



Sexta-feira, 7 de Fevereiro de 2025

I Série – N.º 25

DIÁRIO DA REPÚBLICA

ÓRGÃO OFICIAL DA REPÚBLICA DE ANGOLA

Preço deste número - Kz: 4.590,00

S U M Á R I O

Presidente da República

Decreto Presidencial n.º 23/25 10226

Aprova a Tabela Nacional de Incapacidades, abreviadamente designada «TNT». — Revoga toda a legislação que contrarie o disposto no presente Decreto Presidencial.

Tribunal Constitucional

Resolução n.º 1/25 10318

Designa Carlos Manuel dos Santos Teixeira, Juiz Conselheiro, Presidente da 2.ª Câmara.

Ministérios das Finanças e da Cultura

Decreto Executivo Conjunto n.º 2/25 10319

Aprova o Regulamento sobre o Regime Jurídico aplicável às Taxas e Receitas devidas pelo Acesso aos Serviços, Cedência e a Utilização dos Espaços que Integram o Centro Cultural Manuel Rui, e a respectiva Tabela de Taxas.

Ministérios da Administração do Território e dos Transportes

Decreto Executivo Conjunto n.º 3/25 10328

Aprova as Medidas de Organização e Funcionamento dos Transportes Rodoviários Regular Urbano e Ocasional de Passageiros e de Mercadorias entre as Províncias de Luanda e do Icolo e Bengo, do Cubango e do Cuando, do Moxico e do Moxico Leste, e estabelece as Medidas Aplicáveis ao Processo de Organização, Licenciamento e Fiscalização do Exercício da Actividade de Transportes Rodoviários de Passageiros e de Mercadorias, desenvolvida nas respectivas províncias.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Decreto Presidencial n.º 23/25 de 7 de Fevereiro

Tendo em conta o disposto nas alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 18.º e n.º 1 do artigo 20.º da Lei n.º 7/04, de 15 de Outubro — de Bases da Protecção Social, que preveem a protecção social obrigatória nas situações de incapacidade para o trabalho, em geral, e nas situações de invalidez, em especial;

Havendo a necessidade de se aprovar a nova Tabela Nacional de Incapacidades, que responda às necessidades actuais, comum para as peritagens médicas de verificação de incapacidades, de modo a garantir os mesmos critérios médicos e a equidade entre as pessoas incapacitadas;

O Presidente da República decreta, nos termos da alínea d) do artigo 120.º e do n.º 1 do artigo 125.º, ambos da Constituição da República de Angola, o seguinte:

ARTIGO 1.º (Aprovação)

É aprovada a Tabela Nacional de Incapacidades, abreviadamente designada «TNI», anexa ao presente Decreto Presidencial, de que é parte integrante.

ARTIGO 2.º (Revogação)

É revogada toda a legislação que contrarie o disposto no presente Decreto Presidencial.

ARTIGO 3.º (Dúvidas e omissões)

As dúvidas e omissões resultantes da interpretação e aplicação do presente Diploma são resolvidas pelo Presidente da República.

ARTIGO 4.º (Entrada em vigor)

O presente Decreto Presidencial entra em vigor na data da sua publicação.

Apreciado em Conselho de Ministros, em Luanda, aos 28 de Novembro de 2024.

Publique-se.

Luanda, aos 31 de Dezembro de 2024.

O Presidente da República, JOÃO MANUEL GONÇALVES LOURENÇO.

TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES

Preâmbulo

A avaliação médico-legal de incapacidades constitui a verificação pericial das alterações na integridade psicofísica, incorporando, deste modo, matéria de particular importância não só pela essência intrínseca, mas agregando também uma complexidade assinalável.

Neste contexto, diversos factores contribuem para este enquadramento, entre outros a particular relação perito-examinado, que pode colocar dificuldades acrescidas na interpretação das sequelas, na subjectividade própria de alguns dos danos a avaliar incluindo situações de simulação/dissimulação, nas inevitáveis reacções psicológicas ao trauma (qualquer que seja sua índole), bem como na impossibilidade prática de submeter, por vezes, os examinados a determinados exames complementares.

Mas, esta inerente complexidade resulta, também, da própria circunstância de serem inevitavelmente diferentes os parâmetros de dano a considerar, consoante o âmbito da avaliação. Assim sucede, nomeadamente, em termos das incapacidades a avaliar e a valorizar.

Não obstante a diversidade apontada e a necessidade de ajuste da avaliação dos diversos tipos de incapacidades, não se pode abdicar, como princípio básico, da indeclinável protecção jurídica devida os sinistrados ou dos doentes, em defesa dos mais elementares direitos cívicos e laborais.

Tal princípio justifica, por si só, a existência e manutenção de um instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas nos domínios da sociedade civil e das relações do trabalho, bem como a sua constante evolução e actualização, de forma a abranger todas as situações possíveis e actuais que determinem a quantificação de uma incapacidade funcional. Reconhecem-se, todavia, as limitações decorrentes de classificar o universo das patologias existentes, pelo que revisões e actualizações deste trabalho serão necessariamente obrigatórias não só tendo em conta o estado da arte, mais também as medições do perfil clínico e epidemiologia no contexto sanitário nacional e mundial.

Pretende-se com esta moldura tabelar proporcionar um quadro de referência de avaliação de incapacidades que permita a todos os médicos, mesmo aos menos familiarizados com a metodologia médico-legal, verificar e validar de forma homogénea e integrada as linhas de orientação que conduzam a atribuição de incapacidades.

Inspirada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (versão 2015), em tabelas internacionais, particularmente as europeias e bibliografia específica, esta proposta constitui assim um elemento auxiliar de grande utilidade prática para a uniformização de critérios e procedimentos, visando igualmente uma maior precisão jurídica e a salvaguarda da garantia de igualdade de apreciação da incapacidade.

Considerando os destinatários desta proposta, procedeu-se à necessária adaptação dos temas e matérias constantes nas diversas tabelas de Trabalho ou Cível existentes, numa tentativa de aproximação à realidade angolana, para o que se incluiu mesmo um capítulo novo construído de raiz expressamente para este trabalho, sobre doenças tropicais.

Assenta a sua estrutura e fundamentação numa base anátomo-funcional de avaliação rostro-caudal que melhora a funcionalidade e a verificação pericial, no respeito inequívoco pelo princípio de que devem ter avaliação idêntica as sequelas que, sendo idênticas, se repercutem de forma similar nas actividades da vida diária.

Uniformizam-se assim também as incapacidades seguindo um princípio tabelar em que o índice máximo de desvalorização será o estado vegetativo persistente, retendo, contudo, que os diferentes parâmetros deficitários se encontram devidamente proporcionados nos seus diversos níveis e funções, quaisquer que sejam a sua etiologia ou especificidade.

De acordo com esta tabela, a avaliação da incapacidade basear-se-á em observações médicas rigorosas, precisas e especializadas, dotadas do indispensável senso clínico e de uma perspectiva clínica global e integrada.

INSTRUÇÕES GERAIS

A) As sequelas (disfunções) são designadas nesta tabela em notação numérica, inteira ou subdividida em subnúmeros e alíneas, agrupadas em capítulos.

B) Encontram-se aqui expressas as grandes incapacidades, estabelecendo-se percentagens para as diferentes sequelas referentes aos diversos sistemas, aparelhos e órgãos, e respectivas funções; os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade a atribuir.

C) Neste contexto, o estado de curado sem desvalorização não tem nenhuma correspondência tabelar.

D) Sem prejuízo das instruções específicas de cada capítulo ou número, devem ser seguidas algumas orientações na determinação do valor da incapacidade a atribuir:

1. Quando a função for substituída, no todo ou em parte, por prótese, ortótese ou outra intervenção conduzida no sentido de diminuir a incapacidade, deve promover-se a revisão da mesma logo que seja atingida a estabilidade clínica;
2. No caso de lesões múltiplas, a cada dano corporal ou prejuízo funcional corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade funcional resultante da disfunção parcial, sendo o compromisso total o resultado da avaliação somativa das incapacidades, segundo o princípio da capacidade restante;
3. Este método de cálculo determina o grau de incapacidade remanescente relativamente à outra função afectada por evento clínico, entidade nosológica ou doença profissional, tendo lugar quando se verifica a lesão de várias funções de forma simultânea. O termo função tem aqui uma significância de órgão, no sentido de que a necessidade específica de cumprimento de uma actividade específica corresponde a um órgão específico;
4. Tem como objectivo impedir que a soma das incapacidades, fraccionadamente atribuídas, possa ultrapassar o valor da unidade, isto é, dos 100% (cem por cento).

Exemplo:

Consideremos uma lesão torácica com envolvimento pulmonar e ósseo, isto é, com compromisso parenquimatoso do pulmão e das costelas adjacentes;

Desta forma elencamos assim as incapacidades — sequelas respiratórias 10%, fracturas não consolidadas 10%.

Cálculo da incapacidade total utilizando o princípio da capacidade restante

Incapacidade atribuída (%)	Capacidade restante (%)	Incapacidade total (%)
Sequelas Respiratórias - 10	100	10
Fracturas costelas - 10	90 (100-10)	9 (10x90)
		Incapacidade total - 19% (10+9)

Deste modo a incapacidade total encontrada será o somatório das incapacidades parciais resultantes da multiplicação da capacidade restante pela incapacidade atribuída.

5. Desde que lesões diferentes interessem a uma mesma função os coeficientes propostos devem somar-se.

E) As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas, únicas ou múltiplas, não poderão ser avaliadas ou discriminadas no quadro tabelar de forma repetida, isto é, o mesmo compromisso sequelar não poderá ser duplamente validado como incapacidade.

F) As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas no quadro tabelar são avaliadas pelo coeficiente relativo correspondente à disfunção análoga ou equivalente, devidamente discriminada na tabela.

G) Quando a extensão e gravidade do défice funcional tender para o valor mínimo do intervalo de variação dos coeficientes, os peritos podem fixar a incapacidade global no sentido do valor máximo, tendo em consideração os seguintes elementos:

1. Estado geral do indivíduo (capacidades físicas e mentais);
2. Considerar e avaliar os factores de ordem geral determinantes do estado de saúde do indivíduo, se a evolução do estado geral do examinado foi consideravelmente afectada de forma negativa;
3. Natureza das funções exercidas, aptidão e capacidades profissionais.

H) Sempre que circunstâncias excepcionais o justifiquem, pode ainda o perito afastar-se dos valores dos coeficientes previstos, expondo claramente, e de forma fundamentada, as razões para tal, indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente em princípio aplicável.

I) O resultado dos exames complementares deve ser claramente avaliado e expresso, necessitando os peritos de fundamentar todas as suas conclusões.

J) Na determinação da incapacidade global a atribuir, devem ser ponderadas as possibilidades efectivas de reabilitação do avaliado, face às suas aptidões e às suas capacidades restantes. Para tanto, sempre que seja considerado adequado ou conveniente, podem as partes interessadas solicitar parecer às entidades competentes, sobre as reais possibilidades de reabilitação.

K) Sempre que necessário para um diagnóstico diferencial seguro, devem ser utilizados os meios técnicos mais actualizados e adequados a uma avaliação rigorosa do défice funcional ou das sequelas com vista à fixação da incapacidade.

L) Os sintomas acompanhantes dos défices funcionais, tais como a dor e impotência funcional, para serem valorizáveis, devem também ser objectivados pela contractura muscular antálgica, pela amiotrofia e diminuição da força muscular, pela pesquisa e alteração dos reflexos miopáticos e pela comprovação analítica dos meios complementares de diagnóstico mais adequados para o efeito.

O trabalho efectuado pretendeu ser o mais abrangente e exaustivo possível dentro dos prazos e tempo disponíveis. Os objectivos solicitados, que mesclavam doenças naturais com acidentes comuns, constituíram um enorme desafio, nunca antes efectuado, já que as tabelas disponíveis se situam no âmbito da reparação do dano em direito civil e em direito do trabalho.

Tratando-se de uma tarefa pioneira, não se ousa pensar terem-se esgotado todas as possibilidades de avaliação das sequelas ou patologias existentes, pelo que este enquadramento tabelar será sempre um projecto inacabado, flexível e susceptível de objecção, comentários, sugestões, revisão e ajuste regular ou pontual.

CAPÍTULO I

Ortopedia

Preâmbulo

A avaliação das sequelas músculo-esqueléticas deve ser baseada na(o):

1. Compreensão do mecanismo da lesão ou patologia;
2. Caracterização (classificação) da sequela ou patologia;
3. Exame clínico;
4. Análise dos exames complementares numa lógica condizente com a clínica;
5. Avaliação da funcionalidade do segmento afectado baseada em tabelas internacionais, conferindo assim maior objectividade.

O esqueleto serve de suporte a outras estruturas, órgãos, sistemas ou tecidos. Alterações na cinemática podem introduzir prejuízos funcionais ou estéticos, que condicionam as actividades da vida diária (AVD) e o desempenho na capacidade de ganho. O perito ao fazer a avaliação das sequelas deve primar pelo prejuízo funcional em detrimento do compromisso estético ou anatómico. Os diversos coeficientes de incapacidade atribuídos serão sucessivamente adicionados, de acordo com o princípio da capacidade restante.

A incapacidade segmentar de um membro nunca poderá ser superior à perda total do mesmo. Nas situações em que se verifique compromisso conjugado das articulações no mesmo segmento (ex.: rigidez do ombro, com implicações no desempenho do cotovelo e punho), a incapacidade a atribuir deve ter em conta a função sinérgica, ou seja, não deve ser considerada individualmente a percentagem de cada articulação, mas a soma das mesmas.

Quando se verificarem outros quadros sequelares subsequentes a lesões músculo-esqueléticas, alterações neurológicas ou outras, devemos adicioná-los e enquadrá-los no(s) artigo(s) e capítulo(s) correspondente(s) da tabela.

1. Coluna

Na abordagem das situações coluna com natureza traumática ou degenerativa, os elementos determinantes da incapacidade são: raquialgias, rigidez, funcionalidade, desempenho, alterações da estática e alterações orgânicas.

Os coeficientes de desvalorização das sequelas na coluna com compromisso neurológico serão enquadradas e analisadas no Capítulo III da Neurologia.

1.1. Coluna vertebral traumática (entorses, fracturas):

1.1.1. Traumatismos raquidianos (sem lesão óssea ou disco-ligamentar documentada):

a) Com raquialgia residual 0,01-0,05

b) Agravamento de raquialgia residual em patologia prévia 0,01-0,03

1.1.2. Traumatismos raquidianos (com lesão óssea ou disco-ligamentar documentada):

a) Fracturas tratadas conservadoramente, e consolidadas sem deformação com raquialgia residual 0,01-0,05

1.1.3. Fracturas tratadas conservadoramente, consolidadas com deformação:

a) Ligeira e raquialgia residual 0,05-0,10

b) Marcada e raquialgia com recurso a terapêutica continuada 0,11-0,20

1.1.4. Fracturas tratadas cirurgicamente com:

a) Fixação até 2 níveis com raquialgia residual 0,10-0,15

b) Fixação superior a 2 níveis e recurso a terapêutica continuada 0,20-0,30

1.1.5. Hérnia discal documentada com:

a) Raquialgia residual 0,05-0,10

b) Raquialgia marcada e recurso a terapêutica continuada 0,11-0,20

1.1.6. Osteomielite crónica:

a) Osteomielite crónica estabilizada 0,05-0,10

b) Osteomielite crónica fistulizada 0,11-0,20

1.2. Coluna vertebral não traumática (hérnias, prolapsos do disco, alterações degenerativas):

1.2.1. Hérnias discais:

a) Raquialgia residual com recurso a analgésicos esporadicamente 0,03-0,15

b) Raquialgia e ciatalgia com recurso a terapêutica continuada 0,11-0,25

1.2.2. Prolapsos discais ou coluna degenerativa:

a) Raquialgia residual com recurso a analgésicos esporadicamente 0,02-0,05

b) Raquialgia marcada com recurso a terapêutica continuada 0,06-0,15

1.2.3. Fracturas do sacro:

- a) Algia residual com recurso a analgésicos esporadicamente 0,02-0,05
b) Algia marcada com recurso a terapêutica continuada 0,06-0,15

1.2.4. Fracturas do cóccix:

- a) Coccidinia crónica 0,02-0,08
b) Escolioses sintomáticas (dor, rigidez e deformação) 0,10-0,40

2. Tórax

Nos traumatismos torácicos os elementos determinantes da incapacidade são: algias, deformações da parede com repercussões na excursão torácica, alterações da função respiratória e alterações cardiovasculares.

Aos coeficientes de desvalorização referentes às sequelas músculo-esqueléticas serão adicionadas eventuais sequelas de outros órgãos, segundo o princípio da capacidade restante e valorizadas nos capítulos correspondentes.

2.1. Fractura do esterno:

- a) Consolidada viciosamente sintomática 0,02-0,10

2.2. Fractura de costelas:

- a) Até 5 costelas sintomáticas com recurso a terapêutica esporádica 0,01-0,05
b) Mais de 5 costelas consolidadas ou em pseudartrose sintomáticas com recurso a terapêutica continuada 0,06-0,15

3. Cintura escapular

O membro superior pode ser comparado a uma grua. A cintura escapular é a placa giratória e a mão a pá. Nos traumatismos da cintura escapular os elementos determinantes da incapacidade são: dor, rigidez e diminuição da força que dificulta ou impede levar a mão à nuca ou à região lombar.

Nas mobilidades do ombro participam 5 articulações: verdadeiras (gleno-umeral, acrómio-clavicular e esterno-clavicular); falsas ou de deslizamento (sub-acromial e omo-torácica). Os exames complementares são fundamentais para avaliar determinadas patologias, nomeadamente as roturas da coifa.

A mobilidade do ombro contempla seis movimentos: flexão-extensão, que se realiza no plano sagital; abdução-adução, que se realiza no plano coronal; rotação interna e externa, que se realiza à volta do eixo longitudinal do úmero.

A avaliação das sequelas da cintura escapular deve ser baseada na Tabela de *Constant* que contempla dor, incapacidade para as AVD, mobilidade e força, num total de 100 pontos:

Grau de funcionalidade do ombro segundo a Tabela de *Constant***1. Dor (15 Pontos)**

Nula → 15 Ligeira → 10 Moderada → 5 Severa → 0

2. Incapacidade AVD

Para profissão (4 Pontos)

Nula → 4 Ligeira → 3 Moderada → 2 Grande → 1 Total → 0

Para desporto (4 Pontos)

Nula → 4 Ligeira → 3 Moderada → 2 Grande → 1 Total → 0

Dor nocturna (2 Pontos)

Nula → 2 Alguma → 1 Severa → 0

Nível de trabalho com a mão (10 Pontos)

Cintura → 2 Xifóide → 4 Pescoço → 6 Cabeça → 8 Acima da cabeça → 10

3. Mobilidades**Flexão (10 Pontos)**

<30° → 0 30°/60° → 2 60°/90° → 4 90°/120° → 6 120°/150° → 8 >150° → 10

Abdução (10 Pontos)

<30° → 0 30°/60° → 2 60°/90° → 4 90°/120° → 6 120°/150° → 8 → 150° → 10

Rotação externa (10 Pontos)

Mão abaixo da cabeça

Cotovelo à frente → 2 Cotovelo atrás → 4

Mão na nuca

Cotovelo à frente → 6 Cotovelo atrás → 8

Mão sobre a cabeça

Cotovelo atrás → 10

Rotação interna (10 Pontos)

Coxa → 0 Nádega → 2 Sacro → 4 L3 → 6 D12 → 8 D7 → 10

4. Força (25 Pontos)

Kg em abdução x 2 (máx. de 12,5 kg)

TOTAL - 1+2+3+4 = 100

Partindo dos pressupostos referidos, exame objectivo e na análise dos exames complementares e com base na avaliação clínica e funcional segundo a Tabela de *Constant*, os valores de referência são:

3.1. Valores compreendidos entre:

a) 80 a 95 pontos 0,01-0,04

b) 60 a 79 pontos 0,05-0,10

c) 35 a 59 pontos 0,11-0,20

d) Inferior a 34 pontos 0,21-0,35

Esta metodologia e pontuação tem um carácter abrangente, objectivo e universal. Contudo, se o perito assim o entender, pode em alternativa basear a sua avaliação nas percentagens que a seguir se propõem.

3.2. Rotura da coifa dos rotadores (as sequelas da patologia da coifa devem ser valorizadas de acordo com o grau de rotura¹, análise dos exames complementares e exame clínico):

3.2.1. Rotura grau I/II com ombro funcional 0,02-0,09

¹ Adopta-se a classificação das roturas da coifa baseada na dimensão: grau I inferiores a 1 cm; grau II entre 1,5 a 3 cm; grau III superiores a 3 cm.

3.2.2. Rotura grau III com ombro disfuncional	0,10-0,25
3.3. Ombro doloroso (conflito sub-acromial):	
3.3.1. Manobras de conflito negativas e ombro funcional	0,01-0,04
3.3.2. Manobras de conflito positivas e ombro disfuncional	0,05-0,10
3.4. Fractura da clavícula	
3.4.1. Consolidada com deformação notória	0,01-0,05
3.4.2. Em pseudartrose	0,06-0,15
3.5. Luxação ² da clavícula:	
3.5.1. Esterno-clavicular dolorosa e inestética	0,01-0,05
3.5.2. Acrómio-clavicular (Grau I, II e III)	0,01-0,04
3.5.3. Acrómio-clavicular (Grau IV, V e VI)	0,05-0,12
3.5.4. Artrose acrómio-clavicular (a graduar segundo a exigência profissional).....	0,04-0,10
3.5.5. Exérese da extremidade lateral da clavícula	0,04-0,10
3.5.6. Luxação recidivante do ombro com lesão do bordelete ou da cabeça	0,05-0,10
3.6. Fracturas da omoplata com atingimento da superfície articular (a incapacidade será calculada de acordo com a funcionalidade do ombro segundo a Tabela de <i>Constant</i>) v. n.º 3.1.	
3.7. Fracturas do colo do úmero (a incapacidade será calculada de acordo com a funcionalidade do ombro segundo a Tabela de <i>Constant</i>) v. n.º 3.1.	
3.8. Pseudartrose do colo do úmero disfuncional	0,15-0,30
3.9. Ressecção da cabeça do úmero	0,20-0,30
3.9.1. Artroplastia total do ombro funcional ³	0,10-0,20
3.9.2. Artroplastia total do ombro disfuncional ⁴	0,25-0,35
3.9.3. Perda de segmentos:	
a) Desarticulação escápulo-umeral	0,65
3.9.4. Osteomielite crónica:	
a) Osteomielite crónica do ombro estabilizada	0,05-0,10
b) Osteomielite crónica do ombro fistulizada	0,15-0,20
4. Braço	
4.1. Tecidos moles:	
a) Rotura do bicípíte com sequelas ligeiras (pequena deformação)	0,01-0,04
b) Rotura do bicípíte na inserção proximal ou distal sintomática	0,05-0,10
4.2. Sequelas de Fractura da diáfise umeral:	
4.2.1. Fracturas viciosamente consolidadas (varo/valgo, recurvatum/antecurvatum, rotação interna/externa).	
a) Inferior a 10º	0,02-0,04
b) Entre 10º a 30º	0,05-0,10
c) Superior a 30º	0,11-0,20
d) Encurtamento superior a 0,5cm	0,02-0,10

² Classificação de Rockwood.

³ Entende-se por próteses funcionais (prótese bem implantada, indolor, mobilidades mantidas).

⁴ Entende-se por prótese disfuncional (prótese dolorosa, mal implantada, anquilose, rigidez).

4.2.2. Pseudartrose do úmero:

- a) Com membro funcional 0,10-0,20
 b) Com membro disfuncional 0,21-0,35

4.3. Perda de segmentos:

- 4.3.1. Amputação do braço 0,60
 4.3.2. Amputação do braço com prótese bem⁵ — adaptada 0,45-0,50
 4.3.3. Amputação do braço com prótese mal⁶ — adaptada 0,50-0,55
 4.4. Osteomielite crónica estabilizada 0,05-0,10
 4.5. Osteomielite crónica fistulizada 0,15-0,20.

5. Cotovelo

O cotovelo é uma articulação de charneira. A coordenação harmoniosa do conjunto de movimentos é imprescindível para o bom desempenho das funções superiores de preensão da mão (levar o pão à boca, higiene pessoal, trabalhar).

O ombro orienta o cotovelo na flexão-extensão e na prono-supinação. O cotovelo faz um ângulo de valgismo «ângulo de carga – 0º a 12º». A abertura lateral é fundamental para a extensão do braço. Nessa perspectiva, a avaliação deve ser global, englobando todo o membro superior. Os parâmetros a avaliar são: dor, desalinhamento dos eixos, mobilidades.

A medição da amplitude articular do cotovelo faz-se com o goniómetro, com os membros superiores do sinistrado pendentes ao longo do corpo (0º) e com as palmas das mãos viradas para a frente.

Apesar das mobilidades do cotovelo se situarem entre 0º de extensão e 135º de flexão, o arco de movimento útil situa-se entre 60º e 100º.

5.1. Tecidos moles:

- 5.1.1. Epicondilite e epitrocleíte sintomática 0,02-0,10

5.2. Esqueleto (lesões ósseas e articulares):

- 5.2.1. Desvio do cotovelo em varo ou valgo (do ângulo de carga) 0,05-0,15
 5.2.2. Limitações da mobilidade do cotovelo (rigidez) na flexão-extensão:
 a) Com arco de movimento superior a 100º 0,02-0,04
 b) Com arco de movimento entre 81º e 100º 0,05-0,10
 c) Com arco de movimento entre 41º e 80º 0,11-0,15
 d) Com arco de movimento inferior a 40º 0,16-0,20
 5.2.3. Limitações da mobilidade do cotovelo (rigidez) na prono-supinação⁷:
 a) Mobilidade mantida entre 0º e 45º 0,02-0,05
 b) Mobilidade inferior a 45º 0,06-0,10
 5.2.4. Artrodese ou anquilose do cotovelo 0,25-0,35

⁵ Entende-se por prótese bem-adaptada quando cumpre a totalidade da sua função, o que pressupõe um bom desempenho em termos funcionais idealmente conjugada com a estética. O grau de incapacidade será reduzido entre 10% a 25%.

⁶ Entende-se por prótese mal-adaptada quando só cumpre parcialmente a sua função.

⁷ Para avaliação da prono-supinação ver n.º 7 deste capítulo.

5.2.5. Ressecção da cabeça do rádio (valorizar consoante a limitação das mobilidades na prono-supinação).

5.2.6. Prótese do cotovelo:

- a) Funcional 0,15-0,20
- b) Disfuncional 0,25-0,35

5.2.7. Osteomielite crónica:

- a) Osteomielite crónica estabilizada 0,05-0,10
- b) Osteomielite crónica fistulizada 0,15-0,20

6. Antebraço

6.1. Tecidos moles:

6.1.1. Hipotrofia dos músculos do antebraço (superior a 0,5 cm) 0,02-0,10

6.1.2. Retracção isquémica dos músculos do antebraço (Volkmann) a enquadrar na disfuncionalidade do punho e da mão (n.ºs 7 e 8 deste capítulo)

6.2. Esqueleto:

6.2.1. Fracturas viciosamente consolidadas de um ou dois ossos do antebraço (varo-valgo, antecurvatum-recurvatum):

- a) Inferior a 10º 0,02-0,05
- b) Entre 10º a 30º 0,06-0,10
- c) Superior a 30º 0,11-0,20
- d) Encurtamento superior a 0,5 cm 0,02-0,10

6.2.2. Pseudartrose do rádio ou cúbito:

- a) Funcional (diástase estreita e densa) 0,07-0,10
- b) Disfuncional (diástase laxa e móvel) 0,11-0,20

6.2.3. Perda de segmentos:

- a) Amputação do antebraço 0,55
- b) Amputação do antebraço com ortótese funcional 0,40-0,45

6.2.4. Osteomielite crónica:

- a) Osteomielite crónica estabilizada 0,05-0,10
- b) Osteomielite crónica fistulizada 0,15-0,20

7. Punho

O punho e a mão funcionam em perfeita sintonia com a articulação radiocubital inferior, que articula com a fiada cárpica proximal. Estão solidarizadas por vários ligamentos, com destaque para o ligamento triangular. Nem sempre existe paralelismo entre a lesão anatómica e a disfuncionalidade do punho e da mão.

Os peritos fazem muita questão nos movimentos do punho e muito pouco dizem sobre a função. Importa, pois, avaliar as sequelas deste segmento, numa lógica condizente sobretudo com a funcionalidade.

A medição da amplitude dos movimentos de flexão/extensão do punho efectua-se a partir da posição anatómica (posição neutra de 0º). Nos movimentos de flexão-extensão, observa-se rotação intrínseca escafoide-semilunar.

Os movimentos de prono-supinação orientam o punho e a mão em todos os planos do espaço. A medição da amplitude dos movimentos de pronação e supinação obtém-se a partir da posição neutra (0º) com o sinistrado de pé, braço pendente, cotovelo fletido a 90º e mão no prolongamento do antebraço com o polegar virado para cima.

Apesar das mobilidades do punho se situarem entre 90º de extensão e 85º de flexão, o arco útil do movimento situa-se habitualmente entre 0º flexão e 45º na extensão.

7.1. Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

7.1.1. Pseudartrose da apófise estilóide do cúbito dolorosa 0,03-0,08

7.1.2. Lesão da cartilagem trirradiada sintomática 0,05-0,10

7.1.3. Rigidez do punho na (extensão):

a) Mobilidade entre 45º e 90º 0,02-0,05

b) Mobilidade inferior a 45º 0,06-0,10

7.1.4. Rigidez do punho na (flexão):

a) Mobilidade entre 45º e 85º 0,01-0,05

b) Mobilidade inferior a 45º 0,06-0,10

7.1.5. Rigidez do punho na (pronação-supinação):

a) Mobilidade mantida entre 0º e 50º 0,02-0,05

b) Mobilidade inferior a 45º 0,06-0,10

7.1.6. Rigidez do punho no (desvio radial-cubital):

a) Desvio radial possível entre 0º e 10º 0,04-0,10

b) Desvio radial entre 11º e 20º 0,02-0,05

c) Desvio cubital entre 0º e 20º 0,05-0,10

d) Desvio cubital entre 21º a 45º 0,02-0,05

7.1.7. Ressecção da cabeça do rádio sintomática (punho doloroso) 0,02-0,05

7.1.8. Limitação dolorosa do punho por artrose e impotência funcional 0,08-0,15

7.2. Artrodese ou anquilose do punho 0,10-0,20

7.2.1. Osteomielite crónica:

a) Osteomielite crónica do punho estabilizada 0,05-0,10

b) Osteomielite crónica do punho fistulizada 0,11-0,25

8. Mão

A mão é o segmento mais diferenciado do aparelho locomotor, desempenhando funções motoras, sensoriais e estéticas. Juntamente com o cérebro constitui um verdadeiro órgão dos sentidos, de expressão e relação. Um instrumento de luta e trabalho. Símbolo de poder e força.

A preensão constitui a principal função da mão, que nos distingue do reino animal. Na função de pinça, o polegar adquire uma entidade anátomo-funcional independente. A avaliação das sequelas na mão deve ser feita na perspectiva do desempenho e o exame objectivo deve ter em conta a eficácia de realização das principais modalidades de pinça (Fig. 1).



Fig. 1 — A mão e as modalidades de pinça

- i. Pinça de utilidade: executada com todos os dedos (permite carregar objectos mais pesados);
- ii. Pinça bidigital terminal: executada entre a ponta da falange distal do polegar e a ponta da última falange do indicador ou médio (permite segurar objectos de pequenas dimensões);
- iii. Pinça bidigital lateral: executada entre a polpa da falange distal do polegar e a face lateral ou palmar da 2.ª ou 3.ª falange do dedo indicador ou médio (permite segurar objectos achatados ou pouco volumosos);
- iv. Pinça tridigital: executada com o polegar, indicador e médio (permite segurar objectos de pequenas dimensões);
- v. Pinça em gancho: executada com os dedos com excepção do polegar (permite carregar objectos mais pesados);
- v.i. Pinça esférica: executada com o polegar e pelo menos mais outros dois dedos (permite segurar objectos mais volumosos).

8.1. Tecidos moles:

8.1.1. Cicatrizes ou cotos dolorosos, perturbações da sensibilidade0,02-0,08

8.1.2. Hipotrofia dos músculos da mão 0,03-0,06

Nota: as sequelas das lesões tendinosas serão valorizadas de acordo com a funcionalidade (mobilidades e dor).

8.1.3. Mão reumatóide com grave deformidade funcional 0,10-0,20

8.1.4. Retracção isquémica de Volkmann:

a) Perda parcial da função 0,10-0,15

b) Perda total da função na mão (equiparar a amputação com ortótese) 0,30-0,40

8.1.5. Instabilidade do «polegar do coiteiro» 0,02-0,08

8.2. Esqueleto — Os coeficientes de incapacidade já incluem a impotência funcional devida à limitação da mobilidade.

8.2.1. Fracturas viciosamente consolidadas de «Bennet ⁸ e Rolando»	0,05-0,10
8.2.2. Fracturas viciosamente consolidadas do 2.º, 3.º, 4.º ou 5.º metacárpicos	0,02-0,05
8.2.3. Fracturas viciosamente consolidadas do indicador, médio, anelar ou auricular ..	0,01-0,04
8.3. Anquilose ou artrodese do polegar.....	0,05-0,12
8.3.1. Anquilose ou artrodese do indicador.....	0,04-0,10
8.3.2. Anquilose ou artrodese no médio, anelar ou auricular	0,02-0,07
8.4. Rigidez dos dedos:	
a) Polegar	0,03-0,06
b) Indicador	0,02-0,04
c) Médio, anelar ou auricular	0,01-0,03
8.5. Perda de segmentos ⁹ :	
8.5.1. Amputação do polegar:	
a) Perda total.....	0,15-0,20
b) Perda parcial	0,06-0,14
8.5.2. Amputação do indicador:	
a) Perda total.....	0,08-0,14
b) Perda parcial	0,02-0,08
8.5.3. Amputação do médio, anelar ou auricular:	
a) Perda total.....	0,02-0,07
b) Perda parcial	0,01-0,03
8.5.4. Perda total dos cinco dedos (equivale a perda total de função da mão	0,60
8.5.5. Perda parcial dos cinco dedos.....	0,10-0,30
8.6. Perda de ambas as mãos.....	0,75
8.7. Osteomielite crónica:	
a) Osteomielite crónica da mão estabilizada	0,05-0,10
b) Osteomielite crónica da mão fistulizada	0,15-0,20

9. Bacia

A bacia é o primeiro segmento anatómico que faz a ponte entre o tronco e os membros inferiores. A avaliação das lesões e sequelas da bacia deve ser baseada no conceito de estabilidade e mecanismo de lesão. O entendimento e classificação da lesão pélvica são a chave para o tratamento e a maneira mais lógica de avaliar os sintomas.

A correcta interpretação dos exames imagiológicos e sua correlação com a clínica, permitem ao perito perceber as repercussões estático-dinâmicas.

Sequelas associadas às lesões pélvicas:

- i. Dor contínua crónica nas articulações sacroilíacas;
- ii. Consolidações viciosas com transtornos na marcha e dismetria dos membros inferiores;

⁸ Fraturas da base do 1.º metacárpico.

⁹ Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade será agravada 0,02-0,08.

- iii. Redução imperfeita da articulação sacroilíaca dolorosa;
- iv. Pseudartrose do complexo posterior doloroso;
- v. Lesões nervosas ou vasculares;
- vi. Lesões da uretra (disfunções sexuais ou incontinência urinária);
- vii. Lombalgias baixas.

As Fracturas da bacia podem ser classificadas segundo o conceito de estabilidade, Classificação de *Tile* ou mecanismo de lesão, Classificação de Young-Burgess.

Apesar de ser com base na classificação de *Tile* que o perito deve valorizar as sequelas da Bacia, o conhecimento da classificação de Young-Burgess é altamente recomendável para melhor avaliação.

Classificação de *Tile*

Tipo A — Fracturas estáveis;

Tipo B — Fracturas rotacionalmente instáveis e verticalmente estáveis;

Tipo C — Fracturas rotacional e verticalmente instáveis.

9.1. Sequelas das lesões pélvicas:

9.2. Lesões tipo A sem rotura do anel pélvico (estáveis)0,01-0,05

9.3. Lesões tipo B com rotura do anel pélvico (rotacionalmente instáveis) 0,05-0,15

9.4. Lesões tipo C com rotura do anel pélvico (instabilidade rotacional e vertical) 0,15-0,25

9.5. Fracturas do sacro sem lesões neurológicas0,05-0,15

10. Anca

O perito quando avalia as sequelas da anca tem que atender sobretudo a dor e funcionalidade (mobilidade). Os movimentos de flexão da anca a 90º permitem a realização da grande maioria das AVD; 70º permitem a posição sentada e a utilização de escadas; 30º permitem a marcha. A abdução a 20º permite praticamente todas as AVD. A adução tem pouca importância. A importância funcional na rotação lateral assenta principalmente nos primeiros 30º. A rotação medial interna a 10º são o necessário para a maioria das AVD. A extensão superior a 20º tem importância funcional na marcha e na utilização de escadas.

O estudo da mobilidade da anca efectua-se com o examinando em decúbito dorsal e ventral. Na posição de decúbito dorsal medem-se a flexão, adução, abdução e rotações. Na posição de decúbito ventral mede-se a extensão. A medição das rotações pode ser feita em decúbito ventral (rotações em extensão) ou decúbito dorsal (rotações em extensão e em flexão da anca). A adução e abdução são feitas em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e fazendo ângulo recto com uma linha transversal que passa pelas espinhas ilíacas ântero-superiores.

As lesões na anca normalmente estão associadas à evolução para a artrose da cabeça femoral. A coxartrose é uma afecção articular, caracterizada pela destruição lenta e progressiva da cartilagem articular, acompanhada por dor, hipertrofia e esclerose óssea subcondral. A coxartrose manifesta-se clinicamente quando se rompe o equilíbrio fisiológico entre a resistência dos tecidos articulares e a solicitação mecânica da articulação. A coxartrose é um processo degenerativo e evolutivo responsável por importante incapacidade funcional.

O tratamento da coxartrose quase necessariamente passa pela aplicação de uma prótese total da anca isto é, artroplastia da anca. Apesar dos excelentes resultados, as artroplastias nunca substituirão uma articulação normal, antes uma solução de compromisso risco benefício, numa articulação amputada.

A avaliação pelo perito das sequelas e desempenho tem de ser feita numa perspectiva clínica e numa análise radiológica.

A radiografia da bacia continua a ser o exame de eleição para estudo da anca doente.

Graus da coxartrose:

- i.* Estreitamento da inter-linha articular: traduz a perda ou degenerescência da cartilagem;
- ii.* Esclerose óssea sub-condral: traduz a formação de osso novo;
- iii.* Osteófitos e proliferação óssea peri-articular;
- iv.* Deformação e ou colapso da cabeça femoral.

Avaliação clínica e funcional da anca deve ser baseada na Classificação de Merle d'Aubigné que contempla mobilidade, dor e marcha.

Mobilidade:

- i.* Todos os movimentos conservados — 6 pontos;
- ii.* Mobilidades entre 160º/260º — 5 pontos;
- iii.* Mobilidades 100º/160º — 4 pontos;
- iv.* Mobilidades 60º/0º — 3 pontos;
- v.* Mobilidades entre 30º/60º — 2 pontos;
- vi.* Anquilose da anca em boa posição — 1 ponto.

Dor:

- i.* Ausência de dor — 6 pontos;
- ii.* Dores ligeiras e intermitentes — 5 pontos;
- iii.* Dores depois da marcha — 4 pontos;
- iv.* Dores vivas, mas toleráveis — 3 pontos;
- v.* Dores na marcha e dificuldades nas actividades — 2 pontos;
- vi.* Dores vivas dificultando o sono — 1 ponto;
- vii.* Dores vivas e contínuas — 0 pontos;
- viii.* Anquilose da anca em má posição — 0 pontos.

Estabilidade de marcha:

- i.* Marcha normal — 6 pontos;
- ii.* Marcha sem apoio e ligeira claudicação — 5 pontos;
- iii.* Marcha limitada sem apoio unilateral — 4 pontos;
- iv.* Marcha limitada com apoio unilateral — 3 pontos;
- v.* Marcha com apoio bilateral — 2 pontos;
- vi.* Marcha com apoio axilar bilateral — 1 ponto;
- vii.* Marcha impossível — 0 pontos.

Assim, partindo dos pressupostos atrás referidos, exame objectivo, análise radiológica e Classificação de *Merle d'Aubigné*, os valores de referência são:

10.1. Valores compreendidos entre:

- a) 15 a 17 pontos0,01-0,04
- b) 11 a 14 pontos0,05-0,10
- c) 05 a 10 pontos.....0,11-0,20
- d) Inferior a 04 pontos.....0,21-0,40

Esta metodologia e pontuação têm um carácter abrangente, objectivo e universal. Contudo, se o perito assim o entender, pode, em alternativa, basear a sua avaliação nas percentagens que a seguir se propõem.

10.2. Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

10.2.1. Coxalgia com:

- a) Coxartrose grau I/II com mobilidades dolorosas e discreta limitação.....0,03-0,08
- b) Coxartrose grau III com mobilidades dolorosas e limitação acentuada0,09-0,20
- c) Coxartrose grau IV muito incapacitante e rigidez ou anquilose0,21-0,40

10.2.2. Anca dolorosa não objectivável clínica e radiologicamente 0,01-0,05

10.2.3. Prótese total da anca¹⁰:

- a) Artroplastia total da anca com bom resultado funcional.....0,10-0,15
- b) Artroplastia total da anca com resultado funcional satisfatório0,16-0,25
- c) Artroplastia total da anca com mau resultado funcional0,26-0,40

10.2.4. Remoção da prótese (equivalente a operação de Girdlestone)0,35-0,45

10.3. Tecidos moles:

10.3.1. Insuficiência dos glúteos (manobra de Trendelenburg¹¹ positiva)0,05-0,10

10.3.2. Fracturas viciosamente consolidadas da região trocantérica (varo-valgo, antecurva-tum-recurvatum) sintomática:

- a) Inferior a 10º0,02-0,04
- b) Entre 10º a 30º.....0,05-0,10
- c) Superior a 30º0,11-0,20
- d) Encurtamento superior a 1 cm.....0,01-0,15

10.3.3. Pseudartrose0,15-0,25

10.3.4. Perda de segmentos:

- a) Desarticulação da anca0,65

10.3.5. Infecção crónica:

- a) Infecção crónica de prótese total da anca estabilizada.....0,15-0,20
- b) Infecção crónica de prótese total da anca fistulizada0,21-0,35

¹⁰ O perito quando avalia as próteses totais da anca deve ter em atenção a profissão. Profissões há que não podem ser exercidas, nomeadamente as que exijam flexão e adução exagerada da anca. As artroplastias devem ser sujeitas a uma avaliação periódica a fim de parametrizar o grau de desgaste. Para avaliar o desgaste, utilizamos a classificação radiológica da Clínica Mayo.

¹¹ A manobra de *Trendelenburg* é positiva quando ocorre insuficiência dos músculos pequeno e médio nadeagueiros, o paciente é incapaz de manter o equilíbrio em apoio monopodálico.

- c) Osteomielite crónica estabilizada0,10-0,15
- d) Osteomielite crónica fistulizada0,21-0,35

11. Coxa

11.1. Tecidos moles:

11.1.1. Hipotrofia da coxa (medir 10 cm acima do polo superior da rótula):

- a) Amiotrofia até 2 cm0,01-0,04
- b) Amiotrofia superior a 2 cm0,05-0,15

11.2. Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

11.2.1. Fracturas viciosamente consolidadas da diáfise do fémur (varo-valgo, antecurvatum-recurvatum):

- a) Inferior a 10º0,01-0,03
- b) Entre 10º a 30º0,04-0,06
- c) Superior a 30º0,07-0,10
- d) Consolidação viciosa em rotação0,05-0,10

11.2.2. Pseudartrose da diáfise do fémur0,10-0,30

11.2.3. Encurtamento do membro inferior:

- a) Entre 1 e 2 cm0,03-0,05
- b) Entre 2 e 3 cm0,06-0,10
- c) Superior a 3 cm0,11-0,20

11.2.4. Perda de segmentos:

- a) Amputação da coxa0,60-0,65
- b) Amputação da coxa com prótese bem adaptada0,45-0,50
- c) Amputação da coxa com prótese mal-adaptada0,50-0,55

11.3. Infecção crónica:

- a) Osteomielite crónica estabilizada0,10-0,15
- b) Osteomielite crónica fistulizada0,21-0,35

12. Joelho

O joelho sob o ponto de vista biomecânico é uma articulação altamente activa. Qualquer lesão que altere a cinemática da mobilidade articular, introduz um conjunto de alterações susceptíveis de provocar sequelas invalidantes.

Na avaliação das sequelas do joelho, há que atender à mobilidade articular útil. Flexão a 90º permite a realização da maioria das funções mais importantes das AVD (caminhar, sentar, utilizar escadas). O défice de extensão é muito mais invalidante que o défice de flexão. Um défice de extensão inferior a 10º é compatível com a maioria das AVD, mas interfere com a articulação fémuro-patelar.

A patologia osteo-condral não tendo repercussões directas nas mobilidades, pode, contudo, ser altamente disfuncional.

Existem tabelas que nos permitem avaliar com grande objectividade as sequelas do joelho. A escala funcional do joelho IKS¹², serve-nos de orientação para avaliar a dor, mobilidade e estabilidade. A avaliação pelo perito das sequelas a nível do joelho, deve ser baseada numa análise clínica e nos exames complementares, nomeadamente os exames radiográficos.

À semelhança da anca, classificamos a gonartrose em 4 graus com base nos critérios IKDC¹³ que contempla:

I)	Normal
II)	Remodelado (osteófitos, esclerose SUB condral).
III)	Pré-artrose (estreitamento interlinha < 50%).
IV)	Artrose (estreitamento interlinha > 50%).

O perito, partindo dos pressupostos referidos e com base na avaliação clínica do joelho e nos exames complementares, estabelece os valores de referência:

12.1. Gonalgia com:

- a) Gonartrose grau I/II com mobilidades dolorosas.....0,04-0,09
- b) Gonartrose grau III com mobilidades dolorosas e rigidez moderada0,10-0,20
- c) Gonartrose grau IV dolorosa e muito incapacitante.....0,21-0,40

12.2. Joelho doloroso não objectivável nos exames complementares0,03-0,10

12.3. Prótese total do joelho:

- a) Artroplastia total do joelho com bom resultado funcional0,15-0,20
- b) Artroplastia total do joelho com resultado funcional satisfatório0,21-0,30
- c) Artroplastia total do joelho com mau resultado funcional.....0,31-0,45

12.4. Condropatias (síndrome fémuro-patelar):

- a) Ligeiras e sem hipotrofia muscular0,03-0,06
- b) Muito sintomáticas e invalidantes (sinovite, hidrartrose)0,07-0,15

12.5. Esqueleto (sequelas de fracturas ou alterações degenerativas):

12.5.1. Fracturas da rótula:

- a) Síndrome cartilágneo que não dificulta a marcha0,02-0,04
- b) Síndrome cartilágneo que dificulta a marcha e mobilidade.....0,05-0,10
- c) Patelectomia parcial sem défice de força.....0,02-0,05
- d) Patelectomia total com défice de força ou rigidez do aparelho extensor.....0,10-0,15

12.6. Fracturas consolidadas dos côndilos femorais ou pratos da tibia (valorizar de acordo com a funcionalidade do joelho e grau de artrose) 12.1.

12.7. Limitação da mobilidade do joelho (rigidez):

12.7.1. Flexão:

- a) Mobilidade até 30º0,11-0,15
- b) Mobilidade até 60º0,07-0,10
- c) Mobilidade até 90º.....0,04-0,06
- d) Mobilidade até 110º0,01-0,03

12.7.2. Artrodese ou anquilose dolorosa do joelho.....0,25-0,35

¹² (JKS) International Knee Society.

¹³ (IKDC) International Knee Documentation Comité — versão 2000.

12.8. Infecção crónica:

- a) Infecção crónica de prótese total do joelho estabilizada0,10-0,15
 b) Infecção crónica de prótese total do joelho fistulizada.....0,16-0,35
 c) Osteomielite crónica do joelho estabilizada.....0,10-0,15
 d) Osteomielite crónica do joelho fistulizada.....0,20-0,35

As roturas meniscais ou ligamentares são frequentes. Podem ser isoladas ou estar associadas.

É conhecida com máximo pormenor a importância dos ligamentos no funcionamento normal do joelho. É também consensual na comunidade ortopédica que a instabilidade e as roturas meniscais deterioram progressivamente o joelho. Sabe-se hoje também que estas lesões tratadas com ou sem cirurgia, evoluirão mais cedo para gonartrose:

Classificação das Instabilidades baseado na funcionalidade dinâmica ¹⁴	(+)
Translação 0,5 cm	(+)
Translação 0,5 cm/1 cm	(++)
Translação 1 cm/1,5 cm	(+++)
Translação superior a 1,5 cm	(++++)

Para avaliar com maior objectividade as sequelas das lesões ligamentares e o desempenho das instabilidades do joelho, temos como referência a escala de Lysolm:

Assim, partindo dos pressupostos atrás referidos e com base na avaliação clínica, exame objectivo, análise dos exames complementares, os valores de referência são:

12.9. Sequelas de lesões ligamentares:

- a) Grau ligeiro (instabilidade residual +) bem tolerada.....0,03-0,05
 b) Grau moderado (instabilidade moderada ++)0,06-0,14
 c) Grau grave (instabilidade grave +++/++++)0,15-0,35

12.10. Sequelas de meniscectomia (parcial ou total):

- a) Com sequelas e sintomas articulares ligeiros0,01-0,04
 b) Com sequelas e sintomas articulares moderados: dor e hipotrofia muscular 0,05-0,09
 c) Com sequelas e sintomas articulares graves que comprometem a actividade profissional: dor, hipotrofia muscular, derrames, artrose0,10-0,15

13. Perna

13.1. Tecidos moles:

- a) Hipotrofia dos músculos da perna superior a 2 cm0,05-0,15
 b) Rotura do tendão de Aquiles (hipotrofia e rigidez do tornozelo0,05-0,15

13.2. Sequelas de Fracturas (tíbia ou perónio):

- c) Fracturas da tíbia consolidadas com edema ou diminuição da resistência óssea ... 0,03-0,08

13.3. Fracturas viciosamente consolidadas da tíbia (varo-valgo, antecurvatum-recurvatum):

- a) Inferior a 10º0,01-0,03
 b) Entre 10º a 30º0,04-0,06

c) Superior a 30º	0,07-0,15
d) Consolidação viciosa em rotação	0,05-0,10
13.4. Encurtamento do membro:	
a) Entre 1 e 2 cm	0,03-0,05
b) Entre 2 e 3 cm	0,06-0,10
c) Superior a 3 cm	0,11-0,20
13.5. Sequelas de Fracturas expostas (amiotrofias, perdas de tecidos moles, alterações dos fâneros, edema crónico	
	0,05-0,20
13.6. Pseudartrose da tíbia bem tolerada	0,15-0,25
13.7. Pseudartrose da tíbia mal tolerada	0,21-0,40
13.8. Perda de segmentos:	
a) Amputação da perna	0,55
b) Amputação da perna com prótese bem-adaptada	0,40-0,45
c) Amputação da perna com prótese mal-adaptada	0,50-0,55
13.9. Osteomielite crónica:	
a) Estabilizada	0,15-0,20
b) Fistulizada	0,21-0,35

14. Tornozelo

Estudos biomecânicos do tornozelo revelaram que são necessários 10º na flexão dorsal e 20º na flexão plantar para um bom desempenho na marcha e nas AVD.

A perda da flexão dorsal tem mais repercussões que a perda da flexão plantar. Importa, pois, sobretudo, avaliar as mobilidades do tornozelo na flexão extensão para quantificar as sequelas deste segmento.

14.1. Sequelas de lesões osteoarticulares do tornozelo:

14.1.1. Artrodese ou anquilose:

a) Em posição funcional	0,16-0,20
b) Em posição disfuncional	0,21-0,25

14.1.2. Limitação (rigidez) da articulação tibiotársica:

a) Arco de movimento entre 0º e 10º	0,14-0,18
b) Arco de movimento entre 11º e 25º	0,10-0,13
c) Arco de movimento superior a 21º	0,02-0,09

14.1.3. Sequelas de entorse objectivadas (instabilidade, edema, lesão condral)

0,05-0,10

14.1.4. Sequelas de entorse do tornozelo não objectivadas (subjectivos dolorosos... 0,02-0,04

14.1.5. Osteomielite crónica:

a) Estabilizada	0,15-0,20
b) Fistulizada	0,30-0,45

15. Pé

Os movimentos de flexão/extensão da articulação tibiotársica são complementados com os movimentos da articulação sub-astragalina na inversão/eversão e inter/társicos a nível do pé.

A articulação sub-astragalina é fundamental na adaptação do pé às irregularidades ao solo. A mobilidade articular útil da articulação sub-astragalina compreendida entre 5º graus de varo e 5º de valgo permite realizar a maioria das AVD.

As deformidades da articulação sub-astragalina em varo são mais incapacitantes na adaptação do pé ao solo e provocam marcha dolorosa. A articulação médio-társica (Chopart), tarso-metatarsica (Lisfranc) e articulação astragalo-escafoideia são comparáveis ao leme do pé e são responsáveis pelos movimentos de aduto/abduto.

As lesões a nível da articulação médio-társica e tarso-metatarsica quando consolidam com o pé aplanado são muito incapacitantes e provocam rigidez dolorosa.

15.1. Tecidos moles:

15.1.1. Cicatrizes dolorosas da face plantar que dificultem a marcha0,02-0,10

15.2. Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

15.2.1. Limitação da mobilidade da articulação sub-astragalina:

a) Rigidez dolorosa e compromisso na marcha.....0,05-0,10

b) Artrodese ou anquilose dolorosa0,11-0,15

15.2.2. Limitação da mobilidade da articulação médio-társica (Chopart) e tarso-metatarsica (Lisfranc):

a) Rigidez dolorosa e compromisso na marcha.....0,05-0,09

b) Artrodese ou anquilose dolorosa0,10-0,16

15.2.3. Limitação da mobilidade das articulações metatarso-falângicas (MF) e inter-falângicas (IF):

a) Artrodese ou anquilose em função do número das articulações atingidas0,07-0,12

b) Rigidez dolorosa em função do número das articulações atingidas0,01-0,06

15.2.4. Deformação do pé:

a) Pé plano doloroso com depressão moderada da abóbada plantar0,03-0,09

b) Pé plano doloroso com aluimento completo da abóbada plantar0,10-0,20

c) Pé cavo doloroso0,04-0,12

d) Tripla artrodese.....0,06-0,15

e) Pé boto doloroso e disfuncional.....0,10-0,20

f) Talalgias0,02-0,06

g) Metatarsalgias.....0,02-0,08

15.2.5. Perda de segmentos (total¹⁴ ou parcial):

a) Amputação da articulação médio-társica (Chopart)0,25-0,30

b) Amputação da articulação tarso-metatarsica (Lisfranc)0,25-0,30

c) Amputação do primeiro dedo (hállux)0,05-0,10

d) Amputação do segundo, terceiro, quarto ou quinto dedos0,01-0,04

e) Amputação de dois dedos (exclusão do hállux)0,02-0,06

f) Amputação de três ou quatro dedos (exclusão do hállux).....0,06-0,10

¹⁴ Se a amputação é total deve ser pelo valor máximo. Se a amputação for parcial a incapacidade deve ser pelo valor mínimo.

15.2.6. Osteomielite crónica:

- a) Estabilizada0,05-0,10
b) Fistulizada0,11-0,20

16. Crianças

As Fracturas nas crianças podem servir ao perito para saber se está em presença de uma criança maltratada. As fracturas nas crianças que indiciam maus tratos são essencialmente definidas por múltiplas lesões sem explicação lógica, marcas circulares em volta do punho e tornozelo; fracturas epifisárias múltiplas dos ossos longos ou em espiral resultado de torções.

As lesões osteoarticulares nas crianças são substancialmente diferentes do adulto. Possuem maior rapidez de crescimento e remodelação, maior poder de cicatrização e recuperação, maior elasticidade e resistência ligamentar.

O crescimento na criança não é uma anarquia improvisada. É um fenómeno bem delineado e programado. As lesões que ocorrem a nível da fise (zona de crescimento) podem interromper e desorganizar essa harmonia e ser responsáveis por graves sequelas.

A classificação de *Salter Harris*, baseada no mecanismo de lesão, traço de fractura e placa de crescimento, é a mais usada.

Fractura Tipo I — ocorre na transição da camada hipertrófica e ossificação provisória seguindo o plano das camadas. Não interfere com a camada basal nem com a camada proliferativa.

Fractura Tipo II — semelhante ao tipo I, mas com a particularidade de a partir de certa distância o traço dirige-se para a metáfise.

Fractura Tipo III — ocorre também na cartilagem hipertrófica e zona de ossificação provisória. O traço dirige-se para a epífise após atravessar a camada basal e prolonga-se até a superfície articular. Neste tipo de lesões, todas as camadas de crescimento são atingidas.

Fracturas Tipo IV — semelhantes às fracturas tipo III, mas o traço de fractura prolonga-se para a metáfise. Sabemos que o prognóstico é reservado e as sequelas são potencialmente graves.

Fracturas Tipo V — as forças compressivas pressionam a cartilagem e a camada germinativa desorganiza-se estruturalmente. A lesão é a nível da célula e inicialmente podem confundir-se com fracturas tipo I.

As sequelas das fracturas fisárias nas crianças podem ser previstas no momento da lesão.

Sequelas previsíveis:

- i. Encurtamentos/alongamentos;
- ii. Desvios de eixo frontais, varo/valgo;
- iii. Desvios de eixo laterais, antecurvatum/recurvatum;
- iv. Desvios de eixo combinados.

Grau de incapacidade

A avaliação das incapacidades em crianças deverá, seguindo estes princípios orientadores, fazer-se, por analogia, pela tabela dos adultos com a devida ponderação, devendo os examinados ser sujeitos à reavaliação após o término do período de crescimento.

CAPÍTULO II

Infecçologia Tropical

Preâmbulo

Esta tabela foi construída com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (versão 2015).

As doenças infecciosas tropicais foram agrupadas segundo a natureza do agente etiológico em parasitárias, bacterianas, víricas e fúngicas. Foram consideradas apenas as principais endemias tropicais e as mais prevalentes em Angola.

Instruções específicas

As complicações sistémicas das várias patologias infecciosas são valorizadas com percentagem base. As sequelas que envolvam outros sistemas ou órgãos são valorizadas nos respectivos capítulos, aplicando-se o princípio da capacidade restante.

1. Doenças Parasitárias

1.1. Protozoários:

1.1.1. Amebíase:

1.1.1.1. Amebíase aguda intestinal0,05-0,10

1.1.1.2. Amebíase crónica intestinal0,10-0,20

1.1.1.3. Abscesso hepático, pulmonar ou cerebral amebiano.....0,10-0,20

1.1.1.4. Amebíase com outras localizações.....0,10-0,20

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

1.1.2. Malária (ou paludismo):

1.1.2.1. Malária por *plasmodium falciparum*:

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações cerebrais.....0,11-0,20

c) Com outras complicações.....0,06-0,10

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

1.1.2.2. Malária por *plasmodium vivax*

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações0,06-0,10

1.1.2.3. Malária por *plasmodium malariae*

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações0,06-0,10

1.1.2.4. Malária por *plasmodium ovale*

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações0,06-0,10

1.1.2.5. Malária por *Plasmodium Knowlesi*

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações0,06-0,10

1.1.2.6. Infecções mistas por *Plasmodium spp.*

a) Sem complicações.....0,01-0,05

b) Com complicações cerebrais.....0,11-0,20

c) Com outras complicações.....0,06-0,10

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

1.1.2.7. Síndrome da esplenomegalia tropical0,10-0,30

1.1.3. *Leishmaniose*

1.1.3.1. *Leishmaniose* visceral (ou Kala-azar)0,05-0,25

1.1.3.2. *Leishmaniose* cutânea0,01-0,05

1.1.3.3. *Leishmaniose* muco-cutânea.....0,01-0,15

1.1.4. Tripanossomose africana

1.1.4.1. Infecção aguda por *Trypanosoma brucei gambiense*0,05-0,20

1.1.4.2. Infecção crónica por *Trypanosoma brucei gambiense*0,20-0,40

1.1.4.3. Infecção aguda por *Trypanosoma brucei rhodesiense*0,05-0,20

1.1.4.4. Infecção crónica por *Trypanosoma brucei rhodesiense*0,20-0,50

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos e sensitivo-motores (2.7), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), encefalites e encefalomielites (4).

1.1.5. Tripanossomose americana (ou Doença de Chagas)

1.1.5.1. Infecção aguda por *Trypanosoma cruzi*.....0,01-0,10

1.1.5.2. Infecção crónica por *Trypanosoma cruzi*

a) Com envolvimento intestinal0,10-0,30

b) Com envolvimento cardíaco.....0,20-0,60

c) Com envolvimento do sistema nervoso.

1.1.5.3. *Tripanossoma gambiense*

1.1.5.4. *Tripanossoma rodesiense*

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

1.1.6. *Toxoplasmose*

1.1.6.1. <i>Toxoplasmose</i> congénita	0,10-0,30
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).	
1.1.6.2. <i>Toxoplasmose</i> aguda	0,01-0,05
1.1.6.3. <i>Toxoplasmose</i> ocular	0,05-0,10
Défice visual a valorizar pelo capítulo de oftalmologia (capítulo V-2).	
1.1.6.4. <i>Toxoplasmose</i> cerebral	0,05-0,15
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), encefalites e encefalomielites (4), nervos cranianos (5).	
1.1.6.5. <i>Toxoplasmose</i> disseminada	0,10-0,30
1.1.7. Giardíase	0,01-0,05
1.2. Helminthas	
1.2.1. <i>Schistosomose</i> (ou bilharziose)	
1.2.1.1. <i>Schistosomose</i> aguda (ou febre de Katayama)	0,01-0,05
1.2.1.2. <i>Schistosomose</i> crónica por <i>Schistosoma haematobium</i>	0,05-0,20
Sequelas urológicas a valorizar pelos capítulos de nefrologia/urologia Capítulo VIII: insuficiência renal (1.2), hidronefroze (2.1), lesões da bexiga (3.1).	
Sequelas ginecológicas a valorizar pelos capítulos dos órgãos de reprodução Capítulo XII: lesões do colo do útero (2.1) e do corpo do útero (2.2).	
1.2.1.3. <i>Schistosomose</i> crónica por <i>Schistosoma mansoni</i>	0,05-0,20
1.2.1.4. <i>Schistosomose</i> crónica por <i>Schistosoma intercalatum</i>	0,05-0,20
1.2.1.5. <i>Schistosomose</i> crónica por outras espécies de <i>Schistosoma</i>	0,05-0,20
1.2.1.6. <i>Schistosomose</i> crónica com envolvimento hepático	0,25-0,50
1.2.2. Equinococose	
1.2.2.1. <i>Echinococcus granulosus</i> (hidatidose)	
a) Localização hepática	0,10-0,30
b) Localização pulmonar	0,10-0,30
c) Localização óssea	0,20-0,40
Outras localizações a valorizar, consoante o órgão atingido, nos capítulos específicos.	
1.2.2.2. <i>Echinococcus multilocularis</i> :	
a) Localização hepática	0,15-0,35
Outras localizações valorizar, consoante o órgão atingido, nos capítulos específicos.	
1.2.3. Teníase (Infecção por <i>Taenia solium</i> e <i>Taenia saginata</i>)	0,01-0,05
1.2.4. Cisticercose (Infecção pela forma larvar de <i>Taenia solium</i>).	

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): epilepsia (2.8), síndrome coreica (2.9), discinésias e distonias (2.10), síndromes parkinsonianas (2.11), encefalites e encefalomyelites (4).

a) Envolvimento ocular0,10-0,30

Défice visual a valorizar pelo capítulo de oftalmologia (capítulo V-2).

b) Envolvimento de outros órgãos0,01-0,20

1.2.5. Filariose:

1.2.5.1. Filariose por *Wuchereria bancrofti* ou *Brugia malayi*0,05-0,10

a) Com elefantíase0,30-0,50

1.2.5.2. Loíase0,01-0,05

b) Com envolvimento ocular0,01-0,10

1.2.5.3. Filariose por *Mansonella*0,10-0,30

1.2.5.4. Filariose por *Onchocerca volvulus*0,05-0,20

Défice visual a valorizar pelo capítulo de oftalmologia (capítulo V-2)

1.2.6. Fasciolose hepática0,05-0,20

1.2.7. Estrongiloidose:

a) Doença cutânea0,01-0,03

b) Doença não invasiva (localizada)0,01-0,10

c) Doença disseminada0,10-0,30

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

1.2.8. Helminthíases intestinais (doenças provocadas por *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*)0,01-0,15

2. Doenças Bacterianas

2.1. Cólera0,01-0,05

2.2. Febre tifoide e paratifoide crónica

a) Sem complicações0,01-0,10

b) Com complicações0,11-0,30

2.3. Outras salmoneloses crónicas

a) Sem complicações0,01-0,05

b) Com complicações0,10-0,20

2.4. Shigelose Crónica

a) Sem complicações0,01-0,05

b) Com complicações0,10-0,30

2.5. Botulismo Crónico0,05-0,10

a) Com necessidade de ventilação artificial0,11-0,25

2.6. Tétano:

Sequelas osteoarticulares a valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I), consoante o segmento envolvido.

a) Neonatal.....0,05-0,20

b) Outras formas de tétano0,01-0,20

2.7. Tuberculose (inclui infeções por *Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium bovis*)

2.7.1. Tuberculose disseminada (miliar)0,10-0,30

2.7.2. Tuberculose pleuropulmonar0,05-0,15

Insuficiência respiratória a valorizar pelo capítulo de pneumologia (Capítulo VII). 2.7.3. Tuberculose da laringe, traqueia e brônquios0,05-0,15

Insuficiência respiratória a valorizar pelo capítulo de pneumologia (capítulo VII-7); as sequelas na laringe a valorizar pelo capítulo de otorrinolaringologia (Capítulo IV-5).

2.7.4. Tuberculose ganglionar0,05-0,10

2.7.5. Tuberculose do Sistema nervoso central0,05-0,10

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

2.7.6. Tuberculose óssea0,05-0,10

Sequelas osteoarticulares a valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I), consoante o órgão envolvido.

2.7.7. Tuberculose geniturinária0,05-0,10

Sequelas urogenitais valorizar pelo capítulo de urologia (Capítulo VIII) e de ginecologia/andrologia (Capítulo XII).

2.7.8. Tuberculose dos intestinos e peritoneu.....0,05-0,10

Sequelas gastrointestinais valorizar pelo capítulo de gastroenterologia (Capítulo IX).

2.7.9. Tuberculose cutânea→Doença valorizada no capítulo de dermatologia (Capítulo XI-5.2).

2.7.10. Tuberculose das supra-renais.....0,10-0,30

2.7.11. Tuberculose do pericárdio.....0,05-0,10

Grau de insuficiência cardíaca a valorizar pelo capítulo de cardiologia (Capítulo VI).

2.8. Lepra (Doença de Hansen):

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): nervos cranianos (5), sequelas de lesões do sistema nervoso periférico (11). Sequelas osteoarticulares a valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I), consoante o segmento envolvido.

2.8.1. Forma tuberculoide.....0,05-0,10

2.8.2. Forma borderline0,05-0,15

2.8.3. Forma lepromatosa0,10-0,30

2.9. Úlcera de Buruli (Infecção por *Mycobacterium ulcerans*)0,10-0,30

Se houver necessidade de amputação valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I-8.5).

2.10. Leptospirose icterohemorrágica.....0,05-0,10

2.11. Sífilis:

Sendo a sífilis uma doença com envolvimento multi-orgânico, as lesões dos diferentes órgãos devem ser valorizadas nos capítulos das diversas especialidades.

2.11.1. Sífilis congénita0,05-0,20

2.11.2. Sífilis primária.....0,01-0,05

2.11.3. Sífilis secundária.....0,05-0,10

2.11.4. Sífilis tardia.....0,10-0,30

a) Cardiovascular:

Valorizar pelo capítulo de cardiologia (Capítulo VI).

b) Neurosífilis.

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): perturbações da memória (2.4), défices cognitivos menores (2.5), défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).

2.12. Tracoma:

Déficé visual a valorizar pelo capítulo de oftalmologia (Capítulo V-1).

2.13. Brucelose (inclui as infeções por *Brucella melitensis*, *Brucella abortus*, *Brucella suis* e *Brucella canis*):

2.13.1. Aguda, sem focalizações0,01-0,05

2.13.2. A aguda ou subaguda, com focalizações orgânicas, consoante o órgão envolvido, a valorizar pelos capítulos das diversas especialidades.

2.13.3. Crónica0,20-0,30

3. Doenças Víricas

3.1. Arbovírus e febres hemorrágicas:

3.1.1. Dengue:

a) Doença não complicada.....0,01-0,05

b) Doença grave (com hemorragias e choque).....0,06-0,15

3.1.2. Chikungunya:

a) Doença não complicada.....0,01-0,05

b) Doença complicada de artrite crónica0,10-0,20

3.1.3. Vírus do Nilo Ocidental (vírus West Nile)0,01-0,05

Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), encefalites e encefalomiелites (4), nervos cranianos (5), sequelas de lesões do sistema nervoso periférico (11).

3.1.4. Febre amarela0,05-0,10

3.1.5. Febres de Lassa e hemorrágica do Congo-Crimeia0,05-0,15

3.1.6. Marburgo	0,05-0,15
3.1.7. Ébola	0,05-0,15
3.2. Hepatites víricas A, B, C, D e E:	
3.2.1. Doença aguda, submetida a tratamento.....	0,01-0,05
3.2.2. Doença fulminante submetida a transplantação	0,05-0,30
3.2.3. Doença Crónica:	
a) Sem replicação vírica.....	0,01-0,10
b) Com replicação vírica.	
1. Sem sintomas no último ano.....	0,10-0,20
2. Sintomática, mas sem encefalopatia	0,20-0,40
3. Sintomática e com encefalopatia	0,50-0,70
3.3. Infecção por VIH/SIDA:	
3.3.1. Síndrome viral aguda sob terapêutica anti-retroviral.....	0,01-0,10
3.3.2. Infecção assintomática sob terapêutica anti-retroviral.....	0,01-0,10
3.3.3. Infecção sintomática não SIDA:	
a) Sob terapêutica anti-retroviral.....	0,01-0,10
b) Sob terapêutica anti-retroviral e terapêutica profilática das infeções oportunistas.....	0,10-0,15
3.3.4. SIDA (segundo os critérios da OMS):	
a) Sem limitações mas submetido a terapêutica crónica.....	0,05-0,15
b) Interdição de uma actividade de vida diária que pode ser compensada.....	0,15-0,30
c) Limitação das capacidades habituais que obriga a modificar as actividades de vida diária	0,30-0,50
d) Impossibilidade de assumir as actividades de vida diária	0,50-0,70
e) Alteração do estado geral que confina o doente ao leito	0,70-0,95
3.4. Infecção por HTLV-1	0,05-0,15
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), lesões medulares ou equivalentes (7).	
3.5. Raiva.....	0,10-0,30
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), encefalites e encefalomiélites (4).	
4. Doenças Fúngicas	
4.1. Candidose:	
4.1.1. Disseminada	0,10-0,20
4.1.2. Oral.....	0,01-0,03
4.1.3. Pulmonar.....	0,05-0,15
4.1.4. Cutânea e ungueal	0,01-0,05

4.1.5. Sistema nervoso central	0,05-0,10
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia(2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).	
4.1.6. Hepatoesplénica.....	0,10-0,20
4.1.7. Genital:	
a) Genitais femininos	0,01-0,10
b) Genitais masculinos	0,01-0,05
4.1.8. Óssea.....	0,05-0,10
Sequelas osteoarticulares a valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I), consoante o segmento atingido.	
4.1.9. Endocárdio	0,05-0,10
Grau de insuficiência cardíaca a valorizar pelo capítulo de cardiologia (Capítulo VI).	
4.2. Histoplasmose africana (Infecção por <i>Histoplasma duboisii</i>):	
4.2.1. Doença cutânea e ganglionar	0,05-0,15
4.2.2. Doença óssea	0,10-0,20
Sequelas osteoarticulares a valorizar pelo capítulo de ortopedia (Capítulo I), consoante o segmento atingido.	
4.2.3. Doença disseminada	0,20-0,40
4.3. Aspergilose:	
4.3.1. Doença localizada (ouvidos, seios nasais, olhos.....)	0,01-0,15
4.3.2. Doença crónica pulmonar	0,05-0,20
4.3.3. Doença invasiva.....	0,20-0,40
4.4. Criptococose (Infecção por <i>Cryptococcus neoformans</i> e <i>Cryptococcus gattii</i>)	
4.4.1. Doença disseminada	0,20-0,40
4.4.2. Doença pulmonar.....	0,05-0,15
4.4.3. Doença cerebral	0,05-0,20
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia(2.8), sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo (2.18), nervos cranianos (5).	
4.4.4. Doença cutânea	0,01-0,10
4.5. Mucormicose:	
4.5.1. Doença disseminada.....	0,20-0,40
4.5.2. Doença pulmonar.....	0,10-0,20
4.5.3. Doença rino-cerebral	0,10-0,30
Sequelas neurológicas a valorizar pelo capítulo de neurologia (Capítulo III): défices cognitivos mistos e sensitivo-motores (2.7), epilepsia (2.8), sequelas motoras de lesões do sistema	

nervoso central e periférico (2.17), défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebello (2.18), nervos cranianos (5).

Perda de globo ocular a valorizar pelo capítulo de oftalmologia (Capítulo V-1.1).

4.6. Micetoma (infecções mistas por bactérias e/ou fungos):

4.6.1. Actinomicose.....0,05-0,30

Mutilações da face valorizar pelo capítulo de estomatologia (Capítulo XV-1.1.1 e 1.2.4):

4.6.2. Micetoma do pé (pé de Madura0,01-0,20

Se houver necessidade de amputação valorizar pelo capítulo de ortopedia no segmento respectivo (Capítulo I-15.2.5).

CAPÍTULO III

Neurologia

Preâmbulo

Quadro modelo e critérios de avaliação do défice funcional decorrente de perturbações neurológicas.

Os princípios aqui definidos constituem um enquadramento referencial privilegiado, sem carácter vinculativo, mas formalmente indicativo, devendo ser utilizados com a indispensável prudência e ponderação, tendo em conta que os valores máximos dos intervalos atribuídos correspondem a situações clínicas limite.

A fim de limitar as divergências de abordagem numa área médica como a neurologia em que existem, e por vezes predominam, quadros nosológicos de índole degenerativa primária e progressiva, importa, naturalmente, impedir que as dificuldades de clarificação etiológica, insuficiência diagnóstica e terminologia diversificada interfiram com a necessária objectividade, clareza e rigor periciais.

Na impossibilidade prática de incluir todas entidades clínicas neurológicas definidas por critérios de diagnóstico exaustivos, nem sempre existentes e importantes para atribuição de uma incapacidade, optou-se por adoptar como quadro de referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (versão 2015), o que não impede, todavia, a possibilidade de recurso ou de remissão para outros sistemas de classificação internacionalmente aceites e reconhecidos.

Embora a avaliação pericial em Neurologia não necessite, por si só, de requisitos especiais para todas as determinações dos vários parâmetros do dano, é necessário bom senso clínico e alguma capacidade científica nas áreas forenses.

Esta ausência de determinantes prévios não invalida propósitos de rigor técnico e científico, conhecimento técnico da avaliação neurológica, bem como a validação de correlações clinico-estruturais para a determinação das incapacidades funcionais daí resultantes.

O nível de precisão desta exploração depende também, e não só, das possibilidades da cooperação do doente, ultrapassando-se esta condicionante com as necessárias atitudes e metodologia apropriadas, de modo que a avaliação concretize todos os défices neurológicos

de forma concludente. Muitos erros na recolha de dados provêm duma má adequação da técnica do exame com as possibilidades do doente. É assim necessário adaptar as técnicas de exame a estas possibilidades, portanto avaliar num primeiro tempo o grau de cooperação que será possível obter.

O exame neurológico constitui uma verdadeira exploração funcional do sistema nervoso baseada no estudo das reacções do organismo a um estímulo quer ele seja reflexo, verbal ou nociceptivo, enquanto as investigações paraclínicas têm essencialmente um propósito morfológico.

A correcta metodologia de avaliação deriva de vantagens estruturais ancestrais que concorrem para manifestações clínicas claramente distintas, quer existam compromissos neurológicos de grandes vias neuronais (p.ex. via piramidal, via sensitiva) que percorrem todo o neuroeixo, quer de vias periféricas, «secundárias», classificadas como 2.º neurónio o que facilita, eficazmente, a necessária identificação do tipo e localização da lesão ou lesões em causa.

Tudo isto parece mais acessível quando lidamos com estruturas neuronais de primeira ordem, isto é de função única ou seja qualquer lesão precipitará limitação dessa capacidade funcional.

As estruturas de segunda ordem dependem de informação privilegiada, nomeadamente das estruturas primárias, e pressupõem redes neuronais mais complexas e interactivas, contribuindo assim para capacidades funcionais mais elaboradas (a linguagem é um exemplo elucidativo) e cuja validação pericial requiere, por vezes, estudos complementares adicionais.

Neste contexto, parece existir uma certa vantagem analítica derivada deste conhecimento estrutural, já que permite uma possibilidade técnica de localização lesional e, algumas vezes etiológica, que contribui decisivamente para avaliações periciais concludentes nas várias dimensões do dano corporal.

Instruções específicas

Os quadros deficitários, motores e sensitivos — tetraparesias ou tetraplegias (2.18.1), hemiparesias ou hemiplegias (2.18.2), monoparesias ou monoplegias (2.18.4), sequelas do sistema nervoso periférico (10.1) — são discriminados por ordem, sendo primeiramente designada a percentagem da sequela do lado dominante seguida do valor do lado não dominante. O lado dominante tem uma valoração percentual maior dado o acréscimo de função que representa.

Crânio e sistema nervoso

1. Sequelas de traumatismo da caixa craniana

1.1. Perda de cabelo, cicatrizes do couro cabeludo (Capítulo XVII-Dismorfias, n.º 1.1).

1.2. Sequelas ósseas:

1.2.1. Depressão craniana persistente, dependendo da localização (e conforme o grau de depressão da tábua interna):

- a) Depressão até 0,5cm.....0,01-0,02
- b) Depressão de 0,5 a 1cm.....0,03-0,05
- c) Depressão superior a 1cm.....0,06-0,10

1.2.2. Perda de substância óssea:

a) Até 6 cm ² : Com prótese	0,01-0,03
b) Sem prótese	0,04-0,15
c) De 6 a 12 cm ² : Com prótese	0,04-0,06
d) Sem prótese	0,07-0,20
e) Com mais de 12 cm ² : Com prótese	0,07-0,09
f) Sem prótese.....	0,10-0,30

Instruções específicas

As sequelas de trepanação não justificam a atribuição de uma incapacidade, mesmo que haja três ou quatro orifícios de trépano, salvo se existirem cicatrizes dolorosas, situação em que estas deverão ser valorizadas (v. Capítulo XVII-Dismorfias, n.º 1.1.1).

1.2.3. Sequelas de retalhos ósseos (retalho ósseo cicatrizado):

a) Em boa posição	0,01-0,02
b) Em má posição	0,03-0,10

1.2.4. Corpos estranhos intracranianos:

a) Sem sintomatologia	0,01
b) Com sintomatologia (aplicar os n.ºs correspondentes às sequelas observadas).	

1.2.5. Fístula de liquor:

Curada, com complicações endocranianas (a valorizar pelos respectivos n.ºs dos défices funcionais resultantes).

Nota: Quando houver risco de reactivação clínica por alterações básicas inerentes à lesão, a valorização deverá ser corrigida em função das novas complicações endocranianas.

2. Sequelas encefálicas

2.1. Estado vegetativo persistente	1,00
--	------

2.2. A Síndrome subjectiva pós-traumática (manifestada por cefaleias recorrentes, sensação de peso na cabeça, instabilidade posicional, dificuldade de concentração e de associação de ideias, fadigabilidade intelectual, disfunção mnésica, modificação do humor e perturbação do sono).....0,05-0,20

2.3. Perturbações cognitivas:

A análise das síndromes deficitárias neuropsicológicas deve fazer referência a uma semiologia precisa, com estudo neuropsicológico adequado. A síndrome dita «frontal» corresponde a entidades agora bem definidas cujos défices associados, mais ou menos importantes, originam quadros clínicos muito polimórficos. A avaliação da incapacidade deve basear-se imperativamente sobre observações médicas precisas e especializadas, correlacionando as lesões iniciais e os dados dos exames clínicos e para-clínico.

2.3.1. Síndrome frontal:

2.3.1.1. Perturbação grave (com apragmatismo, alterações graves da inserção social e familiar a requerer vigilância permanente)0,65-0,75

2.3.1.2. Perturbação importante (com alteração das condutas instintivas, perda da iniciativa, perturbações do humor, inserção familiar e social precária)0,36-0,64

2.3.1.3. Perturbação moderada (com lentificação psiocomotora, bradipsiquismo relactivo, dificuldade de memorização, perturbações do humor e repercussões na inserção social e familiar)0,21-0,35

2.3.1.4. Perturbação ligeira (com distractibilidade, lentificação, dificuldades de memorização e de elaboração de estratégias complexas; escassas ou nulas perturbações da inserção social e familiar)0,10-0,20

2.4. Perturbações da memória:

Perturbações isoladas da memória associando esquecimentos frequentes, condicionando a vida corrente com necessidade de auxiliares de memória, falsos reconhecimentos, eventualmente fabulações, dificuldades de aprendizagem e alterações da capacidade de evocação.

2.4.1. Grau I (perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as Actividades de Vida Diária (AVD), requerendo vigilância e cuidados permanentes0,41-0,65

2.4.2. Grau II (perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível:

da eficiência pessoal, social e laboral)0,11-0,40

2.4.3. Grau III (perturbações ligeiras, com discreta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral)0,01-0,10

2.5. Défices cognitivos menores:

Na ausência de síndrome frontal ou de afectação isolada de uma função cognitiva, alguns traumatismos cranianos mais ou menos graves, quadros tóxico-metabólicos graves, infecções do sistema nervoso central podem condicionar a persistência de queixas objectiváveis constituindo uma síndrome diferente da síndrome subjectiva pós-comocional, associando:

2.5.1. Labilidade da atenção, lentificação ideativa, dificuldades de memorização, fadigabilidade intelectual, intolerância ao ruído, instabilidade do humor, persistindo para além de 2 anos0,05-0,25

2.6. Demências:

A avaliação clínica de um quadro demencial existente ou pré-existente não deve ter tanto em conta a sua clarificação etiológica, mas sim a repercussão funcional nas AVD, o estado anterior e os défices cognitivos mistos e sensitivo-motores. A sua ponderação tabelar deve ser concretizada em consonância com os estudos complementares adequados, nomeadamente a imagiologia cerebral e a avaliação neuropsicológica, podendo para tal utilizar, por analogia, a orientação de outras alíneas desta tabela (v. os 2.4., 2.5. e 2.7.).

2.7. Défices cognitivos mistos e sensitivo-motores:

Estes défices constituem as sequelas características de encefalopatias traumáticas, tóxicas e infecciosas graves. Associam frequentemente disfunções frontais, défices cognitivos, perturbações do comportamento, síndromes piramidais e/ou cerebelosos, perturbações sensoriais (hemianopsias, paralisias óculo-motoras) correspondendo a compromissos cerebrais

visualizáveis por imagiologia. Estas associações originam quadros clínicos de marcada variação interindividual, de tal forma que não é possível propor uma incapacidade precisa e concreta. Devem ser objecto de uma avaliação global.

No contexto da avaliação médico-legal é, no entanto, possível reconhecer vários níveis de gravidade em função do défice global.

2.7.1. Ausência de toda a actividade voluntária útil e de relação (perda de toda a possibilidade relacional identificável, dependência total e completa de terceira pessoa)0,91-0,95

2.7.2. Défices sensitivo-motores severos (limitando gravemente a autonomia, associados a défices cognitivos incompatíveis com a vida relacional)0,71-0,90

2.7.3. Perturbações cognitivas severas (caracterizadas fundamentalmente pela desinibição e perturbações graves do comportamento, comprometendo a socialização, com défices sensitivo -motores incompatíveis com a autonomia para as AVD)0,51-0,70

2.7.4. Perturbações cognitivas, associando uma perturbação permanente da atenção e da memória, perda relativa ou total da iniciativa e/ou da autocrítica, incapacidade de gestão das situações complexas, com défices sensitivo-motores evidentes mas compatíveis com autonomia para as AVD0,31-0,50

2.7.5. Perturbações cognitivas, associando lentificação ideativa evidente, défice evidente da memória e dificuldade de elaboração de estratégias complexas com défices sensitivo-motores menores0,10-0,30

2.8. Epilepsia:

Deve ser avaliada de acordo com a frequência e características das crises ocorridas, apesar da regularidade do tratamento adequado. As revisões periódicas não devem ocorrer com intervalo superior a dois anos:

2.8.1. Epilepsia generalizada:

a) Controlável com tratamento regular (ausência de crises generalizadas em 2 anos consecutivos) e compatível com vida normal sem restrições0,10-0,15

b) Não controlável ou dificilmente controlável (necessitando de precauções especiais ou de mudança de posto de trabalho), conforme a frequência das crises0,16-0,50

c) Não controlável, clinicamente refratária e fármaco-resistente, tornando impossível a actividade profissional e com prejuízo evidente da vida de relação0,51-0,65

2.8.2. Epilepsia focal (atender à importância funcional dos grupos musculares envolvidos, tipo de crise e capacidade de generalização secundária):

a) Controlável com terapêutica regular (ausência de crises durante 1 ano)0,10-0,15

b) Dificilmente controlável com terapêutica regular (necessitando de precauções especiais ou de mudança de posto de trabalho), conforme a frequência das crises e generalização secundária0,16-0,30

c) Não controlável, com fácil generalização secundária clinicamente refratária e fármaco-resistente, tornando impossível a actividade profissional e com prejuízo evidente da vida de relação0,31-0,50

2.8.3. Ausências epilépticas:

- a) Controlável com tratamento regular (ausência de crises recorrentes 2 anos consecutivos) 0,10-0,15
- b) Dificilmente controlável com tratamento regular, clinicamente refractária e fármaco-resistente, conforme a frequência das crises 0,16-0,50

2.9. Síndrome coreica.

2.10. Discinesias e distonias.

2.11. Síndromes parkinsonianas:

Todas as situações clínicas anteriores (2.9, 2.10 e 2.11) de movimentos involuntários anormais podem raramente ser consequência de doença profissional ou tropical; deve, no entanto, o perito médico estabelecer a correspondente correlação etiológica, podendo para tal utilizar, por analogia, a orientação de outras alíneas desta tabela (por exemplo «Epilepsias», n.º 2.8.1 e 2.8.2).

2.12. Síndrome cerebelosa (ataxia geralmente associada a outras sequelas):

- a) Ataxia cinética unilateral ou bilateral ligeira 0,20-0,35
- b) Ataxia dos movimentos e da marcha 0,36-0,50
- c) Global: ataxia de marcha tornando o equilíbrio dinâmico impossível 0,51-0,65

2.13. Disartria (perturbações da articulação da palavra como manifestação isolada não incluída noutras síndromes):

- a) Ligeira 0,05-0,10
- b) Com manifesta dificuldade da comunicação oral 0,11-0,15

2.14. Afasia (perturbações da linguagem):

- a) Forma não fluente: perturbações da nomeação e da repetição, sem parafasias. Compreensão conservada 0,10-0,20
- b) Forma fluente, parafásica, com alexia (perturbação da leitura) e perturbações da compreensão 0,21-0,40

2.15. Apraxia e agnosia 0,10-0,20

2.16. Síndrome talâmica (dor permanente de tipo queimadura):

- a) Unilateral, aumentada pelos contactos e emoções 0,15-0,30
- b) Com impotência funcional de um membro 0,31-0,50

2.17. Sequelas motoras de lesões do sistema nervoso central e periférico.

Instruções específicas

A percentagem de incapacidade mais elevada que se segue aplica-se à paralisia, isto é, ao escalão máximo do défice motor, correspondendo ao grau 0 ou 1 de força muscular. Em caso de défice parcial, isto é, parésia, a mesma sofre uma diminuição proporcional, de acordo com os graus de avaliação da força muscular.

Distinguem-se assim os seguintes graus de força muscular:

Grau 0	Paralisia, ausência de contracção
Grau 1	Contracção visível, não produzindo movimento
Grau 2	Movimento activo possível, não vencendo a força de gravidade
Grau 3	Movimento activo possível, a favor da gravidade;
Grau 4	Movimento activo vencendo a gravidade e a resistência do observador
Grau 5	Força normal

As incapacidades expressas apresentam então uma zona de variação entre mínimas e máximas. Para efeitos de avaliação concreta, deve-se ter em conta a seguinte valoração:

Graus de força muscular	Tendência de valoração
Grau 0 a 1	Valor máximo
Grau 2	Tendência para o valor máximo
Grau 3	Tendência para valor médio
Grau 4	Tendência para valor mínimo
Grau 5	sem desvalorização

2.18. Défices sensório-motores de origem hemisférica, tronco cerebral ou cerebelo.

2.18.1. Tetraparésia ou tetraplegia:

Tetraparésia: a desvalorização deverá ser efectuada, tendo em conta o grau dos défices verificados e em função do grau de autonomia.

a) Tetraparésia (força muscular grau 4)0,30-0,50

b) Tetraparésia (força muscular grau 2-3)0,51-0,75

2.18.2. Tetraplegia (força muscular grau 0-1)0,76-0,95

Hemiparésia ou hemiplegia:

2.18.2.1. Hemiparésia (força muscular grau 4)

a) Marcha possível e autónoma sem utilização de auxiliares, membro superior funcional com descoordenação de movimentos, com ou sem ligeiras alterações da linguagem0,15-0,30/0,10-0,30

b) Marcha só possível com utilização de auxiliares, membro superior funcionalmente inutilizável com ou sem ligeiras alterações da linguagem.....0,31-0,50/0,31-0,40

2.18.2.2. Hemiplegia (grau 0-1) e hemiparésia (grau 2-3):

a) Autonomia da marcha impossível e com alteração dos esfíncteres0,51-0,65

b) Hemiplegia0,66-0,75

2.18.3. Síndromes do tronco cerebral (síndromes alternos geralmente associados a outras sequelas) com inclusão da síndrome pseudo-bulbar — avaliar segundo os défices sensório-motores (v. 2.18) e os défices dos nervos cranianos (v. 5), devendo ser valorizados separadamente e somados segundo o princípio da capacidade restante.

2.18.4. Monoparésia ou monoplegia:

2.18.4.1. Membro superior:

a) Preensão possível, mas com diminuição da dexteridade (possibilidade de manipulação) 0,10-0,15/0,08-0,12

b) Preensão possível mas sem dexteridade (sem manipulação) 16-0,25/0,13-0,20

c) Movimentos muito difíceis (força muscular grau 2-3) 0,26-0,40/0,21-0,35

2.18.4.2. Movimentos impossíveis (força muscular grau 0-1)0,41-0,50/0,36-0,45

Membro inferior

A valorização deverá ter em conta o grau de défice motor e a repercussão sobre a função locomotora (v. também Capítulo I — Ortopedia)0,20-0,50

3. Síndrome cérvico-cefálica

Manifesta-se por vertigem, dor suboccipital, contractura cervical, retificação da lordose cervical e limitação dolorosa da mobilidade do pescoço:

3.1. Síndrome cérvico-cefálica isolada0,05-0,10

3.2. Síndrome cervical associada a síndrome subjetiva pós-traumática0,11-0,20

4. Encefalites e encefalomyelites

A avaliar segundo os défices sensório-motores (v. 2.18) e dos nervos cranianos (v. 5), devendo ser desvalorizados separadamente e somados segundo o princípio da capacidade restante.

5. Nervos cranianos

5.1. I par (n. olfativo) - anósmia de origem neural0,05-0,10

5.1.1. Anósmia com disgeusia (alteração do gosto)0,11-0,15

5.2. II par (n. ótico) a valorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — n.ºs 2 e 3).

5.3. III par (n. motor ocular comum) — a valorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — 5 e 6).

5.4. IV par (n. patético) — a valorizar por oftalmologia (v. Capítulo V - n.ºs 5 e 6).

5.5. V par (n. trigémio):

5.5.1. Divisão sensitiva:

a) Anestesia, sem dor, por lesão de um ou mais ramos0,05-0,10

b) Anestesia dolorosa por lesão de um ou mais ramos0,10-0,15

c) Nevralgia unilateral (conforme a frequência e intensidade dos paroxismos)0,11-0,29

d) Nevralgia bilateral (conforme a frequência e intensidade dos paroxismos)0,30-0,40

5.5.2. Divisão motora:

a) Lesão unilateral0,05

- b) Lesão bilateral (sem compromisso da mastigação).....0,06-0,20
 c) Bilateral com alterações da fonação e mastigação.....0,21-0,30

5.6. VI par (n. motor ocular externo) — a valorizar por oftalmologia (v. Capítulo V - 5 e 6).

5.7. VII par (n. facial):

- a) Parcial (parésia hemifacial)0,05-0,15
 b) Total (plegia hemifacial).....0,16-0,25
 c) Bilateral.....0,26-0,40

5.7.1. Espasmo hemifacial:

- a) controlado com tratamento adequado.....0,05
 b) difícil controlo mesmo com tratamento adequado.....0,06-0,10

Nota: As eventuais complicações oftalmológicas devem ser valorizadas separadamente e somadas segundo o princípio da capacidade restante.

5.8. VIII par (n. auditivo) — a valorizar por otorrinolaringologia (v. Capítulo IV-8 e 9).

5.9. IX par (n. glossofaríngeo) — dificuldade de deglutição, elocução e respiração:

- a) Unilateral.....0,08-0,10
 b) Bilateral.....0,11-0,20
 c) Bilateral com alteração do gosto (disgeusia).....0,21-0,30

5.10. X par (n. pneumogástrico) — funções vegetativas, motoras e sensitivas avaliadas conforme os défices funcionais resultantes:

- a) Aparelho digestivo (v. Capítulo IX — Gastreenterologia, n.º 2.1.);
 b) Aparelho respiratório (v. Capítulo VII — Pneumologia — grau I);
 c) Cardiologia e Cirurgia Vascular (v. Capítulo VI análogo a Classe I da doença cardíaca);
 d) Otorrinolaringologia: Disfagia — análoga a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, 4.2);
 Disfonia — análoga a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5);

5.11. XI par (n. espinhal) — parésia ou paralisia dos músculos esternocleidomastoideu e trapézio:

- a) Unilateral.....0,01-0,05
 b) Bilateral0,06-0,10

5.12. XII par (n. grande-hipoglosso):

- a) Unilateral.....0,01-0,05
 b) Bilateral (incapacidade avaliada em função das perturbações da mastigação e deglutição v. 5.9. b) e c) deste capítulo).

Lesões múltiplas — A incapacidade total será a adição das incapacidades parciais segundo o princípio da capacidade restante.

6. Lesões medulares ou equivalentes

6.1. Lesões hemimedulares (Síndrome de *Brown-Sequard*):

- a) Com tradução clínica nos membros superior e inferior (avaliar pelo grau de défice motor, conservação de uma actividade reduzida, com marcha possível (parésia grau 3-4), sem compromisso do comando esfíncteriano e com uma certa autonomia)0,40-0,70/0,30-0,50
 b) Paralisia (força muscular grau 0-1), com alterações dos esfíncteres.....0,71-0,85

6.2. Lesões medulares (com secção anatómica ou alteração funcional parcial ou total):

6.2.1. Tetraplegia ou tetraparésia:

6.2.1.1. Com capacidade funcional residual (défice motor grau 4):

a) Sem alteração dos esfíncteres0,20-0,50

b) Com alteração dos esfíncteres0,51-0,60

6.2.1.2. Sem capacidade funcional (défice motor grau 0 a 3):

a) Sem alteração dos esfíncteres0,61-0,85

b) Com alteração dos esfíncteres0,86-0,95

Diparésia ou diplegia braquial (parésia ou paralisia dos membros superiores conforme grau de força muscular, destriedade ou possibilidade de manipulação):

6.4.1. Diparésia braquial (força muscular grau 2-3-4) com ou sem espasticidade: ..0,20-0,50

6.4.1.1. Diplegia braquial (força muscular de grau 0 ou 1) com ou sem espasticidade: . 0,60-0,70

6.5. Paraparésia (parésia crural bilateral):

6.5.1. Paraparésia (força muscular grau 2-3-4) com ou sem espasticidade:

a) Sem alteração dos esfíncteres0,20-0,50

b) Com alteração dos esfíncteres0,51-0,70

6.5.2. Paraplegia (força muscular grau 0 ou 1):

a) Sem alteração dos esfíncteres0,60-0,70

b) Com alteração dos esfíncteres0,71-0,80

6.6. Paralisia ou parésia isolada de um membro (monoplegia ou monoparésia) (v. n.º 2.18.4.).

6.7. Paralisia ou parésia de vários membros (paralisias ou parésias segmentares múltiplas e assimétricas).

Nota: A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante (previstas no 2.18.).

7. Seringomielia (cavitação intramedular)

Com tradução clínica segmentar, nos membros superior ou inferior a avaliar pelo grau de défice motor, conservação ou não de uma actividade reduzida, com marcha possível (parésia grau 3-4), sem compromisso do comando esfinteriano e com uma certa autonomia..... 0,10-0,40

8. Síndrome da cauda de cavalo

Caracterizada por perturbação sensitiva dos segmentos sagrados, «em sela», abolição dos reflexos anais, disfunção intestinal, vesical e impotência sexual; avaliar em função do compromisso sensitivo e autonómico.

Nota: A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante (previstas nos n.ºs 6.4. ou 9 deste capítulo).

9. Perturbações esfinterianas e genitais

a) Obstipação rebelde0,10

b) Incontinência parcial0,11-0,20

c) Disfunção erétil.....0,10-0,25

d) Incontinência ou retenção urinária e fecal.....0,21-0,45

10. Sequelas de lesões do sistema nervoso periférico

Instruções específicas

As dores e as alterações tróficas, que eventualmente acompanham as paralisias, revelam um certo agravamento da impotência funcional pelo que legitimam um aumento da incapacidade proposta do défice neurológico, até um acréscimo de 0,10 (v. n.º 10.1.10 e n.º 10.2.7. deste capítulo).

Os défices exclusivamente sensitivos (hipostesias, parestesias, disestesias) quando objectiváveis pela clínica ou pelos exames complementares poderão ser considerados como funcionalmente análogos à parésia, com défice de força grau 4, devendo, portanto, ser aplicados os valores mínimos previstos na tabela para a paralisia do(s) nervo(s) correspondente(s).

Em caso de lesão simultânea de vários nervos de um mesmo membro, adicionam-se as incapacidades parciais segundo o princípio da capacidade restante, não se podendo ultrapassar o valor da paralisia global ou de uma desarticulação pela raiz do membro (v. Capítulo I — Ortopedia, n.ºs 4.3.1 ou 10.2.4, alínea a)).

10.1. Membro superior:

10.1.1. Paralisia ou parésia de todo o membro (v. n.º 2.12.3.2) 0,10-0,65/0,08-0,60

10.1.2. Paralisia do plexo de tipo superior (tipo Duchene-Erb) 0,20-0,45/0,15-0,40

10.1.3. Paralisia do plexo de tipo inferior (tipo Déjerine-Klumpke) 0,40-0,50/0,30-0,40

10.1.4. Paralisia do nervo circunflexo 0,20-0,25/0,15-0,20

10.1.5. Paralisia do nervo supra-escapular 0,10-0,15/0,05-0,10

10.1.6. Paralisia do nervo músculo-cutâneo (bicipete e braquial anterior) ... 0,15-0,25/0,06-0,12

10.1.7. Paralisia do nervo mediano:

10.1.7.1. No braço 0,25-0,35/0,20-0,25

10.1.7.2. No punho 0,10-0,20/0,08-0,15

10.1.8. Paralisia do nervo cubital:

10.1.8.1. No braço 0,15-0,20/0,10-0,15

10.1.8.2. No punho 0,07-0,15/0,05-0,10

10.1.9. Paralisia do nervo radial:

10.1.9.1. Acima do cotovelo 0,25-0,35/0,20-0,25

10.1.9.2. Abaixo do cotovelo 0,15-0,25/0,10-0,15

10.1.9.3. Lesão isolada do ramo do abdutor do polegar e dos extensores dos dedos

10.1.10. Síndrome de dor regional complexa do membro superior (caracterizada por dor de tipo queimadura constante, disfunção vasomotora, compromisso da sudorese, com ou sem alterações tróficas):

a) Forma menor (algoneurodistrofia): sem alterações tróficas importantes, sem lesão nervosa e ligeira impotência funcional 0,10-0,25/0,05-0,20

b) Forma grave (causalgia): com lesão nervosa, alterações tróficas e impotência funcional 0,26-0,35/0,21-0,30

10.2. Membro inferior:

10.2.1. Paralisia do membro inferior (flácida) (v. 2.12.3.1 deste capítulo)	0,20-0,60
a) com alteração dos esfíncteres.....	0,35-0,65
10.2.2. Paralisia nervo grande-ciático	0,20-0,50
10.2.3. Paralisia nervo ciático poplíteo externo	0,10-0,30
10.2.4. Paralisia nervo ciático poplíteo interno.....	0,10-0,30
10.2.5. Paralisia nervo femoral.....	0,10-0,40
10.2.6. Paralisia nervo obturador.....	0,05-0,15
10.2.7. Síndrome de dor regional complexa do membro inferior (caracterizada por dor de tipo queimadura constante, disfunção vasomotora, compromisso da sudorese, com ou sem alterações tróficas):	
a) Forma menor (algoneurodistrofia) sem alterações tróficas importantes, sem lesão nervosa e ligeira impotência funcional	0,10-0,30
b) Forma grave (causalgia): com lesão nervosa, alterações tróficas e impotência funcional	0,31-0,50
10.2.8. Paralisia do nervo frénico.....	0,10
10.3. Mononevrites:	

Valorizável, por analogia, em função do segmento em causa e dos grupos musculares envolvidos, não se podendo ultrapassar o valor da paralisia global ou de uma desarticulação pela raiz do membro v. 10.1. ou 10.2.

10.4. Polineuropatias motoras e sensitivo-motoras:

Valorizável, por analogia, em função dos segmentos em causa e dos grupos musculares envolvidos, não se podendo ultrapassar o valor da paralisia global v. 10.1. ou 10.2.

10.5. Polineuropatias sensitivas:

Valorizável, por analogia, e em função do segmento em causa e dos grupos musculares envolvidos v. 10.1. ou 10.2.

A existência de dor ou de disautonomia nas neuropatias (10.3., 10.4., 10.5. deste capítulo) deve ser enquadrável, por analogia, em função do segmento em causa e dos grupos musculares envolvidos (v. 9. alterações esfinterianas e genitais e 16. nevralgias e radiculalgias). A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

11. Síndromes miasténicas focais (v. 5.3., 5.4., 5.6., 5.7., 5.9., 5.12. deste capítulo)

Valorizável, por analogia, em função dos pares cranianos e dos grupos musculares envolvidos. A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

12. Síndromes miasténicas generalizados (quando possível caracterizar após intervenção cirúrgica ao timo)

Valorizável, por analogia, em função dos pares cranianos, dos segmentos em causa e dos grupos musculares envolvidos (v. 5.3., 5.4., 5.6., 5.7., 5.9., 5.12., 6.2.1.1.a deste capítulo). A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

13. Doenças musculares inflamatórias

Valorizável, por analogia, em função dos segmentos em causa e dos grupos musculares envolvidos (v. 5.3., 5.4., 5.6., 5.7., 5.9., 5.11., 5.12., 6.2.1.1.a) deste capítulo). A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

14. Doenças musculares primárias (miopatias)

Valorizável, por analogia, em função dos pares cranianos, dos segmentos em causa e dos grupos musculares envolvidos (v. 5.3., 5.4., 5.6., 5.7., 5.9., 5.11., 5.12., 6.2.1.1.a) deste capítulo). A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante, não se podendo ultrapassar o valor da paralisia global ou de uma desarticulação pela raiz do membro.

15. Doenças degenerativas amiotróficas

Valorizável, por analogia, em função dos pares cranianos, dos segmentos em causa e dos grupos musculares envolvidos (v. 5.3., 5.4., 5.6., 5.7., 5.9., 5.11., 5.12., 6.2.1.1.a) deste capítulo). A incapacidade total será a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante, não se podendo ultrapassar o valor da paralisia global ou de uma desarticulação pela raiz do membro.

16. Nevralgias e radiculalgias

Persistentes, segundo a localização e a impotência funcional.....0,10-0,20

17. Coluna vertebral

As sequelas apresentadas poderão ser consideradas isoladamente ou com somatório, segundo o princípio da capacidade restante:

Raquialgias, sem compromisso neurológico, com limitação dos movimentos por contractura antálgica de defesa (v. Capítulo I — Ortopedia, n.º 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6 e 1.7).

Compromisso radicular sensitivo — nevralgias e radiculalgias (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 16).

Défice motor, por analogia com lesões medulares ou dos nervos periféricos, conforme os casos. (v. Capítulo III — Neurologia, 6 e 10).

Síndrome de dor regional complexa (v. Capítulo III — Neurologia 10.1.10 e 10.2.7).

CAPÍTULO IV**Otorrinolaringologia****Preâmbulo****Surdez**

Surdez não é apenas um conceito clínico, mas também médico-legal.

As referências subjectivas, tais como ruído ambiente, ambiente ruidoso, poluição sonora e outras equivalentes, são irrelevantes para caracterizar o ruído como traumático para a cóclea; estas referências só dão a noção de incómodo.

As referências ambiente e local de trabalho só são relevantes para efeitos de prevenção.

Para avaliar, de forma efectiva, a acção do ruído sobre a cóclea, do ponto de vista lesivo, interessa caracterizá-lo como sonotraumático.

Sinusites

O simples espessamento dos seios perinasais não permite fazer o diagnóstico de sinusite. O diagnóstico de sinusite deve basear-se na tríade seguinte:

- a) História clínica concordante com passado rinofaríngeo e recolhendo queixas que possam traduzir o estado inflamatório ou infeccioso das cavidades;
- b) Exame ORL objectivo, nomeadamente rinoscopia;
- c) Exame radiográfico dos seios perinasais.

Acufenos

Os acufenos não estão sistematicamente ligados a uma perda auditiva, e a sua intensidade não depende da importância da perda auditiva.

Não há testes que permitam objectivar este distúrbio. O perito poderá, todavia, recorrer a uma acufenometria subjectiva ou a testes de reconhecimento que meçam o grau de «distress» psicológico ou integrem o zumbido numa escala subjectiva de severidade. Na maior parte dos casos em 12 a 18 meses surge um fenómeno de neuroplasticidade.

Os acufenos isolados ou sem hipoacusia indemnizável, mas com história de sonotraumatismo ou acidente deverão ser valorizados e, portanto, indemnizáveis.

Nos casos de atingimento psicoafectivo severo, a determinação da percentagem de incapacidade deve fazer-se num contexto multidisciplinar.

Os acufenos, desde que previsivelmente associados à perda auditiva, deverão ser adicionados aritmeticamente à incapacidade atribuída com base na hipoacusia.

A forma de calcular uma incapacidade, nesta especialidade, baseia-se nos valores que a frente se referem.

1. Nariz

1.1. Anosmia:

- a) Parcial, de causa nasal0,01-0,03
- b) Total ou quase total, de causa nasal0,04-0,08

1.2. Perturbação respiratória:

1.2.1. Por alteração estrutural (deformação ou sinéquia):

- a) Até 50% do calibre da narina ou da fossa nasal0,05-0,10
- b) Mais de 50% até 75% da narina ou da fossa nasal0,11-0,15
- c) Estenose total unilateral da narina ou da fossa nasal0,16-0,20
- d) Estenose total bilateral da narina ou da fossa nasal0,21 -0,30

1.2.2. Por edema ou disfunção vascular:

- a) Unilateral, até 50% da permeabilidade0,05-0,08
- b) Unilateral, mais de 50% até 75% da impermeabilidade0,09-0,10
- c) Unilateral, total da impermeabilidade0,11-0,15
- d) Bilateral, até 50% da impermeabilidade0,11-0,15

e) Bilateral, mais de 50% até 75% da impermeabilidade	0,16-0,18
f) Bilateral, total da impermeabilidade	0,19-0,20
1.3. Perfuração nasal:	
a) Perfuração septal simples	0,03-0,05
b) Perfuração septal com remoinho ou ruído	0,06-0,10
c) Perfuração septal com epistaxe de repetição	0,11-0,20
1.4. Rinites:	
a) Rinites hipertróficas: Com redução de calibre a 50%	0,05-0,08
b) Com redução do calibre, mais de 50% até 75%	0,09-0,10
1.4.1. Rinites destrutivas:	
a) Unilateral	0,05-0,10
b) Bilateral	0,11-0,15
c) Ozena	0,16-0,20
1.5. Pirâmide nasal (estética):	
1.5.1. Cifoses:	
a) Pequena à moderada cifose	0,01-0,05
b) Cifose pronunciada	0,06-0,10
1.5.2. Escolioses:	
a) Escoliose ligeira	0,06-0,10
b) Escoliose pronunciada	0,11-0,15
1.5.3. Cifo escoliose com alteração da fisionomia	0,16-0,20
1.5.4. Perdas da pirâmide:	
a) Perda parcial, inferior a 50%	0,01-0,10
b) Perda de mais de 50% até 75%	0,11-0,20
c) Perda total da pirâmide	0,21-0,30
d) Perda total da pirâmide nasal com perda do maxilar superior (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, alínea f).	
1.6. Rinorraquias:	
a) Rinorraquia traumática (de origem nasal)	0,20-0,30
b) Rinorraquia com complicações endocranianas (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 1.2.5)	
1.7. Epistaxe:	
a) Epistaxe de repetição (de origem nasal)	0,01-0,05
2. Seios perinasais	
2.1. Fístulas	0,05-0,10
2.2. Sinusites (V. Preâmbulo):	
a) Sinusite maxilar crónica unilateral	0,05-0,10
b) Sinusite maxilar crónica bilateral	0,11-0,12
c) Poli-sinusite	0,13-0,20
d) Sinusite com alterações do equilíbrio	0,21-0,25

3. Nasofaringe

- a) Rigidez do palato mole e úvula0,10-0,12
- b) Estenoses das coanas0,08-0,10
- c) Alíneas anteriores com alterações da fonação ou regurgitações nasais de alimentos0,11-0,15
- d) Comunicação buconasal (lesão destrutiva) (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1 d).

4. Faringe

4.1. Estenose simples da hipofaringe0,02-0,10

4.2. Estenoses com disfagia:

- a) Permitindo apenas passagem de alimentos moles0,11-0,20
- b) Permitindo apenas passagem de alimentos líquidos0,21-0,30
- c) Exigindo entubação ou gastrostomia permanente0,31-0,50

5. Laringe

- a) Estenose parcial simples0,05-0,20
- b) Estenose parcial com disфонia marcada0,21-0,30
- c) Estenose parcial com disфонia e dispneia0,31-0,40
- d) Estenose total (traqueostomia)0,50-0,80
- e) Laringectomia ou cânula permanente de traqueostomia0,85

6. Maxilares

6.1. Afundamento da região malar:

- a) Unilateral0,05-0,10
- b) Bilateral0,11-0,20

6.2. Alteração do palato ósseo:

- a) Simples0,05-0,15
- b) Com alterações da fala0,16-0,20

6.3. Fenda palatina:

- a) Simples0,10-0,15
- b) Com alteração da fala0,16-0,20
- c) Com regurgitação nasal0,21-0,30

7. Ouvidos

7.1. Pavilhão auricular:

- a) Perda total (um só pavilhão)0,05-0,10
- b) Perda Parcial (um só pavilhão)0,01-0,04
- c) Perda dos dois pavilhões0,11-0,15

7.2. Estenoses do canal auditivo externo:

- a) Estenose de um conduto a 100%, com hipoacusia (unilateral)0,03-0,05
- b) Estenose dos dois condutos a 100%, com hipoacusia (bilateral)0,06-0,10
- c) Estenose com Infecção crónica0,01-0,05

8. Hipoacusia

As perdas médias ponderadas deverão ser calculadas sobre as frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 ciclos por segundo. A perda média é a média aritmética ponderada das perdas observadas nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz, sendo os coeficientes de ponderação, respectivamente, 2, 4, 3 e 1.

8.1. Surdez de origem traumática (acção mecânica).

É calculada através das perdas audiométricas nas frequências 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz. As perdas são lidas na via aérea. O cálculo é feito a partir de 0 dB, de acordo com a tabela seguinte, não havendo limite mínimo a partir do qual é indenizável.

(dB)	0 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 79	>80 (dB)
Ouvido Esquerdo (dB)									
0 a 14	0	5	7	9	11	13	15	17	20
15 a 24	5	7	9	11	13	15	17	20	23
25 a 34	7	9	11	13	15	17	20	23	26
35 a 44	9	11	13	15	17	20	23	26	30
45 a 54	11	13	15	17	20	23	26	30	35
55 a 64	13	15	17	20	23	26	30	35	40
65 a 74	15	17	20	23	26	30	35	40	45
75 a 79	17	20	23	26	30	35	40	45	52
> a 80	20	23	26	30	35	40	45	52	60

8.2. De origem sonotraumática:

Agente causal: ruído com Leq 87 dB (A) ou mais, calculado através das fórmulas matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva 2003/10/CE. A incapacidade é calculada através das perdas audiométricas nas frequências 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz. As perdas são lidas na via óssea.

Quando o RINNE for positivo, o ponto de referência para ser lida a perda será a média da via óssea e da via aérea.

O direito à indemnização ou reparação ocorre a partir de 35dB de perdas médias ponderadas no melhor ouvido, de acordo com a tabela seguinte:

(dB)	0 a 35	45 a 55	65 a 75	> a 80 (dB)
Ouvido Direito	54	64	74	79

Ouvido Direito (dB)

< a 35	0	0	0	0	0	0
35 a 44	15	17	20	23	26	30
45 a 54	17	20	23	26	30	35
55 a 64	20	23	26	30	35	40
65 a 74	23	26	30	35	40	45
75 a 79	26	30	35	40	45	52
> a 80	30	35	40	45	52	60

9. Acufenos

..... 0,01 a 0,05

10. Vertigens

As situações vertiginosas poderão necessitar de objectivação mediante realização de exames eletrofisiológicos.

a) Ligeira 0,01-0,05

b) Moderada com objectivação eletrofisiológica 0,06-0,15

c) Severa com objectivação eletrofisiológica e com queda ao solo 0,16-0,25

CAPÍTULO V

Oftalmologia

Preâmbulo

Ao desenvolver os princípios para uma tabela única, importa justificar e contextualizar os diversos valores.

A visão tem um papel primordial na nossa vida de relação o que só pode ser percebido por quem deste sentido é privado. A perda total ou parcial da visão pode representar a perda de acesso a algumas das expectativas dadas como adquiridas. Por exemplo, perda ou limitações no acesso à licença de condução, dificuldade no acesso a ganhos complementares ou mesmo a actividades de lazer, o que pode causar inadaptação social, profissional e problemas psicológicos e emocionais.

Baixa Visão Subnormal — quando a acuidade visual corrigida no melhor olho visual é menos 20º no melhor olho com a melhor correcção óptica (categorias 1 e 2 da CID-10).

Cegueira — quando a acuidades visual é inferior a 0.05 ou o campo de visual for menos 10º (categorias 3,4 e 5 da CID-10).

Cegueira deve ser usado somente para a perda total de visão e quando o indivíduo necessita de auxílios especiais para substituir as suas habilidades visuais.

Baixa Visão ou Visão Subnormal — deve ser usada para graus maiores de perda visual onde o indivíduo pode ser ajudado por auxílios ópticos, electrónicos e não ópticos.

Incapacidade Visual — deve ser usada quando a condição de perda visual seja caracterizada por perda das funções visuais (perda da acuidade visual, perda do campo visual, etc.).

Função Visual — deve ser usada para descrever a habilidade do indivíduo para usar a sua visão nas actividades da vida diária (AVD), muitas dessas actividades só podem ser descritas de forma qualitativa.

Perda Visual — termo geral a ser usado quando existe perda total de visão (cegueira) ou perda parcial de visão (baixa visão), caracterizado pela incapacidade visual ou a perda da visão funcional.

Instruções Específicas

Critérios para a Classificação de Visão Normal, Baixa Visão e Cegueira propostos pelo ICO

Visão Normal	> 0,8
Perda visual leve	< 0,3 e > 0,125
Perda visual severa	< 0,125 e > 0,05
Perda visual profunda	< 0,05 e > 0,02
Perda visual próxima a cegueira	< 0,02 e > SPL

Perda total de visão (cegueira total) SPL

Baixa visão	< 0,3 e > 0,05
Cegueira	< 0,05 incluindo SPL

Perda total de visão (cegueira total) SPL

Baixa visão	< 0,3 e > 0,05
Cegueira	< 0,05 incluindo SPL

Nota: Passa a ser considerada a acuidade visual apresentada e não a corrigida. Por outro lado, está incluída a acuidade visual para perto, que configurará deficiência quando for inferior a N6 ou MO.8, com correcção óptica.

1. Hipovisão**1.1.**

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
1,0 - 0,8	1 - 0,8	0,01 - 0,03
	0,5 - 0,7	0,04 - 0,08
	0,3 - 0,4	0,09 - 0,12
	0,2	0,13 - 0,16
	0,1	0,17 - 0,20
	0,05	0,22 - 0,26
	0,00	0,27 - 0,30

1.2.

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
0,5 - 0,7	0,5 - 0,7	0,05 - 0,08
	0,3 - 0,4	0,09 - 0,14
	0,2	0,15 - 0,17
	0,1	0,18 - 0,21
	0,05	0,22 - 0,27
	0,00	0,31 - 0,35

1.3.

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
0,4	0,4	0,12 - 0,18
	0,3	0,19 - 0,23
	0,2	0,24 - 0,27
	0,1	0,28 - 0,30
	0,5	0,31 - 0,35
	0,00	0,36 - 0,40

1.4.

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
0,3	0,3	0,27 - 0,33
	0,2	0,33 - 0,37
	0,05	0,41 - 0,43
	0,00	0,44 - 0,48

1.5.

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
0,2	0,2	0,38 - 0,40
	0,1	0,41 - 0,44
	0,05	0,45 - 0,48
	0,00	0,49 - 0,53

1.6.

Visão de um Olho	Visão olho contra-lateral	Percentagem
0,1	0,1	0,54 - 0,58
	0,05	0,59 - 0,65
	0,00	0,65 - 0,70

1.7.

Visão de um olho	Visão contra-lateral	Percentagem
0,05	0,00	0,68 - 0,75

1.8.

Visão de um olho	Visão contra-lateral	Percentagem
0,00	0,00	0,76 - 0,85

1.9. Apesar dos novos métodos de correcção da afaquia, mesmo quando bilateral, a dificuldade neuro-sensorial de adaptação ou inadaptção deve ser valorizada. A aplicação destes valores só tem sentido para visões de longe superiores a 0,2 no olho/s atingidos (o valor global para um olho nunca deve ser superior a 0,25) e para indivíduos abaixo dos 50 anos.

Pseudo — faquia unilateral abaixo dos 45 anos.....0,05 - 0,10

Pseudo — faquia bilateral abaixo dos 45 anos.....0,11 - 0,14

1.10. A perda da visão binocular de perto (a devida às alterações óculo-motoras extrínsecas é aí valorizada) constitui uma limitação significativa em muitas actividades profissionais e na leitura e deve ser valorizada neste contexto. A perda devida à baixa visual ao longe já aí está contemplada. A perda da acomodação devido à pseudofaquia já é valorizada no número anterior (1.9). A aplicação destes valores só tem sentido para visões de longe superiores a 0,2 no olho atingido (o valor global nunca deve ser superior a 0,25 para uma desvalorização nula relativamente ao outro olho).

Perda acomodativa abaixo dos 50 anos num olho.	0,05 - 0,10
Perda acomodativa abaixo dos 50 anos nos dois olhos.	0,10 - 0,15
Baixa visual de perto por escotomas centrais ou opacidades da córnea e de acordo com a capacidade visual e fixação foveal	0,05 - 0,15

2. Alterações dos campos visuais

2.1. Redução concêntrica do Campo visual

Para avaliação das restrições concêntricas dos campos visuais deve ser considerado com elemento avaliador primordial o campo temporal. Numa tabela global importa considerar todas as causas de perdas campimétricas. Nesta avaliação deve ser considerada uma visão de longe igual ou superior a 0,2. Campos visuais inferiores a 30º quando bilaterais interferem com as actividades habituais mais do que a monocularidade com campo visual normal, o que justifica as percentagens de desvalorização. A perimetria base é a de Goldman e na perimetria estática computadorizada só devem ser admitidas como perda de campo visual perdas de sensibilidade superiores a 50% de valores normais. Apenas as patologias relativas à retina, nervo óptico e cerebrais devem ser consideradas.

2.1.1.

	Redução para	Percentagem
Campo visual Normal	50° a 70°	0,01 – 0,04
	40° a 50°	0,05 – 0,08
	30° a 40°	0,08 – 0,10
	20° a 30°	0,11 – 0,13
	10° a 20°	0,14 – 0,18
	Inferior a 10°	0,18 – 0,20

2.1.2.

	Redução no Adelfo	Percentagem
Campo visual entre 40° a 50°	40° a 50°	0,08 – 0,10
	30° a 40°	0,11 – 0,15
	20° a 30°	0,16 – 0,20
	10° a 20°	0,21 – 0,23
	Inferior a 10°	0,24 – 0,26

2.1.3.

	Redução no Adelfo	Percentagem
Campo visual entre 30° a 40°	30° a 40°	0,11 – 0,13
	20° a 30°	0,14 – 0,17
	10° a 20°	0,18 – 0,22
	Inferior a 10°	0,23 – 0,28

2.1.4.

	Redução no Adelfo	Percentagem
Campo visual entre 20° e 30°	20° a 30°	0,15 – 0,18
	10° a 20°	0,19 – 0,22
	Inferior a 10°	0,23 – 0,28

2.1.5.

	Redução no Adelfo	Percentagem
Campo visual entre 10° e 20°	10° a 20°	0,19 – 0,24
	Inferior a 10°	0,25 – 0,28

2.1.6.

	Redução no Adelfo	Percentagem
Campo visual inferior a 10°	Inferior a 10°	0,29 – 0,50

Pressupõe uma visão superior igual ou superior a 2/10 em ambos os olhos e o total não poderão ultrapassar 0,70.

2.1.7. Na situação de visão monocular com visão igual ou superior a 2/10 para o cálculo da incapacidade global deve ser tida em conta a desvalorização pela perda da visão e da alteração campimétrica. O valor global nunca poderá ultrapassar 0,81.

	Redução para	Percentagem
Visão monocular	40° a 50°	0,15 – 0,20
	30° a 40°	0,20 – 0,25
	20° a 30°	0,26 – 0,30
	10° a 0,20°	0,31 – 0,40
	Inferior a 10°	0,41 – 0,50

Campo visual inferior a 10° do ponto de fixação central são registados como cegueira monocular

3. Alterações causadoras de escotomas

Devem aqui ser considerados apenas os escotomas para-centrais e que não afectam a leitura. Só devem ser considerados os escotomas até aos 40° do campo visual, pois a partir daí raramente são percebidos como tal.

Unilaterais de mais de 10 ⁰	0,05 - 0,10
Bilaterais de mais de 10 ⁰	0,11 - 0,20

4. Defeitos sectoriais do campo visual

Só devem ser considerados para esta incapacidade olhos com visão superior a um décimo, capazes de realizar o teste de Goldman com isópetra de V/2. Valores resultantes de baixa visual e campimétrica nunca podem ultrapassar 0,68 correspondentes à visão bilateral de 0,1.

4.1. Defeitos hemianópsicos:

a)	Horizontal superior unilateral	0,15 - 0,20
b)	Horizontal superior bilateral	0,21 - 0,30
c)	Horizontal inferior unilateral	0,25 - 0,35
d)	Horizontal inferior bilateral	0,40 - 0,60
e)	Homónimo vertical	0,25 - 0,30
f)	Bitemporal	0,45 - 0,55
g)	Binasal	0,15 - 0,20

4.2. Defeitos hemianópsicos em olho único:

a)	Horizontal superior	0,20 - 0,30
b)	Horizontal inferior	0,40 - 0,60
c)	Vertical nasal	0,45 - 0,65
d)	Vertical Temporal	0,65 - 0,80

4.3. Defeitos quadrantanópsicos:

Considera-se que estes defeitos devem ser idênticos a áreas de 90º e atingirem os 10º centrais. As quadrantopsias inferiores, se bilaterais, limitam significativamente a capacidade de leitura.

a)	Superior unilateral	0,02 - 0,05
b)	Superior bilateral	0,06 - 0,10
c)	Inferior unilateral	0,11 - 0,15
d)	Inferior bilateral	0,16 - 0,20
e)	Inferiores nasais bilaterais	0,21 - 0,35

5. Paralisias oculomotoras extrínsecas

A paresia acomodativa já foi considerada nas alterações da visão e, quando implica midríase, sê-lo-á também no capítulo da fotofobia. O parâmetro de avaliação é a diplopia evidenciada no estudo sinoptométrico, prismas e do teste do Hess de Lancaster.

5.1. Diplopia:

As diplopias até 15º e nos campos inferiores são as mais penalizadoras.

a)	Diplopia horizontal (sem supressão) até aos 20 ⁰	0,20 - 0,25
b)	Diplopia horizontal entre 20 ⁰ e 40 ⁰	0,15 - 0,19
c)	Diplopia nos campos superiores até aos 20 ⁰	0,08 - 0,12
d)	Diplopia nos campos inferiores até aos 30 ⁰	0,15 - 0,20

5.2. Estrabismos in/concomitantes:

Nesta situação funcionalmente, trata-se de uma visão monocular ainda que com alternância. Deve ser aplicado o valor correspondente à visão do olho desviado, diminuída em 25%, pois é um olho com potencial visual e aplicada ainda a tabela abaixo. O aspecto estético é aqui valorizado, quando evidente, ângulo superior a 20°. No caso de existir diplopia quando não é tratável/corrigida opticamente deve ser considerada no capítulo das diplopias. A desvalorização global relativamente ao olho desviado não pode ultrapassar 0,37, nesta situação funcionalmente trata-se de uma visão monocular ainda que com alternância. Deve ser aplicado o valor correspondente à visão do olho desviado, diminuída em 25%, pois é um olho com potencial visual e aplicada ainda a tabela abaixo. O aspecto estético é aqui valorizado, quando evidente, ângulo superior a 20°. No caso de existir diplopia quando não é tratável/corrigida opticamente deve ser considerada no capítulo das diplopias. A desvalorização global relativamente ao olho desviado não pode ultrapassar 0,37.

Exemplo: Exotropia fixa com perda da visão e outro olho normal, aplicar à parte estética o limiar inferior.

a)	Exotropia ou endotropia com alternância e desvio acima de 20°	0,10 - 0,15
b)	Exotropia ou endotropia fixa	0,10 - 0,25

6. Fotofobia

A midríase parálitica é o caso extremo de fotofobia a que se associam com mais frequência as lesões da superfície ocular, cicatrizes da córnea e algumas patologias retinianas. Apesar da utilização de filtros protectores diminuir os sintomas, justifica-se a sua inclusão nas tabelas de desvalorização.

a)	Com midríase parálitica e/ou patologia retiniana	0,03 - 0,08
b)	Cicatrizes da córnea	0,01 - 0,05

7. Conjuntivites crónicas

Constituem o quadro mais desafiador devido aos sintomas alterações conjuntivais e corneanas e à sua variabilidade face aos agentes do meio ambiente e profissional.

	Com simbléfaro e/ou fibrose	0,15 - 0,20
	Com episódios de recorrência frequente	0,02 - 0,14

8. Deformação da órbita ou das pálpebras

8.1. Perda do globo ocular:

No caso de não ser possível a utilização de prótese, apesar de outros meios de correcção, pretende-se aqui englobar o prejuízo estético que é grave, e como tal este valor não deverá ser corrigido face à capacidade restante.

a)	Com prótese possível	0,05 - 0,10
b)	Sem prótese possível	0,11 - 0,15

8.2. Alterações do posicionamento palpebral:

Nas alterações palpebrais e da via lacrimal, os coeficientes máximos de desvalorização só devem ser aplicados após cirurgia reparadora, impossibilidade da cirurgia ou insucesso.

a)	Ectrópio	0,05 - 0,10
b)	Entrópio	0,05 - 0,15
c)	Lagoftalmia	0,10 - 0,15
d)	Epífora por alteração via lacrimal	0,05 - 0,15
e)	Epífora por alteração palpebral	0,01 - 0,05
f)	Ptose unilateral (não neurológica)	0,02 - 0,15
g)	Ptose bilateral (não neurológica)	0,03 - 0,20

Nas deformidades da órbita normalmente traumáticas devem ser consideradas a enoftalmia e a exoftalmia e ser valorizadas segundo a capacidade restante. Outras lesões de assimetria enquadráveis nas alterações faciais devem aí ser valorizadas.

a)	Visíveis a 10 metros	0,06 - 0,08
b)	Visíveis apenas a menos de 5 metros	0,01 - 0,05

CAPÍTULO VI

Cardiologia e Cirurgia Vascular

1. Cardiologia

Preâmbulo

No contexto cardiovascular, define-se incapacidade permanente como a situação clínica que persiste após atingido o máximo das terapêuticas médicas, percutânea e cirúrgica, bem como a reabilitação cardíaca, quando aplicada.

No caso da doença hipertensiva, considera-se principalmente a gravidade da doença como sinónimo de incapacidade não constando como entidade independente. Esta decorre das consequências cardíacas da hipertensão, enquadráveis no âmbito da insuficiência cardíaca e doença coronária.

A avaliação da incapacidade permanente de causa cardíaca deve basear-se na história clínica, no exame objectivo cardíaco e no uso criterioso de exames complementares que permitam determinar a presença e a severidade de doença cardíaca.

Os sintomas mais comuns desta patologia que causam incapacidade são as manifestações de insuficiência (cansaço, dispneia) e de isquemia miocárdica (angina de peito).

Deve ser estabelecido um nexo etiológico com a presença de patologia cardíaca subjacente (valvulopatia, miocardiopatia, doença coronária).

A quantificação funcional deve ser feita com recurso aos exames complementares disponíveis adequados a cada patologia:

Prova de Esforço: avaliação da capacidade funcional (tempo de esforço, sintomas de insuficiência cardíaca e/ou angina de peito);

Ecocardiograma: determinação da presença e quantificação da disfunção ventricular, da severidade das estenoses e insuficiências valvulares.

Instruções específicas

A graduação da doença cardíaca, em termos de insuficiência cardíaca, deve seguir a classificação de *New York Heart Association* (NYHA), que se divide em quatro classes, desde a Classe I, doentes assintomáticos (mesmo com doença cardíaca subjacente) até à Classe IV com incapacidade severa.

Para a quantificação dos sintomas de isquemia miocárdica, usa-se a classificação da *Canadian Cardiovascular Society* (CCS).

1. Insuficiência cardíaca

Classe I — Doença cardíaca sem sintomas para as actividades físicas da vida diária (andar, subir escadas), nem para o esforço prolongado, podendo estar ou não sob terapêutica. Não existem sinais de insuficiência cardíaca ao exame objectivo0,01-0,05

Classe II — Doença cardíaca assintomática em repouso, em que o esforço para as actividades da vida diária não causa sintomas, mas o exercício mais intenso ou prolongado origina sintomatologia de insuficiência (cansaço, dispneia) que podem desaparecer ou melhorar significativamente com a instituição de terapia optimizada0,06-0,15

Classe III — Doença cardíaca com sintomas em repouso pouco intensos, em que as actividades da vida diária (AVD) produzem sintomas de insuficiência cardíaca moderados e reversíveis a com a terapêutica e o repouso0,16-0,35

Classe IV — Doença cardíaca com sintomas e sinais de insuficiência em repouso, em que a realização das actividades da vida diária causa agravamento significativo destes sintomas, mesmo sob terapêutica máxima e optimizada, requerendo habitualmente frequentes internamentos para compensação clínica0,36-0,65

2. Doença coronária

Classe I — Sem sintomas de angina (ou equivalente, por exemplo, dispneia) em repouso ou para a actividade física da vida diária. Angina durante actividade física muito intensa ou prolongada0,01-0,05

Classe II — Sem sintomas em repouso ou na actividade física da vida diária.

Angina durante actividade física intensa ou prolongada0,06-0,15

Classe III — Sintomas e limitação moderada para as AVD0,16-0,35

Classe IV — Limitação severa pelos sintomas de angina que impedem a realização das AVD=0,36-0,65

3. Cirurgia Vascular

Preâmbulo

As lesões vasculares podem ser de 3 tipos:

i. Arterial

ii. Venosa

iii. Linfática

A avaliação das sequelas deve ser feita com base na história clínica, exame objectivo e análise de exames complementares de diagnóstico (Eco Doppler, Angio TAC e Angiografia).

As sequelas vasculares provenientes de outras lesões devem ser valorizadas segundo o princípio da capacidade restante.

Lesões mais frequentes

Arteriais (patologia aneurismática, patologia obstrutiva aterosclerótica, traumatismos arteriais, incluindo falsos aneurismas e fístulas arteriovenosas).

Venosas (doença venosa crónica e doença tromboembólica, incluindo síndrome pós flebitico).

Linfáticas (linfedemas e fístulas linfáticas).

Instruções específicas

No caso de implantação de prótese vascular, a desvalorização deverá ser ponderada, segundo a importância do segmento arterial ou venoso em causa segundo o n.º 1 e n.º 2 desta tabela.

O cálculo das lesões mistas arteriovenosas deve ser baseado na componente arterial adicionado da lesão venosa, segundo o princípio da capacidade restante.

1. Lesões vasculares arteriais

1.1. Aorta

1.1.1. Aneurisma da aorta assintomático e sem indicação cirúrgica0,01-0,10

1.1.2. Aneurisma da aorta sintomático inoperável0,50-0,80

1.1.3. Idem operado e controlado, sem sequelas0,10-0,20

1.1.4. Estenose ou oclusão da aorta:

1.1.4.1. Assintomática ou queixas reduzidas0,10-0,15

1.1.4.2. Claudicação intermitente0,16-0,20

1.1.4.3. Dores de repouso0,21-0,40

1.2. Outras Artérias:

1.2.1. Aneurismas arteriais e falsos aneurismas pós-traumáticos e fístulas arterio venosas: Dependendo da localização, importância e manifestações periféricas.....0,10-0,40

1.2.2. Estenoses e oclusões arteriais, incluindo laqueações por traumatismo:

a) Assintomáticas ou queixas reduzidas.....0,10-0,15

b) Claudicação intermitente0,16-0,20

c) Dor em repouso.....0,21-0,40

d) Lesões tróficas com ulcera, incluindo claudicação intermitente e dor em repouso severas0,41-0,60

1.3. Gangrena levando a amputação (Capítulo I — Ortopedia)

2. Lesões venosas

2.1. A doença venosa crónica e a síndrome pós flebitico devem ser avaliadas pelas sequelas traduzidas pela clínica que vai desde simples edema até úlcera crónica:

2.1.1. Dor e sensação de peso0,05-0,10

2.1.2. Dor com edema.....0,11-0,20

2.1.3. Dor severa com edema, úlcera ou outra alteração trófica0,21-0,30

3. Lesões Linfáticas

3.1. Dor e edema.....0,10-0,20

3.2. Linfedema crónico.....0,21-0,35

4. Lesões mistas (arteriovenosas)

Ver instruções específicas.

CAPÍTULO VII

Pneumologia

Instruções Específicas

A incapacidade clínico-funcional traduz a situação clínica resultante do défice funcional ou estrutural que persiste após terapêutica apropriada, sem melhoria previsível.

No diagnóstico, é ponto essencial uma história clínica e profissional pormenorizada, contemplando uma anamnese exaustiva e cronológica das exposições no ambiente de trabalho. Deverão também ser valorizados os elementos semiológicos que poderão contribuir para corrigir os graus de incapacidade: grau de dispneia, existência de cianose, hipocratismo digital, evidência de cor pulmonale.

Outros dados como a tosse, a expectoração e a pieira devem ser caracterizados, bem como a frequência e duração dos episódios. Igualmente será determinante caracterizar a existência ou não de relação dessas queixas.

A dispneia, sendo, por definição, uma sensação subjectiva, é de difícil caracterização. Há, no entanto, alguns elementos clínicos que devem ser valorizados e que são indicadores razoáveis do grau de dispneia.

Como critério de definição dos graus de dispneia, podemos usar os seguintes:

Grau 0	Sem dispneia a não ser no exercício físico violento
Grau 1	Ligeira - dispneia objectivável por taquipneia na marcha acelerada em plano ou numa subida ligeira
Grau 2	Moderada - o doente é obrigado, pela dispneia (objectivável por taquipneia), a caminhar, em plano, mais lentamente do que as pessoas da mesma idade
Grau 3	Grave - a dispneia obriga à suspensão da marcha após andar, em plano, 90 m a 100 m
Grau 4	Muito grave - actos simples como vestir e despir implicam dispneia; incapacidade de sair de casa por causa da dispneia

A avaliação radiológica baseia-se na interpretação da radiografia do tórax convencional. Na valorização da evolução radiográfica, sempre que aplicável, dever-se-á usar a tomografia computadorizada com estudo de Alta Resolução, que é uma técnica útil na caracterização da extensão da doença pleuropulmonar e mediastínica.

Os elementos histopatológicos valorizam o diagnóstico. A ausência destes, se por razões de ordem clínica, não deve prejudicar a caracterização de doença desde que os restantes elementos de diagnóstico permitam uma conclusão segura.

O estudo funcional respiratório é um elemento essencial na avaliação da função respiratória destes doentes e na determinação da incapacidade funcional. Deste estudo devem constar a determinação da capacidade vital forçada, o volume expiratório máximo no 1.º segundo, o volume residual e a gasimetria arterial. Se a situação clínica o justificar, deverão ser efectuadas determinações da-transferência alvéolo-capilar do CO, provas de esforço e provas de provocação inalatória, específicas e inespecíficas (hiper-reatividade brônquica).

Se o estudo funcional respiratório é normal em repouso ou sempre que for julgado clinicamente adequado, poderá haver lugar à realização de provas de esforço, as quais, pela determinação da PaO₂ no sangue arterial antes e durante o esforço, poderão determinar a existência de incapacidade funcional.

A caracterização da situação clínica deverá ser completada com outros exames complementares, sempre que justificável e possível, por forma a quantificar-se correctamente a incapacidade clínico funcional do doente.

De facto, se o estudo da função respiratória é uma forma objectiva de avaliar o grau de incapacidade, não é menos verdadeiro que nem sempre existe uma correlação exacta entre as alterações funcionais existentes no momento da determinação e outros elementos clínicos igualmente importantes.

Os pacientes portadores de asma são passíveis de atribuição de incapacidade de acordo com as normas adiante estabelecidas.

As provas de provocação inalatória inespecíficas são valorizáveis quando, sendo previamente negativas, se tornam positivas algum tempo depois.

Nas doenças inalatórias por poeiras orgânicas (alveolites alérgicas extrínsecas/pneumonites de hipersensibilidade), tal como na asma, existe o risco de sensibilização posterior a agentes inalados e deve valorizar-se a persistência de uma hiper-reatividade brônquica após o afastamento, para efeito de reavaliação.

Nas doenças inalatórias por poeiras ou fibras minerais (pneumoconioses) dever-se-á ter em conta, para correcção dos graus de incapacidade, o risco acrescido de doenças infecciosas (nomeadamente tuberculose) e de cancro do pulmão ou da pleura, supervenientes a algumas pneumoconioses.

Na parede torácica e diafragma a valoração do grau de incapacidade basear-se-á na existência ou não de dor e dificuldade respiratória.

As doenças da pleura poderão dar lugar à incapacidade, se delas resultarem paquipleurite, espessamento ou calcificação pleural.

As estenoses da traqueia traumáticas ou pós-traqueostomia determinam um grau de incapacidade a avaliar no Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5.

Situações incapacitantes patológicas, nomeadamente, a da síndrome de apneia do sono, pode ser causa de invalidez pela sonolência diurna e perturbações da função cognitiva, particularmente em determinados grupos laborais (motoristas, pessoal de voo, operadores de máquinas). Acresce que a síndrome pode induzir alterações funcionais condicionantes de invalidez: grave hipoxemia, hipertensão pulmonar, cor pulmonale.

No estudo da função respiratória para atribuição de um grau de incapacidade, deverão ser ponderados entre si todos os dados do estudo funcional respiratório. As alterações da gasimetria arterial só implicam incapacidade, se baseadas em duas determinações com intervalo mínimo de duas semanas.

Tabela de incapacidades

1. Grau I — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) >-80%;

Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) >-80%;

Débitos expiratórios máximos (DEM):

Difusão do CO > 70%; PaO₂ >75 mmHg;

PaCO₂ < 45 mmHg;

Grau I.....0,05-0,15

2. Grau II — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) >60%<79%

Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) >60%<79%

Difusão do CO>60%<69%;

PaO₂ > 75 mmHg;

PaCO₂ < 45 mmHg;

Grau II.....0,16-0,30

3. Grau III — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) <59%>50%

Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) <59%>41%;

Difusão do CO<59%>50%;

PaO₂<75 mmHg>65 mmHg;

PaCO₂ < 45 mmHg;

a) Prova de esforço positiva a 90 W: 30%-34% ou0,30-0,34

b) Prova de esforço positiva a 60 W: 35%-44% ou0,35-0,44

c) Prova de esforço positiva a 30 W: 45%-60% ou0,45-0,60

4. Grau IV — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) < 49%

Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) < 40%

Difusão do CO < 49%;

PaO₂<64 mmHg;

PaCO₂>45 mmHg;

Grau IV0,61-0,80

CAPÍTULO VIII

Urologia

Instruções específicas

Abordam-se neste capítulo os compromissos das funções renais e das vias urinárias.

Neste contexto, a quantificação da alteração da função renal deve basear-se na avaliação da incapacidade de filtração glomerular (TFG) medida ou calculada.

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

1. Rim**1.1. Nefrectomia ou perda funcional renal:**

- a) Perda (anatômica ou funcional) de um rim (perda de um órgão interno dentro do contexto psicológico e cultural; sem indicação para técnicas substitutivas regulares da função renal, função renal normal ou manutenção do estado anterior)0,15
- b) Perda (anatômica ou funcional) de ambos os rins ou de rim único funcionante (perda de órgãos internos dentro do contexto psicológico e cultural e adicionalmente necessidade imperativa de métodos de substituição da função renal)0,80

1.2. Insuficiência renal:

- a) TFG inferior a 10 ml/min (com necessidade regular de técnicas de substituição da função renal)0,41-0,70
- b) TFG entre 10 e 30 ml/min (sintomatologia urémica severa; alteração do estado geral; dieta muito condicionada e consideráveis limitações terapêuticas, mas sem necessidade regular de técnicas de substituição da função renal).....0,31-0,40
- c) TFG entre 30 e 60 ml/min (astenia; necessidade de controlo dietético e de terapêutica médica rigorosa)0,16-0,30
- d) TFG entre 60 e 80 ml/min (em função das restrições dietéticas, da alteração do estado geral e da terapêutica médica proposta)0,05-0,15
- e) No caso particular de alteração da função renal de um indivíduo submetido nefrectomia unilateral, a incapacidade correspondente à perda anatômica não é cumulativa, devendo, todavia, ser fixada uma incapacidade mínima de 15 %, em conformidade com o artigo 1.º deste capítulo.

1.3. Transplante:

- a) Segundo as complicações e tolerância aos fármacos imunossupressores.....0,10-0,20

2. Bacinete e ureter

2.1. Lesões do bacinete ou ureter (hidronefroze, refluxo vesico-ureteral, uropatia obstrutiva, apertos do ureter, litíase). Segundo a sintomatologia e necessidade de terapêutica específica.

- a) Unilateral.....0,05-0,10
- b) Bilateral0,11-0,20

3. Bexiga e uretra

3.1. Lesões orgânicas ou funcionais do aparelho urinário baixo.

Quadros neurogénicos, alterações da capacidade ou complacência vesicais, fístulas urinárias, apertos da uretra, quadros infecciosos recidivantes ou de repetição.

a) Sem possibilidade de controlo terapêutico.....0,30

b) Com necessidade de manobras terapêuticas (nomeadamente cirúrgicas) continuadas ou repetidas0,01-0,20

c) Com possibilidade de controlo terapêutico com poucas manobras terapêuticas.....0,10

4. Urostomia definitiva

4.1. Com necessidade de material apropriado0,15

CAPÍTULO IX

Gastroenterologia

Preâmbulo

Considera-se neste capítulo que o eixo ou tubo digestivo se inicia no esófago e termina no ânus.

Não se considera a boca, apesar de ser o local da primeira fase da digestão (salivar), porquanto será avaliada no Capítulo XV — Estomatologia. Também não se considera neste capítulo a faringe, por ser abordada no Capítulo IV — Otorrinolaringologia.

Considera-se incluso neste capítulo, conforme esquema clássico de sistematização, os chamados «anexos», ou seja, o conjunto de funções exócrinas e endócrinas do sistema hepatobiliar e pancreático, excluindo deste a diabetes.

Assim, as funções do tubo digestivo e anexos são complexas, mas redutíveis às seguintes:

i. Funções de transporte;

ii. Funções de secreção e digestão (ácido, muco, etc.);

iii. Funções de secreção das glândulas anexas (árvore biliar e pancreática);

iv. Funções de absorção;

v. Funções de armazenamento;

vi. Funções de excreção.

Este capítulo está organizado em três secções: patologia neoplásica maligna, patologia não neoplásica ou neoplásica benigna e «status» pós-cirurgia.

A secção sobre patologia neoplásica maligna remete para o respectivo capítulo (Capítulo IX).

A patologia benigna será classificada segundo graus de gravidade atribuídos tendo por base a sintomatologia, que inclui a perda ponderal, a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais, bem como os dados dos exames complementares de diagnóstico.

Na secção «status» pós-cirurgia, estão incluídas as intervenções cirúrgicas mais frequentemente realizadas no âmbito da patologia digestiva.

Instruções específicas:

1. Completa-se o exame clínico com os exames complementares de diagnóstico aconselháveis e disponíveis, no tempo, para cada situação clínica, num estudo que deve ser exaustivo e completo.

2. Devem ser hierarquizadas as lesões encontradas, tendo em vista um modelo homogéneo que integre os diversos componentes, a fim de serem ultrapassadas as dificuldades de sistematização.

3. O modelo deve integrar os seguintes componentes:

- a) Sintomas e sinais característicos de doença do órgão ou sistema em causa;
- b) Alterações anatómicas subjacentes ou consequente ao acidente ou à intervenção cirúrgica (sequelas cirúrgicas ou défices funcionais);
- c) Os status pós-acidente e pós-cirurgia;
- d) Os dados dos exames complementares de diagnóstico: laboratoriais (invasivos ou não invasivos);
- e) A existência ou não de perda ponderal e sua avaliação por tabelas aceites pela maioria dos autores;
- f) A necessidade de restrições dietéticas ou de uso de fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais ou para controlar ou compensar défices funcionais (nomeadamente no pós-operatório imediato ou tardio).

Conjugando estes componentes do modelo homogéneo, é possível distinguir graus de gravidade, atribuindo a cada um deles uma incapacidade parcial permanente em termos relativos.

1. Patologia neoplásica maligna

Vide Capítulo IX Oncologia Médica.

2. Patologia não neoplásica

2.1. Sintomatologia escassa ou descontínua do órgão ou do sistema atingido; conservação do peso normal, sem restrições dietéticas e sem necessidade de correcção ou de compensação pelos fármacos de forma continuada.....0,01-0,10

2.2. Sintomatologia relevante e mais ou menos persistente do défice do órgão ou sistema; necessidade de cuidados dietéticos ou de correcção ou de compensação pelos fármacos, de forma continuada; perda de peso até 20%; exames auxiliares de diagnóstico com alterações detectáveis0,11-0,30

2.3. Sinais e sintomas marcados, contínuos e que traduzem disfunção permanente; sintomas que traduzem disfunção acentuada, só controláveis ou compensáveis com fármacos e com carácter permanente; exigências dietéticas permanentes; perda ponderal entre 20% e 30%; exames auxiliares de diagnóstico que revelam alterações marcadas e dificilmente controláveis.....0,31-0,50

2.4. Sinais e sintomas permanentes que traduzem grave disfunção; sintomatologia dificilmente controlável ou compensável com fármacos; exigências dietéticas contínuas com marcada perturbação da vida de relação; perda ponderal superior a 30%; exames auxiliares de diagnóstico com alterações intensas, dificilmente controláveis e irreversíveis.....0,51-0,70

3. «Status» pós-cirurgia

3.1. Esofagectomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,31-0,50

3.2. Gastrectomia:

3.2.1. Parcial:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,11-0,30

3.2.2. Total:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,31-0,50

3.3. Gastrostomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,51-0,70

3.4. Gastreterostomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,31-0,50

3.5. Ressecção parcial do intestino delgado:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,11-0,50

3.6. Ileostomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,51-0,70

3.7. Ressecção parcial do cólon ou do recto:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,31-0,50

3.8. Proctocolectomia Total:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,51-0,70

3.9. Colostomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,51-0,70

3.10. Hepatectomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,31-0,50

3.11. Colectectomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,11-0,30

3.12. Pancreatectomia:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,51-0,70

3.13. Pós-cirurgia sem ressecção total ou parcial de órgão:

Consoante a gravidade da sintomatologia, que inclui a perda ponderal, bem como a necessidade de implementar restrições dietéticas ou de utilizar fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais0,11-0,30

CAPÍTULO X

Psiquiatria

Preâmbulo

Numa área como a da psiquiatria, onde coexistem quadros conceptuais, formulações diagnósticas e terminologias diversas, importa naturalmente acautelar a objectividade, o rigor e a clareza possíveis, a fim de reduzir o risco de arbitrariedades.

Na impossibilidade prática de incluir neste capítulo uma descrição exaustiva das múltiplas entidades clínicas com relevância para uma incapacidade, adoptou-se como quadro de referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde, o que não impede, todavia, a possibilidade de recurso ou de remissão para outros sistemas de classificação internacionalmente reconhecidos como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria.

Os princípios aqui definidos constituem um quadro de referência privilegiado, embora com carácter indicativo, devendo ser utilizado com a indispensável prudência e tendo em conta que os valores máximos dos intervalos correspondem a situações clínicas limite.

Reconhecendo-se, por um lado, a reactividade dos sistemas de classificação e dos coeficientes de incapacidade e, por outro, as dificuldades que na prática se deparam ao médico quando

solicitado a situar o resultado da sua avaliação sobre uma escala convencional de gravidade, admite-se que, em certos casos, o médico possa atribuir o valor máximo de incapacidade previsto, desde que devidamente fundamentado à luz das regras gerais atrás referidas e dos resultados dos exames complementares de diagnóstico tidos por convenientes.

Nestes critérios de avaliação inserem-se os vários níveis de gravidade adiante enunciados, a maior ou menor regressão da personalidade do sujeito, a deterioração do seu comportamento, a diminuição da autonomia individual e, eventualmente, o grau de desajustamento social.

A aplicação dos coeficientes de incapacidade representa apenas a derradeira etapa de um processo laborioso, que inclui a realização de um minucioso exame clínico e dos exames complementares considerados necessários, bem como a elaboração de um relatório exaustivo onde constem todos os elementos apurados e as conclusões devidamente fundamentadas. Cabe aqui assinalar que a solicitação dos exames complementares deverá ser justificada por razões de ordem clínica, limitando-se àqueles que, à luz dos conhecimentos e experiência psiquiátrica, possam contribuir de forma reconhecidamente útil para uma correcta formulação diagnóstica ou confirmação de um quadro psicopatológico que se afigure significativamente incapacitante (p. ex. testes psicológicos).

As perturbações cognitivas (incluindo as demências) devem ser enquadradas nos n.ºs 2.3., 2.4., 2.5., 2.6. e 2.7. do capítulo Neurologia; as perturbações do neuro desenvolvimento (atraso mental) devem ser enquadradas por analogia nos n.ºs 2.3., 2.4., 2.5., 2.6. e 2.7. do capítulo Neurologia; as perturbações da personalidade e do comportamento devidas a doença, lesão ou disfunção cerebral, incluindo perturbação orgânica da personalidade e síndrome pós-concussional, devem ser enquadradas nos n.ºs 2.3., 2.4., 2.5., 2.6. e 2.7. do capítulo Neurologia.

As perturbações não incluídas neste capítulo por não serem consideradas patologias crónicas, irreversíveis ou doenças mentais são: perturbações somatoformes; perturbações dissociativas; perturbações de personalidade; perturbação factícia; perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substância psicoactiva, perturbações primárias do sono.

Critérios de avaliação das incapacidades

1. Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes. Não inclui episódios psicóticos agudos e transitórios

Grau I — Perturbações funcionais ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional	0,01-0,15
Grau II — Perturbações funcionais moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional	0,16-0,40
Grau III — Perturbações funcionais importantes, com acentuada modificação dos padrões de actividade diária, com acentuada deterioração do comportamento, requerendo assistência durante períodos mais ou menos prolongados	0,41-0,70
Grau IV — Perturbações funcionais graves, envolvendo uma importante regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento, com reduzida ou nula capacidade para as actividades quotidianas, requerendo vigilância e cuidados permanentes	0,71-0,80

2. Perturbações do humor. Doença bipolar sem remissão entre os episódios ou cicladores rápidos. Depressões ou depressões mistas sem remissão entre os episódios. Perturbações do humor persistentes, incluindo Distímia

- Grau I — Perturbações funcionais ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional0,01-0,10
- Grau II — Perturbações funcionais moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional0,11-0,30
- Grau III — Perturbações funcionais importantes, com acentuada modificação dos padrões de actividade diária, com acentuada deterioração do comportamento, requerendo assistência durante períodos mais ou menos prolongados0,31-0,50
- Grau IV — Perturbações funcionais graves, envolvendo uma importante regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento, com reduzida ou nula capacidade para as actividades quotidianas, requerendo vigilância e cuidados permanentes 0,51-0,70

3. Perturbações de ansiedade, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, perturbações de pânico e perturbações fóbico-ansiosas. Perturbações de ajustamento (sem remissão), incluindo perturbação de stress pós-traumático. Perturbações obsessivo-compulsivas

- Grau I — Perturbações funcionais ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional0,01-0,05
- Grau II — Perturbações funcionais moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal, sociofamiliar ou profissional0,06-0,15
- Grau III — Perturbações funcionais importantes, com acentuada deterioração do comportamento e acentuada modificação dos padrões de actividade diária0,16-0,30
- Grau IV — Perturbações funcionais graves, envolvendo uma importante regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento0,31-0,50

CAPÍTULO XI

Dermatologia

Preâmbulo

A pele, o maior órgão do corpo humano, tem papel importante na protecção do organismo contra o meio exterior e, ainda, funções plásticas, imunológicas, endócrinas e termorreguladoras. A pele e fâneras (pelos e unhas) no seu conjunto constituem a forma de apresentação individualizada do ser humano e algumas das suas alterações, ainda que causem apenas um defeito estético, podem ter um impacto muito significativo na vida de relação do indivíduo.

A caracterização das lesões cutâneas, avaliação da sua interferência nas funções orgânicas e na estética individual, necessitam de uma boa história clínica e uma observação por dermatologista, frequentemente apoiada em exames complementares de diagnóstico, tais como o exame histopatológico.

No âmbito da dermatologia relacionada com a actividade profissional merecem especial realce os eczemas de contacto alérgicos e as urticárias de contacto alérgicas. Nestes casos, o afastamento de um doente do seu posto de trabalho pode determinar a sua cura clínica.

Persiste, contudo, uma reactividade latente que se manifesta ao menor contacto com a substância causadora da sua dermatose, seja noutra posto de trabalho, em tarefas da vida diária ou em actividades de lazer em que contacte de novo o mesmo alérgeno. Seria conveniente a documentação destas reacções alérgicas com uma história clínica cuidada, avaliação da relação das lesões cutâneas com a exposição aos factores profissionais e ainda, se possível, com os resultados dos testes cutâneos de alergia (testes epicutâneos no caso dos eczemas de contacto alérgicos e testes imediatos no caso das urticárias de contacto alérgicas).

Instruções específicas

Os valores que se seguem são de atribuir atendendo aos seguintes factores:

- a) Extensão e gravidade das lesões;
- b) Evolução clínica sob terapêutica;
- c) Complicações e sequelas, com incapacidades adicionais;
- d) Facilidade de evicção do alérgeno/agente causal nos casos de reacções devidas a agentes externos;
- e) Possibilidade de reabilitação do trabalhador para outro posto de trabalho.

1. Dermatitis, eczemas e outras reacções cutâneas de hipersensibilidade

1.1. Eczemas de contacto:

1.1.1. Eczemas de contacto alérgico impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional 0,10-0,15

1.1.2. Eczemas de contacto alérgico impedindo por completo o desempenho da actividade profissional 0,16-0,25

1.1.3. Eczemas de contacto irritativos ou traumáticos impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional (tendo em conta as características do posto de trabalho) 0,05-0,15

1.1.4. Eczemas de contacto irritativos ou traumáticos impedindo por completo o desempenho da actividade profissional..... 0,16-0,25

1.2. Dermite atópica, considerando especialmente o envolvimento da face, mãos ou a existência de lesões generalizadas 0,01-0,25

1.3. Outros eczemas crónicos ou recidivantes, incluindo o eczema disidrótico ou numular 0,01-0,10

1.4. Reacções cutâneas por medicamentos ou outros agentes exógenos, incluindo o eritema multiforme major, a necrólise epidérmica tóxica, a síndrome de hipersensibilidade a fármacos e suas sequelas..... 0,05-0,25

2. Urticárias

2.1. Urticárias de contacto:

De acordo com as exigências e as características da actividade profissional e atendendo à evolução clínica, nomeadamente ao facto de serem lesões localizadas exclusivamente à área de contacto com o agente causal (urticária de contacto tipo I ou localizada) ou formas com tendência à generalização (tipo II) e associação com sintomas sistémicos (asma, rinite ou anafilaxia — tipos III e IV) 0,10-0,25

2.2. Urticárias e/ou angioedemas crónicos, espontâneos ou indutíveis0,05-0,20

2.3. Angioedema hereditário com crises potencialmente fatais0,20-0,40

3. Radiodermites e efeitos de radiações não ionizantes, incluindo radiação ultravioleta

3.1. Radiodermite aguda ou crónica, dependendo da extensão e o grau de impedimento para o desempenho do posto de trabalho ou tarefas da vida diária e de lazer0,10-0,30

3.2. Fotossensibilidade por agentes exógenos, condicionando reacções inflamatórias crónicas da pele.....0,01-0,20

3.3. Fotossensibilidade por patologia cutânea ou sistémica que condiciona redução da defesa contra radiações UV, nomeadamente porfirias e xeroderma pigmentoso (excluir o albinismo, a considerar em 6.2)0,10-0,30

3.4. Queratoses actínicas e outras lesões cutâneas pré-neoplásicas0,01-0,10

3.5. Neoplasias cutâneas relacionadas com a exposição à radiação ionizante ou não ionizante (referir ao item 9)

4. Ulcerações cutâneas pós-traumáticas ou inflamatórias

4.1. Ulceração por produtos químicos ou outros agentes exógenos: dependendo da localização, profundidade e extensão da ulceração e das sequelas com esta relacionadas0,01-0,10

4.2. Ulcerações cutâneas crónicas pós-traumáticas dos membros inferiores ou superiores, condicionando dificuldade da marcha ou da realização de tarefas da vida diária0,05-0,40

4.3. Úlcera de perna crónica, de etiologia vascular ou infecciosa (não adicionar à patologia infecciosa referida no Capítulo II Infecciologia Tropical)0,05-0,15

4.4. Úlcera de decúbito ou úlceras cutâneas crónicas condicionadas por malformações congénitas ou adquiridas0,05-0,20

4.5. Pioderma gangrenosum, úlceras resultantes de vasculites cutâneas e/ou sistémicas e suas sequelas.....0,05-0,15

5. Infecções, infestações, parasitoses

Dependendo das sequelas e capacidade funcional restante:

5.1. Erisipela, celulite, fascíte necrosante e suas sequelas0,01-0,15

5.2. Tuberculose cutânea0,01-0,15

5.3. Micoses profundas.....0,05-0,30

5.4. Virose (quando tiverem tradução cutânea recidivante ou permanente)0,01-0,15

5.5. Outras infecções bacterianas, parasitárias com tradução cutânea (ver Capítulo II — Infecciologia Tropicais n.º 1 e 2).

6. Discromias

Dependendo da extensão, localização e gravidade:

6.1. Vitiligo0,01-0,15

6.2. Albinismo e outras doenças congénitas que condicionam hipopigmentação severa0,05-0,50

6.3. Discromias pós-inflamatórias.....0,01-0,10

7. Fístulas crónicas e cicatrizes deformantes

7.1. Fístulas dérmicas pós-traumáticas ou secundárias a patologia óssea ou de tecidos moles.....0,01-0,10

7.2. Cicatrizes atróficas e/ou retrácteis (valorizar apenas o dano estético, dor e potencial evolutivo para neoplasia cutânea; as limitações funcionais que condicionam no aparelho locomotor deverão ser valorizadas de acordo com o Capítulo I)0,01-0,10

7.3. Quelóides e cicatrizes hipertróficas0,01-0,10

8. Acne e patologia dos anexos pilossebáceos

8.1. Acne, dependendo da extensão e gravidade das lesões e das sequelas que condiciona. Não adicionar às discromias ou lesões cicatriciais deformantes referidas nos pontos 6 e 7. Valorizar especialmente as formas de acne conglobata, acne fulminante, acne queloidiano e acne nódulo-quístico e as cicatrizes que condicionam.....0,01-0,10

8.2. Foliculites de repetição, incluindo a foliculite decalvante do couro cabeludo, as foliculites da barba e suas sequelas0,01-0,15

8.3. Hidrosadenite supurativa com lesões recidivantes, fistulizadas e/ou cicatriciais (dependendo da localização, extensão das lesões e limitação funcional que condiciona)0,01-0,25

8.4. Alopecias cicatriciais0,01-0,15

8.5. Alopecias não cicatriciais, incluindo a alopecia areata, particularmente nas suas formas mais extensas (alopecia universalis e alopecia totalis)0,01-0,15

8.6. Distrofias ungueais congénitas ou adquiridas, particularmente as que condicionem limitação na marcha ou na realização de tarefas profissionais, da vida diária e de lazer..... 0,01-0,10

9. Neoplasias cutâneas

9.1. Carcinomas baso-celulares:

a) Carcinomas baso-celulares da face cujo tratamento condiciona defeito estético significativo ou defeito funcional a nível ocular (ex.: lagofalmo) ou oral0,05-0,15

b) Carcinomas baso-celulares infiltrativos e terebrantes da face com destruição da pirâmide nasal, do pavilhão auricular ou da órbita, invasão dos seios da face ou invasão do SNC.....0,15-0,50

9.2. Queratoses actínicas e carcinomas espinho-celulares *in situ* da pele e da semi-mucosa labial, incluindo queilite actínica0,01-0,10

9.3. Carcinomas espinho-celulares da pele e semi-mucosa do lábio:

a) Doença local cujo tratamento condiciona defeitos estéticos ou funcionais da área tratada, nomeadamente microstomia.....0,05-0,20

b) Doença local extensa e deformante não tratável cirurgicamente ou por radioterapia..... 0,10-0,35

c) Doença loco-regional (com metástases ganglionares regionais) ou cujo tratamento condiciona defeitos estéticos ou funcionais da(s) área(s) tratada(s) ou que interfere com o prognóstico vital..... 0,10-0,40

d) Carcinoma espinhocelular com metástases à distância.....0,20-0,50

9.4. Melanoma, em estágio I, em particular se o seu tratamento local condiciona defeitos estéticos ou funcionais da área tratada0,05-0,20

9.5. Melanoma metastático, com metástases cutâneas, ganglionares ou viscerais 0,15-0,90

9.6. Outras neoplasias cutâneas malignas, nomeadamente o carcinoma de Células de Merkel0,10-0,70

À incapacidade atribuível pelas neoplasias cutâneas e patologia pré-neoplásica (sobretudo nos carcinomas espinho-celulares e queratoses actínicas/queilites, actínicas) será acrescentado um factor de 10% devido à maior gravidade, cronicidade e recorrência das neoplasias cutâneas nos pacientes com patologia hereditária ou outra que facilite o efeito carcinogénico da radiação UV e/ou radiação ionizante, como o albinismo, o xeroderma pigmentoso e a epidermodisplasia verruciforme.

10. Dermatoses bolhosas crónicas

10.1. Epidermólises bolhosas congénitas (valorizando sobretudo as formas juncionais e distróficas, as suas sequelas como as sinéquias digitais, a possibilidade de infecções repetidas, amiloidose pós-inflamatória e o risco de vida pelas suas complicações ou patologia associada)0,05-0,60

10.2. Pênfigos, penfigoides e outras doenças bolhosas crónicas adquiridas0,05-0,15

11. Dermatoses pápulo-escamosas crónicas e com espessamento cutâneo

11.1.

a) Psoríase vulgar0,01-0,15

b) Psoríase eritrodérmica, pustulosa generalizada e artropática (dependendo da gravidade das complicações e frequências dos episódios de agravamento0,05-0,30

c) Outras formas de psoríase0,01-0,15

11.2. Ictioses congénitas ou adquiridas0,05-0,30

11.3. Queratodermias palmo-plantares0,01-0,15

11.4. Outras dermatoses pápulo-escamosas0,01-0,10

CAPÍTULO XII

Ginecologia e Andrologia

1. Ginecologia

Preâmbulo

Neste capítulo são apenas abrangidos: vulva, vagina, útero, trompas-de-Falópio e ovários.

As alterações endócrinas são consideradas no Capítulo XIV — Endocrinologia.

As alterações da função urinária causadas por lacerações da vulva e que atinjam o meato urinário são consideradas no Capítulo VII — Urologia.

Vulva e vagina

Na vagina são de considerar as lacerações que causem alterações de sensibilidade com prejuízo ou dificuldade no coito e as estenoses que impeçam o coito ou o parto por via vaginal.

Útero

No útero há duas partes a valorizar: o colo e o corpo.

a) No colo há que considerar as lesões que originam:

Estenoses que prejudiquem ou impeçam a drenagem do fluxo menstrual;

Incompetências cérvico-ístmicas que necessitam de correcção cirúrgica para viabilizar uma gravidez;

Perdas parciais ou totais do colo.

b) O corpo do útero é fundamental para a reprodução. Como tal, há que atender que a sua perda origina esterilidade e que as cicatrizes do mesmo podem comprometer o futuro obstétrico da mulher:

As sinequias uterinas resultantes de curetagem também são objecto de desvalorização, caso não exista possibilidade de tratamento.

Trompas-de-Falópio

Nestas há que considerar as obstruções uni ou bilaterais e as salpingectomias uni ou bilaterais que tenham resultado de traumatismo.

Ovários

A ooforectomia bilateral origina, além da esterilidade, a menopausa precoce, que prejudica a curto e a longo prazo a vida da mulher.

A disfunção ovária pode ter graves consequências: o hiperestrogenismo, resultante da anovulação, e aumento da incidência da patologia do endométrio.

Mamas

As lesões mamárias que originam deformidade ou alteração da superfície prejudicam estética e psiquicamente a mulher.

No coeficiente de desvalorização há ainda a considerar o factor do aleitamento, se a mulher se encontrar em idade fértil.

1. Vulva e vagina

1.1. Deformidade da vulva e vagina, sem alterações do clítoris e que não requerem tratamento continuado, com relações sexuais possíveis e com possibilidade de parto vaginal 0,01-0,10

1.2. Lesões da vulva e vagina, interessando o clítoris, ainda com relações sexuais possíveis, mas com dificuldade para o parto vaginal, que requerem tratamento frequente ou continuado 0,11-0,15

1.3. Como na alínea anterior, mas não controláveis pelo tratamento, com relações sexuais impossíveis e parto vaginal impossível 0,16-0,35

1.4. Lesões himeniais, como sequela de acidente ou sevícia 0,05-0,10

2. Útero

2.1. Colo:

a) Estenose cervical ligeira a moderada, perda parcial do colo (que não sejam factor de esterilidade secundária) 0,01-0,05

b) Incompetência cérvico-ístmica 0,06-0,10

c) Estenoses que exijam dilatação periódica	0,11-0,15
d) As lesões das alíneas anteriores quando não forem controláveis por tratamento ou quando se traduzirem em estenoses completas ou perda total do colo	0,16-0,20
2.2. Corpo:	
a) Sinéquias uterinas.....	0,01-0,10
b) Cicatriz do corpo do útero que implique risco de rotura no decurso duma gravidez.....	0,11-0,20
c) Histerectomia com conservação dos ovários em idade fértil	0,15-0,20
d) Histerectomia com anexectomia bilateral em idade fértil	0,21-0,30
2.2.1. Prolapso uterino:	
a) 1.º grau	0,02-0,08
b) 2.º grau	0,09-0,12
c) 3.º grau.....	0,13-0,20

3. Trompas de Falópio

3.1. Obstrução ou salpingectomia unilateral	0,01-0,05
3.2. Obstrução ou salpingectomia bilateral, com conservação da ovulação.....	0,06-0,15

4. Ovários

4.1. Ooforectomia parcial ou unilateral, com conservação da ovulação	0,05-0,10
4.2. Perda da ovogénese ou Ooforectomia bilateral:	
a) Após idade fértil.....	0,01-0,04
b) Em idade fértil.....	0,11-0,25

5. Mama

5.1. Cicatriz que deforme o mamilo e impeça a amamentação	0,01-0,10
---	-----------

Nota: Para as restantes lesões mamárias, v. Capítulo XVII — Dismorfias-1.4.2.

2. Andrologia

Preâmbulo

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

As repercussões endócrinas não se incluem nas incapacidades abordadas nesta tabela, devendo ser valorizadas no Capítulo XIV— Endocrinologia. Estas também não incluem as consequências na diferenciação sexual quando a lesão se produz antes da puberdade. Algumas das incapacidades contemplam a perda do órgão no seu contexto sociocultural.

1. Perda anatómica ou funcional de órgão

1.1. Orquidectomia ou atrofia testicular unilateral.....	0,05
1.2. Orquidectomia ou atrofia testicular bilateral ou de testículo único (dependendo da idade e expectativa de fertilidade)	0,15-0,30
1.3. Perda do pénis.....	0,50

Outras alterações das bolsas escrotais, seu conteúdo, cordão espermático e glândulas acessórias (próstata e vesículas seminais) podem ser avaliadas por analogia.

2. Infertilidade

2.1. Num indivíduo previamente fértil, a incapacidade inclui a perda testicular caso exista0,15-0,30

2.2. Se adicionalmente existir perda do pénis, a incapacidade inclui a perda de órgãos 0,40-0,55

3. Disfunção sexual: líbido, erecção, ejaculação e/ou orgasmo

3.1. Em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico.....0,10-0,25

CAPÍTULO XIII

Hematologia

Preâmbulo

É extremamente difícil estabelecer o grau de incapacidade real resultante das alterações hematológicas, em consequência de agressão de natureza profissional ou outra sobre os órgãos responsáveis pela manutenção quantitativa e qualitativa do compartimento sanguíneo. Os progressos feitos no domínio da bioquímica, imunologia, citologia, vieram pôr em destaque uma variedade de situações clínicas e laboratoriais até há poucos anos quase desconhecidas e que têm hoje plena actualidade.

É de referir muito particularmente o compartimento do tecido hematopoiético responsável pela vigilância imunológica e cuja deterioração é muitas vezes de causa profissional e pode conduzir a situações muito graves de imunossupressão, só detectáveis anos depois do evento que lhes deu origem.

A extraordinária labilidade das células pluripotenciais hematopoiéticas e ainda a falta de conhecimentos completos acerca de todos os factores com influência importante no seu processo de maturação e diferenciação tornam por vezes difícil estabelecer o grau de incapacidade.

1. Anemias

Instruções específicas

O valor de hemoglobina expresso em g/dl.

A necessidade de compensação transfusional e a frequência transfusional, pelas implicações que acarreta (o valor de hemoglobina é de, pelo menos, 12 g/dl para a mulher e 13 g/dl para o homem).

A indicação para terapêutica transfusional só se coloca actualmente para valores inferiores a 8 g/dl, excepto em situações pontuais como insuficiência cardíaca moderada a grave.

Outro factor importante a ter em consideração é o tempo de evolução do estado patológico para a remissão ou resolução da patologia de base.

Quanto mais prolongado for o estado patológico, piores as perspectivas de remissão/resposta completa ou parcial.

Importante não esquecer que a maior parte das anemias crónicas relacionadas com a actividade laboral são as anemias aplásticas ou hipoplasias medulares resultantes de radiações ionizantes, produtos químicos e tóxicos, hiperpressão, etc., frequentemente mortais ou incapacitantes a quase 100%, fisicamente.

Deve ser tomado em consideração que as doenças hematológicas de causa profissional são quase sempre de gravidade acima da média, tendo em consideração que na base delas está o contacto com produtos tóxicos, radiações, fármacos, venenos, compostos benzénicos, etc., de que resultam perturbações maturativas e mielodisplásicas, por vezes mortais a médio ou longo prazo: anemias aplásticas puras ou complicadas com neutropenia grave, ou seja, às perturbações próprias das anemias (cansaço, dispneia, traquicardia, etc.) associam-se as infecções repetidas e graves, próprias da agranulocitose, e as hemorragias mais ou menos intensas, relacionadas com a trombocitopenia.

Tendo em consideração que as anemias de causa profissional provocam aplasias ou disfunções medulares qualitativas tipo SMD (síndrome mielodisplásica), e que em ambas as situações a evolução é lenta e de recuperação imprevisível, assume-se que a avaliação do grau de anemia poderá inicialmente ser mensal, podendo, segundo a evolução laboratorial, ser este período encurtado ou alongado, variando entre as duas semanas e os dois meses dependendo da sua gravidade.

Graus de incapacidade

1.1.

- a) Homem > 11g/dl < 12g/dl 0,05-0,10
b) Mulher > 10 g/dl < 11 g/dl 0,05-0,10

1.2.

- a) Homem > 10 g/dl < 11 g/dl 0,11-0,20
b) Mulher > 9 g/dl < 10 g/dl 0,11-0,20

1.3.

- a) Homem > 8 g/dl < 10 g/dl 0,21-0,40
b) Mulher > 7 g/dl < 9 g/dl 0,21-0,40

Abaixo destes valores a incapacidade é de 0,41-0,60 para tarefas que não exijam esforço físico importante.

2. Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas (NMP)

Instruções específicas

As Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas mais frequentes são: Policitemia Vera, Trombocitemia Essencial; Mielofibrose Primária e Leucemia Mielóide Crónica (discutida nas alterações dos leucócitos).

Estabelecer uma causalidade entre a doença e a actividade laboral pode não ser fácil, mas haverá sempre tendência para a relacionar com radiações, compostos benzénicos, substâncias tóxicas, etc.

O estabelecimento da causalidade entre as NMP e o factor de risco é, sem dúvida, muito mais difícil do que o relacionamento, por exemplo, de uma policitemia secundária com a profissão exercida.

As principais causas de poliglobulia secundária estão em relação íntima com a hipoxémia: lesões cardíacas congénitas, fístulas arteriovenosas, insuficiência respiratória (bronquite crónica, asma, enfisema, pneumoconioses, fibrotórax pós-traumático, lobectomia), maior afi-

nidade da hemoglobina para o oxigénio (constitucional), permanência prolongada em altitude (acima de 1500 m), para citar as mais importantes do grupo das chamadas poliglobulias «por secreção apropriada» de eritropoietina, mas haverá também que considerar as que acompanham os tumores do rim e do fígado, os quistos renais e o hemangioblastoma do cerebello.

De entre as etiologias das poliglobulias secundárias, as de causa pulmonar são as que têm uma relação mais directa com a actividade profissional, com grande destaque para as pneumoconioses pelo pó do carvão, serradura, cortiça, amianto, sílica, os traumatismos torácicos e suas complicações (Fracturas de costelas com perfuração e infecção secundária, podendo conduzir ao empiema e ao fibrotórax). As outras causas não podem ser imputáveis à actividade laboral ou a acidentes no seu desempenho.

Graus de incapacidade

2.1. O máximo de hemoglobina não deve exceder 18 g/dl, o que, por vezes, só é possível controlar com terapêutica adequada0,15-0,20

2.2. Se tiver de ser instituída terapêutica por clínica hemorrágica, a incapacidade variará, consoante a intensidade da diátese hemorrágica, entre0,21-0,40

Para além do risco hemorrágico, a Policitemia Vera e a Trombocitopenia Essencial apresentam sobretudo risco trombótico pela hiperviscosidade sanguínea:

a) Trombose dos membros inferiores, cegueira por trombose dos vasos da retina, acidentes vasculares cerebrais, a valorizar nos capítulos respectivos.

Nota: estado vegetativo persistente:1,00

V. Capítulo III — Neurologia

3. Alterações dos leucócitos

Instruções específicas

As agranulocitoses puras (granulócitos inferiores 1000/mm³) são raras e geralmente são provocadas por drogas tóxicas e medicamentosas.

Geralmente as neutropenias surgem associadas a outras citopenias (pancitopenia) e já foram consideradas nas anemias.

As leucemias são doenças hemato-oncológicas, podendo apresentar-se de uma forma indolente (leucemia crónica) ou de uma forma mais aguda (leucemia aguda).

Sendo ainda polémica, entende-se que se a leucemia é, ou pode ser, imputada ao meio em que a actividade profissional se desenvolve, sendo mais grave a leucemia aguda. Não se pode deixar de recordar a grande percentagem de leucemias secundárias à exposição às radiações ionizantes e aos derivados benzénicos e anilinas que podem surgir anos após o contacto com estes agentes cancerígenos.

Trata-se de uma doença muito incapacitante pela natureza dos sintomas que ocasiona, quer pela terapêutica com citostáticos, quer pela transplantação de progenitores pluripotenciais hematopoiéticos a que por vezes obriga, que as torna ainda mais incapacitantes do que a própria doença.

Graus de incapacidade**3.1. Leucemia Linfóide Crónica (LLC):**

- a) Estádio A de Binet - Hb $\geq$ 10 g/dl, Plaquetas $\geq$ 100 G/L, < 3 áreas envolvidas 0,20-0,30
- b) Estádio B de Binet - Hb $\geq$ 10 g/dl, Plaquetas $\geq$ 100 G/L, $\geq$ 3 áreas envolvidas 0,31-0,50
- c) Estádio C de Binet - Hb < 10 g/dl e Plaquetas < 100 G/L 0,51-0,75

3.2. Leucemia Mielóide Crónica (LMC) divide-se em 3 fases:

- a) Fase crónica 0,15-0,20
- b) Fase de aceleração 0,21-0,50
- c) Fase blástica (equivalente a uma Leucemia Aguda) 0,51-0,75

3.3. Leucemias agudas:

Deve ser atribuída uma incapacidade temporária absoluta, durante a fase aguda e durante os tratamentos de consolidação e manutenção, após a qual deverá ser atribuída incapacidade de acordo com a persistência ou remissão da doença, ou de acordo com as sequelas de eventuais complicações durante os tratamentos.

3.4. Síndrome Mielodisplásica (SMD):

O grau de incapacidade nestas situações resulta fundamentalmente do grau de anemia, trombocitopenia e neutropenia, no seu todo ou separadamente, podendo aplicar-se a estas situações a mesma percentagem de incapacidade já referida para as citopenias. Apresentam igualmente risco de evolução para Leucemia Aguda, sobretudo as SMD de alto risco.

4. Neutropenias**Instruções específicas**

São bem conhecidas as neutropenias graves produzidas por tóxicos vários, insecticidas, radiações e medicamentos manuseados sem protecção ou ingeridos. Em termos práticos, é consensual considerar a barreira dos 1000 granulócitos (<1G/L) como limite abaixo do qual podem surgir infecções bacterianas graves.

Graus de incapacidade:

- 4.1. Granulócitos < 2000/mm 0,40-0,60
- 4.2. Granulócitos < 1000/mm 0,61-0,75

5. Alterações da hemóstase**5.1. Trombocitopenias e disfunção plaquetar****Instruções específicas**

Estas situações traduzem-se pela diminuição do número ou da função das plaquetas, que podem resultar directamente da actividade laboral ou não. Entre as causas laborais mais importantes contam-se as radiações ionizantes, as tóxicas (benzenos, anilinas), as medicamentosas (hipnóticos, digitálicos, anti-inflamatórios, ansiolíticos). A trombocitopenia e a disfunção plaquetar podem estar associadas a um quadro de aplasia medular com pancitopenia.

Graus de incapacidade

- a) Plaquetas entre 100 000 e 150 000 0,10-0,15
- b) Plaquetas entre 70 000 e 100 000 0,16-0,25

- c) Plaquetas entre 50 000 e 70 0000,26-0,50
 d) Plaquetas < 50 0000,51-0,80
 e) Alterações da coagulação

Instruções específicas

O risco hemorrágico inerente a alargamento dos tempos de coagulação pode ser causado por doenças hereditárias associadas a défices de factores de coagulação ou secundário a terapêutica anticoagulante.

Graus de incapacidade

- 5.1.1. INR entre 2-30,10-0,15
 5.1.2. INR > 30,16-0,25
 5.1.3. APTT 2 vezes > normal0,26-0,50
 5.1.4. Factor VIII ou Factor IX < 1% (hemofilia grave)0,51-0,80

6. Esplenectomia pós-traumática

Graus de incapacidade

- 6.1. Sem complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (complicações do pós-operatório tardio)0,01-0,05
 6.2. Com complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (complicações do pós-operatório tardio) a avaliar de acordo com os respectivos capítulos.

O principal problema da esplenectomia resulta da alta percentagem de infeções graves que atinge os indivíduos jovens até cerca dos 14 anos.

CAPÍTULO XIV

Endocrinologia

Instruções específicas

São muito raras as desvalorizações por lesões traumáticas das glândulas endócrinas porque estas, graças à sua situação anatómica protegida, só muito raramente são afectadas de forma directa pelos acidentes. Uma pequena parte do parênquima endócrino é suficiente para manter uma função hormonal satisfatória, só se verificam perturbações metabólicas importantes após uma destruição maciça, em grandes politraumatizados.

Em relação às doenças naturais, isto é, não secundárias a traumatismos, dever-se-á sempre considerar que muitas das lesões são acompanhadas por distúrbios hormonais, que podem determinar um grau de disfunção muito superior ao da lesão primária per se.

Assim distinguiremos patologia das glândulas:

- i. Hipotálamo-hipofisária;
- ii. Supra-renais;
- iii. Tireoideia;
- iv. Paratireoideias;
- v. Pâncreas endócrino;
- vi. Testículos;

vii. Ovários; e

viii. Obesidade.

Em relação à glândula hipofisária, distinguiremos a diabetes insípida e o hipopituitarismo anterior, bem como os tumores hipofisários.

O quadro da diabetes insípida pode ocorrer entre algumas horas e alguns dias em situações traumáticas.

Este quadro caracteriza-se por polidipsia e poliúria, mas o diagnóstico deve ser confirmado pelo estudo endocrinológico.

O quadro do hipopituitarismo anterior é o de todo o hipopituitarismo, associando sinais de insuficiência tiroideia, sinais de insuficiência suprarrenal e sinais de hipogonadismo. O diagnóstico exacto baseia-se em doseamentos hormonais.

Este quadro pode aparecer tardiamente, pois o período de latência pode ir de algumas semanas a vários meses e até mesmo anos.

A lesão pode ser satisfatoriamente controlada com medicação, mas o tratamento terá de ser prosseguido indefinidamente. Quanto mais jovem for o doente mais graves serão as repercussões.

Daí supervalorizar a incapacidade nos trabalhadores adultos jovens, ou seja, conceder-lhes o limite máximo da margem de flutuação.

Em relação à patologia tumoral, e nos casos de tumores não funcionantes, ter-se-á que considerar o efeito de massa do tumor nas estruturas adjacentes, como por exemplo o quiasma ótico e a repercussão na função hipofisária, pois podem condicionar hipopituitarismo.

Nos casos de tumores funcionantes, isto é, acompanhados de hipersecreção hormonal, esta deve ser correctamente avaliada e confirmada com doseamentos hormonais.

O quadro de insuficiência supra-renal por destruição traumática das supra-renais é extremamente raro, existindo algumas situações de insuficiência corticossupra-renal secundárias a patologia auto-imune ou secundária a défices enzimáticos. Esta será sempre confirmada por estudo laboratorial adequado, podendo ser satisfatoriamente compensada, mas o tratamento terá de prosseguir toda a vida.

Mais frequentes são lesões tumorais da supra-renal, a grande maioria de comportamento benigno, algumas acompanhadas de secreção hormonal aumentada, como os síndromas de *Cushing*, feocromocitomas ou hiperaldosteronismo.

No que respeita à glândula tiroideia, o hipotireoidismo primário pós-traumático parece ser extremamente improvável, sendo extremamente frequente secundário a patologia auto-imune. Poderá condicionar um quadro de extrema gravidade se de início, na infância e não tratado.

As situações de hipertireoidismo têm como etiologia mais frequente patologia auto-imune ou nodular da tiróide. A gravidade do quadro depende do grau de hipersecreção hormonal. São extremamente raras secundárias a traumatismos.

Em relação às glândulas paratiróides, não são conhecidos casos de hiperparatiroidismo de origem traumática, sendo o hiperparatiroidismo habitualmente secundário a adenoma ou hiperplasia das paratiróides.

Não é possível excluir que, em casos excepcionais, possa surgir um hipoparatiroidismo em relação com determinados traumatismos, sendo relativamente comum como sequela de intervenções cirúrgicas à tiróide.

Em relação ao pâncreas endócrino, a diabetes é actualmente uma epidemia mundial, sendo a diabetes tipo 2, associada com o aumento de obesidade na população, a mais frequente. Poderá também ter uma etiologia auto-imune (diabetes tipo 1), sendo mais comum o seu aparecimento em idades mais jovens.

Admite-se que, excepcionalmente, uma diabetes possa ter origem num traumatismo do pâncreas.

A desvalorização será encarada em função do grau de compensação ao longo das revisões e da presença ou não de várias complicações: retinopatia, insuficiência renal, neuropatia e complicações cérebro-cárdio-vasculares.

No que respeita aos traumatismos sobre as gónadas, não há dúvida de que os testículos são mais vulneráveis que os ovários. Quaisquer destas gónadas serão estudadas no capítulo do aparelho genital respectivo e por isso aqui só afloraremos o défice hormonal testicular e ovário.

Por fim, abordaremos a disfunção por obesidade, uma patologia cada vez mais frequente na população, e que, se grave, pode ser acompanhada de comorbilidades que determinam disfunções e desvalorizações consideráveis.

1. Patologia hipofisária

- 1.1. Diabetes insípida0,05-0,20
- 1.2. Hipopituitarismo (segundo o grau de insuficiência e o resultado do tratamento de compensação)0,20-0,45
- 1.3. Tumores hipofisários:
 - 1.3.1. Tumores hipofisários não secretores que condicionam hipopituitarismo:
 - a) Sem lesão do quiasma óptico 0.20-0.45
 - b) Com lesão do quiasma óptico (acrescentar a incapacidade resultante do défice visual, Capítulo V — Oftalmologia n.º 2 de acordo com o princípio da capacidade restante.
 - 1.3.2. Tumores hipofisários secretores 0.30-0.45

2. Patologia supra-renal

- 2.1. Insuficiência supra-renal (de acordo com o grau de compensação conseguido com tratamento)0,10-0,45
- 2.2. Lesão nodular da supra-renal:
 - 2.2.1. Lesão nodular benigna da supra-renal com hipersecreção hormonal 0.10-0.30
 - 2.2.2. Lesão nodular maligna da supra-renal com/sem hipersecreção hormonal 0.31-0.65

3. Patologia tiroideia

3.1. Hipertiroidismo:

a) Com alteração analíticas, tremores e alterações visuais.....0,05-0,10

b) Idem, com repercussões sobre outros órgãos e/ou funções0,11-0,30

3.2. Hipotiroidismo a graduar de acordo com a idade de início e sequelas neurológicas.....0,05-0,40

3.3. Tumor maligno da tiróide:

3.3.1. Tumor maligno da tiróide sem metastização:

a) Sem complicações pós cirúrgicas (hipoparatiroidismo e/ou lesão do recorrente) 0.05-0.10

b) Com complicações pós cirúrgicos (hipoparatiroidismo e/ou lesão do recorrente) 0.11-0.40

3.3.2. Tumor maligno da tiróide com metastização:

a) Metastização loco-regional 0.10-0.30

b) Metastização à distância 0.31-0.50

4. Patologia paratiroideia

4.1. Hipoparatiroidismo (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento0,05-0,15

4.2. Hipoparatiroidismo complicado (catarratas, convulsões, calcificações cerebrais, perturbações das faneras).

Às incapacidades do n.º 4.1, acrescentar as resultantes do défice funcional dos órgãos afectados, conforme o respectivo capítulo, de acordo com o princípio da capacidade restante.

5. Patologia do pâncreas endócrino

5.1. Diabetes regularmente equilibrada com a terapêutica:

A graduar de acordo com a exigência das AVD, incluindo a actividade profissional0,10-0,20

5.2. Diabetes com complicações:

A valorizar conforme os défices funcionais nos respectivos capítulos e que respeitam a retinopatia (Capítulo V — Oftalmologia), insuficiência renal (Capítulo VIII — Urologia n.º 1.1), neuropatia (Capítulo III — Neurologia n.º 11.4 e 11.5) e complicações cardiovasculares (Capítulo VI).

6. Patologia das gónadas

6.1. Testículos de acordo com o resultado da terapêutica hormonal de substituição 0,10-0,25

6.2. Ovários de acordo com o resultado da terapêutica hormonal de substituição 0,10-0,25

6.3. Quando a lesão das gónadas se traduzir noutros distúrbios funcionais ou em alterações estéticas, ou ainda em esterilidade, desvalorizar de acordo com o Capítulo XII — Ginecologia e Andrologia.

7. Obesidade

Obesidade classe 3 (IMC > 40 kg/m²)..... 0.05-0.10

Se acompanhada de comorbilidades, graduar de acordo com estas, recorrendo aos respectivos capítulos da tabela.

CAPÍTULO XV

Estomatologia

Instruções específicas

O conjunto dos dentes forma duas arcadas: a superior e a inferior.

A descrição metódica começa pelos dentes do quadrante superior direito, seguida pelos do quadrante superior esquerdo, quadrante inferior esquerdo e pelos dentes do quadrante inferior direito.

Nas situações de fracturas coronais e de luxação dentária pode haver restauração do dente in situ, enquanto nas fracturas das raízes em que o traço de fractura esteja ao nível do terço coronal e terço médio a evolução é para a extracção dentária e, neste caso, aplica-se a incapacidade correspondente à perda de dente.

1. Face**1.1. Partes moles:****1.1.1. Mutilação da língua.**

A incapacidade por mutilação agrava-se da frente para trás, sendo as lesões posteriores mais graves do que as anteriores em cerca de um terço:

a) Mutilação parcial da língua no seu terço anterior0,05-0,15

b) Idem, abrangendo os dois terços anteriores (anteriores ao V lingual).....0,16-0,30

c) Idem, incluindo o terço posterior (perda total da língua)0,31-0,50

1.1.2. Perturbação da motilidade da língua unilateral ou bilateral (a avaliar conforme coeficientes do nervo glossofaríngeo Capítulo III — Neurologia, n.º 5.9).

1.1.3. Mutilação do lábio:

a) Com dificuldade na sucção ou ingestão de alimentos0,05

1.1.4. Fístula salivar:

Com dificuldade notória na insalivação dos alimentos0,05-0,15

1.2. Esqueleto:**1.2.1. Fracturas:**

a) Deformação da arcada dentária com dificuldade da mastigação0,05-0,15

b) Idem, com perturbação estética0,16-0,20

1.2.2. Artrose da articulação temporomaxilar:

a) Unilateral.....0,15-0,20

b) Bilateral0,21-0,30

1.2.3. Mobilidade da mandíbula:

A abertura da boca é medida pela distância que separa os incisivos dos dois maxilares, sem queixas do observando. O afastamento normal é de 40 mm. Este afastamento pode ser corrigido cirurgicamente, mas nos casos em que tal é difícil ou impossível a incapacidade será:

a) Afastamento entre 21 mm e 30 mm0,01-0,05

b) Idem, entre 11 mm e 20 mm0,06-0,15

c) Idem, entre 0 mm e 10 mm.....0,16-0,30

1.2.4. Perda de segmentos (mutilações):

1.2.4.1. Vastas mutilações:

- a) Perda parcial da mandíbula (maxilar inferior)0,10-0,20
- b) Perda total da mandíbula (maxilar inferior0,21-0,30
- c) Perda parcial de um maxilar superior, com conservação do esqueleto nasal ...0,21-0,25
- d) Perda de um maxilar superior com comunicação buconasal0,26-0,30
- e) Perda de um maxilar superior com perda extensa da mandíbula (maxilar inferior0,31-0,40
- f) Perda dos dois ossos maxilares superiores e respectiva arcada dentária, da abóbada palatina e do esqueleto nasal0,41-0,50

1.2.4.2. Mutilações limitadas.

Para avaliar a incapacidade funcional determinada pela mutilação dos maxilares deve ter-se em conta três elementos:

- a) O número de dentes definitivos conservados interligáveis;
- b) A possibilidade de prótese susceptível de restabelecer a mastigação;
- c) O estado da articulação dentária (têmporo-mandibular).

Nota: O grau de mastigação resulta da função dos dentes restantes de um maxilar terem como oponentes os homólogos correspondentes no outro maxilar.

1.2.4.3. A perda dos dentes definitivos pode ser superada por prótese. A prótese fixa supera dois terços dos prejuízos e a prótese móvel, apenas, um terço do dano ocorrido pela perda de dentes.

A perda dos oitavos dentes (siso) não determina incapacidade. A perda de um ou dois dentes não prejudica a capacidade de mastigação ou da fonação, salvo para determinadas profissões, tais como cantores, músicos de instrumentos de sopro e, eventualmente, locutores, em especial se forem os dentes anteriores.

Assim, se o défice ultrapassar a perda de dois dentes, a incapacidade será o somatório, de acordo com o princípio da capacidade restante, dos seguintes coeficientes:

- a) Por cada dente incisivo0,01
- b) Por cada dente canino0,06
- c) Por cada dente pré-molar.....0,0125
- d) Por cada dente molar0,05
- e) Quando ocorrer a perda total ou parcial dos dentes, e se estes forem substituídos por prótese, a incapacidade resultará do somatório das perdas calculadas pelas alíneas anteriores, dividindo-se a soma aritmética por três ou por dois, conforme se trate de prótese fixa ou móvel;
- f) Assim:

Somatório de perdas = incapacidade de prótese fixa
3

Somatório de perdas = incapacidade de prótese móvel
2

CAPÍTULO XVI

Oncologia Médica

Preâmbulo

Atendendo ao facto de em qualquer órgão ou sistema poder surgir uma neoplasia, devem as incapacidades ser fixadas de acordo com as alterações anatómicas ou funcionais dos mesmos, cotando-se os défices, caso a caso, com os índices e percentagens dos respectivos capítulos.

Instruções específicas

Caracterização

A identificação do cancro profissional fundamenta-se pericialmente na relação causal próxima ou evidente, ou seja, na correspondência inequívoca entre a lesão e os factores de risco existentes no exercício da actividade profissional ou fora dela e, se for o caso, na evidência clínica comprovada pelos exames subsidiários de incapacidade estrutural e funcional.

São conhecidas internacionalmente as substâncias tidas como cancerígenas, de modo que o seu uso, manuseio ou contacto seja feito e executado de forma controlada, devendo para tal existir legislação aplicável.

Além dos factores cancerígenos relacionados com o trabalho, há que ter em conta os factores condições cancerígenos concomitantes de origem variada, nomeadamente as de ordem individual, ambiental e social. Assim podemos concretizar aquelas:

- a) Relacionados com o indivíduo: estilo de vida, nutrição, nomeadamente consumo de álcool e tabagismo;
- b) Relacionado com o ambiente: a poluição;
- c) Factores de ordem cultural e socioeconómica, tais como vícios e hábitos, tipicismo e tradição alimentar (alimentos fumados e outros).

Ao ponderar cada caso de cancro, há que ter em conta também:

- a) Risco relacionado com o trabalho (agentes cancerígenos legalmente reconhecidos¹⁵);
- b) Importância e interferência de agentes cocancerígenos;
- c) Duração de exposição aos diversos agentes cancerígenos;
- d) O tipo de lesão: benigna ou maligna.

Etiologia

Não está cientificamente demonstrada a relação etiológica entre traumatismo e o aparecimento de um cancro. Quando muito é de aceitar que os traumatismos podem dar origem à emergência clínica de metástases, se estas se encontram em fase subclínica ou até mesmo sob a forma de metástases microscópicas, no ponto de incidência do traumatismo.

No caso das radiações ionizantes, a dose e a duração da exposição são suficientes para caracterizar e vincular as lesões malignas ao trabalho (doses de exposição acidental, dose terapêutica repetida de isótopos ou radio exposição com fins diagnósticos).

Estas situações têm um largo período de latência entre a exposição e o aparecimento da lesão maligna.

¹⁵ Afixar legalmente, caso ainda não estejam.

Nestes casos não deve haver um período fixo, como prazo de caracterização. Outra causa de lesões malignas de índole laboral são os agentes químicos.

Para efeitos médico-legais, são reconhecidos como agentes cancerígenos as substâncias reconhecidas e publicadas nos diplomas legais¹⁶.

Patogenia do cancro:

Em certas actividades profissionais, o contacto prolongado com agentes ou factores cancerígenos pode provocar o aparecimento:

- a) De uma lesão pré-cancerosa;
- b) De um quadro clínico de cancro.

O quadro clínico de cancro tem de ser estabelecido com base na história clínica e profissional e confirmada laboratorialmente, histologicamente e/ou por imagiologia. Por isso as neoplasias relacionadas com as substâncias legalmente reconhecidas como cancerígenas¹⁷ carecem da demonstração do nexo de causalidade para as lesões serem reconhecidas como cancro de origem profissional.

Sabe-se hoje que o cancro diagnosticado precocemente e tratado conduz à situação de doença crónica (doença oncológica crónica).

Não se conhece ainda, devidamente fundamentada, a cura biológica do cancro, mas é bem conhecido que muita localização de neoplasia tem uma cura clínica com ausência de tumor e/ou ausência de sintomas.

Embora teoricamente possível em alguns casos, não é fácil, com rigor, estabelecer o nível de exposição aos agentes cancerígenos que determinam necessariamente a doença. Admite-se também uma susceptibilidade individual aos agentes ou factores cancerígenos que possam existir no local de trabalho e a sua relação estreita com a eclosão da doença ou lesão. Daqui a dificuldade em estabelecer o nexo de causalidade se determinada substância não está legalmente reconhecida como cancerígena¹⁸.

Por outro lado e nalguns casos, o agente causal poderia estar relacionado com uma profissão ou posto de trabalho anterior àquele em que é diagnosticada a lesão ou doença. Neste caso deve ser alargado o prazo de caracterização. Quando isto se verifique deve ser feito um inquérito profissional exaustivo no sentido de ser estabelecido, com o maior rigor possível, o nexo de causalidade.

Incapacidades

No caso dos tumores benignos, porque em princípio, não põem a vida em causa, são de avaliar apenas as sequelas terapêuticas, conforme os défices previstos nos diversos capítulos da tabela.

Quanto à avaliação das sequelas de um tumor maligno dever-se-á ter em conta, para além das sequelas anatómicas e dos défices funcionais, a natureza histológica conjugada com a gra-

¹⁶ Afixar legalmente, caso ainda não estejam.

¹⁷ Afixar legalmente, caso ainda não estejam.

¹⁸ A reconhecer, caso as substâncias cancerígenas não estejam ainda legalmente fixadas.

vidade do diagnóstico anátomo-patológico e o prognóstico quanto à vida, se não ocorrer a cura clínica (caso da doença oncológica crónica).

A avaliação das incapacidades deverá ser sempre personalizada, levando em conta a localização, o grau de malignidade e o insucesso imediato ou diferido das terapêuticas.

Guião para exame pericial

Quando for de caracterizar o cancro profissional e de avaliar a incapacidade que determina, aconselha-se os seguintes procedimentos:

1. Identificar a área profissional que, pelas suas características comportas o contacto do trabalhador com agentes ou factores cancerígenos, nomeadamente agentes químicos, físicos ou biológicos.

2. Identificar os riscos:

2.1. Cálculo do risco;

2.2. Avaliação do risco;

2.3. Controlo do risco por meios técnicos e médicos.

3. Avaliar a relação causa e efeito, referindo a natureza e especificação do agente cancerígeno:

3.1. Devem ser reconhecidas em legislação própria as substâncias cancerígenas.

3.2. No caso de afecções malignas provocadas por agentes físicos (radiações) ou químicos, a relação de causa-efeito é imprescindível.

3.3. No caso de irradiação ou de exposição à acção dos radionuclídeos, a dose e a duração da exposição devem ser suficientes para provocar lesões malignas:

a) Dose;

b) Exposição repetida ao longo de anos e de diagnóstico.

4. Identificação de factores relacionados ou não com o trabalho, mas que interferem como agentes cocancerígenos:

4.1. Tabaco (em algumas profissões pode haver exposição. Ex: restaurantes) — tipo e quantidade;

4.2. Consumo de bebidas alcoólicas;

4.3. Alimentação;

4.4. Higiene pessoal;

4.5. Exposição à radiação ultravioleta.

5. Exposição:

5.1. Quantificação da exposição;

5.2. Via ou vias de penetração;

5.3. Órgão alvo.

6. Identificação das lesões pré-cancerosas ou cancro clínico:

6.1. Órgão ou sistema;

6.2. Comprovação laboratorial e/ou imagiológica;

6.3. Duração dos sinais ou sintomas clínicos;

6.4. Doença loco-regional;

6.5. Doença sistémica — localização de metástases.

7. Terapêuticas efectuadas:

7.1. Cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia — deformação ou mutilação;

7.2. Deficiência anatómica ou funcional (transitória);

7.3. Sequelas.

8. Recidiva de cancro profissional:

8.1. Local;

8.2. Metástases;

8.3. Doença Intercorrente.

9. Identificar consequências psicossociais.

1. Tabela de Incapacidades

Não pode haver mais que critérios genéricos cuja graduação e aplicabilidade depende de cada caso, onde serão conjugados e ponderados os factores cancerígenos e os cocancerígenos.

Apenas como orientação geral referimos:

1. Nos tumores benignos, avaliar os défices anatómicos e funcionais resultantes da terapêutica, das compressões ou deteriorações de estruturas adjacentes ao tumor, a avaliar conforme a localização das sequelas, no respectivo capítulo da Tabela;

2. Na doença oncológica crónica (tumor maligno com estabilização clínica)0,10-0,25

3. Nos tumores malignos sem metástases e permitindo uma vida de relação0,26-0,60

4. Nos tumores malignos com insucessos terapêuticos e com curta esperança de vida0,80-0,95

Nota: Para neoplasias da pele consultar o Capítulo XI — Dermatologia.

CAPÍTULO XVII

Dismorfias

Preâmbulo

Alterações morfológicas tegumentares ou outras com repercussão funcional.

1. Cicatrizes

Nestas serão incluídas as alterações da superfície corporal resultantes de acidentes ou consequência de acto cirúrgico necessário à cura ou à correcção de lesão preexistente de origem traumática.

De uma maneira geral deve ser privilegiada a função sobre a morfologia, pois que uma cicatriz retrátil, por exemplo, pode dar uma limitação da mobilidade articular e, todavia, a articulação subjacente estar intacta. Assim, além das cicatrizes ou deformações que constam noutros capítulos com a incapacidade, englobando já a devida à cicatriz e ao défice do aparelho ou sistema subjacente (deformações por adição ou salientes e deformações por subtracção ou resultantes de perda de substância), casos há, em que à incapacidade do sistema ou aparelho é de adicionar a devida à cicatriz, conforme chamada em local próprio. Neste caso a adição faz-se segundo o princípio da capacidade restante.

Os valores máximos de desvalorização são de atribuir quando as cicatrizes forem de alguma forma limitativas do desempenho do posto de trabalho por razões de ordem estética e se o trabalhador não tiver idade ou aptidão para ser reconvertido profissionalmente.

Quando a incapacidade por cicatriz for limitativa do desempenho do trabalho habitual ou equivalente, adiciona-se à incapacidade do aparelho ou sistema subjacente o valor máximo da zona de variação atribuída à cicatriz. Sempre que a regra contida no parágrafo anterior não conste, de forma expressa, na Tabela e se a incapacidade por cicatriz for acentuadamente limitativa do desempenho do posto de trabalho habitual, a incapacidade total será a resultante das somas pelo princípio da capacidade restante.

1.1. Crânio:

1.1.1. Cicatriz que produza deformação não corrigível por penteado0,01-0,05

1.1.2. Escalpe parcial com superfície cicatricial viciosa.....0,05-0,15

1.1.3. Escalpe total com superfície cicatricial viciosa0,20-0,35

1.2. Face.

1.2.1. Cicatrizes superficiais, tendo em conta a sua localização, dimensão e aspecto 0,01-0,10

1.2.2. Cicatrizes que atinjam: nariz, lábios, pálpebras, pavilhões auriculares, devem ser valorizadas no capítulo correspondente.

1.3. Pescoço:

1.3.1. Cicatriz que produza deformação ligeira.....0,01-0,05

1.3.2. Cicatriz que produza deformação e retracção grave0,06-0,15

1.4. Tronco:

1.4.1. Cicatrizes que produzam deformação significativa0,01-0,05

1.4.2. Ablação da glândula mamária na mulher sem correcção:

a) Unilateral.....0,05-0,15

b) Bilateral0,16-0,30

1.4.3. Deformação ou retracção dos músculos da cintura escapular e torácicos:

a) Com perturbações funcionais num membro superior e na excursão torácica 0,10-0,20

b) Com repercussões funcionais nos dois membros superiores e na excursão torácica.....0,21-0,30

1.4.4. Rotura, desinserção ou deiscência dos retos abdominais:

a) Com correcção cirúrgica.....0,01-0,05

b) Sem correcção cirúrgica0,06-0,30

1.4.5. Cicatrizes dolorosas objectiváveis pela contractura e alterações da sensibilidade.....0,01-0,05

1.5. Cicatrizes distróficas ou apergaminhadas, facilmente ulceráveis.....0,02-0,10

1.6. Cicatrizes atróficas ou apergaminhadas e extensas:

1.6.1. Entre 4,5% e 9% da superfície corporal.....0,03-0,10

1.6.2. Entre 10% e 18% da superfície corporal.....0,11-0,15

1.6.3. Mais de 18% da superfície corporal0,16-0,50

2. Hérnias

Entende-se por Hérnia a protusão de uma estrutura anatómica através de abertura ou ponto fraco, congénito ou adquirido, da parede que envolve aquela estrutura. As hérnias da parede abdominal são as mais frequentes pelo que serão abordadas em primeiro lugar.

Os elementos anatómicos e teciduais que constituem as estruturas da parede abdominal na patogenia da uma hérnia são: músculos, tecido conjuntivo, inserções tendinosas, fáscia pectínea, fáscia transversalis e outras.

A tonicidade e contracção muscular, asseguram a contenção parietal e reforçam as zonas frágeis.

O peritoneu, que reveste interiormente a cavidade abdominal, demarca zonas anatómicas onde podem ocorrer hérnias.

Na etiopatogenia das hérnias, consideram-se dois tipos de factores: os causais e os agravantes.

Factores causais de hérnias:

- a) A persistência de formações congénitas peritoneais que não se obliteraram e das quais a mais importante é o canal peritoneovaginal (hérnias oblíquas externas ou indirectas);
- b) Não encerramento do anel umbilical (hérnias umbilicais dos jovens);
- c) Degenerescência e perturbações metabólicas dos tecidos de suporte abdominal, sobretudo do tecido conjuntivo (hérnias dos adultos e idosos sem factores congénitos);
- d) A rotura muscular como mecanismo causal de hérnia só é aceitável no traumatismo directo com lesão musculo-aponevrótica. Esta situação pressupõe um traumatismo e o aparecimento subsequente de hérnia, sintomas que contrastam com o carácter insidioso com que se instalam a maioria das outras hérnias.

Factores agravantes de hérnias:

- a) Aumento da pressão abdominal (tosse, micção, defecação, esforços violentos);
 - b) Hipertensão abdominal (ascite ou gravidez).
1. Alterações congénitas importantes (hérnias oblíquas externas e umbilicais);
 2. Alterações metabólicas e degenerativas teciduais que diminuem a resistência e tonicidade parietal (idosos ou adultos com carências várias e doentes desnutridos com doenças crónicas);
 3. Traumatismos que provoquem lesões teciduais da parede abdominal;
 4. Concorrência de factores causais e agravantes (esforços repetidos não violentos, conjugados com a persistência do canal peritoneovaginal ou oclusão insuficiente do anel umbilical);
 5. As actividades profissionais, mesmo as que impõem grandes esforços, não podem, por si só, considerar-se causadoras de hérnias.

O esforço é desencadeante ou agravante de situações predisponentes. Os acidentes de trabalho apenas podem ser considerados como agravantes de uma situação preexistente, salvo quando ocorre hérnia traumática por traumatismo directo da parede abdominal.

Existem dois casos especiais que convém esclarecer: o das eventrações, o das eviscerações.

As eventrações podem aceitar-se como consequência de acidentes por impacto directo quando a cicatriz parietal foi provocada por um acto cirúrgico destinado a tratar uma lesão abdominal causada por esse acidente.

As eviscerações correspondem a feridas da parede abdominal com saída de vísceras e só raramente resultam de acidente de trabalho.

Além das hérnias da parede abdominal externa há também a considerar as hérnias internas. Nestas últimas existem factores congénitos ou adquiridos. Na sua origem os factores congénitos são constituídos por defeitos do diafragma (*Bochdaleck, Larrey*), fossetas ou aderências peritoneais, defeitos de posição (fossetas cecais, malposições intestinais).

Os factores adquiridos são em geral imputáveis a bridas peritoneais de intervenções cirúrgicas anteriores ou traumatismos que produziram lacerações (sobretudo nas perdas de continuidade do diafragma).

2.1. Hérnias da parede:

2.1.1. Hérnias parietais abdominais (linha branca, inguinais, crurais0,10-0,30

2.1.2. Hérnias parietais recidivadas:

a) De pequeno volume (até 2cm de diâmetro0,08-0,10

b) Volumosas muito sintomáticas0,11-0,40

2.2. Eventração:

a) Conforme o volume0,15-0,40

b) Com perturbações (trânsito intestinal, micção, defecação, posição bípede, marcha)..... 0,30-0,60

2.3. Hérnias internas (transdiafragmáticas):

a) Hérnia diafragmática que se mantém após tratamento cirúrgico, sem refluxo..... 0,10-0,20

b) Idem, com refluxo ou queixas por desvio do mediastino.....0,21-0,30

c) Hérnia diafragmática com esofagite ou úlcera do terço inferior do esófago0,31-0,50

d) Hérnia diafragmática com grande protusão de massa abdominal num dos hemitórax, provocando dispneia ou alterações por desvio do mediastino.....0,51-0,70

CAPÍTULO XVIII

Reumatologia

Este capítulo está em construção, e dedicar-se-á a abordagem das doenças reumatológicas como importantes causas de incapacidades temporárias e permanentes.

O Presidente da República, JOÃO MANUEL GONÇALVES LOURENÇO.

(25-0008-H-PR)

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Resolução n.º 1/25 de 7 de Fevereiro

Havendo a necessidade de ajustar a composição da 2.ª Câmara do Tribunal Constitucional, em consequência da jubilação, por termo do mandato, da Juíza Conselheira Júlia de Fátima Leite da Silva Ferreira, Presidente da 2.ª Câmara, bem como o início de funções de novo Juiz Conselheiro;

Nos termos do disposto no artigo 25.º da Resolução n.º 127/24, de 31 de Dezembro, que aprova o Regulamento Geral do Tribunal Constitucional, o Plenário do Tribunal Constitucional aprova a seguinte Resolução:

1. É designado Presidente da 2.ª Câmara o Juiz Conselheiro Carlos Manuel dos Santos Teixeira.

2. A 2.ª Câmara tem a seguinte composição:

- a) Carlos Manuel dos Santos Teixeira (Presidente);
- b) Gilberto de Faria Magalhães;
- c) Josefa Antónia dos Santos Neto;
- d) Lucas Manuel João Quilundo;
- e) Vitorino Domingos Hossi.

O Plenário do Tribunal Constitucional, em Luanda, aos 15 de Janeiro de 2025.

Os Juízes Conselheiros:

Laurinda Prazeres Monteiro Cardoso (Presidente);

Victória Manuel da Silva Izata (Vice-Presidente);

Carlos Alberto B. Burity da Silva;

Carlos Manuel dos Santos Teixeira;

Gilberto de Faria Magalhães;

João Carlos António Paulino;

Josefa Antónia dos Santos Neto;

Lucas Manuel João Quilundo;

Vitorino Domingos Hossi.

(25-0041-A-TS)