem saúde, é muito difícil a felicidade conjugal verdadeira (Gregorio Marañon, 1926).

O *prejuízo sexual*, valoriza-se só no contexto familiar e afectivo. Exclui a capacidade de procriação.

Contempla 5 graus de gravidade crescente:

- 1 – Moderado
- 2 – Médio
- 3 – Considerável
- 4 – Importante
- 5 – Muito Importante.

Dano futuro

O *dano futuro* correspondente ao elevado grau de probabilidade do agravamento das sequelas. Traduz-se num aumento da incapacidade permanente geral.

► O dano futuro é:

- todo o agravamento posterior do dano
- facto comum e habitual
- a regra na evolução do quadro.

O dano futuro compreende os prejuízos que resultaram/resultarão de acordo com a experiência ou dados previsíveis em tempo incerto: futuras intervenções cirúrgicas, artroplastias, revisões artroplásticas, artroses em fracturas articulares.

O conceito insere-se em complexas discussões na evolução das sequelas pós-traumáticas.

A vertiginosa evolução da cirurgia ortopédica cria hoje situações perfeitamente impensáveis há alguns anos atrás. Se por um lado o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas diminuiu os efeitos graves dos traumatismos, por outro, provocam um número maior de casos com possíveis e novas complicações à distância.

► Exemplos de dano futuro:

- condropatias pós traumáticas
- cirurgias meniscais e ligamentares
- necroses ósseas avasculares
- artroplastias totais
- artrose pós-fracturas intra-articulares complexas.

Os tratamentos e complicações prováveis das lesões, são importantes para compreender a capacidade evolutiva nas disfunções e seu agravamento. Contudo, não o condicionam directamente.

O dano futuro varia na razão inversa da idade. A partir dos 70 anos é prática comum considerar o *agravamento*.

► O dano potencial difere do dano futuro:

- hipótese admissível
- não é provável
- a excepção
- o caso esporádico
- o imprevisto.

*Puccini*²⁰, não aceita de maneira dogmática a imutabilidade das incapacidades permanentes e introduziu o *conceito de incerteza* na permanência das incapacidades definitivas.

A permanência certa e duradoura nas sequelas só existe em situações raras (amputações).

Com a evolução e revelação dos novos conceitos científicos, hoje podemos afirmar que a evolução das sequelas após a consolidação é sempre no sentido da melhoria ou agravamento. *Barni e Fabroni*²¹ verificaram o agravamento clínico em 7% das fracturas vertebrais.

Estas questões já tinham sido colocadas por *Maranzana* em 1943. Era impensável alguns anos atrás, desartrodesar anquiloses da anca e refazer a neo-articulação com artroplastias. Técnicas microcirúrgicas possibilitam actualmente a substituição de segmentos amputados.

O *agravamento* das sequelas é outra questão com que o perito se confronta frequentes vezes.

Em direito do trabalho, está de algum modo previsto e defendido. A revisão das incapacidades é permitida durante 10 anos.

Em direito civil, a reabertura do processo é permitida num prazo de 20 anos, mas no nosso país não há tradição. Só ocorre em situações excepcionais.

Normalmente aumento a IPP 5%-10% nos agravamentos.

Desempenho do perito

O desempenho da *leges artis* para avaliar as sequelas, não é da exclusiva competência do médico perito. O médico clínico também tem responsabilidades.

A formação dos peritos médico-legais varia de país para país. Na Suíça, os pareceres são elaboradas por grupos restritos de profissionais qualificados que lhe confere maior uniformidade.

Com efeito, num futuro porventura pouco distante, o perito pode ser responsabilizado civilmente por actuações menos lícitas e culposas. Daí a extrema importância do desempenho médico enquanto perito e clínico.

A actuação médica neste campo é enormemente complexa e transcendente. Por vezes tem sido aligeirada. Os profissionais com responsabilidades nesta matéria devem possuir formação altamente especializada.

Não basta ser perito, é importante exercer clínica. Um bom clínico pode ser mau perito, mas um perito sem experiência clínica afigura-se difícil.

A responsabilidade ética do perito garante-lhe a liberdade no exercício. Deve ser reconhecido pelos seus pares e desfrutar de qualificação legitimada, caso contrário, deve declinar a missão que lhe foi confiada.

As perícias frequentemente são superficiais¹⁷, mas as perícias superficiais não são perícias. Conhecimentos nas áreas da neurologia, ortopedia e jurídica são necessários.

► Requisitos de um perito:

- personalidade bem formada
- tempo

- disponibilidade
 - credibilidade
 - competência específica (o ortopedista não tem que saber psiquiatria).
- Elementos para elaborar o relatório:
- deixar exprimir o sinistrado
 - liberdade para relatar os sofrimentos
 - interrogatório dirigido e orientado
 - distinguir o essencial do acessório.

A interpretação final dos factos é baseada nas declarações do sinistrado ou acompanhante. O perito jamais deve envolver-se como sendo parte do processo. O distanciamento crítico e analítico com os factos reais, mesmo que profundamente chocado com os acontecimentos, impõem-se.

Os sintomas devem ser integrados num contexto coerente e lógico com o mecanismo desencadeante.

A análise dos exames complementares deve ser associada a manifestações clínicas. Imagens radiográficas ou traçados electroencefalográficos são dados objectivos.

As sequelas podem ser previsivelmente reversíveis, irreversíveis, transitórias e permanentes²²:

- sequelas anatómicas (amputações, dismetrias dos membros com repercussões funcionais, calosidades ósseas, deformações, cicatrizes dismórficas)
- sequelas que afectam as vísceras e os sentidos (insuficiências renais, hepáticas, respiratórias, cegueira, surdez, anósmia)
- sequelas funcionais que afectam o esqueleto com repercussões no complexo articular (limitação das mobilidades, instabilidades)
- sequelas psíquicas que afectam a esfera mental e vida de relação consequência directa das lesões. As afecções psíquicas prestam-se a simulações e exageros (alterações afectivas, depressões, neuroses, psicoses)
- sequelas estéticas que afectam a beleza e a harmonia corporal interferem com a auto-estima e com a capacidade de relação/atração (amputações, encurtamentos, desvios de eixo, cicatrizes, ulcerações).
- sequelas morais relacionadas com as alterações de vida diária (internamentos prolongados, impedimento do ócio, prática desportiva, leitura e música)
- sequelas extra-corporais que transcendem o corpo com repercussões na pessoa (separações, sofrimentos familiares, despedimentos).

Elementos comuns do exame pericial

Tratamentos, evolução das lesões, implicações presentes e futuras laborais, familiares, vida social e pessoal, estado anterior e sequelas são elementos que integram o exame pericial.

► O perito deve explorar sistematicamente:

- exame clínico
- o sinistrado está só ou acompanhado? Caminha sem limitações? Necessita auxiliares de marcha? Aspecto humilde ou arrogante? Aparenta simular? O recurso a familiares, amigos ou companheiros de trabalho é por vezes necessário.
- inspecção observa de imediato o fâcies, postura geral, dismetrias, encurtamentos e deformidades
- palpação dos pontos dolorosos, tónus muscular, deformidades e contracturas
- pesquisa das instabilidades, manobras de apreensão nas mãos e índice de *Schober* na coluna
- tipo de dor, intensidade, fenómenos desencadeantes, irradiação, posicionamento, tratamentos e baixas médicas
- mobilidades
- força muscular⁽¹⁾ integrada num todo funcional.

Os exames complementares à data do acidente devem ser disponibilizados. A análise sequencial da evolução clínica ajuda a perceber o evoluir do quadro.

► Exames complementares:

- radiografia convencional continua a ter um papel extremamente importante no estudo das lesões esqueléticas: fracturas, patologia degenerativa, consolidações viciosas, pseudartroses e artrose pós-traumática
- ecografia estuda lesões musculares e tendinosas
- TAC estuda lesões ósseas nos cortes axiais e reconstruções tridimensionais

⁽¹⁾ 0 - o músculo não esboça contracção

1 - contracção muscular sem movimento

2 - contracção muscular que provoca movimento (só elimina o peso do segmento)

3 - contracção com movimento contra o peso

4 - contracção eficaz com movimento contra o peso e resistência moderada

5 - contracção do músculo normal.

- RMN valoriza estruturas ligamentares, cartilagíneas, meniscais, tendinosas e tecidos moles.
- exames laboratoriais em determinadas patologias sem tradução objetiva nos exames complementares, devem ser valorizadas quando devidamente fundamentadas
- pareceres especializados
- relatórios hospitalares
- documentos médico-legais.

Estado anterior

Estabelecer a relação causal acidente/prejuízo, é uma das principais funções do perito. O nexo de causalidade deve ser obstinadamente perseguido e descortinado. Avaliar a possibilidade de imputabilidade médico-legal e causalidade jurídica impõem-se.

Caracterizar o estado anterior e a predisposição do sujeito para determinados transtornos é mandatário, principalmente no campo psíquico.

A análise cuidada do estado actual tem por objectivo eliminar a possibilidade de corresponder a um estado anterior ou a um outro processo totalmente independente ao traumatismo.

O certo é que a evolução das lesões actuais ainda que independente, pode ser influenciada pelo desenvolvimento de lesões anteriores. Alterações económicas, estado patológico anterior, concomitante ou posterior, podem interferir também neste processo.

Considera-se *estado anterior*²³, não o que se verifica apenas anos ou dias anteriores à ofensa, mas imediatamente antes, ou seja, no momento da ocorrência. Para o clínico a apreciação é eminentemente médica. A diferença é jurídica.

A procura patológica anterior reveste-se de primordial importância em traumatismos da coluna, malformações congénitas, alterações estáticas sem tradução clínica e alterações degenerativas associados à idade sem manifestações clínicas anteriores ao traumatismo.

Definir qual a responsabilidade parcial assacada ao acidente actual quando existe estado anterior²³ é muito difícil.

O perito pode orientar-se pelos seguintes parâmetros:

1 – o traumatismo não agravou o estado anterior nem teve influência negativa sobre as consequências

2 – o traumatismo teve influência negativa sobre as consequências na evolução do traumatismo actual (desvalorizar roturas da coifa dos rotadores em idosos com degenerescência do tendão é polémico)

3 – o traumatismo agravou o estado anterior ou exteriorizou patologia latente.

Não há regras gerais pré-estabelecidas para resolver a problemática do *estado anterior*.

► A avaliação é individual²³ segundo os critérios:

- subtrair à incapacidade permanente genérica a incapacidade profissional anterior
- considerar a capacidade integral sem qualquer incapacidade anterior
- seguir a regra da capacidade restante.

O termo *predisposição*, reserva-se para estados constitucionais com potencialidades para sofrer determinadas doenças. A idade os hábitos alimentares os factores genéticos os conflitos familiares a resistência à solidão e a marginalização social diminuída são elementos reforçantes da predisposição

*Simulador/dissimulador*²⁴ são conceitos opostos e com implicações médico-legais distintas. Trata-se de um processo psíquico caracterizado por reproduzir sintomas com a intenção de enganar alguém (*Minkowski*²⁴).

Simulação, significa representar uma coisa fingindo ou imitando o que não é. O indivíduo consciente e voluntariamente pretende ser portador de patologia que não existe. Se na realidade existe, exagera na sua gravidade com a finalidade de obter lucros.

O perito também deve estar atento para quadros clínicos (crises histéricas) onde não existe consciência de fraude. O recurso a peritos especializados nestas situações impõem-se. Dependente do ganho secundário pretendido, o simulador finge doenças ou esconde sequelas²⁴ para obter benefícios:

- no campo laboral, indemnizações, mudanças do posto de trabalho e pensões.
- nos seguros, esconde sequelas anteriores, minimiza patologias e exageros nas queixas.
- no dia a dia, esconde patologias que o privam de conduzir e trabalhar com profissões de risco, exagera ou inventa sintomas para conseguir benefícios sociais.

Independentemente dos resultados, a actuação do simulador acarreta gastos sociais denominados *gastos de fraude*. Os custos são suportados pela sociedade em geral e pelas companhias de seguros e empresas em particular.

O termo *dissimulador*²⁴, assenta na arte de ocultar o que se sente ou sabe. O sinistrado pretende ocultar patologias existentes igualmente com a intenção do lucro.

Embora raros, alguns sinistrados pretendem enriquecer com artimanhas bem montadas. O perito tem pois de estar atento a falsas lesões e sequelas e não pode pactuar com aproveitadores. Tais situações devem ser denunciadas e punidas.

Também a ignorância, impotência e fracasso do clínico no diagnóstico e tratamento em determinadas patologias nomeadamente da coluna, levam por vezes o perito a catalogar os sinistrados de simuladores.

É uma das características do homem enquanto ser auto-questionar-se. Desvendar grandes mistérios. Questionar o porquê da sua própria existência, doença e morte.

O mecanismo desencadeante do processo mórbido tem origens exógenas que dependem do mundo externo e endógenas, provenientes do próprio organismo.

É fácil depreender que a causa em medicina é multifactorial.

No campo da actividade pericial, está relacionada com a valorização do dano corporal. O estudo da relação/causalidade, *concausas e estado anterior*, adquire a máxima importância. Como afirmou C. Rousseau em 1984²⁵ é a base de toda a evolução do dano. Entende-se por estado anterior, *toda a situação orgânica e funcional prévia ao feito lesivo, conhecida ou desconhecida, inter-relacionada com as lesões e ou sequelas que delas resultam.*

As concausas, *coisa que juntamente com outra é causa de algum efeito* segundo Palmieri²⁵ estão mais relacionadas com a dinâmica causal traumática nos sinistrados com patologia prévia.

► Classificação cronológica das concausas:

- pré-existent (estado anterior)
- estados fisiológicos (gravidez e predisposição familiar modificam a resistência dos tecidos ou órgãos)
- teratológicas (fragilidade óssea na doença de Ollier)
- ectopias congénitas ou patológicas.

Nas concausas patológicas²⁵ pré-existent ou com interacção traumatismo/estado mórbido anterior pode surgir:

- agravamento da sintomatologia no estado patológico anterior pela acção do traumatismo (reactivação de osteomielite)
- efeitos traumáticos potenciados por estados patológicos mórbidos anteriores, impossíveis de esclarecer na totalidade e separá-los é absurdo e desnecessário.

As concausas simultâneas são contemporâneas ou concorrentes²⁵ tal como na morte sobrevinda à perfuração de aneurisma da aorta pré-existente por objecto pontiagudo.

Do ponto de vista biológico, deve chamar-se causa a ambos os factores e concausa só à rotura do aneurisma.

Concausas sobrevividas são consecutivas e posteriores à acção lesiva (entorse cervical por mecanismo de chicote). Nos exames radiográficos imediatos não são visíveis alterações osteo-articulares recentes, mas o doente já possuía espondilose cervical *estado patológico prévio*. Dor cervical, acúfenos, disfagia e vertigens só se manifestaram passadas 48 horas.

É impossível o perito determinar a percentagem do acidente actual no resultado final. Frequentemente terminam em problemas psiquiátricos e neuroses de renda. São situações que proporcionam verdadeiras simulações e exageros dos sintomas.

Calcular a percentagem de IPP que corresponde ao traumatismo actual é inútil e académico. Regra geral, atribuo 50% da IPP total.

Algumas reflexões

A integridade da unidade funcional ósseo-músculo-tendinosa é fundamental para o cabal desempenho das actividades diárias e vida de relação.

Os ossos constituem o esqueleto. Estão unidos através das articulações, solidarizadas por ligamentos. Protegem órgãos vitais, sustentam e suportam estruturas moles. A liberdade pessoal para respirar e trabalhar depende do bom desempenho.

A lesão das estruturas ósseo-músculo-tendinosas, interrompem a estabilidade psico-funcional.

A evolução das lesões depende da idade, estado geral, personalidade da fractura, lesões de tecidos moles, personalidade do sinistrado, poder económico e recuperação.

Restabelecer a função no menor espaço de tempo são os objectivos dos tratamentos. A complexidade dos procedimentos terapêuticos exige análise detalhada das estruturas envolventes. Tarefa similar ao arquitecto que desenvolve a estratégia para a construção do edifício.

Girdlestone, em 1932²⁶ chamou a atenção para os perigos da eficiência mecânica dos métodos de osteossíntese modernos e dos seus riscos no tratamento das fracturas. Comparou o osso a uma planta e os tecidos moles às raízes. Quando as estruturas vasculares estão lesadas requerem cuidados específicos e não técnicas de ponta.

► Os conhecimentos médicos:

- perspectivam os efeitos dos traumatismos (classificação das fracturas)
- quantificam os danos (caracterizam os estado físico e mental prévio).

Com o frenesim da sociedade actual, o cirurgião ortopédico é confrontado com doentes gravemente traumatizados.

A responsabilidade primeira do ortopedista, é prevenir deformidades funcionais. O dever do perito é avaliar correctamente as sequelas.

Na avaliação inicial do traumatizado, salvar a vida é prioritária. A permeabilidade das vias aéreas e o controlo hemodinâmico é essencial.

Complicações imediatas das fracturas: choque hipovolémico, embolia gorda e síndromes compartimentais.

► Dois tipos de fracturas merecem destaque:

- fracturas expostas
- fracturas fechadas de alta energia cinética.

Nos últimos anos, assistimos a um refinamento na filosofia da osteossíntese para tratar as fracturas dos ossos longos. A era biológica com materiais osteo-indutores vem aí. As fracturas intra-articulares assumem particular importância²⁶: rigidez e artrose são as sequelas mais graves.

A redução anatómica e fixação estável restabelece a congruência articular, corrige os desvios e permite a recuperação precoce. As mobilidades influenciam a cicatrização dos tecidos moles e cartilagem e mantém o equilíbrio formação/destruição.

► Lesões complexas osteo-articulares e possíveis sequelas:

- fracturas do anel pélvico com instabilidade hemodinâmica e pélvica, com alta taxa de mortalidade
- luxações da anca pelo risco de necrose avascular da cabeça femoral
- fracturas dos ossos longos. A melhoria dos materiais de osteossíntese, previnem a infecção e diminuem as sequelas. A osteossíntese rígida e calo primário são conceitos intimamente relacionados. A base biológica da consolidação é a vascularização e a estabilidade é a base biomecânica. O calo ósseo é secundário ao hematoma fracturário e o ponto de partida para a formação do calo biológico. Nas fracturas estabilizadas com compressão inter-fragmentária que abordam o foco, forma-se o calo primário ou osteónico. Nas fracturas tratadas conservadoramente o calo ósseo é secundário ou biológico.
- fracturas expostas com extensas lesões dos tecidos moles (classificação de *Gustillo* e *Andersson*). Os esfacelos grau III colocam graves dilemas risco/benefício. Cirurgias de salvação do membro ou cirurgias de amputação? As várias intervenções cirúrgicas podem arrastar o sinistrado para a separação, despedimento e depressão.

ORGANOGRAMA DO INML PARA VALORIZAR O DANO EM DIREITO CIVIL

INFORMAÇÃO

A. Dados Documentais

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:
[descrição]

B. Antecedentes

1. Pessoais

Antecedentes patológicos e/ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:
[descrição]

2. Familiares

Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:
[descrição]

LESÕES E/OU SEQUELAS

A. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

De acordo com [origem da informação] do evento resultaram as seguintes lesões e/ou sequelas:
[descrição]

B. Lesões e/ou sequelas não relacionáveis com o evento

De acordo com [origem da informação] o(a) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:
[descrição]

C. Exames complementares de diagnóstico

[descrição]

CONCLUSÕES PRELIMINARES

Para uma avaliação mais completa das consequências médico-legais do evento:

- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de exame neste Gabinete.

- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) [data e hora] horas.

DISCUSSÃO

1. Os elementos disponíveis [permitem / não permitem] admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo [justificar].
2. A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data], com base em [descrever].
3. No âmbito do período de danos temporários são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:
 - A **incapacidade temporária geral total** (*correspondente à fase durante a qual a vítima esteve impedida de realizar com razoável autonomia as actividades da vida diária, familiar e social*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária geral parcial** (*correspondente ao período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, retomou, com alguma autonomia, a realização das actividades da vida diária, familiar e social*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária profissional total** (*correspondente ao período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária profissional parcial** (*correspondente ao período durante o qual foi possível à vítima desenvolver a sua actividade profissional, ainda que com certas limitações*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - O **quantum doloris** (QD) (*correspondente ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de incapacidade temporária*), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].

4. No âmbito do período de danos permanentes são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:
- A **incapacidade permanente geral** (*correspondente à afectação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, com repercussão nas actividades da vida diária, incluindo as familiares, sociais, de lazer e desportivas*) na qual, tendo em conta a globalidade das sequelas resultantes, a experiência médico-legal de casos semelhantes e a consulta de tabelas de incapacidades funcionais, designadamente a do *Concours Médical* ou similar, se valorizam os seguintes aspectos: [descrever].
(*incluir Coeficiente de Dano e ajudas técnicas, medicamentosas e de terceira pessoa, se a esta valorização houver lugar*)
 - O **dano futuro** (*correspondente ao agravamento das sequelas, que com elevada probabilidade se irá registar, e que se pode traduzir num aumento da incapacidade permanente geral*), sendo de valorizar [descrever].
 - O **rebate profissional** das sequelas resultantes [descrever].
(*compatibilidade com o exercício da actividade habitual ou com outras profissões da área da sua preparação técnico-profissional*)
 - O **dano estético** (*correspondente à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem em relação a si próprio e perante os outros*), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].
 - O **prejuízo de afirmação pessoal** (*correspondente à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, praticadas previamente ao evento responsável pelas sequelas e que representavam, para esta, um amplo espaço de realização pessoal*), fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].
 - O **prejuízo sexual** (*correspondente à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação*), fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].

CONCLUSÕES

- A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data].
- Período de incapacidade temporária geral total fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária geral parcial fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária profissional total fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária profissional parcial fixável em [n.º de dias] dias.
- *Quantum doloris* fixável no grau [grau] /7.
- Incapacidade permanente geral fixável em [taxa] % (à qual acresce, a título de dano futuro mais [taxa] %).
- As sequelas descritas são, em termos de rebate profissional, [descreve]
- Dano estético fixável no grau [grau] /7.
- Prejuízo de afirmação pessoal fixável no grau [grau] /5.
- Prejuízo sexual fixável no grau [grau] /5.

Bibliografia

1. HAMONET CL. Gateaux-mennecier j. bourneville est-il l'inventeur de la médecine de rééducation et de la réadaptation médicale J. Réadapt. Méd., 1993.
2. HAMONET CL. Exclusion des personnes handicapés, Gérontologie et Société, 1993.
3. FARDEAU M. et al. La tierce personne. In rencontres Autour du Blessé Médullaire. Masson, Paris, 1990.
4. STIKER H-J. Intégration dans le travail. Réadaptation, 1983.
5. MARIAS J. História del Arte y de las Civilizaciones. Editorial CM., 1986.
6. PARREÑO RJR. El minusválido y su rehabilitación a través de la história. Revista Rehabilitación, 1978.
7. HERNÁNDEZ AR. Invalidez, desamparo y indefensión en seres humanos. Fundacion MAPFRE Medicina. Madrid, 1993.
8. MONTALVO D-MJ. Concepto de la rehabilitación, história fines y aspectos socioeconómicos de la rehabilitación. In Ministerio de Trabajo. Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes, I: 14-31, 1973.
9. VINEY. Les dommages économiques résultant des blessures. In: L'évaluation du préjudice corporel dans les Pays de la CEE, Litec Paris 162-168, 1990.
10. MAEGEAT H. La réparation du dommage corporel à l'horizon 1992 Ver. Franc. Dommage Corpo. 14 (3): 403-408, 1989.
11. NETO A. Martins H. Código Civil Anotado 7ª ed. Livraria Petrony Lda. Lisboa, 1990.
12. MAGALHÃES T. Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação (sua aplicação médico-legal) Livraria Almedina 1ª ed. Porto, 1998.

13. MAGALHÃES T. Carneiro de Sousa, MJ, Ribeiro C. Pinto da Costa J., Matos E., Hamonet Cl. Avaliação médico-legal do dano corporal e reintegração sócio-profissional. In Actas de Congresso de Medicina Física e Reabilitação. Bial Coimbra 53-55, 1995.
14. CANAVÒ G. La perícia Médico Legale, L'Etica Professionale nella Medicina Legale nella pratica Forense e nell'ambito Assicurativo. Associazione Medico-Giuridica.
15. MARIN A. Le Préjudice Professionel. Journal de Méd. Légale - Droit Médical 29 - 6 465.
16. BOROBIA C. Valoración de Danos Personales causados en los accidentes de circulación, 1996.
17. OLIVEIRA E SÁ F. Clínica Médico-Legal da Reparação do dano Corporal em Direito Civil 59740/92 APADAC, 1992.
18. ALBUQUERQUE M. Revista Portuguesa do Dano Corporal. Novembro Ano IV N° 5, 1995.
19. NICOURT B. Fournier C. Le Préjudice Professionel. Dans le cadre du Droit comum. Revue Francaise du Damage Corporel 10, 361, 1984.
20. PUCCINI C. La relativita del concetto di permanenza nella asecurazione infortuni malattieie professionali e invalidità. Riv. It Prev. Soc. 22: 193, 23, 1969.
21. BARNI M. Fabroni F. Indagini catamnestiche sulle fracture del corpo vertebrale. G med. Leg. Infort Tossicol 8:91, 1962.
22. RODRIGO C. MIRALLES MARRERO. Valoración del daño corporal en el aparato locomotor. Masson.
23. CORTE-REAL F. Revista Portuguesa do Dano Corporal, Ano VI N°. 7. Novembro de, 1997.
24. SÁENZ J. J. Á. La simulación y disimulación en valoración del daño corporal. Temas de Medicina Legal, Edição do Centro de Estudos de Pós-graduação em Medicina-Legal em Coimbra.
25. TAVERNER J. F. Concurrencia de concausas en valoración del daño corporal. Temas de Medicina Legal, Edição do Centro de Estudos de Pós-graduação em Medicina-Legal em Coimbra.
22. SCHATZKER J. Tile M. Tratamento cirúrgico das fracturas. Editora Manole.

CAPÍTULO II

Coluna Vertebral

As lesões neurológicas afectam fortemente a vida social, as actividades profissionais e familiares...

Introdução

A coluna vertebral funciona nos mamíferos quadrúpedes como o vão de uma ponte, sustentada pela cintura escapular e pélvica. No homem não. A posição erecta é tão recente em termos evolutivos, que porventura ainda se mantém em fase de desenvolvimento filogenético.

As fracturas e as entorses da coluna são lesões frequentes e sérias. A medula e as raízes nervosas estão incorporadas na estrutura óssea e dificultam o tratamento. Já no antigo papiro do Egipto Edwin Smith registava, *a quadriplegia traumática é uma condição a não ser tratada.*

A avaliação das sequelas na coluna deve ser considerada sob várias perspectivas. Jamais a remuneração pecuniária conseguirá ressarcir os danos neurológicos.

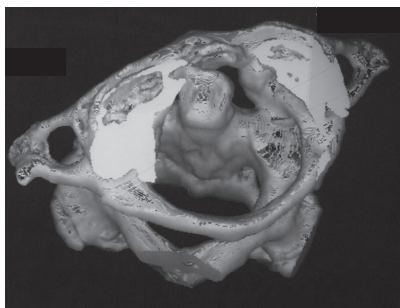


Fig. 1 – Instabilidade rotatória pós-traumática atlanto-axial C1-C2

É difícil classificar e ordenar diagnósticos diferenciais nos síndromes dolorosos na coluna. A estruturação precisa da componente lesional, ajuda a estabelecer o nexo de imputabilidade.

Nos diagnósticos difíceis, o recurso a exames complementares e investigações para-clínicas impõem-se.

Conceitos anatómicos e funcionais

A coluna vertebral é um segmento móvel, formado por unidades distintas. Combina rigidez e estabilidade. Duas vértebras apostas, juntamente com o disco e o complexo ligamentar, formam a *unidade funcional*.

A coluna vertebral é constituída por 33 vértebras:

- 7 cervicais
- 12 dorsais
- 5 lombares
- 5 do sacro
- 5 do cóccix.

Os discos fibrocartilagíneos estão unidos por fortes ligamentos que limitam a mobilidade e amortecem os choques.

A estrutura óssea da vértebra é formada pelo corpo e pelo arco posterior. No arco posterior inserem-se as apófises articulares, transversas, espinhosas e os pedículos. O osso protege as estruturas nervosas e possibilita os movimentos dos membros.

Cada segmento da coluna actua como um fulcro.

Os discos são constituídos pelo núcleo polposos e ânulus fibroso. Ficam ensanduichados nos corpos vertebrais.

Os ligamentos vertebrais comum anterior, posterior e inter-espinhoso, são estabilizadores activos e limitam os movimentos. O ligamento amarelo recobre os espaços inter-laminares.

Os corpos e os discos suportam cargas compressivas. Os ligamentos resistem às forças de tracção. O conjunto forma o eixo neutro, *coluna média de Dennis*.

O segmento cervical é formado por 7 vértebras. A primeira em forma de anel, possui duas massas laterais que suporta o crânio. Juntamente com a 2ª vértebra, permite a flexão, extensão e rotação da cabeça. As restantes vértebras C3-C7, possibilitam a flexão, extensão, inclinação e rotação.

No atlas, a medula ocupa 35% do espaço do canal vertebral e 50% no restante segmento cervical inferior e toraco-lombar¹.

A coluna dorsal é constituída por 12 vértebras em forma de coração que se articulam com as facetas das costelas².

A coluna lombar é constituída por 5 vértebras. É o segmento com maior grau de mobilidade². Está sujeito a forças rotacionais, compressivas e de deslizamento. À maior mobilidade associa-se também um maior número de fracturas.

► Classificar o padrão de fractura é importante para:

- avaliar a estabilidade
- prever o risco neurológico
- perspectivar o tratamento
- presumir as sequelas.

Exame clínico da coluna vertebral

A história clínica cuidada e a exploração física, são os pilares fundamentais no diagnóstico do aparelho locomotor. Para *Michael Chapman*, qualquer estrutura da coluna com receptores algícos desencadeia dor.

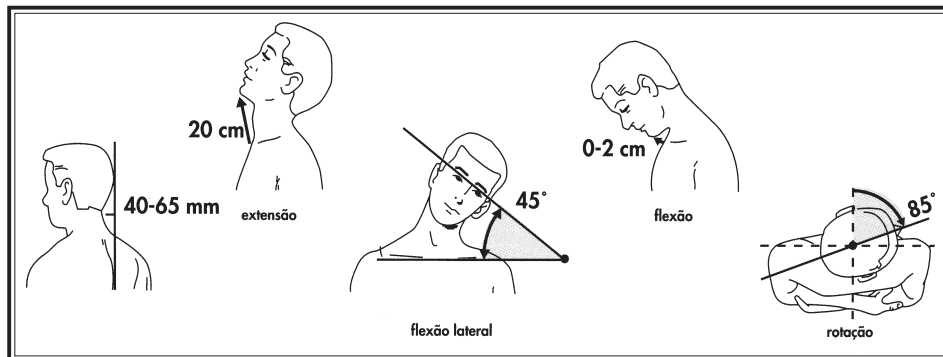


Fig. 2 – Mobilidades da coluna cervical.

► Anamnese

- interrogatório (circunstâncias do acidente)
- violência, duração, direcção e localização
- traumatismos associados
- localização da lesão
- características dolorosas
- repercussões imediatas (alterações neurológicas)
- tratamento
- evolução das lesões.

► Inspeção

- mobilidades (flexão, extensão, flexão lateral e rotações). Variam consoante o segmento e diminuem com a idade. A soma representa a amplitude global do tronco.
- curvaturas
- contracturas musculares (alongamentos e entorses ligeiras são difíceis de avaliar no imediato e normalmente evoluem sem complicações)
- lesões associadas (priapismo nas lesões medulares graves)
- contusão ou choque directo (hematomas e equimoses não sofrem contestação).

► Palpação

- exame neurológico sensorial e motor avalia a área de anestesia e actividade voluntária do músculo.

► Percussão

- pancadas suaves afastadas da lesão.

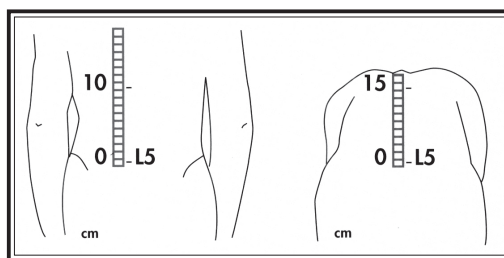


Fig. 3 – Mobilidades da coluna lombar.
Índice de *Schöber*: Normal > 5 cm.

Exames complementares

No estudo da coluna traumática e degenerativa, a radiografia continua a ser primordial, com índices de sensibilidade e especificidade superior a 80%¹.

A concordância clínica e radiológica é desejável na relação causa/efeito. Estreitamentos discais, artrose interapofisária, osteófitos e sindesmófitos com tradução radiográfica exuberante, podem não estar em relação com a clínica. Pelo contrário, radiculalgia exuberante pode não apresentar alterações radiográficas.

► Exames complementares:

- radiografias face, perfil, oblíquas e dinâmicas
- TAC tridimensional estuda a estrutura óssea nos três planos

- RMN³ visualiza roturas ligamentares, alterações discais precoces degenerativas, alterações ósseas medulares e tecido cicatricial pós-operatório.

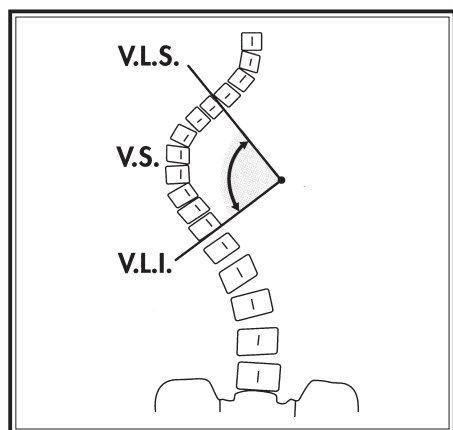


Fig. 4 – Medida do ângulo das curvaturas escolióticas (*Índice de Cobb*).

V.L.S.: vértebra limite superior
V.L.I.: vértebra limite inferior
V.S.: vértebra do topo

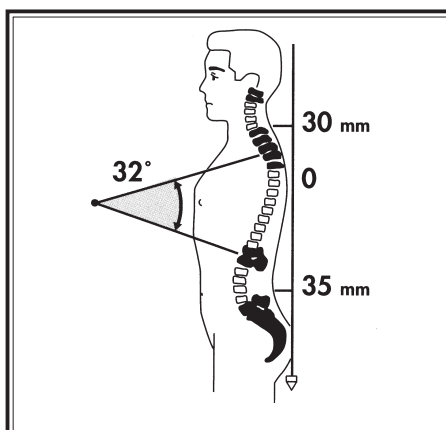


Fig. 5 – Medição das curvaturas vertebrais.

Lesões da coluna vertebral

O disco intervertebral situa-se no eixo do movimento entre duas vértebras. Conhecer a sua estrutura ajuda a compreender o mecanismo das lesões vertebrais e forças envolvidas.

Caracterizar a instabilidade na coluna traumática é a base do tratamento e previsão das sequelas.

Simple contusões⁴ e alterações disco-ligamentares são frequentes.

As fracturas são raras. Quando ocorrem, a deformação da vértebra em cunha anterior é o padrão mais comum. Os mecanismos mais frequentes são a hiper-flexão forçada com ou sem rotação, traumatismos directos de alta energia cinética e quedas sobre os pés.

Na osteoporose, a resistência óssea está diminuída e as fracturas resultam de pequenos traumatismos.

Para classificar as fracturas da coluna vertebral, o perito tem de conhecer as estruturas anatómicas. Os mecanismos de lesão orientam para o diagnóstico.

Em 1949, *Nicoll* introduziu o conceito de estabilidade.

Posteriormente em 1978, *White* e *Panjabi* analisaram a biomecânica dos vários segmentos contíguos às vértebras lesadas.

Dennis, em 1983^{5,6} baseou-se nas três colunas, para explicar o *conceito de estabilidade*:

- coluna média ou complexo osteo-ligamentar médio, constituída pelo ligamento longitudinal posterior, muro posterior, porção posterior do disco e ligamento anular
- coluna anterior, constituída pelo ligamento vertebral comum anterior, metade anterior do corpo e porção anterior do ânullus
- coluna posterior, formada pelos pedículos, facetas, lâminas, apófises espinhosas e complexo ligamentar posterior.

Para *Panjabi*⁷, a coluna instável não tem capacidade para manter a relação entre os vários segmentos sob o efeito das cargas fisiológicas. A instabilidade, pode ser neurológica ou mecânica. Os exames radiográficos iniciais normalmente permitem caracterizar a instabilidade.

► Tipos de fracturas vertebrais:

- estáveis – fracturas isoladas das apófises articulares e transversas, apófises espinhosas e pares inter-articulares.
- instáveis – fracturas esquirolosas, fracturas/luxações por mecanismos de flexão/distracção e luxações. As fracturas em cunha com fragmentos intracanales e lesão neurológica justificam cirurgia imediata.

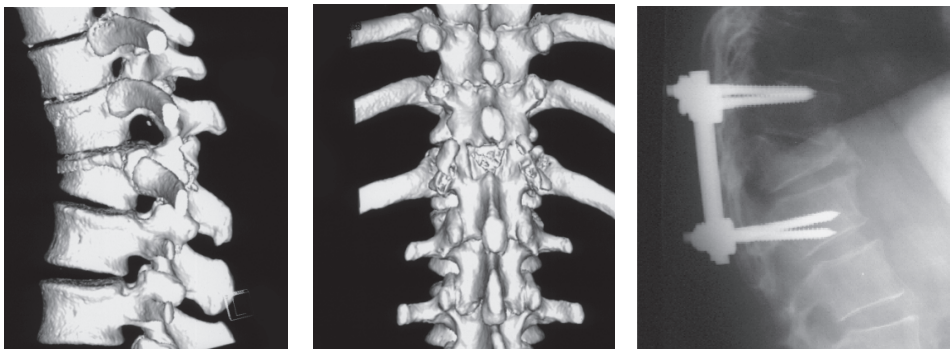


Fig. 6 – Fractura de D12 em cunha instável.
Osteosíntese com U.S.S.

► Sinais clínicos de instabilidade:

- mobilidades individuais do segmento após roturas ligamentares
- colapso das colunas.

Sou confrontado no dia a dia com relatórios de exames radiográficos referindo instabilidade cervical.

O diagnóstico de instabilidade fica simplificado se os exames radiográficos evidenciam fracturas⁷ ou luxações. Nos outros casos a instabilidade é inferida com base em angulações, translações e desvios. As instabilidades agudas ocorrem quando cede a coluna média. Pequenos arrancamentos ósseos do corpo antero-inferior e afastamentos do disco sugerem lesões ligamentares graves.

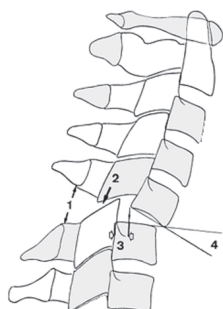


Fig. 7 – Instabilidade cervical. Artrodese C4-C5.

► Sinais radiográficos *indirectos de instabilidade*⁷:

- alargamento dos pedículos
- perda superior a 25% da altura vertebral posterior
- rotura do complexo ligamentar médio
- dois ou mais componentes atingidos.

► Sinais radiográficos de *instabilidade cervical*^{8,9}:



- abertura das apófises espinhosas superior a 11 graus
- subida das facetes
- translação dos corpos vertebrais (listesis) superior a 3mm
- desalinhamento das apófises espinhosas
- abertura dos espaços discais superior a 1,7mm.

Fig. 8 – Sinais radiográficos de instabilidade cervical.

► Graus de instabilidade na coluna:

- 1.º grau – rotura do complexo ligamentar posterior com báscula da coluna média (contenção externa em extensão ou fixação interna).
- 2.º grau – fracturas cominutivas “burst” por estalido, sem compromisso neurológico inicial e risco de cifose (cirurgia nas compressões medulares por fragmentos ósseos que comprimem a medula e nos grandes síndromes neurológicas)
- 3.º grau – fracturas/luxações por estalido e fracturas cominutivas em cunha com complicações neurológicas (a instabilidade mecânica e neurológica obriga a descomprimir e estabilizar).

► Lesões vertebrais com indicação cirúrgica absoluta:

- fracturas compressivas com perda de altura da vértebra inferior a 50%
- angulação superior a 20 graus.

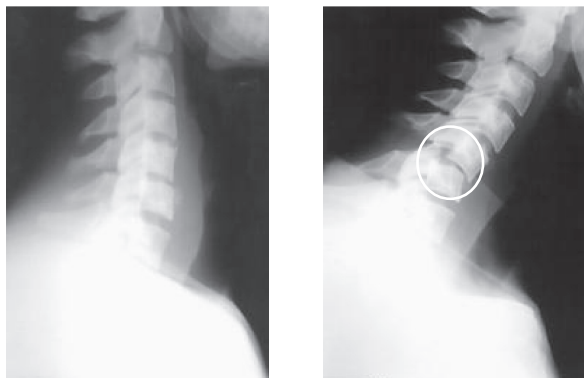


Fig. 8 – Instabilidade cervical C4-C5 só visível no RX dinâmico.

► Objectivos da cirurgia:

- evitar cifoses ou desvios dolorosos
- corrigir deformidades e manter a biomecânica
- restabelecer as dimensões do canal
- melhorar a recuperação funcional
- eventual melhoria neurológica.

► Sequelas previsíveis nas fracturas vertebrais:

- dor
- deformidades
- limitação das mobilidades (rigidez)
- lesões neurológicas.

Generalidades sobre o tratamento cirúrgico das lesões na coluna

A lombalgia, é um sintoma subjectivo que se manifesta em 30% da população em qualquer fase da vida⁸.

A raquialgia residual está associada a procedimentos cirúrgicos e conservadores. Para *Burke*¹⁰, persiste dor após cirurgia em 22% dos casos e somente em 2% no tratamento conservador. 39% das lesões na coluna tratadas cirurgicamente segundo *Osebold* referem dores residuais.

*Sénégas*¹¹, avaliou doentes paraplégicos tratados conservadoramente e verificou que 45% apresentavam dores lombares, contra 23% sujeitos a tratamento cirúrgico.

► Objectivos do tratamento cirúrgico na coluna traumática:

- redução
- estabilidade
- melhoria da função.

► Indicações para a cirurgia de urgência:

- fracturas com lesões neurológicas progressivas apesar de não ter sido demonstrada a recuperação neurológica⁴
- compromisso do canal por fragmentos ósseos ou restos do disco
- luxações irreductíveis e lesões ligamentares instáveis.

Wilberger, em 1991³ estudou a evolução das complicações neurológicas em cirurgias precoces e diferidas. As complicações sistémicas – pneumonias, escaras e trombose venosa, diminuíram 50% nas cirurgias precoces, mas as alterações neurológicas foram idênticas nos dois grupos. A cirurgia permitiu reduzir a fractura, mobilização precoce, diminuir os internamentos e prevenir os agravamentos e melhoria do humor.

A remodelação do canal raquidiano demora em regra 1-2 anos (*Krompinger* 1985). Mantém-se controverso o tempo médio da estabilização cirúrgica – 1 ano em média.

As lesões neurológicas na coluna têm origem em compressões, soluções de continuidade, contusão ou concussão medular.

A concussão medular é difícil de objectivar. Nos minutos que seguem o traumatismo a medula permanece histológica e morfológicamente normal. Perturbações iónicas intra e extra-celulares originam edema e isquémia. Tais processos conduzem à necrose tissular e as sequelas são inevitáveis (Bracken 1990¹⁰).

O tratamento precoce com metilprednisolona nos traumatismos vertebrais mantém-se controverso. *Após a publicação do New England Journal of Medicine, não se trata de saber se o tratamento é eficaz, mas se nós temos o direito de o não fazer* (Sénégas 1991).

- Elementos a considerar pelo perito na lesão medular:
 - independência e autonomia para gestos comuns diários
 - integração e desempenho profissional
 - aceitação do estado.
- Classificação de *Frankel* com base na gravidade das lesões neurológicas:
 - A – lesão completa sensitivo-motora
 - B – motricidade completa e sensibilidade preservada
 - C – motricidade incompleta e marcha impossível
 - D – motricidade útil
 - E – sem alterações neurológicas.

A reintegração sócio-profissional dos sinistrados com sequelas neurológicas graves, é difícil não só por dificuldades do mercado de trabalho, mas também pela capacidade de adaptação à nova realidade.

Limitações físicas e psicológicas desencadeiam sentimentos depressivos crónicos. *Gerner*, em 1979 constatou que 40,2% dos traumatizados tentaram o suicídio. A auto-negligência é consequência lógica de atitudes autodestrutivas, complicações físicas, falta de motivação e passividade impostas pela própria situação clínica.

Com efeito, a integração dos sinistrados com lesões medulares graves deve facultar a expressão e escolha do sinistrado e ser discutida em equipa pluridisciplinar. O êxito profissional é influenciada por decisões políticas e pelo espírito dos tempos. O trabalho proporciona contactos sociais, realização pessoal e melhoria financeira.

A adaptação do sinistrado paraplégico à nova realidade, pode demorar vários anos ou nunca acontecer. Também me surpreendem pelas verdadeiras lições de vida.

Alterações fisiopatológicas da coluna

A evolução degenerativa na coluna com a idade, é um processo comum e faz parte do envelhecimento.

A artrose secundária, resulta de traumatismos e alterações do disco vertebral.

Nos traumatismos, os osteófitos marginais² resultam da remodelação dos contornos articulares. A mobilidade da coluna fica reduzida.

A partir dos 40 anos, o complexo anatómico e os discos vertebrais sofrem alterações progressivas. As alterações radiográficas traduzem o envelhecimento natural do disco.

A diminuição de glucosaminoglicanos desidrata progressivamente o conteúdo aquoso do núcleo pulposo e enfraquece a capacidade elástica no disco. O anel fibroso também desidrata. A actividade dos fibroblastos diminui e a densidade do colagénio facilita as roturas do anel². As roturas favorecem a migração do conteúdo do núcleo e formam hérnias discais. Em resposta, a osteogénese reactiva do prato vertebral esclerótico aumenta a superfície e surgem os osteófitos.

► Função dos discos vertebrais²:

- mobilidade intersegmentar
- distribuição uniforme das cargas
- manutenção das curvaturas fisiológicas.

A perda da altura do disco, osteófitos e protusão do anel, originam a chamada *hérnia discal dura*. A diminuição da altura obstrui os buracos de conjugação, invade o canal medular e comprime as raízes – dor e contractura muscular, são as manifestações clínicas.

A partir da sexta década, as alterações degenerativas na coluna acentuam-se e a artrose é um fenómeno natural. Faz parte do envelhecimento. Traumatismos vertebrais alteram e aceleram a evolução. Os segmentos C4-C5-C6, têm maior grau de mobilidade e são os mais atingidos.

► Factores que influenciam a evolução para a artrose na coluna²:

- genéticos
- mecânicos (dismetrias dos membros e desvios)
- processos inflamatórios
- alterações neuromusculares (distrofias neurológicas musculoligamentares)
- traumatismos.

- Manifestações clínicas na coluna degenerativa:
 - dor
 - rigidez
 - limitação das mobilidades.
- Evolução radiológica da coluna artrósica⁸:
 - grau I espondilartrose inicial – esclerose e osteófitose mínima que não interfere com a medula ou raízes
 - grau II espondilartrose ligeira – esclerose e osteófitose mínima que não comprime a medula nem as raízes
 - grau III espondilartrose moderada – alterações do grau II e diminuição moderada da altura do disco
 - grau IV espondilartrose grave – diminuição acentuada da altura do disco, que interfere com os buracos de conjugação
 - grau V espondilartrose muito grave – todas as alterações anteriores muito evoluídas e deformação dos corpos vertebrais.

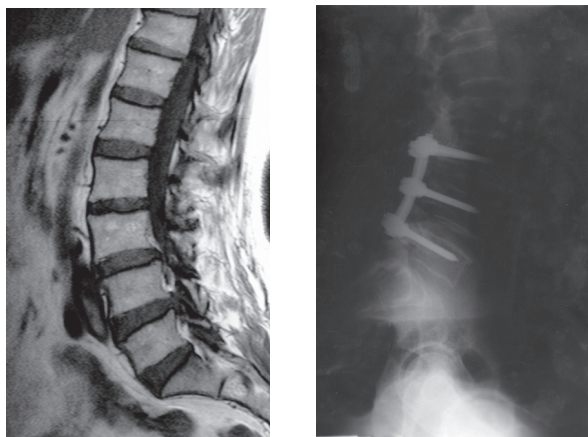


Fig. 9 – Canal estreito lombar. Descompressão e artrodese L3-L5.

Os traumatismos vertebrais em colunas degenerativas são susceptíveis de agravar os sintomas clínicos. Traumatismos indirectos na coluna cervical, são dos mecanismos mais frequentes – embates traseiros com o pescoço em extensão, *golpe de chicote*, são os grandes responsáveis por entorses vertebrais.

► Tipos de entorse vertebral:

- ligeiras – distensão dos tecidos moles
- moderadas – roturas ligamentares parciais, objectivadas por rectificação
- graves – roturas ligamentares e alterações das articulações apofisárias
- muito graves – instabilidade precoce com ou sem lesão neurológica.

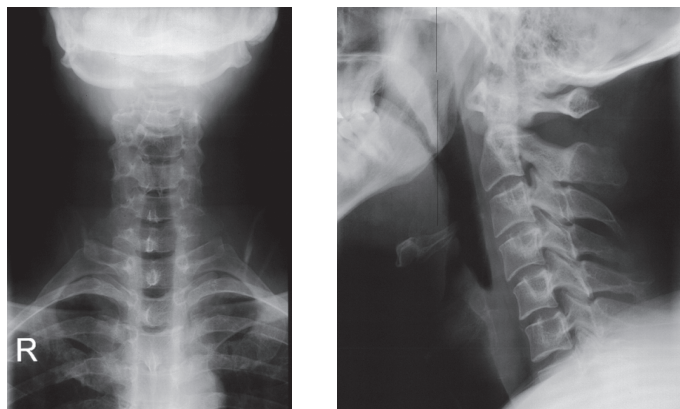


Fig. 10 – Entorse cervical ligeira. Rectificação da coluna.

A cervicalgia pós-traumática, é motivo frequente de valorização médico-legal. Trata-se de um sintoma com alto grau de subjectividade. Longas permanências em pé no trabalho em flexão/rotação, são condicionantes no aparecimento dos sintomas e geram elevado absentismo laboral. Nos homens, estão relacionadas com actividades pesadas manuais. Nas mulheres, associam-se ao trabalho doméstico intenso.

Hérnias cervicais C6-C7-C5 na ausência de traumatismos são características dos jovens.

A lombalgia é um sintoma patológico que afecta a maioria da população. A dor tem origem nos discos, buracos de conjugação, corpos vertebrais, raízes nervosas e estruturas ligamentares. A dor discogênica e das facetas articulares é mais comum.

A coluna degenerativa com ou sem instabilidade, atinge o expoente máximo dos sintomas na estenose vertebral. A postura rígida em extensão desvio lateral da coluna numa atitude de defesa, *list* ciática, descomprime a raiz nos foromens.

Os deslizamentos ístmicos resultam de fracturas inter-apofisárias, traumatismos, esforços e gestos repetidos em profissões de força.

A espondilolistesis displásica nos defeitos congénitos, ocorre preferencialmente na junção lombosagrada. Surge na puberdade com crescimentos rápidos. São muitas vezes interpretadas como espasmos musculares e catalogadas de crises lombares. Nas incidências radiográficas oblíquas observa-se alongamento do pescoço ou “coleira do cão escocês”.

A espondilo-listesis é condicionada também por alterações degenerativas das facetas articulares e discos.

► Tipos de espondilo-listesis:

- grau I – deslizamento 0% a 25%
- grau II – deslizamento 26% a 50%
- grau III – deslizamento 51% a 75%
- grau IV – deslizamento superior a 75%.



Fig. 11 – Espondilo-listesis L5-S1, grau II.

A dor lombar na coluna degenerativa traumática, pode ter várias origens. A degenerescência do disco reduz a altura do anel fibroso e estira as fibras nervosas. Desequilíbrios psicológicos exacerbam as queixas e prolongam os períodos de incapacidade.

► O perito, com alguma paciência consegue respostas não condizentes:

- trajecto doloroso mal definido
- hipervalorização das queixas, mas se o sinistrado se senta confortavelmente a conversar no consultório, é pouco provável que a lombalgia tenha tido origem orgânica.

Nos diagnósticos diferenciais da lombalgia crónica, a história social e familiar é muito importante. Há situações pessoais em que a resolução do problema passa pela incapacidade ou indemnização, o denominado *comportamento de doente*.

O vulgar lumbago é caracterizado por dor violenta e paroxística de início brusco, que surge com um esforço.

A lombociatalgia na maioria dos casos, resulta da irritação ou compressão das raízes superiores do nervo ciático. O trajecto radicular é bem definido. As hérnias discais são divergentes. A dor irradia póstero-lateralmente e segue o trajecto da raiz L5-S1 ou L4-L5. Habitualmente surge com os esforços e aumentam com a pressão intra-discal (levantar pesos com a coluna flectida e rodada).

A sintomatologia agrava-se com as manobras que aumentam a pressão do líquido céfalo-raquidiano (defecar, tossir, espirrar). A manobra de *Laségue*, membro inferior levantado em extensão, reproduz a irradiação dolorosa aos 30°/70°.

A limitação do sinistrado com patologia lombar grave, faz com que dependa completamente dos familiares que tiveram de adaptar a sua vida em função dele.

Hérnias discais e nexos de causalidade

Os discos inter-vertebrais são formados pelo núcleo polposos e anel fibroso. O núcleo é excêntrico. A espessura varia consoante o segmento. Os discos cervicais e lombares são mais flexíveis. Contribuem com 20% do comprimento da coluna⁴.

O núcleo pulposos é altamente hidratado. Deforma à compressão e não comprime. As forças de pressão axial convertem-se em forças de pressão horizontal.

As hérnias discais cervicais tem origem em duas entidades clínicas diferentes: hiper-extensão forçada do pescoço e degenerescência do disco. A extensão agrava os sintomas.

- Sintomas clínicos patognomónicos na hérnia discal aguda traumática:
 - alterações paréticas ou sensitivas com início bem definido
 - dores ao movimento
 - dores ao mínimo esforço.
- Sintomas clínicos na hérnia discal crónica:
 - início dos sintomas sem data precisa
 - radiculopatias com desenvolvimento pouco claro.

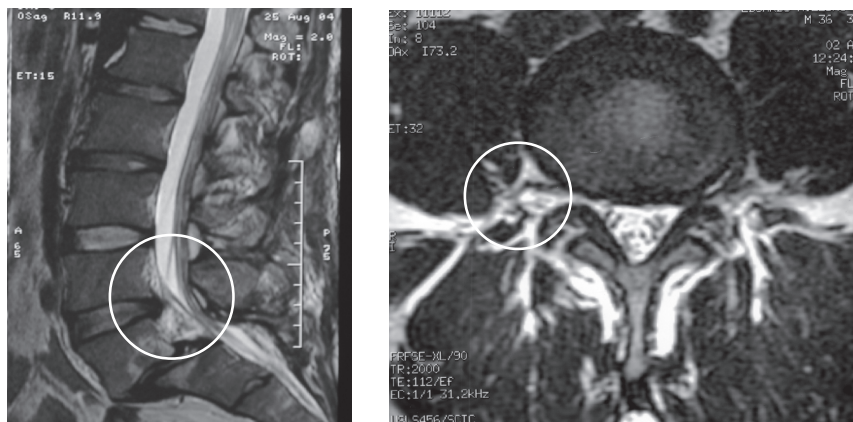


Fig. 12 – Hérnias discais L4-L5-S1 migradas.

O tratamento da hérnia discal é equacionado de forma individual: sintomatologia, localização, irradiação, envelhecimento do disco e artrose.

Existem grandes probabilidades de simulações e ganhos secundários na patologia discal. Nestas situações, a avaliação neurológica e psiquiátrica impõem-se.

Protusão discal e avaliação médico-legal

Os prolapsos ou protusões discais localizam-se preferencialmente na coluna torácica.

Na terceira década de vida, o núcleo sofre alterações degenerativas. Mais tarde, o anel também se degrada e surge a artrose nas facetas que comprime as raízes. Estas modificações normalmente evoluem sem grande dor. Nos adultos jovens, os prolapsos agudos surgem normalmente nas colunas instáveis.

Os sintomas dolorosos estão justificados nos sinistrados com clínica e exames complementares condizentes. Os principais problemas colocam-se nas raquialgias e protusões do disco cujo significado patológico está longe de ser consensual.

Vários estudos mostram prolapsos discais assintomáticos, em 33% a 99% dos casos consoante a idade⁴.

Pergunto pois. A protusão discal é um fenómeno patológico ou tão só a evolução natural da coluna degenerativa com manifestações clínicas esporádicas?

A degenerescência do disco resulta do próprio envelhecimento e traumatismos de repetição que distorcem o anel. Quando o núcleo perde água e proteoglicanos, desenvolvem-se herniações em todas as direcções⁴.

No chamado *prolapso contido*, as fibras do anel e ligamento longitudinal posterior opõem-se ao deslizamento do disco. No *prolapso sequestrado*, a extrusão do disco prolonga-se para dentro do canal.

Na região lombar, os prolapsos são geralmente centrais e os sintomas clínicos nos membros inferiores são bilaterais. Os prolapsos laterais irritam a raiz e dermatomo correspondente.

A longo prazo, as herniações diminuem a altura do disco e prejudicam as mobilidades da coluna. As facetas articulares reagem às pressões e desenvolvem artrose secundária⁴. A dor lombar muitas vezes não tem tradução nos exames complementares.

- Elementos que ajudam a quantificar a causalgia²:
 - idade
 - características dos sintomas
 - antecedentes
 - mobilidades
 - desempenho profissional e funcional
 - informações do médico assistente e entidade empregadora (períodos de abstinência ao trabalho).
- Características da lombalgia ligeira²:
 - dor intermitente de curta duração (alguns dias ao longo do ano)
 - dor que alivia com o repouso (não requer tratamento específico)
 - permanece longos períodos de pé com algumas dificuldades
 - algum desconforto com os esforços
 - mobilidades normais (índice de *Shober* 10/14)
 - sem alterações radiográficas.
- Características da lombalgia moderada²:
 - dor em pé ao fim de 3 horas
 - várias crises anuais exacerbadas com o esforço, que exigem tratamento específico
 - dificuldade em conduzir (2 horas ou 200 Km aproximadamente)
 - dificuldade em permanecer longos períodos de pé no trabalho
 - índice de *Shober* < 10/13 (rigidez lombar ligeira)
 - artrose moderada.

► Características da lombalgia grave²:

- dores intensas e constantes que exigem tratamentos específicos permanentes
- impossibilidade de fazer esforços
- marcha difícil e alterações posturais
- longos períodos de abstinência ao trabalho durante o ano
- condução impossível
- índice de *Shober* < 10/12 (rigidez lombar acentuada)
- artrose severa (deformações ósseas graves e instabilidades).

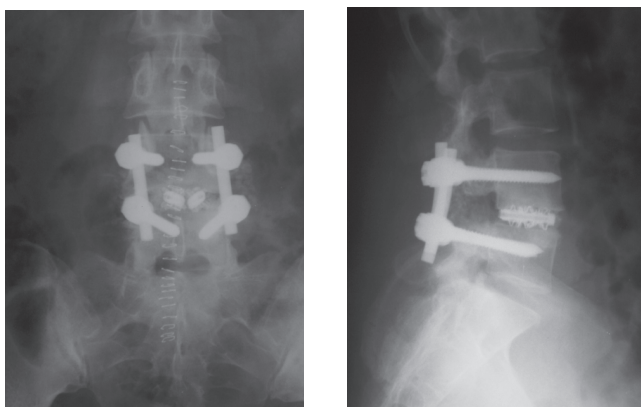


Fig. 13 – Lombalgia grave. Artrodese inter-somática L4-L5 com prótese de disco.

Síndrome cervical pós-traumático

O síndrome cervical pós-traumático de *Barré e Liéou*⁷, *whiplash injury*, é um conjunto de manifestações orgânicas e funcionais que se podem manifestar nos traumatismos cervicais. O perito, frequentes vezes é solicitado para se pronunciar acerca desta patologia.

O síndrome cervical foi descrito no ano de 1925 em Estrasburgo. Inicialmente foi associado à artrose cervical. Posteriormente em 1928, a *Orthopaedic American Western Association* confere-lhe entidade clínica¹².

A caracterização do síndrome cervical não é fácil, quando os exames complementares não mostram lesões osteo-ligamentares nem medulares. Como é possível experimentar no animal a sensação de vertigem e acúfenos⁷?

Pareceres das especialidades de otorrinolaringologia, neurologia, oftalmologia e psiquiatria podem ser úteis nos diagnósticos de exclusão.

Os traumatismos cervicais, resultam de mecanismos directos/indirectos e aceleração/desaceleração. Nos mecanismos directos, o pescoço é projectado com o veículo em andamento e queda da cabeça, fenómeno de *head lag*. Nos mecanismos indirectos, as lesões sem contacto ocorrem nos embates posteriores “golpe de chicote”.

- Sintomas clínicos precoces no síndrome cervical pós-traumático:
 - dor cervical nos primeiros dias (forma mais frequente 24/48 horas)^{13,14}.
 - dor imediata associada a roturas ligamentares graves¹⁵
 - desequilíbrios
 - sensação de explosão intracraniana
 - perdas de consciência
 - sentimentos de ansiedade e pânico de instalação súbita
 - dor e espasmos musculares.
- Sintomas clínicos retardados no síndrome cervical pós-traumático⁷:
 - cefaleias intermitentes desagradáveis que não cedem à terapêutica, exacerbadas com os movimentos da cabeça¹⁴.
 - tensão emocional
 - omalgias
 - dor torácica
 - irritabilidade, fadiga e alterações da memória
 - alterações oculares (fotofobia, obnubilação ligeira, dores surdas e lancinantes)
 - vertigens e perturbações auditivas em 20% dos casos¹⁶.

A dor cervical, é o sintoma dominante no síndrome cervical pós-traumático¹⁷. Ocorre em 98% dos casos. A dor irradia para a nuca em 72% dos casos, ombros 36% e braços 20%⁵.

- Causas dos sintomas no síndrome cervical pós-traumático²:
 - lesões ligamentares
 - lesões ósseas
 - alterações vasculo-nervosas.

As cefaleias e acufenos são explicadas pela teoria simpática². A vasoconstrição mecânica compressiva do nervo vertebral de *Franck* liberta substâncias irritativas.

*Jung Kehr*², propôs a teoria vascular. Os sintomas relacionam-se com a compressão mecânica intermitente ou prolongada da artéria vertebral². O equilíbrio ligamentar cervical é regulado por reflexos baro-sensíveis. Nas

lesões ósseas, a irritação ligamentar contractura o músculo estriado. A medula reage e os mecanismos de vasodilatação provocam reacções neuro-vegetativas. Os sintomas desaparecem espontaneamente na maioria das vezes. Noutras ocorrem progressivas alterações fisiopatológicas com bloqueios das articulações. As cefaleias e as vertigens, resultam assim de lesões anatómicas articulares e funcionais.

► Exames complementares no síndrome cervical pós-traumático:

- radiografias face, perfil e dinâmicas. A perda da lordose fisiológica cervical tem valor relativo, mas a persistência dos sintomas tem mau prognóstico¹⁸. As alterações degenerativas não são próprias do síndrome cervical pós-traumático¹⁹ mas a sua presença agrava os sintomas.
- Ressonância Magnética Nuclear²⁰, evidencia lesões do ligamento longitudinal anterior e disco, hérnias discais pós-traumáticas, roturas dos ligamentos inter-espinhosos.

Na ausência de objectivação das queixas nos exames complementares, os sinistrados muitas vezes são catalogados de neuróticos e as sequelas não são valorizadas.

Nos traumatismos cervicais com alterações ósseas degenerativas prévias, que responsabilidade nonexo causal?

Canais estreitos bem tolerados e assintomáticas podem deteriorar-se clinicamente com os traumatismos. As dificuldades na imputabilidade confundem bloqueios segmentares com artrose ou alterações ligamentares.

O tratamento do síndrome cervical pós-traumático é conservador se o exame físico, neurológico e exames complementares não apresentam alterações: imobilização anti-álgica com colar cervical 3/4 semanas seguida de movimentos até ao limiar doloroso na rotação e lateralização do pescoço, coadjuvada com relaxantes musculares, anti-inflamatórios e fisioterapia (massagens, calor húmido e tonificação muscular).

Deve ser feita a reavaliação clínica aos 6 meses se mantém sintomas, estudo complementar com RMN na tentativa de evidenciar alterações que justifiquem as queixas. A hipótese cirúrgica (artrodese) é plausível.

Perante sinais claros de instabilidade na RMN o tratamento é cirúrgico: discectomia e artrodese intersomática anterior.

► Factores de mau prognóstico no síndrome cervical pós-traumático¹⁹:

- duração dos sintomas > 1 ano
- idade > 50 anos
- sexo feminino

- alterações psicológicas
- irradiação dos sintomas para os membros superiores, região dorso-lombar e occipital.

Compete ao perito decidir perante quadros clínicos tão incaracterísticos. Nas situações em que me é difícil objectivar os sintomas relacionados com as queixas clínicas, atribuo 5% de IPP enquadrada no agravamento.

Na dúvida, decido a favor do sinistrado e atribuo 5%/10% de IPP *raquialgias residuais*, consoante a gravidade.



Fig. 14 – Donte paraplégico pós-traumatismo cervical.

- Sequelas previsíveis nos traumatismos vertebrais:
 - algias residuais
 - deformidades
 - alterações neurológicas.
- Critérios clínicos e radiológicos para valorizar algias residuais^{20,21}:
 - informação clínica
 - intensidade do traumatismo
 - objectivação dos sintomas (rigidez)
 - estado anterior
 - alterações radiológicas pré-existentes e possíveis interferências na evolução e estabilização do quadro, *concausas*
 - sintomas coincidentes com situações semelhantes
 - reflexos e parésias
 - atrofias musculares
 - exames complementares com agravamento de artrose pré existente.

EM RESUMO

Tempos médios de internamento

Discectomias	5 dias
Instabilidades (artrodese)	10 dias
Fracturas	10 dias
Canal estreito	15 dias
Escolioses	15 dias

Tempos médios de consolidação

Instabilidades	180/365 dias
Síndrome cervical pós-traumático	até 3 anos
Discectomias	90/180 dias
Canal estreito	365 dias
Fracturas	180/365 dias
Escolioses	365 dias

Quantum Doloris

Algias residuais pós-traumáticas	Ligeiro/Moderado
Fracturas	Moderado/Médio
Lesão neurológica	Importante/Muito Importante
Discectomias	Médio/Considerável
Agravamento de patologia vertebral pré-existente	Moderado/Médio
Instabilidades	Médio/Considerável
Canal estreito	Considerável/Importante

Sequelas Ligeiras (0% - 5%)

Cervicalgias sem radiculopatias
 Dorsalgias sem radiculopatias
 Lombalgias sem radiculopatias
 Algia residual pós fractura
 Algia residual pós discectomia

Sequelas Moderadas (5% - 15%)

Síndrome cervical pós-traumático
 Radiculopatia com défice motor e sensitivo
 Artrose dolorosa com desvios do eixo pós-traumáticas
 Escoliose pós-traumática < 30° dolorosa
 Cifose pós-traumática dolorosa
 Artrodese < 2 níveis
 Espondilolistesis pós-traumática grau I/II

Sequelas Graves (20% - 35%)

Síndromes infecciosos crônicos (discites, osteíteis)
Síndromes neurológicos autônomos
Espondilolistesis dolorosa pós-traumática grau III/IV
Artrodese disfuncional > 3 níveis
Síndrome cervical pós-traumático disfuncional
Escoliose disfuncional > 30 graus
Cifose disfuncional grave

Sequelas Muito Graves (> 35%)

Síndromes neurológicas sem autonomia 40%-90%
Síndromes neurológicas com alteração dos esfíncteres 40%-50%
Lesões neurológicas com disfunção sexual 40%-90%

Bibliografia

1. JIMÉNEZ J. Serrano M. Cervicobraquialgia. Monografia médico-quirúrgicas del aparato locomotor. Formation continuada de la SECOT y de la SER, 1998.
2. LUCAS, P. Stehman M.; Traumatismes dorso-lombaires, Actualites du Damage Corporel. Collection Médico-Legale 49-71.
3. WILBERGER J. Diagnosis and management of spinal cord trauma. J. Neurotrauma, 8 (suppl 1) 21-28, 1991.
4. LUCAS P. Stehman M., Pathologies Neurologiques Iatrogenes Volme nº 3 Editions Jurididoc – Bruxelles, 1993.
5. DENIS F. The tree-column spine its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries Spine 8: 817-831, 1984.
6. DENIS F. Spinal instability defined by the tree-column spine concept in acute spinal trauma. Clin. Orthop., 189: 65-76, 1984.
7. LUCAS P. Stehman M. Syndrome post-commotionnel et syndrome cervical Volme nº 1 Editions Jurididoc – Bruxelles, 1991.
8. BUCHOLZ R. W. Rockwood and Green's Fractures in Adults. 5th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2001
9. MAIMARIS C. Barnes MR. Allen M. Whiplash injuries of the neck: a retrospective study. Injury 19: 393-396, 1988.
10. BURKE D. Murray D. The management of thoracic and thoracolumbar injuries of the spine wiyh neurological involvement. J. Bone J. Surg. 58 B: 72-78, 1976.
11. SÉNÉGAS J. Lés paraplegies traumatiques. Nouveaux concepts. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT. Conférences d'enseignement. pp 97-109, 1991.
12. CROWE H. E. Injuries to the cervical spine. Comunicação apresentada na reunião da Western Orthopaedic Association, San Francisco, 1928.
13. BONO G. Whiplash injuries: clinical Picture and diagnostic Work-up. Clin Exp Rheumatol. 18 (2 suppl 19): 23-28, 2000.
14. FOREMAN S. M. *Whiplash Injuries*. The Cervical Acceleration/Deceleration Syndrome 3rd ed. USA: Lippicott Williams and Wilkins, 2002.

15. DEANS GT Magalliard JN. kerr M. Rutherford WH. Neck sprain. A major cause of disability following car accidents. *Injury* 18: 10.12, 1987.
16. BALLA JI. The late whiplash syndrome: a study of an illness in Australia and Singapore. *Culture Med Psychiatry* 6: 191-210, 1982.
17. HOHL M. Soft tissue injuries of the neck. *Clin Orthop* 109: 42-39, 1975.
18. WATKINSON A. Gargan MF. Bannister GC. Prognostic factors in soft tissue injuries of the cervical spine. *Injury* 23: 307-309, 1991.
19. MILES KA. Maimaris C. Finlay D. Barnes MR. The incidence and prognostic significance of radiological abnormalities in soft tissue injuries to the cervical spine. *Skeletal Radiology* 17: 493-496, 1988.
20. DAVIS SJ. Teresi LM. Bradley WG. Ziemba MA. Bloze AE. Cervical spine hiperextension injuries: MR findings. *Radiology* 180: 145-151, 1991.
21. PARMAR HV. Raymakers R. The outcome after whiplash injury: a retrospective review. *J Bone join Surg* 72 B: 936, 1990.

CAPÍTULO III

Ombro e Braço

OMBRO

O ombro é uma articulação fundamental para a vida de relação...

Introdução

O bom desempenho dos gestos simples ou complexos do membro superior, depende da globalidade dos movimentos do ombro. As várias patologias do ombro que resultam de processos artrósicos, recorrem com frequência ao serviço de urgência. Em idades avançadas ocorrem em 7% a 20% dos casos¹.

O diagnóstico, tratamento e avaliação das sequelas na patologia do ombro, colocam problemas delicados:

- para o ortopedista, a cirurgia soluciona a maioria dos problemas.
- para o perito, estabelecer o nexo de causalidade lesão/sequelas nem sempre é fácil.

O desempenho profissional, estética e função, são os parâmetros da avaliação funcional global do ombro.

A valorização estética tem a ver com a postura na sociedade.

A função relaciona-se com as alterações anatómicas.

Conceitos anatómicos e funcionais

A cintura escapular é constituída por 5 articulações que funcionam em unidade: complexo articular da omoplata. Trabalham em sincronia nos movimentos globais do ombro/mão. Não se pode pois negar a sua complexidade.

► Articulações verdadeiras do ombro:

- gleno-umeral
- acrómio-clavicular
- esterno-clavicular.

► Articulações falsas ou de deslizamento:

- sub-acromial
- omo-torácica.

A constituição anatómica confere enorme liberdade à articulação gleno-umeral. A cavidade glenoideia é pequena em relação à cabeça. Difere da anca que possui uma concavidade acetabular solidamente estável.

A articulação do ombro teoricamente é muito instável pelas características anatómicas. Mas isso não é verdade. A estabilidade é conferida por meios de contenção activa e passiva – ligamentos, cápsula e músculos.

Os meios de contenção activa são constituídos pela coifa dos rotadores: supra-espinhosa, infra-espinhosa, pequeno redondo e sub-escapular. Na acção conjunta, traccionam e fixam a cabeça do úmero dentro da cavidade glenoideia e ajudam o músculo deltóide na abdução do braço.

A pressão atmosférica também contribui para a estabilidade do ombro. *Gray* afirmava que a laxidez da cápsula é tão grande que o braço cai 1cm quando os músculos são dissecados e é removida a pressão atmosférica. *Kumar e Balasubramanian* demonstraram-no em ombros de cadáveres². A hemartrose articular pode também simular sub-luxações inferiores por mecanismos semelhantes.

A sinovial reveste a cápsula internamente. Os prolongamentos constituem as bolsas serosas.

A bolsa subacromial relaciona-se com a coifa dos rotadores e facilita os movimentos da cabeça umeral.

► Posição de função do ombro:

- flexão 40°/20°; extensão 180°/50°
- abdução 50°/20°; adução 180°/50°
- rotação externa 30°/50°; rotação interna 90°.

► Exame clínico do ombro:

- inspecção
- palpação (pontos dolorosos)
- mobilidades (leva a mão à nuca e às costas)
- estabilidades
- manobras funcionais.

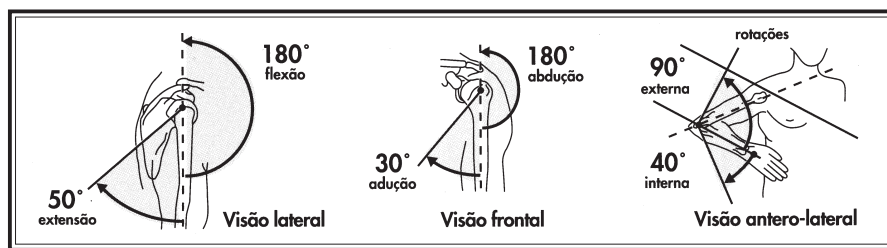


Fig. 1 – Mobilidades do ombro.

Conflito sub-acromial e rotura da coifa dos rotadores

A patologia mais frequente no ombro é o síndrome de compressão sub-acromial. A dor é desencadeada pela inflamação, consequência do conflito de espaço, *impingement*. Como o próprio termo indica, há contacto anormal coifa/tecto acromial.

► Manobras clínicas específicas no conflito sub-acromial:



- **teste de Neer**
 - braço flectido para diante e abdução passiva em rotação interna, desperta dor.



- **teste de Hawkins**
 - o abaixamento do antebraço previamente elevado a 90° e cotovelo flectido, desperta dor na passagem horizontal.



- **sinal de Yocum**
 - dor ao elevar o cotovelo com a mão no ombro contra-lateral – conflitos troquíter/ligamento acrómio-coracoideu.



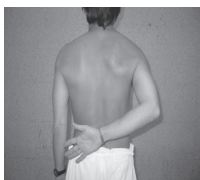
- **teste de Jobb “lata vazia”**

- braço elevado para diante em rotação interna des-
perta dor no abaixamento da mão contra resis-
tência – desempenho do supra-espinhoso.



- **teste de Speed**

- dor desencadeada à elevação do braço com o
antebraço em supinação – explora o tendão da
longa porção do bicípete.

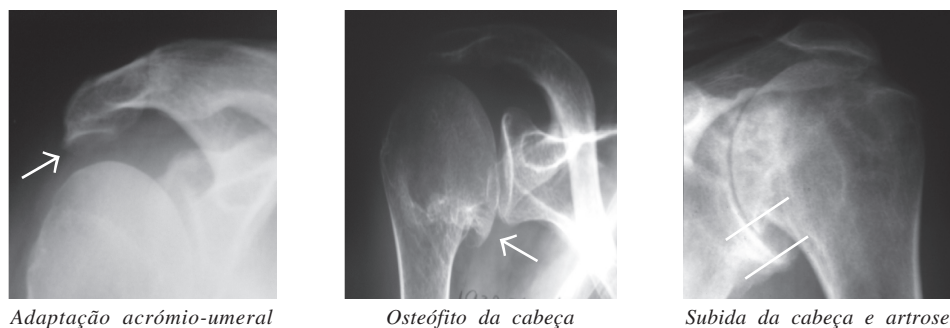


- **teste de Gerber**

- resistência à mão colocada na região dorsal
quando se afasta o antebraço para trás – desem-
penho do sub-escapular.

► Exames complementares no ombro doloroso:

- radiografia face e rotação externa/interna
- radiografia perfil da omoplata de *Lammy* nos sinais indirectos de conflito – tipo de acrómio, esclerose do troquíter e ascensão da cabeça do úmero na coifa incontinente
- radiografia dinâmica ou teste de *Leclercq* em abdução contrariada (roturas graves da coifa)
- ecografia útil no estudo e diagnóstico das estruturas tendinosas da coifa. É deficitária na interpretação de anomalias estruturais. Sensibilidade³ em 93% dos casos e especificidade em 83%. Nas roturas da longa porção do bicípete 70% de sensibilidade e 100% de especificidade
- artrografia evidencia através do extravasamento do produto de contraste na cavidade articular e na bolsa. É útil para valorizar pequenas roturas da coifa não visualizadas noutros exames
- RMN estuda músculos, estruturas ósseas e ligamentares. Observa também lesões no labrum e estuda a influência e evolução dos traumatismos na cartilagem.



Adaptação acrómio-umeral

Osteófito da cabeça

Subida da cabeça e artrose

Fig. 2 – Sinais radiográficos indirectos de rotura da coifa.

O conflito perturba o normal deslizamento do ombro na elevação anterior do braço em rotação interna. A inflamação crónica pode evoluir para ombro congelado – imobilidade dolorosa do ombro, consequência de aderências à glenóide e retracções no fundo de saco.

Os conflitos repetidos crónicos podem romper totalmente ou parcialmente a coifa. A rotura afecta sobretudo a elevação do braço a partir dos 90°: arco doloroso do ombro 70°/120° de abdução com a palma da mão virada para cima.

De acordo com *Neer*, o conflito sub-acromial é a etiologia mais frequente das roturas da coifa⁴ e a principal causa de abstinência ao trabalho. Trata-se de uma entidade clínica que coloca algumas dificuldades ao perito.

► Fases do conflito subacromial:

- I – tendinopatia aguda reversível: a inflamação da bolsa sub-acromial e do tendão supra-espinhoso diminuem a distensão da bolsa. Solicitações excessivas do membro superior em profissões que exigem gestos repetitivos despertam dor incapacitante
- II – tendinopatia crónica: as inflamações de repetição fibrosam e espessam o tendão supra-espinhoso e a dor crónica afecta as actividades diárias
- III – último estágio da coifa degenerada: dor persistente no ombro que limita a abdução/rotação externa. As coifas incontinentes extravasam o líquido sinovial e formam uma neo-articulação acromio-troquiteriana que evolui para a artrose.

► Sinais radiográficos nos conflitos subacromiais e roturas da coifa:

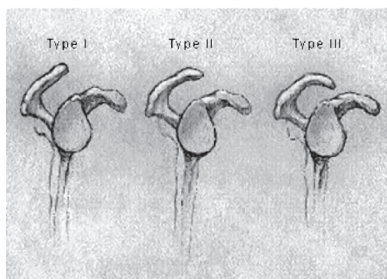


Fig. 3 – Tipos de acrómio de *Bigliani*.

- tipo de acrómio⁵: I, II e III de *Bigliani*. Os acrómios tipo II e III são mais susceptíveis de conflito
- reforço do troquíter
- elevação da fásia sub-deltaoideia (sinal directo +)
- espaço do acrómio A/U < 7mm (Valor de ref. 7/12mm) é um sinal indirecto +.

Nem sempre é fácil estabelecer nexos causais entre traumatismo do ombro/ patologia subsequente. O perito pode lançar mão de exames complementares: radiografia, ecografia e RMN que ajudam na resolução do problema.

► Características radiográficas nas roturas crónicas com artropatia:

- subida da cabeça
- quebra da linha de *Shenton*
- neo-faceta acrómio-umeral adaptada à cabeça
- alterações degenerativas da cabeça e glenoide (imagem em espelho)
- osteófito inferior da cabeça umeral em *tromba de elefante*

► Sinais ecográficos:

- bursite subacromial hemática
- roturas parciais
- inflamação do tendão (espessura da bolsa crónica)
- microcalcificações.

► Características da rotura traumática aguda da coifa na RMN:

- tipo de rotura em L, traduz a forma do acrómio no jovem
- ausência de degenerescência gorda
- degenerescência gorda do infra-espinhoso, supra-escapular e infra-escapular ausente, ou, sem sinais de esclerose nos bordos.

► Características da rotura crónica da coifa na RMN:

- degenerescência do supra-espinhoso e infra-espinhoso, com os bordos esclerosados
- excentração da cabeça
- presença de líquido com características inflamatórias.

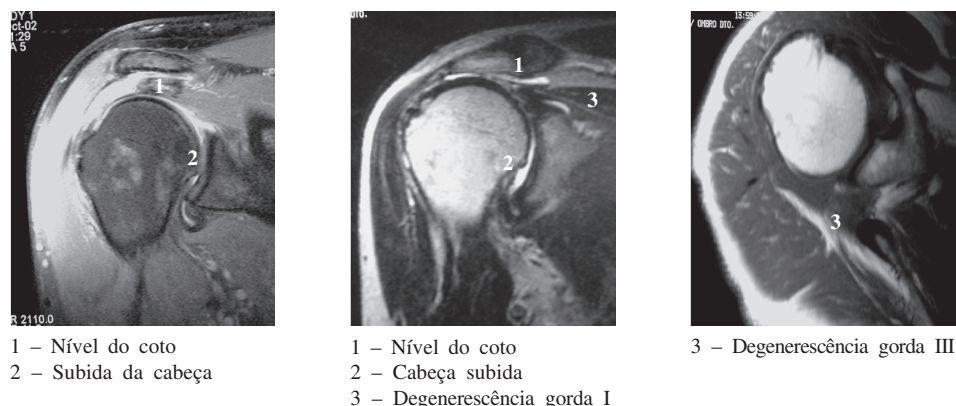


Fig. 4 – RMN do ombro na rotura da coifa.

A grande maioria da patologia do ombro doloroso só é encaminhada para consultas especializadas tardiamente após o início das queixas, *estado prévio*. A imputabilidade traumática coloca sérias dúvidas nestas situações.

As roturas da coifa espontâneas são frequentes nos traumatismos violentos em adultos jovens. A partir dos 60 anos, resultam de micro-traumatismos.

O tendão supra-espinhoso é o mais afectado em 69% dos casos⁶. Abaixo dos 30 anos, as roturas localizam-se na metade anterior em 79% dos casos. As roturas extensas simulam ombros pseudo-paralíticos.

A dor persiste em 25% dos casos e o enfraquecimento muscular diminui a mobilidade activa em 86%⁶.

As roturas da coifa agudas tem características diferentes das crónicas. A RMN precoce é de facto o melhor exame para caracterizar o coto do tendão, tipo de rotura e grau de degenerescência gorda dos tendões.

O tratamento das roturas é cirúrgico. A cirurgia pode melhorar a função, mas não refaz o tendão.

Para avaliar as sequelas nas roturas da coifa, é importante saber se a cabeça é continente isto é, assegura a centragem activa da cabeça. A continência assegura a excentragem da cabeça na elevação do membro e colide com o acrómio.

O índice funcional de *Patte*⁷, baseado na dor, força muscular e função valorizam as sequelas do ombro.

Para valorizar as sequelas do ombro oriento-me pelos critérios pré-estabelecidos do núcleo do ombro dos HUC.

Protocolo de Avaliação de Patologia do Ombro dos HUC

G : DIAGNÓSTICO

Síndrome do conflito sub-acromial	<input type="checkbox"/>	Instabilidades GU	<input type="checkbox"/>	A/C <input type="checkbox"/>	E/C <input type="checkbox"/>
Rotura da coifa dos rotadores	<input type="checkbox"/>	Artrose GU	<input type="checkbox"/>	A/C <input type="checkbox"/>	E/C <input type="checkbox"/>
Fraturas da extrem. Proximal do úmero	<input type="checkbox"/>	Ombro congelado		<input type="checkbox"/>	
		Outras		<input type="checkbox"/>	

H: TABELA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO (CONSTANT)

DOR (15 pontos) 15 = Ausência de dor 10 = Dor discreta 5 = Dor moderada 0 = Dor severa TOTAL D ____ E ____	FORÇA MUSCULAR (25 pontos) Nº de Kg Resistidos ____ TOTAL D ____ E ____																																
MOBILIDADE (40 pontos) <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">Elevação anterior</th> <th style="width: 50%;">Abdução</th> </tr> <tr> <td>10 = 151°-180°</td> <td>10 = 151°-180°</td> </tr> <tr> <td>8 = 121°-150°</td> <td>8 = 121°-150°</td> </tr> <tr> <td>6 = 91°-120°</td> <td>6 = 91°-120°</td> </tr> <tr> <td>4 = 61°-90°</td> <td>4 = 61°-90°</td> </tr> <tr> <td>2 = 31°-60°</td> <td>2 = 31°-60°</td> </tr> <tr> <td>0 = 0°-30°</td> <td>0 = 0°-30°</td> </tr> <tr> <td>TOTAL D ____ E ____</td> <td>TOTAL D ____ E ____</td> </tr> </table>	Elevação anterior	Abdução	10 = 151°-180°	10 = 151°-180°	8 = 121°-150°	8 = 121°-150°	6 = 91°-120°	6 = 91°-120°	4 = 61°-90°	4 = 61°-90°	2 = 31°-60°	2 = 31°-60°	0 = 0°-30°	0 = 0°-30°	TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">Rotação externa</th> <th style="width: 50%;">Rotação interna</th> </tr> <tr> <td>2 = mão pescoço/cotovelo frente</td> <td>10 = dorso mão D7</td> </tr> <tr> <td>2 = mão pescoço/cotovelo atrás</td> <td>8 = dorso mão D12</td> </tr> <tr> <td>2 = mão cabeça/cotovelo frente</td> <td>6 = dorso mão cintura</td> </tr> <tr> <td>2 = mão cabeça/cotovelo atrás</td> <td>4 = dorso mão sacro-iliaca</td> </tr> <tr> <td>2 = elevação completa</td> <td>2 = dorso mão nadeiga</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0 = dorso mão coxa</td> </tr> <tr> <td>TOTAL D ____ E ____</td> <td>TOTAL D ____ E ____</td> </tr> </table>	Rotação externa	Rotação interna	2 = mão pescoço/cotovelo frente	10 = dorso mão D7	2 = mão pescoço/cotovelo atrás	8 = dorso mão D12	2 = mão cabeça/cotovelo frente	6 = dorso mão cintura	2 = mão cabeça/cotovelo atrás	4 = dorso mão sacro-iliaca	2 = elevação completa	2 = dorso mão nadeiga		0 = dorso mão coxa	TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____
Elevação anterior	Abdução																																
10 = 151°-180°	10 = 151°-180°																																
8 = 121°-150°	8 = 121°-150°																																
6 = 91°-120°	6 = 91°-120°																																
4 = 61°-90°	4 = 61°-90°																																
2 = 31°-60°	2 = 31°-60°																																
0 = 0°-30°	0 = 0°-30°																																
TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____																																
Rotação externa	Rotação interna																																
2 = mão pescoço/cotovelo frente	10 = dorso mão D7																																
2 = mão pescoço/cotovelo atrás	8 = dorso mão D12																																
2 = mão cabeça/cotovelo frente	6 = dorso mão cintura																																
2 = mão cabeça/cotovelo atrás	4 = dorso mão sacro-iliaca																																
2 = elevação completa	2 = dorso mão nadeiga																																
	0 = dorso mão coxa																																
TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____																																
TOTAL D ____ E ____																																	
ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E POSIÇÃO DO MEMBRO (20 pontos) <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (10 pontos)</th> <th style="width: 50%;">NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DA MÃO (10 pontos)</th> </tr> <tr> <td>4 = trabalho normal</td> <td>10 = acima da cabeça</td> </tr> <tr> <td>A: 4 = actividade desportiva ou lúdica normal</td> <td>B: 8 = pescoço à cabeça</td> </tr> <tr> <td>2 = sem perturbação do sono</td> <td>6 = xifoide ao pescoço</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 = cintura ao xifoide</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 = abaixo da cintura</td> </tr> <tr> <td>TOTAL D ____ E ____</td> <td>TOTAL D ____ E ____</td> </tr> </table>		ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (10 pontos)	NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DA MÃO (10 pontos)	4 = trabalho normal	10 = acima da cabeça	A: 4 = actividade desportiva ou lúdica normal	B: 8 = pescoço à cabeça	2 = sem perturbação do sono	6 = xifoide ao pescoço		4 = cintura ao xifoide		2 = abaixo da cintura	TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____																		
ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (10 pontos)	NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DA MÃO (10 pontos)																																
4 = trabalho normal	10 = acima da cabeça																																
A: 4 = actividade desportiva ou lúdica normal	B: 8 = pescoço à cabeça																																
2 = sem perturbação do sono	6 = xifoide ao pescoço																																
	4 = cintura ao xifoide																																
	2 = abaixo da cintura																																
TOTAL D ____ E ____	TOTAL D ____ E ____																																
TOTAL (A+B) D ____ E ____																																	
PONTUAÇÃO TOTAL: D ____ E ____																																	
SCORE NORMAL D ____ E ____																																	
INCAPACIDADE Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>																																	

L: TRATAMENTO

CONSERVADOR		Nº de infiltrações _____	
CIRÚRGICO			
<u>Descompressão sub-acromial</u>	<input type="checkbox"/>	Estabilização da A/C	<input type="checkbox"/>
<u>Roturas da Coifa dos Rotadores</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Instabilidades</u>	
Pequena (1cm)	<input type="checkbox"/>	Latarget modificada	<input type="checkbox"/>
Média (1-3cm)	<input type="checkbox"/>	Putti-Plat	<input type="checkbox"/>
Grande (3-5cm)	<input type="checkbox"/>	Capsular Shift Anterior	<input type="checkbox"/>
Maciça (>5cm)	<input type="checkbox"/>	Inferior	<input type="checkbox"/>
Transversal	<input type="checkbox"/>	Artroscopia Suretac	<input type="checkbox"/>
Longitudinal	<input type="checkbox"/>	VAPR	<input type="checkbox"/>
Em L	<input type="checkbox"/>	Retracção Térmica	<input type="checkbox"/>
Sutura topo a topo	<input type="checkbox"/>	<u>Artroplastia</u>	
Reinserção trans-osseas	<input type="checkbox"/>	Tipo _____	
Outras	<input type="checkbox"/>		

J: AVALIAÇÃO FUNCIONAL

DATA	2º Sem	6 Sem	3 Meses
	Direita	Esquerda	Direita
DOR			
FORÇA MUSCULAR			
MOBILIDADES			
Elevação anterior _____			
Abdução _____			
Rotação externa _____			
Rotação interna _____			
ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA			
Trabalho _____			
Hobbies e desporto _____			
Sono _____			
NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DA MÃO			
TOTAL			

DATA	6 Meses	1 Ano	2 Anos
	Direita	Esquerda	Direita
DOR			
FORÇA MUSCULAR			
MOBILIDADES			
Elevação anterior _____			
Abdução _____			
Rotação externa _____			
Rotação interna _____			
ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA			
Trabalho _____			
Hobbies e desporto _____			
Sono _____			
NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DA MÃO			
TOTAL			

(TABELA DE CONSTANT)

	Dtª	Esq	Revisão
1 - DOR (15 PONTOS) Nula (15) Ligeira (10) Moderada (5) Severa (0)			
2 - NÍVEL DE ACVTIVIDADE (20 PONTOS) 2 a – Incapacidade para a profissão (4 pontos) Nula (4) Ligeira (3) Moderada (2) severa (1) Total (0)			
2 b – Incapacidade para o desporto (4 pontos) Nula (4) Ligeira (3) Moderada (2) Severa (1) Total (0)			
2 c – Dor Nocturna (2 Pontos) Nula (2) Alguma (1) Severa (0)			
2 d – Nível de trabalho com a mão (10 Pontos) Cintura(2) Ap.Xifoide(4) Pescoço(6) Cabeça(8) Acima da cabeça(10)			
3 - MOBILIDADES (40 PONTOS) 3 a – Flexão (10 Pontos) <30(0) 30 - 60(2) 60 - 90(4) 90 - 120 (6) 120 - 150(8) 150 - 180 (10)			
3 b – Abdução (10 Pontos) <30(0) 30 – 60(2) 60 –90(4) 90 – 120(6) 120 – 150(8) 150 – 180 (10)			
3 c - Rotação Externa (10 Pontos) Mão abaixo da cabeça- Cotovelo à frente (2) Mão na nuca - Cotovelo à frente(6) Mão abaixo da cabeça- Cotovelo atrás (4) Mão na nuca - Cotovelo atrás (8) Mão sobre a cabeça – Cotovelo atrás (10)			
3 d - Rotação Interna (10 Pontos) Coxa (0) Nádega (2) Sacro (4) L3 (6) D12 (8) D7 (10)			
4 - FORÇA MUSCULAR (25 PONTOS) Kg em abdução x 2 (máximo 12,5 kg)			
TOTAL – PONTOS			

PONDERAÇÃO :	Homens	Idade	Mulheres
	98 p	21 – 30	97 p
	98 p	31 – 40	90 p
	92 p	41 – 50	80 p
	90 p	51 – 60	73 p
	83 p	61 – 70	70 p
	75 p	71 – 80	69 p
	66 p	81 – 90	64 p

Fracturas da clavícula

As fracturas da clavícula nos trabalhadores de força podem ser incapacitantes. O fragmento proximal desvia para trás e para cima.

A radiografia convencional antero-posterior com inclinação caudal a 45° confirma o diagnóstico.

► Classificação de *Allman* para as fracturas da clavícula⁸:

- tipo I – terço médio
- tipo II – terço externo
- tipo III – terço proximal.

As fracturas do terço externo, são mais incapacitantes. Assemelham-se a luxações acrômio-claviculares e interferem com a força⁹.

A evolução das fracturas da clavícula é favorável e o prognóstico funcional é bom.

O tratamento é conservador: tempo médio de consolidação 6 semanas.

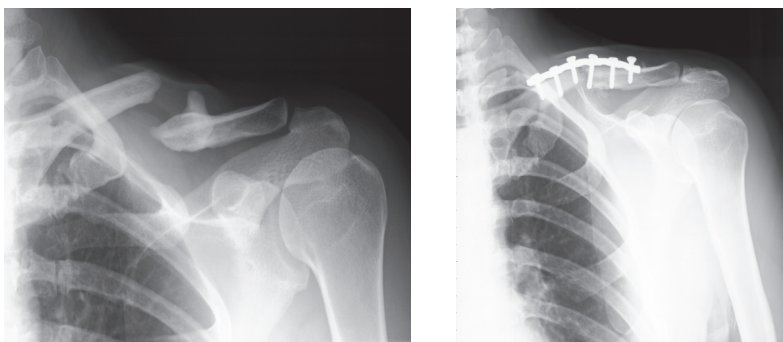


Fig. 5 – Pseudartrose da clavícula. Osteossíntese instável.

► Sequelas possíveis nas fracturas da clavícula:

- calosidades ósseas dolorosas e cosméticas sobretudo nas senhoras
- pseudartroses
- encurtamentos do membro por cavalgamento dos topos ósseos > 1,5 cm, são mal tolerados
- síndromes costo-claviculares
- lesões do plexo braquial.

Avalio as sequelas das fracturas da clavícula baseado na *Tabela de Constant* ponderada.

Fracturas proximais do úmero

As fracturas proximais do úmero, são frequentes acima dos 60 anos e ocorrem em 75% dos casos⁹.

Clinicamente são caracterizadas por dor local, crepitação e grande impotência funcional do membro superior.

Radiografias antero-posteriores do ombro confirmam o diagnóstico.

A TAC tridimensional, esclarece melhor o tamanho e localização dos fragmentos nas fracturas/luxações complexas.

► Classificação de *Neer* para as fracturas proximais do úmero¹¹:

- grande tuberosidade
- pequena tuberosidade
- colo cirúrgico
- colo anatómico.

De acordo com esta realidade, os fragmentos estão desviados quando as angulações são $> 45^\circ$ ou se afastam $> 1\text{cm}$.

As fracturas proximais do úmero alinhadas e estáveis são tratadas conservadoramente, 4/6 semanas de imobilização. O início precoce da recuperação funcional diminui a rigidez do ombro.

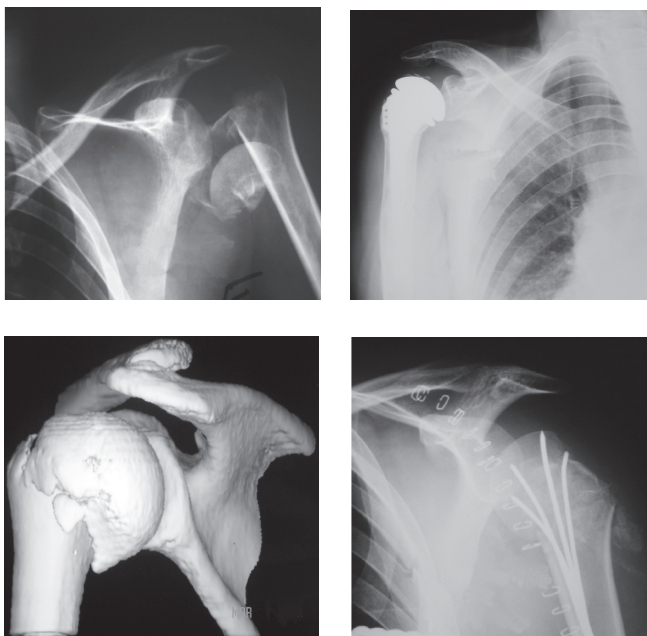


Fig. 6 – Fracturas proximais do úmero.
Prótese total do ombro e encavilhamento de *Kapandgi*.

O tratamento cirúrgico reserva-se para fracturas instáveis. Métodos pouco invasivos não interferem com a cápsula e minimizam a rigidez do ombro; encavilhamentos centro-medulares *Kapandji* ou *Haeckell*. Dor residual, rigidez e incapacidade funcional, são uma realidade.

Os resultados funcionais são bons em 56% dos casos no tratamento conservador e 65% no cirúrgico¹².

Nas fracturas com quatro fragmentos os resultados são maus¹³ e o risco de necrose da cabeça é grande.

- Sequelas previsíveis nas fracturas proximais do úmero:
 - dor e limitação das mobilidades do ombro
 - pseudartrose
 - consolidações viciosa
 - necrose avascular.
- Resultados¹⁰ consoante a pontuação:
 - 89 pontos excelentes
 - > 80 < 89 pontos satisfatórios
 - 70/80 pontos pouco satisfatórios
 - < 70 pontos maus.
- Valorizo as sequelas proximais do úmero pela classificação de *Neer*¹⁰:
 - dor
 - função
 - mobilidades
 - desvios e complicações anatómicas.

Luxações acrómio-claviculares

A articulação acrómio-clavicular, assemelha-se a uma alavanca. Funciona como o diferencial do ombro. Afasta o braço do tronco e ajuda-o na elevação. Os ligamentos córaco-claviculares e acrómio-claviculares, são responsáveis pela estabilidade nos planos horizontal e vertical.

Nas luxações acrómio-claviculares, observa-se dor local e tumefacção, “sinal da tecla”.

O paciente adopta atitude antálgica: cabeça inclinada para o lado da lesão e o cotovelo sustentado com a outra mão.

As radiografias com inclinação cefálica a 45° e incidências dinâmicas avaliam os desvios. O peso na extremidade distal do membro favorece a deformidade.

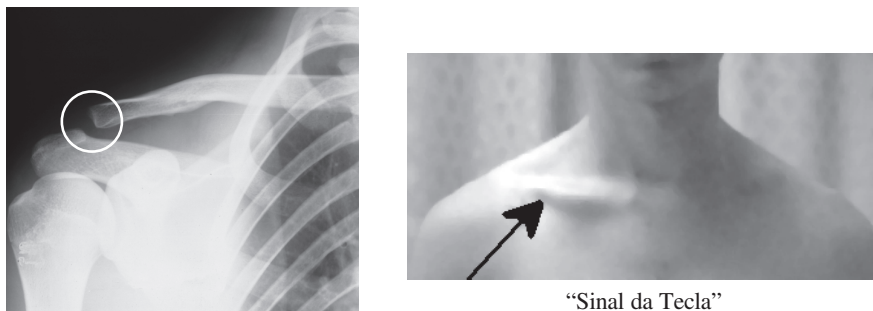


Fig. 9 – Luxuação acromio-clavicular grau III.

- Classificação de *Rockwood*² para as luxações acrómio-claviculares:
 - grau I/II – passíveis de tratamento conservador
 - grau III – passíveis de tratamento conservador ou cirúrgico
 - grau IV/V – indicação absoluta para tratamento cirúrgico.
- Técnicas cirúrgicas para as luxações acrómio-claviculares:
 - *Phemister*: explora o disco cartilaginoso, reduz e estabiliza a articulação
 - A técnica de *Stewart e McLaughlin*: não consente a reparação ligamentar²
 - *Weaver e Dunn*: a exérese da extremidade distal da clavícula encurta o braço de alavanca e enfraquece a força muscular. Desaconselhada nos trabalhadores de força.
 - *Barrington e Brunelli*: transferências musculares dinâmicas que podem lesar o nervo músculo-cutâneo e provocar pseudartrose da inserção coracóide/clavícula.
- Sequelas previsíveis nas luxações recidivantes:
 - dor
 - deformidades dolorosas
 - calcificações ósseas
 - ossificação dos ligamentos cora-claviculares
 - artrose.

Valorizo as sequelas das luxações acrómio-claviculares pela *Tabela de Constant* ponderada¹⁴.