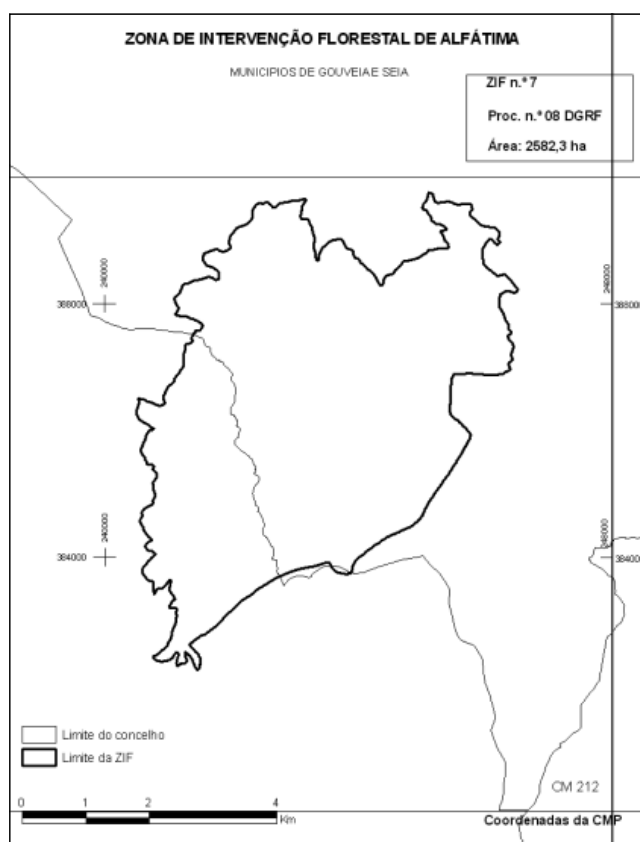


de 2582,30 ha, cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, englobando vários prédios rústicos das freguesias de Moimenta da Serra, Mangualde da Serra, Aldeias, Paços da Serra, Santa Marinha, Seia e Sabugueiro, municípios de Gouveia e Seia.

2.º A gestão da zona de intervenção florestal de Alfátima é assegurada pela URZE—Associação Florestal da Encosta da Serra da Estrela, com o número de pessoa colectiva 504495160, com sede na Rua da Cidade da Guarda, Edifício da Estação de Camionagem, rés-do-chão, 6290-361 Gouveia.

3.º A presente portaria produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Jaime de Jesus Lopes Silva*, em 16 de Outubro de 2007.



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL

### Decreto-Lei n.º 352/2007

de 23 de Outubro

A avaliação médico-legal do dano corporal, isto é, de alterações na integridade psico-física, constitui matéria de particular importância, mas também de assinalável complexidade. Complexidade que decorre de factores diversos, designadamente da dificuldade que pode existir na interpretação de sequelas, da subjectividade que envolve alguns dos danos a avaliar, da óbvia impossibilidade de submeter os sinistrados a determinados exames complementares, de inevitáveis reacções psicológicas aos traumatismos,

de situação de simulação ou dissimulação, entre outros. Complexidade que resulta também da circunstância de serem necessariamente diferentes os parâmetros de dano a avaliar consoante o domínio do direito em que essa avaliação se processa, face aos distintos princípios jurídicos que os caracterizam. Assim sucede nomeadamente em termos das incapacidades a avaliar e valorizar. No direito laboral, por exemplo, está em causa a avaliação da incapacidade de trabalho resultante de acidente de trabalho ou doença profissional que determina perda da capacidade de ganho, enquanto que no âmbito do direito civil, e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, se deve valorizar percentualmente a incapacidade permanente em geral, isto é, a incapacidade para os actos e gestos correntes do dia-a-dia, assinalando depois e suplementarmente o seu reflexo em termos da actividade profissional específica do examinando.

Não obstante a diversidade de realidades apontada e a consequente necessidade de adequar a elas a avaliação dos diversos tipos das incapacidades em causa, consoante a sua natureza e a resposta particular que reclamam, a protecção jurídico-laboral reforçada dos sinistrados ou doentes é um princípio básico, do qual não se pode abdicar, em defesa dos mais elementares direitos dos trabalhadores.

Na realidade, tal princípio justifica por si só, quer a manutenção de um instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas no específico domínio das relações do trabalho, quer ainda a sua constante evolução e actualização, por forma a abranger todas as situações em que, do exercício da actividade laboral, ou por causa dele, resultem significativos prejuízos para os trabalhadores, designadamente os que afectam a sua capacidade para continuar a desempenhar, de forma normal, a actividade profissional e, consequentemente, a capacidade de ganho daí decorrente.

O que se torna hoje de todo inaceitável é que seja a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, utilizada não apenas no contexto das situações especificamente referidas à avaliação de incapacidade laboral, para a qual foi efectivamente perspectivada, mas também por vezes, e incorrectamente, como tabela de referência noutros domínios do direito em que a avaliação de incapacidades se pode suscitar, para colmatar a ausência de regulamentação específica que lhes seja directamente aplicável. Trata-se de situação que urge corrigir pelos erros periciais que implica, que conduz a avaliações destituídas do rigor que as deve caracterizar, e potencialmente geradora de significativas injustiças.

Por isso mesmo opta o presente decreto-lei pela publicação de duas tabelas de avaliação de incapacidades, uma destinada a proteger os trabalhadores no domínio particular da sua actividade como tal, isto é, no âmbito do direito laboral, e outra direccionada para a reparação do dano em direito civil.

Para realizar este duplo objectivo, optar-se-á pela publicação, como anexo I, da revisão e actualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais já referida, a qual decorreu nos últimos seis anos, fruto de ininterruptos trabalhos realizados por parte de uma comissão permanente que foi criada pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, e que integrou representantes de diversos ministérios, e organismos e serviços públicos, da Associação Portuguesa de Seguros, dos tribunais do trabalho, da Associação Nacional

dos Deficientes Sinistrados do Trabalho, da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, das associações patronais e das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, e do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Com tal publicação são ajustadas as percentagens de incapacidade aplicáveis em determinadas patologias, como resultado de um trabalho técnico-científico preciso e sério, levado a cabo em obediência não apenas à dinâmica do panorama médico-legal nacional, mas também por recurso ao cotejo com o preconizado em várias tabelas europeias, nomeadamente a francesa.

A pesquisa e o estudo que conduziram à actual revisão jamais perderam de vista os valores da justiça, igualdade, proporcionalidade e boa-fé, nem descuraram também o pressuposto da humanização de um processo de avaliação das incapacidades que sempre deve ter em conta que o dano laboral sofrido atinge a pessoa, para além da sua capacidade de ganho.

A precisão e seriedade do trabalho desenvolvido, assente nos valores e pressupostos referenciados, são, para além do mais, garantidos pela própria composição da comissão permanente criada e pela forma como todos os seus elementos assumiram, nos longos e complexos trabalhos desenvolvidos, a co-autoria do processo de revisão.

Em segundo lugar, como anexo II, o presente decreto-lei introduz na legislação nacional uma Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, consubstanciado na aplicação de uma tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física.

Esta segunda tabela que ora se institui insere-se numa progressiva autonomização da avaliação do dano corporal em direito civil que vem tendo lugar nas legislações de diversos países, as quais, identificando esses danos, os avaliam e pontuam por recurso a tabelas próprias, a exemplo, aliás, do que acontece com a própria União Europeia, no seio da qual entrou recentemente em vigor uma tabela europeia intitulada «Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique». Nesta encontram-se vertidas as grandes incapacidades, estabelecem-se as taxas para as sequelas referentes aos diferentes sistemas, aparelhos e órgãos e respectivas funções e avaliam-se as situações não descritas por comparação com as situações clínicas descritas e quantificadas.

Fortemente inspirada nesta tabela europeia, mas também fruto da elevada capacidade científica e técnica do Instituto de Medicina Legal, que a co-redigiu, esta nova Tabela Nacional para o direito civil destina-se a ser utilizada exclusivamente por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas médicos de outras áreas com específica competência na avaliação do dano corporal, ou seja por peritos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no âmbito do direito civil e das respectivas regras, desde os problemas decorrentes de um eventual estado anterior, à problemática das sequelas múltiplas, constituindo assim um elemento auxiliar que se reputa de grande utilidade prática para a uniformização de critérios e procedimentos.

De acordo com esta nova tabela, a avaliação da incapacidade basear-se-á em observações médicas precisas e especializadas, dotadas do necessário senso clínico e de

uma perspectiva global e integrada, fazendo jus à merecida reputação que Portugal tem tido na avaliação do dano corporal.

Com a adopção desta nova tabela visa-se igualmente uma maior precisão jurídica e a salvaguarda da garantia de igualdade dos cidadãos perante a lei, no respeito do princípio de que devem ter avaliação idêntica as sequelas que, sendo idênticas, se repercutem de forma similar nas actividades da vida diária.

Dado que a reparação do dano corporal se traduz em regra na fixação de uma indemnização, em virtude da impossibilidade material da plena restituição ao estado anterior, a instituição desta nova tabela constitui um importante passo com vista à definição normativa e metodológica para avaliação do dano no domínio da responsabilidade civil, visando simplificar e dar maior celeridade à fixação do valor das indemnizações, nomeadamente no âmbito do seguro de responsabilidade civil automóvel.

A propósito de ambas as tabelas, refira-se, ainda, que visando um constante acompanhamento da sua correcta interpretação e aplicação e também a sua periódica revisão e actualização no sentido de nos aproximarmos, gradualmente, de uma tabela cada vez mais abrangente do ponto de vista da avaliação da pessoa segundo os parâmetros da Classificação Internacional da Funcionalidade da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde e de acordo com a vontade do governo manifesta no Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, serão criadas comissões encarregues destas tarefas, à semelhança aliás do que já existia relativamente à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

Foi ouvido o Instituto dos Seguros de Portugal, I. P., e solicitada a audição da Ordem dos Médicos.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## Artigo 1.º

### Objecto

São aprovadas a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, constantes respectivamente dos anexos I e II ao presente decreto-lei e que dele fazem parte integrante.

## Artigo 2.º

### Âmbito

1 — A incapacidade do sinistrado ou doente no âmbito do direito do trabalho e a incapacidade permanente do lesado no domínio do direito civil são calculadas respectivamente em conformidade com as duas tabelas referidas no artigo anterior, observando-se as instruções gerais e específicas delas constantes.

2 — Na avaliação do sinistrado ou doente é tido em conta o disposto no artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 143/99, de 30 de Abril, no artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 248/99, de 2 de Julho, e no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro.

3 — A incapacidade permanente do lesado para efeitos de reparação civil do dano é calculada por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas noutras áreas com competência específica no âmbito da avaliação

médico-legal do dano corporal no domínio do direito civil e das respectivas regras, os quais ficam vinculados à exposição dos motivos justificativos dos desvios em relação às pontuações previstas na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

### Artigo 3.º

#### Comissões

1 — Por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da justiça, no que se refere à Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, e dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e do trabalho, no que se refere à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, são constituídas comissões para a interpretação, revisão e actualização das referidas tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei.

2 — As portarias referidas no número anterior definem a composição, competências e modo de funcionamento das comissões.

3 — Enquanto não forem constituídas as comissões previstas no presente artigo mantém-se em funcionamento, no âmbito da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, a comissão constituída pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, com as competências que lhe são legalmente reconhecidas.

### Artigo 4.º

#### Disposições regulamentares

As portarias referidas no artigo 3.º são aprovadas no prazo de 90 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei.

### Artigo 5.º

#### Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro.

### Artigo 6.º

#### Norma de aplicação no tempo

1 — As tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei aplicam-se respectivamente:

a) Aos acidentes de trabalho ocorridos após a sua entrada em vigor;

b) Às doenças profissionais diagnosticadas após a sua entrada em vigor, independentemente da data do início do procedimento de avaliação e da data a que os efeitos do diagnóstico se reportam, salvo se ao caso em apreço corresponder legislação mais favorável, na data do início do procedimento;

c) A todas as peritagens de danos corporais efectuadas após a sua entrada em vigor.

2 — Nas revisões dos processos por doença profissional aplica-se a tabela em vigor à data do diagnóstico.

### Artigo 7.º

#### Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor 90 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Julho de 2007. — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *José Manuel Vieira Conde Rodrigues* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 27 de Setembro de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 1 de Outubro de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

## ANEXO I

**Tabela nacional de incapacidades por acidentes de trabalho ou doenças profissionais****Instruções gerais**

1 — A presente Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) tem por objectivo fornecer as bases de avaliação do dano corporal ou prejuízo funcional sofrido em consequência de acidente de trabalho ou de doença profissional, com redução da capacidade de ganho.

2 — As sequelas (disfunções), independentemente da causa ou lesão inicial de que resultem danos enquadráveis no âmbito do número anterior, são designados na TNI, em notação numérica, inteira ou subdividida em subnúmeros e alíneas, agrupados em capítulos.

3 — A cada dano corporal ou prejuízo funcional corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial, sendo a disfunção total, designada como incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, expressa pela unidade.

4 — Os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade a atribuir.

5 — Na determinação do valor da incapacidade a atribuir devem ser observadas as seguintes normas, para além e sem prejuízo das que são específicas de cada capítulo ou número:

a) Os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo factor 1.5, segundo a fórmula:  $IG + (IG \times 0.5)$ , se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais quando não tiver beneficiado da aplicação desse factor;

b) A incapacidade é igualmente corrigida, até ao limite da unidade, mediante a multiplicação pelo factor 1.5, quando a lesão implicar alteração visível do aspecto físico (como no caso das dismorfias ou equivalentes) que afecte, de forma relevante, o desempenho do posto de trabalho; não é cumulável com a alínea anterior;

c) 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 atinja a estabilidade clínica;

d) No caso de lesões múltiplas, o coeficiente global de incapacidade é obtido pela soma dos coeficientes parciais segundo o princípio da capacidade restante, calculando-se o primeiro coeficiente por referência à capacidade do indivíduo anterior ao acidente ou doença profissional e os demais à capacidade restante fazendo-se a dedução sucessiva de coeficiente ou coeficientes já tomados em conta no mesmo cálculo. Sobre a regra prevista nesta alínea prevalece norma especial expressa na presente tabela, propriamente dita;

e) No caso de lesão ou doença anterior aplica-se o n.º 2 do artigo 9.º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro;

f) As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas na Tabela são avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente.

5.A — A atribuição de incapacidade absoluta para o trabalho habitual deve ter em conta:

a) A capacidade funcional residual para outra profissão compatível com esta incapacidade atendendo à idade, qualificações profissionais e escolares e a possibilidade, concretamente avaliada, de integração profissional do sinistrado ou doente;

b) A avaliação é feita por junta pluridisciplinar que integra:

b.1) Um médico do Tribunal, um médico representante do sinistrado e um médico representante da entidade legalmente responsável, no caso de acidente de trabalho (AT);

b.2) Um médico do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP), serviço do Instituto da Segurança Social, I. P., um médico representante do doente e um especialista em Medicina do Trabalho, no caso de doença profissional (DP);

c) O especialista em Medicina do Trabalho, referido na alínea anterior, pode ser substituído por perito médico de outra especialidade sempre que, as condições concretas de cada caso a isso aconselhem e seja determinado pelo CNPRP.

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

a) Estado geral da vítima (capacidades físicas e mentais). — Considerando os factores de ordem geral determinantes do estado de saúde do indivíduo, devem os peritos médicos avaliar se a evolução do estado geral do sinistrado ou doente foi consideravelmente afectada de forma negativa;

b) Natureza das funções exercidas, aptidão e capacidade profissional. — A avaliação deve considerar a importância deste factor, em relação ao posto de trabalho que exercia, e aplicam-se as alíneas a) e b) do n.º 5, conforme os casos;

c) Idade (envelhecimento precoce). — O envelhecimento precoce tem uma ponderação igual à da alínea a) deste número.

7 — Sempre que circunstâncias excepcionais o justifiquem, pode ainda o perito afastar-se dos valores dos coeficientes previstos, inclusive nos valores iguais a 0.00 expondo claramente e fundamentando as razões que a tal o conduzem e indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente em princípio aplicável à situação concreta em avaliação.

8 — O resultado dos exames é expresso em ficha apropriada, devendo os peritos fundamentar todas as suas conclusões.

9 — As incapacidades temporárias parciais correspondentes ao primeiro exame médico são fixadas pelo menos no dobro do coeficiente previsível numa futura situação de incapacidade permanente, sem ultrapassar o coeficiente 1, e são reduzidas, gradualmente, salvo o caso de recaída ou agravamento imprevisto, confirmado por diagnóstico fundamentado até à alta definitiva com estabilização da situação clínica.

10 — Na determinação da incapacidade global a atribuir devem ser ponderadas as efectivas possibilidades de reabilitação profissional do sinistrado, face às suas aptidões e às suas capacidades restantes.

Para tanto, sempre que seja considerado adequado ou conveniente, podem as partes interessadas ou o Tribunal solicitar parecer às entidades competentes nas áreas do emprego e formação profissional, sobre as efectivas possibilidades de reabilitação do sinistrado.

11 — 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.

12 — Os sintomas que acompanhem défices funcionais, tais como dor e impotência funcional, para serem valorizáveis, devem ser objectivadas pela contractura muscular, pela diminuição da força, pela hipotrofia, pela pesquisa de reflexos e outros meios complementares de diagnóstico adequados.

13 — A fim de permitir o maior rigor na avaliação das incapacidades resultantes de acidente de trabalho e doença profissional, a garantia dos direitos das vítimas e a apreciação jurisdicional, o processo constituído para esse efeito deve conter obrigatoriamente os seguintes elementos:

- a) Inquérito profissional, nomeadamente para efeito de história profissional;
- b) Análise do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível (para concretizar e quantificar o agente causal de AT ou DP);
- c) História clínica, com referência obrigatória aos antecedentes médico-cirúrgicos relevantes;
- d) Exames complementares de diagnóstico apropriados.

14 — Deve ser avaliada a correlação do défice funcional com o agente causal, nomeadamente em matéria de doenças profissionais, para efeitos do disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 27.º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro;

## CAPÍTULO I

### Aparelho locomotor

*Instruções específicas.* — O esqueleto serve de suporte de outras estruturas, órgãos, sistemas ou tecidos, sendo também influenciado por estes, como sucede, por exemplo na hipomobilidade resultante de dismorfias, internas ou externas, com prejuízos funcionais ou estéticos que condicionam a avaliação da capacidade de ganho do homem.

Neste sentido, reveste-se de especial importância a valorização da função, relativamente a um eventual compromisso morfológico.

A perda ou limitação da função da mobilidade osteoarticular que ocorre, por exemplo, no caso das hipotonias ou das degenerescências miopáticas, não envolve, pelo menos de início, a afectação dos segmentos ósseos ou das superfícies articulares.

Daí reconhecer-se o primado do prejuízo funcional relativamente ao compromisso anatómico.

Os diversos coeficientes de incapacidade atribuídos são, sucessivamente, adicionados de acordo com o princípio da capacidade restante tendo, todavia presente que, a incapacidade segmentar de um membro nunca pode ser equiparável à perda total do mesmo.

O estudo da mobilidade e da patologia osteoarticular possui semiologia específica cuja avaliação exige, como requisitos mínimos, um local para execução do exame pericial que permita a observação do sinistrado de pé, em decúbito e durante a marcha.

Como auxiliares da observação pericial, o médico deve dispor, no mínimo, para além de um catre de observação, negatoscópio, fita métrica, régua, goniómetro e dinamómetro.

Na avaliação dos coeficientes de incapacidade a atribuir nunca deve ser esquecido o estudo da potência muscular, universalmente classificada em seis grupos:

- 0) Não se verifica qualquer contracção muscular;
- 1) Verifica-se contracção muscular mas esta não anula a acção da gravidade;
- 2) Verifica-se contracção muscular que anula mas não ultrapassa a força da gravidade (sem movimento possível);
- 3) A força da contracção muscular já consegue vencer a força da gravidade;
- 4) A força da contracção muscular já consegue vencer a resistência do médico;
- 5) Verifica-se força muscular normal.

Aos coeficientes de incapacidade resultante das sequelas osteoarticulares e ligamentares, são adicionados, quando for caso disso, os coeficientes de incapacidade de índole neurológica ou outra, sempre de acordo com o princípio da capacidade restante.

As próteses externas, consoante o seu grau de aperfeiçoamento, pode conduzir a uma diminuição da incapacidade prevista na Tabela, que deve ser quantificada logo que seja atingida a estabilidade clínica [v. Instruções gerais, n.º 5, alínea b)].

**1 — Coluna vertebral****1.1 — Entorses, fracturas e luxações:**

1.1.1 — Traumatismos raquidianos sem fractura, ou com fracturas consolidadas sem deformação ou com deformação insignificante:

a) Assintomática .....	0,00
b) Apenas com raquialgia residual .....	0,02-0,10
c) Com rigidez por espasmo muscular ou resultante de fixação cirúrgica, de acordo com o número de corpos vertebrais envolvidos e conforme objectivação da dor .....	0,05-0,15

**1.1.2 — Fractura de um ou mais corpos vertebrais, consolidada com deformação acentuada:**

a) Deformação do eixo raquidiano, apenas com expressão imagiológica .....	0,05-0,10
b) Deformação do eixo raquidiano, detectável no exame clínico e imagiológico .....	0,11-0,20
c) Idem, com colapso grave de um ou mais corpos vertebrais .....	0,21-0,40

1.1.3 — Fracturas dos istmos ou pedículos vertebrais (a graduar conforme as sequelas, de acordo com o n.º 1.1.1).

**1.1.4 — Fracturas apofisárias (espinhosas ou transversais):**

a) Assintomáticas .....	0,00
b) Consolidadas ou não, com raquialgia residual (de acordo com a objectivação da dor) .....	0,02-0,10

**1.1.5 — Subluxações e luxações:**

a) Subluxação cervical (a graduar conforme as sequelas, de acordo com os números anteriores)	
b) Luxação cervical .....	0,10-0,30
c) Luxações dorsais ou lombares (a graduar conforme as sequelas, de acordo com os números anteriores).	
d) Idem, com fracturas (a graduar conforme as sequelas de acordo com o n.º 1.2).	

**1.1.6 — Sacro e cóccix (v. os n.ºs 9.2.1 e 9.2.2).****1.2 — Mobilidade da coluna (imobilidade e limitação da mobilidade):**

1.2.1 — Imobilidade (anquilose) da coluna cervical. É definida pelo ângulo em que se fixam os seus elementos constituintes nos diversos movimentos que eram possíveis antes da lesão:

1.2.1.1 — Graus de imobilidade no plano sagital (ângulo em que se fixam os elementos). O total da excursão entre flexão máxima e a extensão máxima é de 60°, sendo 30° para a flexão e 30° para a extensão:

Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0° e 10°, na flexão ou na extensão) .....	0,10-0,12
Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre 11° e 20°, na flexão ou na extensão) .....	0,13-0,15
Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre 21° e 30°, na flexão ou na extensão) .....	0,16-0,20

1.2.1.2 — Graus de imobilidade no plano frontal ou inclinação lateral (ângulo em que se fixam os elementos). Da posição neutra até à inclinação lateral máxima decorrem 40° para cada lado:

Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0° e 9°):

a) Imobilidade a 0° .....	0,10
b) Imobilidade entre 1° e 9° .....	0,11-0,12

Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre os 10° e 19°):

a) Imobilidade a 10° .....	0,13
b) Imobilidade entre 11 e 19° .....	0,14 -0,15

Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre os 20° e 40°):

a) Imobilidade a 20° .....	0,16
b) Imobilidade entre 21° e 30° .....	0,17-0,18
c) Imobilidade entre 31° e 40° .....	0,19-0,20

1.2.1.3 — Graus de imobilidade na rotação lateral (ângulo em que se fixam os elementos). O conjunto da excursão máxima — rotação à direita e à esquerda — é de 60°, sendo 30° para cada lado:

Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre os 0° e 19°):

a) Imobilidade a 0° .....	0,10
b) Imobilidade entre 1° e 9° .....	0,11-0,12

Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre os 10° e 19°):

a) Imobilidade a 10° .....	0,13
b) Imobilidade entre 11° e 19° .....	0,14-0,15

Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre os 20° e 30°):

a) Imobilidade a 20°	0,16
b) Imobilidade entre 21° e 30°	0,17-0,20

1.2.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) da mobilidade da coluna cervical:

1.2.2.1 — No plano sagital, ou seja, na flexão (zona onde a mobilidade é possível):

a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 20°	0,03-0,05
c) Só permite mobilidade até aos 10°	0,06-0,10

1.2.2.2 — No plano sagital, ou seja, na extensão (zona onde a mobilidade é possível):

a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00;
b) Só permite mobilidade até aos 15°	0,03-0,05.

1.2.2.3 — No plano frontal ou seja na inclinação lateral (zona onde a mobilidade é possível):

a) Permite mobilidade até aos 40°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 30°	0,01-0,02
c) Só permite mobilidade até aos 20°	0,03-0,04
d) Só permite mobilidade até aos 10°	0,05-0,08

1.2.2.4 — No plano transversal ou seja nas rotações (esquerda ou direita — zona onde a mobilidade é possível):

a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00;
b) Só permite mobilidade até aos 20°	0,01-0,02
c) Só permite mobilidade até aos 10°	0,03-0,10

1.2.3 — Imobilidade (anquilose) da coluna dorso-lombar. É definida pelo ângulo em que se fixam os seus elementos constituintes nos diversos movimentos que eram possíveis antes da lesão:

1.2.3.1 — No plano sagital, ou seja, na flexão-extensão (a excursão máxima descreve, no seu conjunto, 120°, efectuando-se a flexão máxima até 90° e a extensão máxima até 30°):

Grau I — Ligeiro (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):

a) Bloqueio na flexão ou na extensão a 0°	0,10-0,12
b) Bloqueio na flexão entre 1° e 10°	0,13-0,14
c) Bloqueio na extensão entre 1° e 10°	0,15-0,18

Grau II — Moderado (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 10° e 30°):

d) Bloqueio na flexão a 10°	0,19
e) Bloqueio na extensão a 10°	0,20
f) Bloqueio na flexão entre 11° e 20°	0,18-0,19
g) Bloqueio na extensão entre 11° e 20°	0,19-0,24
h) Bloqueio na flexão entre 21° e 30°	0,17-0,18
i) Bloqueio na extensão entre 21° e 30°	0,25-0,30

Grau III — Grave (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 30° e 90°):

j) Bloqueio na flexão entre 31° e 40°	0,19-0,20
l) Bloqueio na flexão entre 41° e 50°	0,21-0,22
m) Bloqueio na flexão entre 51° e 60°	0,23-0,24
n) Bloqueio na flexão entre 61° e 70°	0,25-0,26
o) Bloqueio na flexão entre 71° e 80°	0,27-0,28
p) Bloqueio na flexão entre 81° e 90°	0,29-0,30

1.2.3.2 — No plano frontal ou seja na inclinação lateral (o conjunto da inclinação máxima é de 40°, sendo 20° para a direita e 20° para a esquerda):

Grau I — Ligeira (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):

Imobilidade até 10°	0,15-0,22
---------------------	-----------

Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 11° e 19°):

Imobilidade de 11° a 19°	0,23-0,29
--------------------------	-----------

Grau III — Grave (a imobilidade define-se pela fixação aos 20° de inclinação para a esquerda ou para a direita):

Imobilidade a 20° ..... 0,30

1.2.3.3 — No plano transversal, ou seja, nas rotações (o conjunto da excursão para a direita ou para a esquerda é de 60° para os dois lados, sendo 30° para cada um deles):

Grau I — Ligeira (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):

Imobilidade até 10° ..... 0,15-0,19

Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 11° e 20°):

Imobilidade de 11° a 20° ..... 0,20-0,24

Grau III — Grave (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 21° e 30°):

Imobilidade de 21° a 30° ..... 0,25-0,30

1.2.4 — Limitação (rigidez) da mobilidade da coluna dorso-lombar (não se verifica fixação dos elementos constituintes, mas apenas resistência à mobilidade osteoarticular):

1.2.4.1 — No plano sagital, na flexão (a excursão máxima varia entre 0° e 90°):

Grau I — Ligeira:

a) Permite mobilidade até aos 90° ..... 0,00

b) Permite mobilidade até aos 80° (resistência nos últimos 10°) ..... 0,01

Grau II — Moderada:

c) Permite mobilidade até aos 70° (resistência nos últimos 20°) ..... 0,02

d) Permite mobilidade até aos 60° (resistência nos últimos 30°) ..... 0,03

e) Permite mobilidade até aos 50° (resistência nos últimos 40°) ..... 0,04

Grau III — Grave:

f) Permite mobilidade até aos 40° (resistência nos últimos 50°) ..... 0,05

g) Permite mobilidade até aos 30° (resistência nos últimos 60°) ..... 0,06

h) Permite mobilidade até aos 20° (resistência nos últimos 70°) ..... 0,07

i) Permite mobilidade até aos 10° (resistência nos últimos 80°) ..... 0,08

j) Quase ausência de mobilidade ..... 0,12

1.2.4.2 — No plano sagital, na extensão (a excursão máxima varia entre 0° e 30°):

Grau I — Ligeiro — permite mobilidade até aos 30° ..... 0,00

Grau II — Moderado — permite mobilidade até aos 20° (resistência nos últimos 10°) ..... 0,01

Grau III — Grave — (só permite mobilidade entre os 0° e os 10°):

a) Permite mobilidade até aos 10° (resistência nos últimos 20°) ..... 0,02-0,08

b) Quase não permite mobilidade ..... 0,12

1.2.4.3 — No plano frontal ou inclinação lateral (excursão máxima de 20° para cada lado):

Grau I — Ligeiro — permite mobilidade entre os 0° e os 20° (resistência entre 20° e 30°) ..... 0,02-0,04

Grau II — Moderado — permite mobilidade entre 0° e 10° (resistência nos últimos 20°) ..... 0,05-0,08

Grau III — Grave — quase imóvel ..... 0,09-0,12

1.2.4.4 — No plano transversal ou nas rotações (normal = 30°):

Grau I — Ligeiro (resistência entre 20° e 30°):

a) Mobilidade possível até aos 30° (mobilidade possível mas com alguma resistência) ..... 0,00

b) Mobilidade possível até aos 10° (limitação da mobilidade entre 20° e 30°) ..... 0,01-0,02

Grau II — Moderado (resistência entre 0° e 20°):

a) Mobilidade possível até aos 20° ..... 0,02

b) Limitação da mobilidade entre os 10° e os 20° ..... 0,03-0,04

Grau III — Grave (resistência entre os 0° e os 10°):

a) A resistência à mobilidade situa-se entre os 2° e os 10° (imóvel para além dos 10°) ..... 0,05-0,08

b) Quase imóvel ..... 0,12

*Nota.* — A avaliação da coluna lombo-sagrada está incluída no conjunto dorso-lombar.



**2 — Tórax**

Instruções específicas — Nos traumatismo da caixa torácica os elementos determinantes da incapacidade são:

Algias que dificultem a excursão torácica ou impeçam os esforços;  
Deformações da parede anterior com repercussões no mediastino;  
Alterações da função respiratória;  
Eventuais alterações cardiovasculares (funcionais ou orgânicas).

Aos coeficientes de desvalorização referentes às sequelas das lesões da parede torácica são adicionados os resultados das eventuais sequelas respiratórias e cardiovasculares, segundo o princípio da capacidade restante.

As sequelas que não sejam da caixa torácica são valorizadas nos Capítulos VII — Pneumologia e Capítulo VI — Angiocardiologia.

2.1 — Partes moles (com alteração da excursão respiratória):

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Rotura, desinserção ou hipotrofia do grande ou pequeno peitoral (acrescentar a incapacidade resultante de alteração da função respiratória, se for caso disso) . . . . . | 0,02-0,08 |
| b) Rotura ou instabilidade dos músculos intercostais (acrescentar a incapacidade resultante de alteração da função respiratória, se for caso disso) . . . . .               | 0,00-0,03 |

2.2 — Fracturas do esterno:

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Consolidada sem deformação . . . . .   | 0,00      |
| b) Consolidada com deformação acentuada e francamente dolorosa . . . . .  | 0,03-0,10 |
| c) Consolidada com alteração da função respiratória ou cardíaca [v. Capítulo VI — Angiocardiologia e Capítulo VII — Pneumologia para quantificação da insuficiência cardíaca ou pulmonar, que é adicionada, segundo o princípio da capacidade restante, aos valores da alínea b)] . . . . . |           |

2.3 — Fractura de uma ou mais costelas:

- |  |            |
|--|------------|
| a) Consolidada sem ou com ligeira deformação . . . . .   | 0,00-0,01  |
| b) Pseudartrose de uma ou mais costelas (a graduar de acordo com a dor residual) . . . . .   | 0,02-0,10  |
| c) Grave deformação ou instabilidade da parede torácica (para as sequelas da função respiratória, v. Capítulo VII — Pneumologia, a adicionar de acordo com o princípio da capacidade restante) . . . . . | 0,05-0,15. |

*Nota.* — Independentemente do número de costelas fracturadas, interessa, para a desvalorização, a alteração funcional residual.

2.4 — Luxações condroesternais ou costovertebrais (a graduar conforme as sequelas, de acordo com o n.º 2.3).

**3 — Cintura escapular**

	Activo	Passivo
3.1 — Partes moles:		
a) Hipotrofia do músculo deltóide . . . . .	0,00-0,12	0,00-0,10
b) Paralisia do músculo deltóide por lesão do nervo circunflexo (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 6.1.4) . . . . .	0,20-0,25	0,15-0,20
3.2 — Lesões osteoarticulares:		
3.2.1 — Fractura da clavícula:		
a) Consolidada com ligeira deformação . . . . .	0,00	0,00
b) Consolidada com deformação notória, mas sem alterações neuro-vasculares . . . . .	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Idem, com prejuízo estético [à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), é adicionada a que resultar do prejuízo estético associado — v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 4].		
d) Idem, com alteração vascular [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso vascular associado — v. n.º 2.1 de Capítulo VI — Angiocardiologia, lesões vasculares].		
e) Idem, com alteração neurológica a [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso neurológico associado — v. Capítulo III — Neurologia, n.º 6.1].		
f) Pseudartrose, sem solução cirúrgica . . . . .	0,04-0,08	0,03-0,06
g) Idem, quando o exercício da actividade profissional exija esforços violentos com os membros superiores, pode aplicar-se o factor de bonificação 1,5 aos valores da alínea anterior.		

	Activo	Passivo
3.2.2 — Luxação da clavícula:		
a) Interna (esterno-clavicular) . . . . .	0,00-0,06	0,00-0,05
b) Externa (acrómio-clavicular) . . . . .	0,00-0,06	0,00-0,04

*Nota.* — A desvalorização máxima deve ser atribuída só quando coexistir prejuízo estético e dificuldade no exercício da actividade profissional.

	Activo	Passivo
3.2.3 — Artrose pós-traumática acrómio-clavicular (a graduar segundo a objectivação da dor, défice funcional e a exigência do exercício da actividade profissional) . . . . .	0,03-0,07	0,02-0,05
3.2.4 — Remoção cirúrgica da extremidade externa da clavícula . . . . .	0,02-0,04	0,01-0,03

3.2.5 — Fracturas da omoplata. — A incapacidade é calculada, segundo o princípio da capacidade restante de acordo com a limitação da mobilidade do ombro (v. n.º 3.2.7.3).

3.2.6 — Luxação recidivante do ombro (articulação escápulo-umeral):

- a) A incapacidade é graduada de acordo com a frequência da recidiva, o esforço do membro superior que a determina e o compromisso acessório da mobilidade osteoarticular (v. n.º 3.2.7.2);
- b) Idem, operado com êxito (a incapacidade será graduada de acordo com a mobilidade do ombro — v. n.º 3.2.7.2);
- c) Artroplastia total do ombro (a graduar de acordo com as sequelas);

3.2.7 — Mobilidade do ombro — Imobilidade (anquilose) e limitação da mobilidade (rigidez):

3.2.7.1 — Imobilidade (anquilose):

	Activo	Passivo
a) Em boa posição (permite levar a mão à boca) . . . . .	0,25-0,30	0,20-0,25
b) Em má posição (não permite ou permite com muita dificuldade levar a mão à boca) . . .	0,35-0,45	0,30-0,40

3.2.7.2 — Limitação da mobilidade do ombro (rigidez) — Participam na mobilidade osteoarticular do ombro, para além da articulação escápulo-umeral, as articulações escápulo-torácica e acessoriamente as articulações acrómio-clavicular e esterno-clavicular.

A amplitude dos movimentos mede-se, com goniómetro, a partir da posição de repouso do membro superior, pendendo ao longo do corpo (0°), com o cotovelo em extensão e com a face palmar das mãos para diante — posição de supinação vertical — e, se o ombro contra-lateral estiver normal, deve ser utilizado para comparação, como regra usual para todas as articulações bilaterais.

A mobilidade do ombro é muito variada e extensa consubstanciando-se em seis movimentos fundamentais combinados: flexão-extensão (ante e retropulsão), que se realiza no plano sagital; abdução-adução, que se realiza no plano coronal, ou seja, no sentido do afastamento ou da aproximação do corpo; rotação interna e externa, que se realizam à volta do eixo longitudinal do úmero. Os limites da amplitude normal para os vários movimentos do ombro são:

No plano sagital:

Flexão (antepulsão) de 0° a 180°;  
Extensão (retropulsão) de 0° a 60°;

No plano coronal:

Adução de 0° a 45°;  
Abdução de 0° a 180°;

No plano horizontal:

Rotação interna de 0° a 80°;  
Rotação externa de 0° a 90°.

A incapacidade é atribuída conforme a zona de variação da mobilidade do ombro (ângulo máximo de mobilidade ou extremos do ângulo de movimentação) com bloqueio total na restante excursão normal.

3.2.7.2.1 — No plano sagital:

3.2.7.2.1.1 — Na flexão:

	Activo	Passivo
a) De 0° a 30° . . . . .	0,08	0,06
b) De 0° a 60° . . . . .	0,06	0,04
c) De 0° a 90° . . . . .	0,03	0,02
d) Igual ou superior a 135° . . . . .	0,00	0,00

	Activo	Passivo
3.2.7.2.1.2 — Na extensão (retropulsão):		
a) De 0° a 30°	0,05	0,03
b) De 0° a 50°	0,04	0,02
c) Mais de 50°	0,00	0,00
3.2.7.2.2 — No plano coronal:		
3.2.7.2.2.1 — Adução:		
a) De 0° a 30°	0,05	0,04
b) De 0° a 60°	0,04	0,03
c) Mais de 60°	0,00	0,00
3.2.7.2.2.2 — Abdução:		
a) De 0° a 30°	0,15	0,12
b) De 0° a 60°	0,10	0,08
c) De 0° a 90°	0,07	0,06
d) De 0° a 135°	0,04	0,02
e) Mais de 135°	0,00	0,00
3.2.7.2.3 — Rotações — os limites das rotações são:		
Rotação interna — de 0° a 80°;		
Rotação externa — de 0° a 90°.		
3.2.7.2.3.1 — Rotação interna:		
a) De 0° a 25°	0,06	0,05
b) De 0° a 50°	0,04	0,03
c) De 0° a 80°	0,00	0,00
3.2.7.2.3.2 — Rotação externa:		
a) De 0° a 30°	0,06	0,05
b) De 0° a 60°	0,04	0,03
c) De 0° a 90°	0,00	0,00
3.2.7.3 — Limitação conjugada da mobilidade (conjunto das articulações do ombro e cotovelo). — Admitem-se três graus:		
	Activo	Passivo
a) Grau I — Permite levar a mão à nuca, ao ombro oposto e à região lombar.	0,00-0,05	0,00-0,03
b) Grau II — A elevação do braço forma com o tronco um ângulo de 90°, com limitação das rotações interna e externa, impedindo levar a mão à nuca, ao ombro oposto e à região lombar	0,06-0,10	0,04-0,08
c) Grau III — A elevação do braço forma com o tronco um ângulo inferior a 90° e a flexão-extensão do cotovelo um ângulo entre 60° a 100° (ângulo favorável)	0,11-0,15	0,09-0,12
3.3 — Perda de segmentos (amputações):		
3.3.1 — Desarticulação inter-escápulo-torácica	0,70	0,65
3.3.2 — Desarticulação escápulo-umeral	0,65	0,60
3.3.3 — Ressecção da cabeça do úmero sem endoprótese	0,50	0,45
3.3.4 — Idem, com prótese (a graduar de acordo com as sequelas funcionais).		

#### 4 — Braço

4.1 — Partes moles. — A graduar conforme exigências posto de trabalho. Quando o exercício da actividade profissional for exigente na integridade da força das massas musculares, a incapacidade será corrigida pelo factor de bonificação 1,5.

	Activo	Passivo
4.1.1 — Hipotrofia das massas musculares superior a 2 cm (a graduar conforme os músculos interessados)	0,05-0,10	0,04-0,08

	Activo	Passivo
4.1.2 — Rotura do músculo bicípete:		
a) Sequelas ligeiras (pequena deformação durante a contracção muscular) . . . . .	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Rotura completa da longa porção, não passível de reparação cirúrgica . . . . .	0,05-0,12	0,04-0,10
c) Rotura completa da inserção inferior, não passível de reparação cirúrgica . . . . .	0,15-0,20	0,12-0,18
4.2 — Esqueleto:		
4.2.1 — Fractura da diáfise umeral, consolidada em posição viciosa:		
a) Sem evidente deformação ou perturbação funcional . . . . .	0,00	0,00
b) Com deformação notória e perturbação funcional ligeira . . . . .	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Idem, com encurtamento (a graduar de acordo com o n.º 4.2.2).		
4.2.2 — Dismetria por encurtamento do braço		
a) Inferior a 2 cm . . . . .	0,00	0,00
b) De 2 a 4 cm . . . . .	0,03-0,08	0,02-0,05
c) Superior a 4 cm . . . . .	0,09-0,15	0,06-0,12
4.2.3 — Pseudartrose do úmero (não passível de reparação cirúrgica):		
a) Com diástase estreita e densa . . . . .	0,20-0,30	0,15-0,20
b) Com diástase larga e laxa . . . . .	0,35-0,45	0,25-0,35
4.3 — Perda de segmentos (amputações):		
a) Pelo colo cirúrgico ou terço superior do úmero . . . . .	0,60	0,55
b) Pelo terço médio ou inferior do úmero . . . . .	0,50	0,45
c) Prótese externa eficaz [v. «Instruções específicas» e gerais, n.º 5, alínea c)].		

## 5 — Cotovelo

*Instruções específicas.* — No cotovelo, a flexão-extensão é o principal movimento, havendo também a participação desta articulação nos movimentos de torsão do antebraço — os chamados movimentos de pronação e de supinação.

A limitação destes últimos movimentos — de prono-supinação — pode também estar ligada à limitação da mobilidade do antebraço e ou do punho, estando a descrição destas limitações considerada nos capítulos referentes ao antebraço e ao punho.

A medição da amplitude osteoarticular do cotovelo faz-se, com goniómetro, com o sinistrado de pé (quando possível) e em posição de supinação vertical ou, não sendo possível, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo (0°) e com as palmas das mãos para diante.

A excursão do movimento de flexão do cotovelo decorre entre os 0° e os 145° (flexão completa do antebraço sobre o braço). Neste movimento, a amplitude de mobilidade mais favorável decorre entre os 60° e os 100° por ser a variação que permite melhor vida de relação ao sinistrado.

### 5.1 — Partes moles:

5.1.1 — Cicatrizes que limitam a extensão e permitem a flexão completa (v. n.º 5.2.2 e Capítulo II — Dismorfias).

5.1.2 — Epicondilite e epitrocleíte:

	Activo	Passivo
A valorizar em conformidade com a perturbação funcional e a objectivação da dor . . . . .	0,00-0,08	0,00-0,05

### 5.2 — Esqueleto (lesões ósseas e articulares):

5.2.1 — Desvio do cotovelo em varo ou valgo:

A valorizar em conformidade com o desvio formado entre antebraço e braço . . . . .	0,01-0,04	0,01-0,03
--	-----------	-----------

### 5.2.2 — Limitações da mobilidade (rigidez) na flexão-extensão:

a) Mobilidade mantida entre 0° e 70° . . . . .	0,20-0,25	0,15-0,20
b) Idem, entre 0° e 90° . . . . .	0,20-0,25	0,15-0,20
c) Idem, entre 0° e 110° . . . . .	0,05-0,10	0,03-0,08
d) Idem, entre 60° e 100° (ângulo favorável) . . . . .	0,10-0,15	0,07-0,10
e) Mobilidade mantida entre os 5° e os 145° (flexão completa), ou seja, não faz a extensão nos últimos 5° . . . . .	0,00	0,00
f) Idem, entre 5° e 45° até à flexão completa, isto é, a extensão tem o seu limite entre 45° e 5° . . . . .	0,00-0,10	0,00-0,07
g) Idem, de 70° até aos 145°, ou seja, não faz a extensão para além dos 70° . . . . .	0,11-0,15	0,08-0,10
h) Idem, de 90° até aos 145°, ou seja, não faz a extensão para além dos 90° . . . . .	0,20-0,25	0,15-0,20

## 5.2.3 — Anquilose do cotovelo (úmero-cubital):

## 5.2.3.1 — Imobilidade na flexão, conservando os movimentos de prono-supinação:

	Activo	Passivo
a) Imobilidade entre 60° e 100° (posição favorável) . . . . .	0,20-0,25	0,15-0,20
b) Imobilidade noutros ângulos (má posição) . . . . .	0,25-0,35	0,20-0,30

## 5.2.3.2 — Anquilose do cotovelo (na flexão e extensão) e limitação da prono-supinação.

A incapacidade prevista no n.º 5.2.3.1 adicionam-se as incapacidades referentes à pronação-supinação do antebraço (v. «Antebraço» e «Punho», números 6.2.1, 7.2.2.3 e 7.2.2.4).

	Activo	Passivo
5.2.4 — Perda óssea não passível de correcção cirúrgica com endoprótese (a graduar conforme a extensão das perdas ósseas resultantes de traumatismo ou de intervenção cirúrgica) . . . .	0,35-0,45	0,25-0,35

## 5.2.5 — Ressecção da cabeça do rádio (v. n.º 6.2.7).

## 5.2.6 — Desarticulação do cotovelo:

5.2.7 — Prótese total (endoprótese) do cotovelo: . . . . .	0,60	0,55
--	------	------

a) Funcionamento eficaz . . . . .	0,15-0,25	0,10-0,20
b) Funcionamento pouco eficaz (adicionar à desvalorização anterior o grau de mobilidade conforme o n.º 5.2.2).		
c) Rejeição de endoprótese/s (v. n.º 5.2.4).		

**6 — Antebraço**

## 6.1 — Partes moles:

	Activo	Passivo
6.1.1 — Hipotrofia dos músculos do antebraço (superior a 2 cm) . . . . .	0,02-0,15	0,01-0,12

6.1.2 — Retracção isquémica dos músculos do antebraço (Volkmann) (a desvalorização a atribuir é a que resultar da mobilidade do punho e da mão — v. «Mão», n.º 8.1.4).

## 6.2 — Esqueleto:

6.2.1 — Fractura consolidada em posição viciosa de um ou dos dois ossos do antebraço (a incapacidade a atribuir é definida pela pronação-supinação da mão — v. «Punho», n.ºs 7.2.2.3 e 7.2.2.4).

6.2.2 — Limitação dos movimentos de prono-supinação do antebraço — v. n.º 7.2.2.3 e 7.2.2.4).

6.2.3 — Imobilidade do antebraço (perda dos movimentos de prono-supinação, com a mão imobilizada):

	Activo	Passivo
a) Em pronação . . . . .	0,20-0,22	0,15-0,17
b) Em supinação . . . . .	0,30-0,32	0,20-0,22
c) Em posição intermédia . . . . .	0,10-0,15	0,08-0,10

## 6.2.4 — Pseudartrose do rádio (não passível de correcção cirúrgica):

a) Com diastase estreita e densa . . . . .	0,08-0,10	0,06-0,08
b) Com diastase larga e laxa . . . . .	0,11-0,25	0,09-0,20

## 6.2.5 — Pseudartrose do cúbito (não passível de correcção cirúrgica):

a) Com diastase estreita e densa . . . . .	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Com diastase larga e laxa . . . . .	0,07-0,20	0,06-0,15

## 6.2.6 — Pseudartrose de dois ossos (não passível de correcção cirúrgica):

a) Com diastase estreita e densa . . . . .	0,15-0,20	0,10-0,15
b) Com diastase larga e laxa . . . . .	0,21-0,30	0,16-0,25

## 6.2.7 — Ressecção da cabeça do rádio:

a) Com mobilidade normal do cotovelo . . . . .	0,01-0,03	0,01-0,02
b) Com limitação da flexão-extensão ou da prono-supinação do antebraço (a desvalorização a atribuir é definida pelo n.º 5.2.2) e compromisso da mobilidade do punho (v. números 7.2.2.1 e 7.2.2.2).		

6.2.8 — Ressecção da extremidade inferior do cúbito . . . . .	0,04-0,06	0,03-0,05
---	-----------	-----------

## 6.2.9 — Dismetria por encurtamento do antebraço:

a) Inferior a 2 cm. . . . .	0,00	0,00
b) De 2 a 4 cm. . . . .	0,03-0,08	0,02-0,05
c) Superior a 4 cm . . . . .	0,09-0,15	0,06-0,12

	Activo	Passivo
6.2.10 — Perda de segmentos (amputações) . . . . .	0,60	0,55
6.2.11 — Prótese:		

a) Cosmética (a graduar pelo n.º 6.2.10);

b) Funcionalmente eficaz (a graduar de acordo com a operacionalidade da prótese — v. «Instruções específicas» e gerais).

## 7 — Punho

*Instruções específicas.* — A medição da amplitude dos movimentos de flexão e extensão do punho efectua-se a partir da posição anatómica de repouso (posição neutra) de 0°. A extensão atinge, em média os 70° e a flexão, os 80°.

A medição da amplitude dos movimentos de pronação e supinação (que se efectuam à custa das articulações rádio-cubital superior e rádio-cubital inferior), obtém-se a partir da posição neutra de 0° (o examinando de pé, braço pendente, cotovelo flectido a 90° e mão no prolongamento do antebraço com o polegar para cima).

A amplitude máxima em cada um destes movimentos atinge, em média, os 90°.

7.1 — Partes moles:

7.1.1 — Cicatrizes viciosas. — Se causarem incapacidade, as cicatrizes são desvalorizadas de acordo com o grau de mobilidade articular (n.º 7.2.2). Se a cicatriz for disforme e originar prejuízo estético, a incapacidade é corrigida pelo factor de bonificação 1,5 (v. Capítulo II — Dismorfias).

7.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

7.2.1 — Pseudartrose da apófise estilóide do cúbito (não confundir com sesamóide):

	Activo	Passivo
a) Assintomática. . . . .	0,00	0,00
b) Francamente dolorosa à mobilização . . . . .	0,02-0,04	0,01-0,03

7.2.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) do punho:

7.2.2.1 — Extensão (dorsiflexão):

a) Mobilidade entre 35° e 70° . . . . .	0,01-0,03	0,01-0,02
b) Mobilidade inferior a 35° . . . . .	0,04-0,06	0,03-0,04

7.2.2.2 — Flexão (flexão palmar):

a) Mobilidade entre 45° e 80° . . . . .	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Mobilidade inferior a 45° . . . . .	0,03-0,04	0,02-0,03

7.2.2.3 — Pronação:

a) Mobilidade entre 45° e 90° . . . . .	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Mobilidade inferior a 45° . . . . .	0,05-0,08	0,04-0,06

7.2.2.4 — Supinação:

a) Mobilidade entre 45° e 90° . . . . .	0,00-0,03	0,00-0,02
b) Mobilidade inferior a 45° . . . . .	0,04-0,06	0,03-0,05

7.2.2.5 — Limitação axial da mobilidade do punho:

a) Lateralidade radial possível entre 0° e 10° . . . . .	0,03-0,06	0,02-0,04
b) Idem, entre 11° e 20° . . . . .	0,01-0,03	0,01-0,02
c) Lateralidade cubital possível entre 0° e 20° . . . . .	0,03-0,06	0,02-0,04
d) Desvio cubital de 21° a 45° . . . . .	0,01-0,03	0,01-0,02

7.2.2.6 — Limitação da mobilidade osteoarticular por artrose com impotência funcional (v. números

7.2.2.1 e seguintes). Conforme a objectivação da dor, a incapacidade a atribuir é corrigida pelo factor de bonificação 1,5.

7.2.3 — Anquilose do punho:

7.2.3.1 — Anquilose rádio-cárpica, com prono-supinação livre:

	Activo	Passivo
a) Em flexão . . . . .	0,15-0,20	0,10-0,15
b) Em extensão ou posição intermédia . . . . .	0,08-0,14	0,05-0,08

7.2.3.2 — Anquilose rádio-cárpica, com prono-supinação limitada.

Aos coeficientes de incapacidade previstos no n.º 7.2.3.1 adicionam-se as constantes nos n.ºs 7.2.2.3 e 7.2.2.4, de acordo com o princípio da capacidade restante.

7.2.3.3 — Ressecções ósseas do carpo:

a) Da primeira fila dos ossos do carpo . . . . .	0,35	0,30
b) Do escafoide (parcial ou total) . . . . .	0,12-0,16	0,10-0,14
c) Do semilunar (ainda que substituído por prótese). . . . .	0,10-0,15	0,08-0,10

7.2.3.4 — Artrose pós-traumática (a incapacidade é graduada de acordo com a limitação da mobilidade do punho (n.º 7.2.2) e conforme a objectivação da dor [v. n.º 7.2.1, alínea b]).

	Activo	Passivo
7.2.3.5 — Desarticulação da mão pelo punho. ....	0,60	0,55

7.3 — Sequelas neurológicas do punho (v. Capítulo III — Neurologia, números 6.17, 6.18 e 6.19).

## 8 — Mão

*Instruções específicas.* — Aquando de lesões traumáticas múltiplas, a incapacidade é graduada de acordo com o princípio da capacidade restante, salvo nos casos assinalados e expressamente regulados.

8.1 — Partes moles:

8.1.1 — Cicatrizes viciosas. — A incapacidade a atribuir é graduada em função, tanto do prejuízo estético resultante, como da limitação da mobilidade osteoarticular dos dedos atingidos (v. Capítulo II — Dismorfias e «Mobilidade dos dedos», n.º 8.4.)

8.1.2 — Retracção cicatricial do primeiro espaço intermetacárpico (abdução do polegar limitada):

	Activo	Passivo
a) Até 40°, sendo a abdução total de 80° .....	0,05-0,10	0,04-0,08
b) Inferior a 40°, sendo a abdução total de 80° .....	0,11-0,20	0,09-0,18

8.1.3 — Hipotrofia dos músculos da mão .....

0,05-0,10 0,04-0,08

8.1.4 — Retracção isquémica de Volkmann:

a) Mais de 50 % da perda funcional da mão .....	0,45-0,40	0,40-0,35
b) Até 50 % da perda funcional da mão .....	0,20-0,15	0,18-0,13

8.1.5 — Secção de tendões (os coeficientes de incapacidade expressos já incluem a impotência funcional devida, não só à dor, como ao prejuízo estético e à limitação da mobilidade):

8.1.5.1 — Secção dos tendões do polegar (1.º dedo):

	Activo	Passivo
a) Longo flexor (2.ª falange em extensão) .....	0,07-0,09	0,05-0,08
b) Longo extensor (2.ª falange em flexão) .....	0,05-0,07	0,04-0,06
c) Curto extensor (1.ª falange em flexão) .....	0,08-0,10	0,06-0,08
d) Os dois extensores (duas falanges em flexão) .....	0,11-0,14	0,09-0,11

8.1.5.2 — Secção dos tendões flexores superficial e profundo (extensão permanente das 2.ª e 3.ª articulações):

	Activo	Passivo
a) No indicador (2.º dedo) .....	0,10-0,14	0,08-0,10
b) No médio (3.º dedo) .....	0,08-0,12	0,06-0,08
c) No anelar (4.º dedo) .....	0,06-0,08	0,04-0,05
d) No auricular (5.º dedo) .....	0,07-0,09	0,05-0,07

8.1.5.3 — Secção do tendão flexor profundo (3.ª falange em extensão com dificuldade no enrolamento activo do dedo):

	Activo	Passivo
a) No indicador .....	0,02-0,04	0,01-0,03
b) No médio .....	0,01-0,03	0,00-0,02
c) No anelar ou no auricular .....	0,00-0,02	0,00-0,01

8.1.5.4 — Secção dos tendões extensores no dorso da mão (falange em semiflexão com possibilidade de extensão das outras falanges por acção dos músculos intrínsecos):

	Activo	Passivo
a) No indicador .....	0,05-0,07	0,04-0,06
b) No médio .....	0,04-0,06	0,03-0,05
c) No anelar ou no auricular .....	0,03-0,05	0,02-0,04

8.1.5.5 — Secção do tendão extensor no dorso da 1.ª falange (secção da lingueta média do aparelho extensor que causa tardiamente «deformidade em botoeira»):

	Activo	Passivo
a) No indicador .....	0,03-0,05	0,02-0,04
b) No médio .....	0,02-0,03	0,01-0,02
c) No anelar ou auricular .....	0,00-0,02	0,00-0,01

## 8.1.5.6 — Secção do tendão extensor no sector terminal (falangea em flexão ou «dedo em martelo»):

	Activo	Passivo
a) No indicador . . . . .	0,02-0,04	0,01-0,03
b) No médio. . . . .	0,02-0,03	0,01-0,02
c) No anelar ou no auricular . . . . .	0,00-0,02	0,00-0,01

8.1.5.7 — Instabilidade articular na metacarpofalângica do polegar por rotura do ligamento lateral interno («polegar do coiteiro») . . . . .	0,05-0,07	0,04-0,06
--	-----------	-----------

8.2 — Esqueleto. — Os coeficientes de incapacidade expressos já incluem a impotência funcional devida, não só à dor, como ao prejuízo estético e à limitação da mobilidade.

	Activo	Passivo
8.2.1 — Fracturas da base do 1.º metacárpico (Bennett e Rolando), viciosamente consolidadas (a graduar de acordo com a limitação funcional e os requisitos da profissão) . . . . .	0,05-0,15	0,03-0,12
8.2.2 — Fractura da diáfise do 1.º metacárpico, viciosamente consolidada . . . . .	0,04-0,10	0,03-0,08

8.2.3 — Fractura viciosamente consolidada do 2.º, 3.º, 4.º ou 5.º metacárpicos (só determina incapacidade quando originar prejuízo estético — rotação anormal ou preensão dolorosa):

	Activo	Passivo
a) No 2.º . . . . .	0,05-0,08	0,04-0,07
b) No 3.º . . . . .	0,04-0,07	0,03-0,06
c) No 4.º ou no 5.º . . . . .	0,03-0,06	0,02-0,04

8.2.4 — Fracturas de falanges. — Os coeficientes de incapacidade adiante expressos já incluem as alterações da mobilidade osteoarticular, o prejuízo estético e a pseudartrose (a pseudartrose do tufo distal da última falange, por não se traduzir em diminuição da função para o trabalho, não origina incapacidade, salvo se associada a outra sequela):

	Activo	Passivo
a) Pseudartrose da 1.ª falange do Polegar . . . . .	0,10-0,14	0,08-0,12
b) Idem, da 2.ª falange do polegar. . . . .	0,04-0,05	0,03-0,04
c) Idem, nos restantes dedos (a graduar de acordo com o compromisso da mobilidade dos dedos afectados, tendo em atenção a sua relevância para o desempenho profissional — v. n.º 8.4).		

8.2.5 — Luxação inveterada da base dos metacárpicos (só há lugar a atribuição de incapacidade quando ocorrer prejuízo estético ou quando interferir com a função da mão por limitação da mobilidade dos dedos). . . . .

0,05-0,12	0,04-0,10
-----------	-----------

## 8.3 — Anquilose:

*Instruções específicas.* — No polegar a posição ideal por anquilose é de 25º de flexão para a articulação metacarpo-falângica (MF) e de 20º para a articulação interfalângica (IF).

Nos restantes dedos a posição ideal por anquilose é de 20º a 30º para a metacarpo-falângica (MF), de 40º a 50º para a articulação interfalângica proximal (IFP) e de 15º a 20º para a articulação interfalângica distal (IFD). A incapacidade a atribuir é tanto mais elevada quanto maior for o desvio relativamente aos valores de referência acima considerados. Neste caso, os valores das incapacidades parciais adicionam-se aritmeticamente, e não segundo o princípio da capacidade restante.

## 8.3.1 — No polegar:

	Activo	Passivo
a) Na articulação trapezo-metacárpica . . . . .	0,06-0,12	0,04-0,10
b) Na articulação MF. . . . .	0,06-0,08	0,04-0,07
c) Na articulação IF. . . . .	0,04-0,06	0,03-0,05
d) Nas articulações MF e IF (em boa posição) . . . . .	0,13-0,16	0,10-0,13
e) Idem, em má posição. . . . .	0,15-0,18	0,11-0,13

## 8.3.2 — No indicador:

a) Na articulação MF. . . . .	0,05-0,08	0,04-0,07
b) Na articulação IFP. . . . .	0,05-0,08	0,04-0,07
c) Na articulação IFD . . . . .	0,01-0,03	0,00-0,02

## 8.3.3 — No médio:

a) Na articulação MF. . . . .	0,04-0,07	0,03-0,06
b) Na articulação IFP. . . . .	0,04-0,07	0,03-0,06
c) Na articulação IFD . . . . .	0,01-0,02	0,00-0,01



	Activo	Passivo
8.3.4 — No anelar:		
a) Na articulação MF. ....	0,03-0,06	0,02-0,05
b) Na articulação IFP. ....	0,03-0,06	0,02-0,05
c) Na articulação IFD. ....	0,02	0,01

8.3.5 — No auricular:		
a) Na articulação MF. ....	0,02-0,05	0,01-0,04
b) Na articulação IFP. ....	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Na articulação IFD. ....	0,01	0,01

*Nota.* — Quando ocorrer anquilose em mais de uma articulação, adicionam-se aritmeticamente as incapacidades parciais.

8.3.6 — Em todos os dedos:	Activo	Passivo
a) Em extensão. ....	0,45	0,40
b) Em flexão. ....	0,40	0,35

#### 8.4 — Rigidez dos dedos:

*Instruções específicas.* — No caso de normalidade da mão contra-lateral, deve ser esta a ter em conta como referência para a avaliação da mobilidade osteoarticular dos dedos lesados. Se esta não for normal, são tomados como referência para avaliar a mobilidade dos dedos os seguintes parâmetros:

A amplitude de movimentos do polegar, medida a partir da posição neutra (extensão completa), que é de 50° para a articulação metacarpo-falângica (MF) e de 80° para a articulação interfalângica (IF).

Nos restantes dedos, partindo da extensão (posição neutra), a amplitude máxima é de:

90° na articulação MF;

100° na articulação IFP;

80° na articulação IFD.

Os coeficientes de incapacidade são quantificadas em conformidade com os ângulos de flexão das diversas articulações, tendo em atenção os valores da mobilidade referenciados acima, sendo o mínimo até 50 % do limite da amplitude e o máximo para além de 50 % da amplitude daquela mobilidade.

Os movimentos mais úteis nas articulações dos dedos são os que vão da semi-flexão à flexão completa. Os últimos 5° de flexão ou de extensão são funcionalmente irrelevantes e por isso não determinam incapacidade.

#### 8.4.1 — Rigidez do polegar:

	Activo	Passivo
a) Na articulação MF. ....	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Na articulação IF. ....	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Nas duas articulações. ....	0,07-0,12	0,06-0,10

#### 8.4.2 — Rigidez do indicador:

a) Na articulação MF. ....	0,03-0,05	0,02-0,04
b) Na articulação IFP. ....	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Na articulação IFD. ....	0,00-0,02	0,00-0,01
d) Nas articulações MF e IFP, ou nas três articulações. ....	0,06-0,12	0,04-0,09

#### 8.4.3 — Rigidez do médio ou do anelar:

a) Na articulação MF. ....	0,01-0,03	0,00-0,02
b) Na articulação IFP. ....	0,01-0,03	0,00-0,02
c) Na articulação IFD. ....	0,00	0,00
d) Na articulação MF e IFP, ou nas três articulações. ....	0,03-0,06	0,02-0,04

#### 8.4.4 — Rigidez do auricular

a) Na articulação MF. ....	0,01-0,02	0,00-0,01
b) Na articulação IFP. ....	0,01-0,02	0,00-0,01
c) Na articulação IFD. ....	0,00	0,00
d) Nas articulações MF e IFP, ou nas três articulações. ....	0,02-0,05	0,01-0,03

8.5 — Perda de segmentos (amputações). — A polpa que reveste a falange distal é um segmento importante para a discriminação táctil e, por isso, deve ser avaliada em conformidade.

Por isso, a perda total de sensibilidade, sobretudo nos dedos polegar, indicador e médio, sequenciais a lesão neurológica ou destruição tegumentar, para efeitos de atribuição de incapacidade, deve considerar-se como equivalente à perda funcional do respectivo segmento (falange distal).

Para efeitos de atribuição de incapacidade, o coto mal almofadado deve ser considerado como uma cicatriz dolorosa, quando se tratar de um coto hipersensível.

Estas perdas são avaliadas como cicatrizes (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.7).

#### 8.5.1 — Perdas no polegar:

	Activo	Passivo
a) Perda do terço distal da 2.ª falange, com coto bem almofadado .....	0,04-0,05	0,03-0,04
b) Perda de mais de um terço da 2.ª falange .....	0,06-0,08	0,05-0,07
c) Perda total da 2.ª falange com coto bem almofadado .....	0,09-0,12	0,08-0,10
d) Perda das duas falanges .....	0,15	0,12
e) Idem mais o metacárpico .....	0,20	0,15
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de .....	0,03	0,02

#### 8.5.2 — Perdas no indicador:

a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado .....	0,02-0,03	0,01-0,02
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange .....	0,04-0,06	0,03-0,05
c) Perda de duas ou três falanges e de parte do metacárpico .....	0,11-0,13	0,10-0,12
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de .....	0,03	0,02

#### 8.5.3 — Perdas no médio:

a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado .....	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange .....	0,03-0,04	0,02-0,03
c) Perda das duas últimas falanges .....	0,07-0,09	0,05-0,07
d) Perda das três falanges .....	0,10-0,11	0,08-0,09
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de .....	0,02	0,01

#### 8.5.4 — Perdas no anelar:

a) Perda parcial da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado .....	0,00-0,01	0,00
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange .....	0,03-0,04	0,02-0,03
c) Perda das duas últimas falanges .....	0,06-0,08	0,04-0,06
d) Perda das três falanges .....	0,10-0,11	0,07-0,08
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de .....	0,02	0,01

#### 8.5.5 — Perdas no auricular:

a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado .....	0,00	0,00
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange .....	0,01-0,02	0,00-0,01
c) Perda das duas últimas falanges .....	0,03-0,05	0,02-0,03
d) Perda das três falanges com ou sem perda da cabeça do metacárpico .....	0,06-0,08	0,04-0,06
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de .....	0,02	0,01

#### 8.5.6 — Perda dos quatro últimos dedos com ou sem metacárpico:

a) Com polegar imóvel (v. n.º 7.2.3.5) .....	0,35	0,30
b) Com polegar móvel. ....	0,25	0,20

Quando a amputação atingir as duas mãos em simultâneo, a incapacidade deve ser corrigida pelo factor de bonificação 1,5, (aplicado apenas ao coeficiente de incapacidade atribuído ao lado activo).

8.5.7.1 — Perda dos cinco dedos, com ou sem metacárpico (equivalente à perda total da função da mão).....

0,60 0,55

## 9 — Bacia

### 9.1 — Partes moles:

9.1.1 — Cicatrizes. — Quando o prejuízo estético sofrido for requisito essencial para o exercício da actividade profissional (v. Capítulo II — Dismorfias).

9.1.2 — Rotura da inserção inferior ou deiscência dos rectos abdominais (hérnias da linha branca — v. Capítulo II — Dismorfias, por analogia, n.º 1.4.6).

## 9.2 — Esqueleto — cintura pélvica:

*Instruções específicas.* — A avaliação da patologia sequelar da bacia deve envolver, para além da observação do sinistrado (em supinação vertical e em decúbito), a interpretação dos exames imagiológicos correlacionados tendo em atenção as eventuais possíveis repercussões estático-dinâmicas com reflexos osteoarticulares (a montante e a juzante) e mesmo neurológicos periféricos com implicação directa na marcha.

## 9.2.1 — Sacro:

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Disjunção da articulação sacro-iliaca . . . . .                          | 0,10-0,25 |
| b) Lesões neurológicas periféricas (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 6.2). |           |

## 9.2.2 — Cóccix:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Sequelas assintomáticas só reveladas por exame imagiológico . . . . .   | 0,00      |
| b) Fracturas ou luxações dolorosas que impeçam a permanência na posição de sentado, na posição de cócoras ou que se traduzam na impossibilidade de utilizar o selim de velocípedes ou equiparáveis . . . . . | 0,05-0,10 |

## 9.2.3 — Ossos ilíacos:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Fracturas sem rotura do anel pélvico (fractura por avulsão, parcelar da asa do ilíaco e dos ramos do púbis, quando provoquem dores persistentes) . . . . .  | 0,05-0,10 |
| b) Fractura ou fractura-luxação como rotura do anel pélvico (fractura vertical dupla, fractura com luxação simultânea da sínfise púbica ou da articulação sacro-iliaca ou luxação pélvica tipo Malgaigne, etc.), segundo objectivação da sintomatologia dolorosa, o prejuízo na marcha e ou dificuldade no transporte de pesos . . . . . | 0,11-0,25 |
| c) Na fractura acetabular com ou sem luxação central, a incapacidade é fixável de acordo com a limitação da mobilidade osteoarticular da articulação coxo-femural (v. «Anca», números 10.2.2 e 10.2.3).  |           |

*Nota.* — Quando qualquer das características das sequelas anteriores interferir gravemente com o desempenho profissional, a incapacidade deve ser corrigida pelo factor de bonificação 1,5.

## 9.2.4 — Diástase da sínfise púbica:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Assintomática . . . . .               | 0,00      |
| b) Com sintomatologia dolorosa . . . . . | 0,05-0,10 |

## 9.2.5 — Disjunção ou artropatia crónica pós-traumática da articulação sacro-iliaca (v. n.º 9.2.1).

## 10- Anca

## 10.1 — Partes moles:

- |   |           |
|---|-----------|
| 10.1.1 — Hipotrofia dos glúteos (nadegueiros) . . . . . | 0,05-0,10 |
|---|-----------|

## 10.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

*Instruções específicas.* — O estudo da mobilidade osteoarticular da anca efectua-se com o examinando em decúbito dorsal e ventral, devendo dedicar-se particular atenção à cintura pélvica, havendo o cuidado de detectar previamente uma eventual posição viciosa ou evitar a mobilização da pélvis, aspectos que podem falsear os resultados a obter.

Na posição de decúbito dorsal medem-se as amplitudes da flexão, da adução, da abdução e das rotações.

Na posição de decúbito ventral mede-se a amplitude de extensão (ou retropulsão).

Estudo da flexão. — Em decúbito dorsal, com a coxa do lado oposto em flexão completa para eliminar a lordose lombar e pôr em evidência eventual deformidade em flexão. O ponto neutro 0º é o plano do leito de exame e a amplitude de flexão vai até aos 100º, conforme os indivíduos (massas musculares ou adiposas).

Estudo da extensão. — Em decúbito ventral em leito duro horizontal. O membro inferior é elevado, com o joelho em flexão ou extensão, a partir da posição de 0º. A extensão pode ir até 20º/30º.

Estudos das rotações. — Pode ser feita em decúbito ventral (rotações em extensão) ou decúbito dorsal (rotações em extensão e em flexão da anca). A amplitude das rotações é de cerca de 45º para um e outro lado da posição neutra.

Estudo da adução e abdução. — Em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e fazendo ângulo recto com uma linha transversal que passa pelas espinhas ilíacas antero-superiores. A partir desta posição neutra de 0º, a abdução vai, em média, até 45º e a adução até 30º (para estudo desta o examinador deve elevar alguns graus a extremidade oposta para que não haja obstáculo ao movimento).

## 10.2.1 — Anquilose da articulação coxo-femural:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Em posição favorável:   |           |
| Imobilidade na flexão entre 10º e 30º, na adução-abdução entre 0º e 10º e na rotação externa externa, entre 0º e 15º . . . . . | 0,25      |
| b) Em posição viciosa . . . . .  | 0,26-0,35 |

*Nota.* — Os movimentos de abdução e de adução terminam quando se inicia o movimento lateral da bacia, o que se pesquisa através da palpação da espinha ilíaca antero-superior.

## 10.2.2 — Limitação (rigidez) da mobilidade da articulação coxo-femural.

## 10.2.2.1 — Na flexão:

a) Mobilidade possível até 10°	0,10-0,15
b) Mobilidade possível até 30°	0,07-0,09
c) Mobilidade possível até 60°	0,04-0,06
d) Mobilidade possível até 90°	0,01-0,03

## 10.2.2.2 — Mobilidade possível na extensão:

a) Mobilidade possível até 10°	0,04-0,05
b) Mobilidade possível até 30°	0,01-0,03

## 10.2.2.3 — Na adução:

a) Mobilidade possível até 10°	0,06-0,08
b) Mobilidade possível até 20°	0,01-0,05

## 10.2.2.4 — Na abdução:

a) Mobilidade possível até 10°	0,07-0,12
b) Mobilidade possível até 20°	0,01-0,06

## 10.2.3 — Pseudartrose do colo do fémur 0,50

## 10.2.4 — Perda de segmentos (ressecção ou amputação):

a) Remoção da cabeça e colo do fémur (operação de Girdlestone) esta incapacidade já engloba o encurtamento do membro	0,60
b) Com artroplastia; quando o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem os défices anteriores e estiver comprometida a actividade profissional, a incapacidade a atribuir tende para o coeficiente máximo	0,15-0,45
c) Amputação inter-ilio-abdominal	0,70
d) Desarticulação da anca	0,65

## 11 — Coxa

## 11.1 — Partes moles:

11.1.1 — Hipotrofia da coxa. — (Esta hipotrofia deve ser avaliada comparando o perímetro da coxa lesada e da coxa sã, medidos cerca de 15 cm acima da interlinha articular:

a) Diferença até 2 cm	0,00
b) Diferença superior a 2 cm (de acordo com a repercussão	0,05-0,20

## 11.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

## 11.2.1 — Fracturas:

a) Consolidação em posição viciosa de fractura do colo do fémur (v. números 10.2.2, 10.2.3 e 11.2.3).	
b) Consolidação de fractura da diáfise do fémur, em posição viciosa (a incapacidade é atribuída de acordo com a angulação ou rotação, e com a limitação da mobilidade articular)	0,10-0,25
c) Idem, com encurtamento e limitação da mobilidade articular (adicionar, conforme os casos, o respectivo coeficiente dos números 10.2.2 e 11.2.3); nalguns casos a limitação da mobilidade articular, que por vezes acompanha as fracturas viciosamente consolidadas da diáfise do fémur, localiza-se no joelho e não na anca (v. n.º 12.2.4).	

## 11.2.2 — Pseudartrose da diáfise do fémur 0,30-0,35

## 11.2.3 — Encurtamento do membro inferior:

a) Inferior a 2 cm	0,00
b) Entre 2,1 e 3 cm	0,01-0,03
c) Entre 3,1 e 4 cm	0,04-0,09
d) Entre 4,1 e 5 cm	0,10-0,15
e) Entre 5,1 e 6 cm	0,16-0,18
f) Entre 6,1 e 7 cm	0,19-0,21
g) Entre 7,1 e 8 cm	0,22-0,24
h) Entre 7,1 e 8 cm	0,25-0,27
i) Maior que 9 cm	0,30

A medição do encurtamento é feita através de exame imagiológico em filme extra-longo, na posição de pé.

#### 11.2.4 — Perda de segmentos (amputação):

a) Amputação subtrocantérica . . . . .	0,65
b) Amputação pelo terço médio ou inferior . . . . .	0,60

Quando a amputação for corrigida por prótese eficaz, os coeficientes de incapacidade a atribuir são reduzidos de acordo com as «Instruções específicas» e gerais.

### 12 — Joelho

#### 12.1 — Partes moles:

##### 12.1.1 — Cicatrizes do cavado popliteo:

- a) Que prejudiquem a extensão da perna [v. limitação da mobilidade articular (n.º 12.2.4) ];
- b) Outras cicatrizes da região do joelho (v. Capítulo II — Dismorfias, números 1.4.7 e 1.5).

##### 12.1.2 — Sequelas de lesões ligamentares ou capsulares:

a) Grau ligeiro (laxidão anterior isolada, sem ressaltado e ou laxidão posterior isolada bem tolerada)	0,01-0,05
b) Grau moderado (laxidão anterior isolada com ressaltado antero-externo típico e ou laxidão crónica mista periférica e antero-posterior . . . . .)	0,06-0,15
c) Grau grave (laxidão crónica grave). . . . .	0,16-0,20

##### 12.1.3 — Sequelas de meniscectomia (parcial ou total):

a) Com sequelas e sintomas articulares ligeiros . . . . .	0,01-0,03
b) Com sequelas e sintomas articulares moderados: dor e hipotrofia muscular superior a 2 cm . . .	0,04-0,10
c) Com sequelas e sintomas articulares graves: dor marcada, hipotrofia muscular superior a 4 cm e instabilidade articular (a incapacidade é atribuída pelo coeficiente máximo quando dificultar a marcha e o exercício da actividade profissional). . . . .	0,11-0,20

##### 12.1.4 — Hidartrose crónica ou de repetição, pós-traumática:

a) Ligeira e sem hipotrofia muscular . . . . .	0,03-0,06
b) Recidivante, com hipotrofia muscular superior a 2 cm . . . . .	0,07-0,15

#### 12.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

##### 12.2.1 — Fracturas da rótula:

a) Com sequelas (artralgias que dificultam a marcha, sem limitação da mobilidade articular. . . . .)	0,03-0,10
b) Idem, com limitação da mobilidade articular (adiciona-se à incapacidade da alínea anterior, de acordo com o princípio da capacidade restante, o coeficiente da limitação da mobilidade articular, conforme o n.º 12.2.4).	

##### 12.2.2 — Patelectomia total ou parcial:

a) Sem limitação da mobilidade articular (a incapacidade é atribuída de acordo com o grau de insuficiência do quadríceps — v. n.º 11.1.1, e o tipo de patelectomia efectuado). . . . .	0,05-0,10
b) Com limitação da mobilidade articular (a incapacidade é a soma da alínea anterior, de acordo com o princípio da capacidade restante, com o coeficiente do n.º 12.2.4).	

12.2.3 — Instruções específicas: A mobilidade articular do joelho quantifica-se a partir da posição anatómica de repouso (perna no prolongamento da coxa), ou seja, o movimento efectua-se activamente entre os 0° e os 135°, podendo ir até aos 145° na flexão passiva. Pode também verificar-se uma hiper-extensão até aos 10°.

Quando ocorrerem limitações na flexão e na extensão, as incapacidades somam-se segundo o princípio da capacidade restante.

Sendo a extensão o oposto da flexão, varia entre 135° e 0°, mas a faixa importante verifica-se entre 50° e 0°, pois aqui interfere com a marcha.

##### 12.2.3.1 — Anquilose do joelho:

a) Em posição favorável . . . . .	0,25
b) Em posição viciosa . . . . .	0,25

##### 12.2.4 — Limitação (rigidez).

##### 12.2.4.1 — Flexão:

a) Mobilidade até 30° . . . . .	0,11-0,15
b) Mobilidade até 60° . . . . .	0,07-0,10
c) Mobilidade até 90° . . . . .	0,04-0,06
d) Mobilidade até 110° . . . . .	0,00-0,03

## 12.2.5 — Desvio da articulação do joelho (varo ou valgo):

a) Desvio até 10° de angulação . . . . .	0,00
b) Desvio entre 10° a 15° de angulação . . . . .	0,10
c) Desvio de mais de 15° de angulação . . . . .	0,11-0,15

*Nota.* — Comparar sempre com o lado oposto e considerar o valgismo fisiológico ligado ao sexo (6° a 10°, maior no sexo feminino).

## 12.3 — Perda de segmentos (amputação ou desarticulação):

a) Artroplastia; quando a endoprótese tiver êxito e o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem os deficits anteriores e estiver comprometido o exercício da actividade profissional, incapacidade a atribuir tenderá para o coeficiente máximo . . . . .	0,15-0,40
b) Desarticulação unilateral pelo joelho . . . . .	0,60

## 13 — Perna

## 13.1 — Partes moles:

a) Hipotrofia dos músculos da perna superior a 2 cm . . . . .	0,05-0,15
b) Rotura do tendão de Aquiles, operada e sem insuficiência funcional . . . . .	0,00
c) Rotura do tendão de Aquiles com insuficiência do trícipite sural (a incapacidade é graduada de acordo com a hipotrofia muscular, a mobilidade do tornozelo e a dificuldade da marcha) . . . . .	0,05-0,20

## 13.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

## 13.2.1 — Fracturas:

a) Fractura da tíbia ou da tíbia e perónio, consolidada em posição viciosa com desvio em baioneta (sem angulação e com encurtamento inferior a 2 cm) . . . . .	0,01-0,05
b) Fractura da tíbia ou da tíbia e perónio consolidada em posição viciosa com angulação e com encurtamento inferior a 2 cm . . . . .	0,06-0,10
c) Fractura da tíbia ou da tíbia e perónio consolidada em posição viciosa com angulação e encurtamento superior a 2 cm [à incapacidade da alínea b) adiciona-se, de acordo com o princípio da capacidade restante, a prevista no n.º 11.2.3, por equiparação].	
d) Fractura consolidada com bom alinhamento, mas encurtamento superior a 2 cm (v. n.º 11.2.3)	
e) Fractura da tíbia e perónio, consolidada com bom alinhamento, mas com diminuição da resistência por perda de tecido ósseo . . . . .	0,01-0,03

13.2.2 — Pseudartrose da tíbia ou da tíbia e perónio . . . . .	0,20-0,45
--	-----------

## 13.2.3 — Perda de segmentos (amputações)

a) Amputação da perna . . . . .	0,60
---------------------------------	------

## 14 — Tornozelo

## 14.1 — Partes moles:

## 14.1.1 — Cicatrizes viciosas:

a) Que limitam a mobilidade articular ou são causa de posição viciosa da articulação . . . . .	0,05-0,10
b) Que sejam quelóides e dificultem o uso de calçado (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.3.1, por analogia).	

## 14.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares).

*Nota.* — São fundamentalmente dois os movimentos dependentes da articulação tíbio-társica (flexão e extensão), que se devem pesquisar em posição neutra ou posição de repouso que se adquire quando o eixo do pé faz um ângulo de 90° com o eixo da perna:

A flexão vai de 0° a 20°;

A extensão vai de 0° a 40°.

## 14.2.1.1 — Anquilose na flexão dorsal ou plantar (ângulo em que está bloqueada a articulação):

a) Em posição favorável (compreende uma imobilidade na flexão dorsal a 10° e na flexão plantar até 20°) . . . . .	0,20
b) Em posição desfavorável (imobilidade na flexão dorsal superior a 10° e na flexão plantar superior a 20°) . . . . .	0,30

## 14.2.2 — Limitação (rigidez) da articulação tibio-társica.

## 14.2.2.1 — Na flexão:

a) Mobilidade entre 0° e 10°	0,04-0,07
b) Mobilidade entre 0° e 18°	0,02-0,04
c) Mobilidade entre 0° e 20°	0,00

## 14.2.2.2 — Na extensão:

a) Mobilidade entre 0° e 10°	0,10-0,12
b) Mobilidade entre 0° e 20°	0,04-0,10
c) Mobilidade entre 0° e 30°	0,02-0,04
d) Mobilidade entre 0° e 40°	0,00

## 14.2.3 — Perda de segmentos (amputações ou desarticulações):

Desarticulação pela articulação tibio-társica (tipo Syme).	0,40
--	------

14.2.4 — Sequelas de entorse do tornozelo (persistência de dores, insuficiência ligamentar, edema crónico)	0,02-0,05
--	-----------

**15 — Pé**

## 15.1 — Partes moles:

15.1.1 — Cicatrizes viciosas ou quelóides da face plantar do pé que dificultem a marcha	0,05-0,20
---	-----------

15.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares). Nota: Os movimentos de flexão e extensão da articulação tibio-társica são complementados a nível da articulação sub-astragalina e das articulações inter-társicas pelos movimentos de inversão (supinação) e de eversão (pronação).

A inversão vai dos 0° aos 30°;

A eversão vai dos 0° aos 20°.

## 15.2.1 — Deformação do pé:

a) Pé plano com depressão moderada da abóbada plantar	0,01-0,05
b) Idem, com aluimento completo da abóbada plantar	0,06-0,10
c) Pé cavo pós-traumático ou outra deformação grave	0,10-0,30

## 15.2.2 — Anquilose das articulações do pé:

15.2.2.1 — Imobilidade do tarso (subastragalina ou mediotársica), sem desvio em inversão ou eversão	0,08-0,12
---	-----------

## 15.2.2.2 — Imobilidade das articulações metatarso-falângicas (MF) e inter-falângicas (IF):

a) Do hallux, em boa posição	0,01-0,03
b) Idem, em má posição	0,04-0,06
c) De qualquer outro dedo, em boa posição	0,00
d) Idem, em má posição, prejudicando a marcha	0,02
e) Idem, das interfalângicas de qualquer dedo	0,00

## 15.2.2.3 — Anquiloses conjuntas:

## 15.2.2.3.1 — Na inversão:

a) Imobilidade a 0°	0,03
b) Imobilidade entre 1° e 10°	0,04-0,10
c) Imobilidade entre 11° e 20°	0,11-0,20
d) Imobilidade entre 21° e 30°	0,21-0,30

## 15.2.2.3.2 — Na eversão:

a) Imobilidade a 0°	0,03
b) Imobilidade entre 1° e 10°	0,04-0,10
c) Imobilidade entre 11° e 20°	0,11-0,20

## 15.2.3 — Limitação da mobilidade das articulações do pé (rigidez):

a) Limitação dolorosa da mobilidade do tarso por artrose pós-traumática	0,10-0,15
b) Limitação dolorosa do hallux pós-traumática	0,02-0,04

## 15.2.3.1 — Limitação na inversão:

a) Entre 0° e 10°	0,04-0,05
b) Entre 11° e 20°	0,02-0,03
c) Entre 21° e 30°	0,00-0,01

## 15.2.3.2 — Limitação na eversão:

a) Entre 0° e 10°	0,02-0,03
b) Entre 11° e 20°	0,00-0,01

## 15.2.4 — Perda de segmentos (ressecções ou amputações do pé):

a) Amputações transtársicas (Chopart)	0,25
b) Amputação transmetatársica	0,16-0,20
c) Astragalectomia	0,18

## 15.2.5 — Perda de dedos e respectivos metatársicos:

a) Primeiro raio do pé	0,10-0,12
b) Segundo, terceiro e quarto raios do pé	0,04-0,06
c) Quinto raio do pé	0,07-0,09
d) Todos os raios (desarticulação de Lisfranc)	0,20
e) Perda isolada de um só raio intermédio	0,01-0,03

## 15.2.6 — Perdas no hallux:

a) Da falange distal	0,02-0,03
b) Perda das duas falanges	0,05-0,07

## 15.2.7 — Perdas noutro dedo qualquer (qualquer número de falanges)

0,00

## 15.2.8 — Perda de dois dedos:

a) Incluindo o hallux	0,07-0,09
b) Excluindo o hallux	0,02

## 15.2.9 — Perda de três dedos:

a) Incluindo o hallux	0,10-0,12
b) Excluindo o hallux	0,04-0,06

## 15.3 — Perda de quatro dedos:

a) Incluindo o hallux	0,13-0,14
b) Excluindo o hallux	0,08

## 15.3.1 — Perda de todos os dedos

0,15

## 16 — Osteomielites e osteítes crónicas pós-traumáticas:

a) Sequelas com alteração histopatológica de calo ósseo com tradução imagiológica	0,05-0,10
b) Fistulizadas	0,11-0,20

## CAPÍTULO II

## Dismorfias

Alterações morfológicas tegumentares ou outras com repercussão funcional e/ou estética.

## 1 — Cicatrizes

Nestas alterações são 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 retráctil, por exemplo, pode dar uma limitação da mobilidade articular e, todavia, a articulação subjacente estar intacta.

Assim, além das cicatrizes ou deformações que já 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 subtração ou resultantes de perda de substância), casos há, em que a 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 é a resultante das somas pelo princípio da capacidade restante, e se a integridade estética for factor inerente ao desempenho do posto de trabalho que ocupava ou equivalente, beneficiará da correcção pelo factor 1,5.

1.1. — Crânio:

1.1.1 — Cicatriz que produza deformação não corrigível por penteado ..... 0,01-0,05

1.1.2 — Calvície total de etiologia pós-traumática, pós cirúrgica ou outra acção iatrogénica ..... 0,02-0,10

1.1.3 — Escalpe:

a) Escalpe parcial com superfície cicatricial viciosa ..... 0,10-0,30

b) Escalpe total com superfície cicatricial viciosa ..... 0,31-0,40

1.1.4 — Afundamento do crânio (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 1.2).

1.2 — Face.

1.2.1 — Cicatrizes superficiais, tendo em conta a sua localização, dimensão e aspecto ..... 0,01-0,06

1.2.2 — Cicatrizes que atinjam as partes moles profundas:

a) Pálpebras (v. Capítulo V — Oftalmologia, n.º 1.3) ..... 0,05-0,10

b) Nariz, deformação ..... 0,05-0,10

c) Lábios (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.1.3).

d) Pavilhões auriculares (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 7.1).

1.2.3 — Perda global ocular (v. Capítulo V — Oftalmologia, n.º 1.1).

1.2.4 — Estenose nasal (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 1.2.1).

1.2.5 — Perda ou deformação do pavilhão auricular (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 7.1).

1.2.6 — Fractura ou perda de dentes (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.2).

1.3 — Pescoço:

1.3.1 — Cicatriz que produza deformação ligeira ..... 0,01-0,05

1.3.2 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com inclinação lateral ..... 0,06-0,015

1.3.3 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com o queixo sobre o esterno ou sobre o ombro ..... 0,16-0,30

1.4 — Tronco.

1.4.1 — Cicatrizes que produzam deformação significativa ..... 0,01-0,05

*Nota.* — Consultar instruções gerais.

1.4.2 — Ablação da glândula mamária na mulher:

a) Unilateral ..... 0,05-0,15

b) Bilateral ..... 0,16-0,40

*Nota* — No homem v. n.º 1.4.1.

1.4.3 — Perdas e alterações ósseas da parede da caixa torácica (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor, números 2.2, 2.3 e 2.4).

1.4.4 — 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

1.4.5 — Rotura, desinserção ou deiscência dos rectos abdominais:

a) Com correcção cirúrgica ..... 0,00-0,08

b) Sem correcção cirúrgica ..... 0,10-0,30

1.4.6 — Cicatrizes dolorosas objectiváveis pela contractura e alterações da sensibilidade ..... 0,01-0,05

1.5 — Cicatrizes distróficas:

a) Cicatrizes atroficas ou apergaminhadas na face se forem dolorosas ou facilmente ulceráveis .... 0,07-0,16

b) Cicatrizes idem noutras zonas do corpo se forem dolorosas ou facilmente ulceráveis ..... 0,02-0,08

c) Cicatrizes atroficas ou apergaminhadas e extensas:

1) Entre 4,5 % e 9 % da superfície corporal ..... 0,02-0,08

2) Entre 10 % e 18 % da superfície corporal ..... 0,09-0,12

- 3) Mais de 18 % da superfície corporal ..... 0,13-0,16  
 d) V. Capítulo I — Aparelho Locomotor, n.º 15.1.1; Capítulo IV — Otorrinolaringologia n.º 1.5

## 2 — Hérnias

*Instruções específicas.* — 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 são abordadas em primeiro lugar.

Os elementos anatómicos e teciduais interessados na patogenia de uma hérnia são:

Os músculos, o tecido conjuntivo, as inserções tendinosas e os ligamentos Cooper, fita-iliopúbica, fascia pectinea, fascia transversalis, etc., são os elementos que constituem as estruturas da parede abdominal;

Os músculos e as suas inserções, que, pela sua tonicidade e contracção, asseguram a contensão parietal e reforçam as zonas fracas (exemplo: mecanismo de cortina na região inguinal);

O peritонеu, que reveste interiormente a cavidade abdominal, demarca zonas anatómicas onde podem ocorrer hérnias:

Fossetas inguinais (externa, média e interna);

Estruturas congénitas que, pela persistência, originam hérnias (exemplo: canal peritoneovaginal).

Na etiopatogenia das hérnias, consideram-se dois tipos de factores: os causais e os agravantes.

I — Nos factores causais apontam-se:

1 — A persistência de formações congénitas peritoneais que não se obliteraram e das quais a mais importante é o canal peritoneovaginal, origem das hérnias oblíquas externas ou indirectas;

2 — O não encerramento do anel umbilical, que explica as hérnias umbilicais dos jovens;

3 — Aceitam-se também hoje como factores causais importantes a degenerescência e as perturbações metabólicas dos tecidos de suporte abdominal, sobretudo do tecido conjuntivo.

Estas alterações estariam na origem das hérnias dos adultos e idosos, em que não existem factores congénitos imputáveis, como se exemplificará adiante;

4 — A rotura muscular também invocada como mecanismo causal só é aceitável no traumatismo directo com lesão musculo-aponevrótica, já que a contracção muscular violenta com rotura só muito excepcionalmente tem sido descrita.

De qualquer modo, esta situação pressupõe um traumatismo e o aparecimento subsequente de hérnia. Neste caso a hérnia manifesta-se com sinais e sintomas que contrastam com o carácter insidioso com que se instalam a maioria das outras hérnias.

II — Como factores agravantes citamos:

1 — Os esforços repetidos mais ou menos intensos: tosse, micção, defecação, etc., que contribuem para as hérnias que surgem nos bronquíticos, prostáticos, obstipados, etc.;

2 — A hipertensão abdominal, que sucede por exemplo na ascite ou gravidez e que é responsável por algumas hérnias umbilicais.

Conjugando os dados acima referidos, podemos admitir o aparecimento de uma hérnia:

a) Quando existe um factor congénito importante que por si só é capaz de a explicar — caso da maioria das hérnias oblíquas externas e das umbilicais;

b) Quando existem alterações metabólicas e degenerativas teciduais que diminuem a resistência e tonicidade parietal, debilitando-a progressivamente. Por exemplo: Adultos com carências várias e doentes desnutridos com doenças crónicas; Idosos;

c) Quando sobrevenham traumatismos provocando lesões teciduais da parede abdominal;

d) Quando existe concorrência de factores causais e agravantes — são os casos de esforços repetidos, não violentos, conjugados com a persistência do canal peritoneovaginal ou com uma oclusão insuficiente do anel umbilical.

Em conclusão, as hérnias da parede abdominal explicam-se por factores causais e agravantes, aqueles essenciais e estes acessórios.

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 três casos especiais que convém esclarecer: o das eventrações, o das eviscerações e o das diástases musculares.

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.

As diástases musculares não devem ser consideradas, já que na sua origem se verificam factores preexistentes, constitucionais ou degenerativos, ou ainda situações de hipertensão abdominal como a gravidez, ascite, etc.

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, etc.), 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).

É evidente que o nexo de causalidade só deve ser considerado quando for possível identificar lesões adquiridas, feridas de intervenções anteriores por acidentes de trabalho (caso das hérnias traumáticas).

#### 2.1 — Hérnias da parede

2.1 — Hérnias parietais abdominais, não corrigíveis cirurgicamente (linha branca, inguinais, crurais) 0,20-0,30

#### 2.2 — Hérnias parietais recidivadas (após tratamento cirúrgico):

a) De pequeno volume (até 2 cm de diâmetro) . . . . . 0,15-0,30

b) Volumosas . . . . . 0,31-0,50

#### 2.2 — Eventração:

a) Conforme o volume . . . . . 0,20-0,40

b) Idem, com perturbações acessórias (do trânsito intestinal, da micção, da defecação, da posição bípede, da marcha, etc.) . . . . . 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 esófago . . . . . 0,31-0,50

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 III

#### Neurologia e neurocirurgia

##### Crânio e sistema nervoso

##### 1 — Sequelas de traumatismo da caixa craniana

1.1 — Perda de cabelo, cicatrizes do couro cabeludo (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.1.1).

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 0,5 cm . . . . . 0,00-0,02

b) Depressão de 1 cm . . . . . 0,03-0,05

c) Depressão superior a 1 cm . . . . . 0,06-0,10

1.2.2 — Perda de substância óssea:

a) Até 6 cm²:

Com prótese . . . . . 0,00-0,03

Sem prótese . . . . . 0,04-0,15

b) De 6 a 12 cm²:

Com prótese . . . . . 0,04-0,06

Sem prótese . . . . . 0,07-0,20

c) Com mais de 12 cm²:

Com prótese . . . . . 0,07-0,09

Sem prótese . . . . . 0,10-0,30

#### Notas:

1 — Incluindo as cicatrizes suprajacentes, excepto em caso de notória deformidade causada pela própria cicatriz, situação em que a mesma deve ser desvalorizada separadamente, seguindo-se o princípio da capacidade restante (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.1.1).

2 — 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 II — Dismorfias, n.º 1.1.1 ).

## 1.2.3 — Sequelas de retalhos ósseos (retalho ósseo cicatrizado):

a) Em boa posição . . . . .	0,00
b) Em má posição . . . . .	0,03-0,10

## 1.2.4 — Corpos estranhos intracranianos:

a) Sem sintomatologia . . . . .	0,00
b) Com sintomatologia (aplicar os números seguintes, quando for enquadrável).	

## 1.2.5 — Fístula de liquor:

a) Curada, sem complicações endocranianas . . . . .	0,00
b) Curada, com complicações endocranianas (v. défices funcionais resultantes para desvalorizar pelos respectivos números).	

*Nota.* — Quando houver risco de reactivação do processo por alterações básicas inerentes ao posto de trabalho, a incapacidade permanente parcial (IPP) é corrigida pelo factor 1,5 se o seu desempenho for difícil ou impossível.

## 2 — Sequelas encefálicas

2.1 — Estado vegetativo persistente . . . . .	1,00
2.2 — A Síndrome pós-traumática (manifestada por cefaleias, sensação de peso na cabeça, instabilidade no equilíbrio, dificuldade de concentração e de associação de ideias, fadigabilidade intelectual, alterações mnésicas, modificações do humor e da maneira de ser habitual, perturbações do sono) (análogo a Capítulo X — Psiquiatria, n.º 3.3, grau I) . . . . .	0,00-0,19
2.3 — Epilepsia.	

*Nota.* — Deve ser avaliada de acordo com a frequência e características das crises, apesar do tratamento regular. As revisões periódicas não devem ocorrer com intervalo superior a cinco anos.

## 2.3.1 — Epilepsia generalizada:

a) Controlável com tratamento e compatível com vida normal . . . . .	0,10-0,15
b) Não controlável ou dificilmente controlável (necessitando de mudança de posto de trabalho ou precauções especiais), conforme a frequência das crises . . . . .	0,16-0,50
c) Não controlável e tornando impossível a actividade profissional. . . . .	0,51-0,95

## 2.3.2 — Epilepsia focal (atender à extensão a importância funcional dos grupos musculares envolvidos):

a) Controlável com terapêutica . . . . .	0,10-0,15
b) Dificilmente controlável com terapêutica . . . . .	0,16-0,40

## 2.3.3 — Epilepsia psicomotora e pequeno mal:

a) Controlável com tratamento regular . . . . .	0,10-0,15
b) Dificilmente controlável com tratamento regular . . . . .	0,16-0,40

## 2.4 — Síndrome coreica.

## 2.5 — Disquínésias e distonias.

## 2.6 — Síndromes parkinsonianas

*Nota.* — Dado que só muito excepcionalmente estas situações podem ser consequência de acidente de trabalho ou doença profissional, cabe ao perito médico o estabelecimento do nexo de causalidade, podendo utilizar para orientação, por analogia, outras alíneas desta Tabela (por exemplo «Epilepsias», n.º 2.2.2);

## 2.7 — Síndrome cerebelosa (ataxia geralmente associada a outras sequelas):

a) Unilateral ou bilateral ligeiro, sem ataxia marcada . . . . .	0,20-0,40
b) Bilateral, com ataxia dos movimentos mas com marcha possível . . . . .	0,41-0,60
c) Global: impossibilidade de marcha e tornando o trabalho ou vida de relação impossível . . . . .	0,61-0,95

## 2.8 — Disartria (como manifestação isolada e, por isso, não incluída noutras síndromes):

a) Ligeira . . . . .	0,05-0,15
b) Com manifesta dificuldade da comunicação oral . . . . .	0,16-0,30

## 2.9 — Afasia:

a) Forma minor: perturbações da denominação e da repetição, parafasia. Compreensão conservada . . . . .	0,15-0,30
b) Forma major com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão. . . . .	0,31-0,60

2.10 — A praxia e agnosia. . . . .	0,50-0,60	
2.11 — Síndrome talâmica (dor de tipo queimadura permanente):		
a) Unilateral, aumentada pelos contactos e emoções . . . . .	0,20-0,40	
b) Com impotência funcional de um membro. . . . .	0,41-0,60	
2.12 — Défices sensório-motores de origem hemisférica, troncular ou cerebelosa:		
2.12.1 — Tetraparésia ou tetraplegia:		
a) Tetraparésia: a desvalorização deve ser efectuada tendo em conta os défices similares e em função do grau de autonomia.		
b) Tetraplegia completa. . . . .		0,95
2.12.2 — Hemiparésia ou hemiplegia:		
2.12.2.1 — Hemiparésia:		
Marcha possível sem utilização de auxiliares, membro superior utilizável com descoordenação de movimentos, sem ou com ligeiras alterações da linguagem . . . . .	0,50-0,70	0,30-0,50
Marcha possível sem utilização de auxiliares, membro superior utilizável com descoordenação de movimentos, sem ou com ligeiras alterações da linguagem . . . . .	0,50-0,70	0,30-0,50
2.12.2.2 — Hemiplegia:		
a) Com marcha possível com auxiliares, membro superior inutilizável, sem ou com afasia	0,71-0,80	0,51-0,60
b) Com marcha impossível e com alteração dos esfíncteres: . . . . .		0,71-0,91
2.12.3 — Monoparésia ou monoplegia:		
2.12.3.1 — Membro inferior — a desvalorização deve ter em conta a repercussão sobre a função locomotora (v. também Capítulo I — Aparelho Locomotor) . . . . .		0,20-0,50
2.12.3.2 — 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) . . . . .	0,16-0,25	0,13-0,20
c) Movimentos muito difíceis . . . . .	0,26-0,45	0,21-0,40
d) Movimentos impossíveis . . . . .	0,46-0,60	0,41-0,50

### 3 — Síndrome cérvico-cefálica

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

3.1 — Síndrome cervical isolada. . . . .	0,05-0,15
3.2 — Síndrome cervical associada a síndrome pós-traumática encefálica . . . . .	0,16-0,32

### 4 — Nervos cranianos

4.1 — I par (olfactivo) — anosmia de origem nervosa. . . . .	0,05-0,15
4.2 — II par (óptico) a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 2 e 3).	
4.3 — III par (óculomotor comum) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.4 — IV par (patético) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.5 — V par (trigémio):	
4.5.1 — Parte sensitiva:	
a) Anestesia, sem dor, por lesão de um ou mais ramos. . . . .	0,05-0,10
b) Nevralgia unilateral (conforme a intensidade e extensão da dor). . . . .	0,11-0,29
c) Nevralgia bilateral. . . . .	0,30-0,50
4.5.2 — Parte motora:	
a) Lesão unilateral. . . . .	0,05
b) Lesão bilateral. . . . .	0,06-0,20
c) Bilateral com alterações da fonação e mastigação. . . . .	0,21-0,30
4.6 — VI par (óculomotor externo) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.7 — VII par (facial):	
a) Parcial (paresia) . . . . .	0,10-0,20
b) Total (plegia). . . . .	0,21-0,30
c) Bilateral. . . . .	0,31-0,50

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

4.8 — VIII par (auditivo e vestibular) — a desvalorizar por otorrinolaringologia (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, números 8 e 9).

4.9 — IX par (glossofaríngeo) — dificuldade de deglutição, elocução e respiração:

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

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

- a) Aparelho digestivo-análogo a grau I (v. Capítulo IX — Gastrenterologia, n.º 1.1);
- b) Aparelho respiratório (v. Capítulo VII — Pneumologia — Diafragma»);
- c) Angiocardiologia — análogo a classe 0 da doença cardíaca;
- d) Otorrinolaringologia:

Disfagia — análoga a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 4, alínea b);

Disfonia — análoga a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5, alínea b);

4.11 — XI par (espinhal) — paralisia do esternocleidomastoideu e do trapézio:

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

4.12 — XII par (grande-hipoglosso):

a) Unilateral. ....	0,01-0,05
b) Bilateral (incapacidade avaliada em função da disartria e das perturbações da mastigação e deglutição (v. números 2.7 e 4.9). ....	

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

#### 5 — Lesões medulares ou equivalentes

5.1 — Lesões hemimedulares (síndrome de Brown-Sequard) (análoga ao n.º 2.11.1) :

a) Com tradução clínica nos membros superior e inferior (conservação de uma actividade reduzida, com marcha possível, sem alterações dos esfíncteres e persistência de uma certa autonomia) . . . . .	0,50-0,70	0,30-0,50
b) Paralisia completa, com alterações dos esfíncteres. . . . .		0,71-0,90

5.2 — Lesões medulares (com secção anatómica ou alteração funcional, parcial ou total):

5.2.1 — Paraparesia crural:

5.2.1.1 — Com marcha paraparética, com ou sem espasticidade:

a) Sem alteração dos esfíncteres . . . . .	0,20-0,50
b) Com alteração dos esfíncteres. . . . .	0,51-0,70

5.2.1.2 — Paraplegia (força muscular de grau 0 ou 1):

a) Sem alteração dos esfíncteres . . . . .	0,60-0,70
b) Com alteração dos esfíncteres. . . . .	0,71-0,80

5.2.2 — Diparesia ou diplegia braquial (paralisia dos membros superiores conforme grau de força muscular, destriedade ou possibilidade de manipulação) . . . . .

0,20-0,80

*Nota.* — A IPP total é a soma das IPP parciais pelo princípio da capacidade restante (previstas nos números 2.11.3.2. ou 6.1.1).

5.2.3 — Tetraplegia ou tetraparesia:

5.2.3.1 — Com alguma capacidade funcional (força de grau 4):

a) Sem alterações dos esfíncteres . . . . .	0,20-0,60
b) Com alteração dos esfíncteres. . . . .	0,61-0,90

5.2.3.2 — Sem capacidade funcional (força de grau 0 a 3):

a) Sem alterações dos esfíncteres . . . . .	0,61-0,85
b) Com alteração dos esfíncteres. . . . .	0,91-0,95

5.2.4 — Paralisia isolada de um membro (monoparesia ou monoplegia) (v. n.º 2.11.3).

5.2.5 — Paralisia de vários membros (paralisias assimétricas, triplegia).

*Nota.* — A incapacidade total é a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

5.2.6 — Perturbações esfinterianas e genitais:

a) Obstipação rebelde . . . . .	0,10
b) Incontinência incompleta . . . . .	0,11-0,20
c) Disfunção erétil . . . . .	0,10-0,35
d) Incontinência ou retenção urinária e fecal . . . . .	0,21-0,45

#### 6 — Sequelas de lesões do sistema nervoso periférico

*Instruções específicas.* — As taxas de incapacidade que se seguem aplicam-se a paralisias totais e completas.

Em caso de paralisia incompleta ou paresia, a taxa de incapacidade sofre uma diminuição proporcional, de acordo com os graus de força muscular.

Distinguem-se seis graus de força muscular:

Grau 0 — Paralisia completa, ausência de contracção;

Grau 1 — Esforço de contracção visível, mas não produzindo movimento;

Grau 2 — Movimento activo possível, mas não vencendo a força de gravidade;

Grau 3 — Movimento activo possível, vencendo a gravidade;

Grau 4 — Movimento activo vencendo a resistência do observador;

Grau 5 — Força normal.

As incapacidades expressas apresentam uma zona de variação entre mínimas e máximas. Para efeitos de avaliação dos casos concretos, na zona de variação, deve ter-se em conta o esquema proporcional que se segue:

Grau 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 . . . . .	0,00.

*Nota.* — As dores e alterações tróficas que acompanham eventualmente as paralisias agravam mais ou menos a impotência e legitimam um aumento da taxa proposta, até um acréscimo de 10 % do défice neurológico (v. n.º 7). Os défices exclusivamente sensitivos: hipostesias, parestesias, disestesias, quando objectiváveis pela clínica ou exames complementares, podem ser considerados como funcionalmente análogos a paresia com força grau 4, devendo portanto ser aplicados os valores mínimos previstos para a paralisia do(s) nervo(s) correspondente(s).

Em caso de lesão simultânea de vários nervos de um mesmo membro, adicionam-se as taxas parciais segundo o princípio da capacidade restante, não se podendo ultrapassar a da paralisia global completa ou de uma desarticulação pela raiz do membro [v. Capítulo I — Aparelho Locomotor», números 3.3.1 ou 10.2.4, alínea c)].

6.1 — Membro superior:

6.1.1 — Paralisia ou paresia de todo o membro superior (v. n.º 2.11.3.2) . . . . . 0,10-0,60 0,08-0,50

6.1.2 — Paralisia do plexo braquial de tipo superior (tipo Duchene-Erb) . . . . . 0,20-0,45 0,15-0,40

6.1.3 — Paralisia do plexo braquial de tipo inferior (tipo Dégérine-Klumpke) . . . . . 0,40-0,50 0,30-0,40

6.1.4 — Paralisia do nervo circunflexo . . . . . 0,20-0,25 0,15-0,20

6.1.5 — Paralisia do nervo supra-escapular . . . . . 0,10-0,15 0,05-0,10

6.1.6 — Paralisia do nervo músculo-cutâneo (bicípete e braquial anterior) . . . . . 0,15-0,25 0,06-0,12

6.1.7 — Paralisia do nervo mediano:

6.1.7.1 — No braço . . . . . 0,25-0,35 0,20-0,25

6.1.7.2 — No punho . . . . . 0,10-0,20 0,08-0,10

6.1.8 — Paralisia do nervo cubital:

6.1.8.1 — No braço . . . . . 0,15-0,20 0,10-0,15

6.1.8.2 — No punho . . . . . 0,07-0,20 0,05-0,15

6.1.9 — Paralisia do nervo radial:

6.1.9.1 — Acima do cotovelo . . . . . 0,25-0,35 0,20-0,25

6.1.9.2 — Abaixo do cotovelo . . . . . 0,25-0,35 0,20-0,25

6.1.9.3 — Lesão isolada do ramo do abdutor do polegar e dos extensores dos dedos . . . . . 0,10-0,20 0,08-0,15

a) Forma menor: sem alterações tróficas importantes; em alterações neurológicas e sem impotência funcional . . . . . 0,10-0,20 0,06-0,10

b) Forma grave: com alterações tróficas e impotência funcional . . . . . 0,21-0,35 0,11-0,20

6.2 — Membro inferior:	
6.2.1 — Paralisia total do membro inferior (flácida) . . . . .	0,20-0,50
6.2.2 — Nervo grande-ciático . . . . .	0,20-0,50
6.2.3 — Nervo ciático poplíteo externo . . . . .	0,10-0,30
6.2.4 — Nervo ciático poplíteo interno . . . . .	0,10-0,30
6.2.5 — Nervo crural . . . . .	0,10-0,40
6.2.6 — Nervo obturador . . . . .	0,05-0,15
6.2.7 — Paralisia do membro inferior, com paralisia dos esfíncteres . . . . .	0,35-0,60
6.2.8 — Algodistrofias do membro inferior:	
a) Forma menor . . . . .	0,10-0,20
b) Forma grave . . . . .	0,30-0,50
6.2.9 — Paralisia do nervo frénico . . . . .	0,10

#### 7 — Nevralgias e radiculalgias

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

#### 8 — Coluna vertebral

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

Raqualgias, com limitação dos movimentos por contractura de defesa, sem compromisso radicular (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor, n.º 1.1.1);  
Compromisso radicular sensitivo (v. n.º 7, «Radiculalgias»);  
Défice motor, por analogia com lesões medulares ou dos nervos periféricos, conforme os casos;  
Algodistrofias (v. números 6.1.10 ou 6.2.8).

### CAPÍTULO IV

#### Otorrinolaringologia

##### Instruções específicas:

- 1 — Surdez profissional é um conceito médico-legal, e não apenas clínico.
- 2 — 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.
- 3 — As referências a ambiente e local de trabalho só são relevantes para efeitos de prevenção.
- 4 — Para avaliar, de forma efectiva, a acção do ruído sobre a cóclea, do ponto de vista lesivo, interessa caracterizá-lo como sonotraumático. O ruído do posto de trabalho só é sonotraumático a partir de Leq 87 dB (A).
- 5 — A avaliação ou medição da pressão sonora do ruído causal no posto de trabalho deve fazer-se a 10 cm do pavilhão auricular do trabalhador problema, nos termos da NP-1733.
- 6 — Os silêncios ou locais com ruído com nível não traumático permitem a recuperação da audição, sem lesão da cóclea. Nestes casos trata-se de fadiga auditiva, que é reversível sem sequelas. Por isso a pressão sonora destes locais deve entrar no cálculo do Leq dB (A), quando o posto de trabalho for móvel, para efeitos de reparação.
- 7 — O Leq dB (A) automático dos sonómetros não tem interesse para efeitos de reparação, por não ter em conta os silêncios.
- No caso particular de postos de trabalho fixos, se o número de colheitas for representativo, o Leq dB (A) obtido por este processo pode ser considerado para efeitos de reparação.
- 8 — O Leq dB (A) do ruído efectivamente suportado pela cóclea do trabalhador para efeitos de reparação deve ter em conta os níveis mais altos, os mais baixos e os quase silêncios na jornada do trabalho (oito horas). Este Leq dB (A) deve ser calculado com as expressões matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva 2003/10/CE.
- Devem ser feitas, pelo menos, três medições a horas diferentes do dia e em três ou cinco dias diferentes, nomeadamente quando são postos de trabalho móveis, para que os valores colhidos sejam representativos do posto de trabalho para efeitos do cálculo do Leq dB (A).
- 9 — Nos postos de trabalho adjacentes ao da fonte sonora proceder como no número anterior. Considera-se posto de trabalho adjacente o que se situa até 5 m da fonte sonora.
- 10 — O ruído com Leq 85 dB (A) é considerado cota de alarme para efeitos de prevenção, no âmbito da higiene e segurança do trabalho e da medicina do trabalho. Só o ruído com Leq 87 dB (A) é lesivo para a cóclea.
- A ausência do estudo do ruído nos postos de trabalho e a ausência de medidas de prevenção nos locais e ambientes de trabalho responsabilizam os empregadores por quaisquer danos para os trabalhadores.
- O não uso de protectores auriculares pelo trabalhador, quando fornecidos pelo empregador, é considerada atitude dolosa do trabalhador.
- 11 — Só é considerado lesivo para a cóclea o ruído no posto de trabalho com Leq 87 dB (A), calculados de acordo com o n.º 8 destas instruções e usando as expressões matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva 2003/10/CE.



12 — Só a exposição mínima de um ano a um ruído com nível traumático calculado conforme o n.º 11 e desde que não se usem protectores auriculares adequados é susceptível de provocar lesão da cóclea para efeitos de caracterização como surdez profissional.

No caso particular de turbinas de avião a jacto o prazo mínimo de exposição para ser lesivo é de três meses.

13 — O chamado escotoma, vale ou entalhe centrado nos 4000 Hz, no traçado audiométrico, como dado isolado, não permite o diagnóstico de trauma sonoro, por não ser patognomónico. Este acidente do traçado pode ocorrer noutras situações que nada têm a ver com o ruído.

14 — O diagnóstico de surdez profissional deve basear-se sempre em três factores:

- a) Tempo mínimo de exposição;
- b) Ruído com características sonotraumáticas;
- c) Imagem de lesão no traçado audiométrico.

15 — O processo clínico (para efeitos de reparação) deve ter, como mínimo, as seguintes peças:

- a) Inquérito profissional;
- b) Estudo do Leq db (A) do posto de trabalho;
- c) História clínica, incluindo o passado otítico e outros correlacionados;
- d) Audiograma tonal (CA e CO) e timpanograma.

16 — Ao Leq dB (A) do posto de trabalho deve ser subtraído o coeficiente de abafamento do protector auricular, efectivamente usado pelo trabalhador, para ser obtido o valor verdadeiro da pressão sonora que atinge ou atingiu a cóclea do trabalhador problema.

17 — As lesões, principalmente ao nível do ouvido médio, ou as suas complicações ao nível do ouvido interno por deslocações bruscas de ar ou por grandes alterações da pressão atmosférica, como por exemplo no blast, são irrelevantes para efeitos de caracterizar a surdez como profissional.

Neste caso são de considerar acidente de trabalho por serem consequência de uma alteração súbita da pressão atmosférica ou pelo efeito do sopro e não terem origem sonotraumática.

18 — Nos traçados audiométricos:

- a) O simples escotoma centrado nos 4000 Hz não permite o diagnóstico de surdez profissional;
- b) O RINNE fechado ou quase fechado não traduz lesão coclear pelo ruído;
- c) A simples inclinação do traçado audiométrico sobre as frequências agudas não traduz surdez profissional, antes senescência da cóclea ou lesão de outra origem e, só por si, nunca permite o diagnóstico de surdez profissional.

19 — Existe nexo de causalidade quando estão reunidos e bem caracterizados:

- a) O tempo mínimo de exposição efectiva ao ruído;
- b) A característica sonotraumática desse mesmo ruído no posto de trabalho, conforme o n.º 11 destas instruções.

Só neste caso o escotoma de 4000 Hz, no traçado audiométrico, pode impor o diagnóstico de surdez profissional, se outra causa não for identificada.

20 — Em certos casos de adultos jovens, a alínea c) do n.º 18, conjugada com o tempo mínimo de exposição e com o ruído bem caracterizado como sonotraumático no posto de trabalho, permite admitir um caso atípico de surdez profissional ou a sobreposição de trauma sonoro a uma situação otítica preexistente.

21 — A forma de calcular a IPP, por hipoacusia, tanto por AT como por DP, precedem as tabelas dos mesmos, como se vê adiante.

A fixação da incapacidade na zona de variação entre o mínimo e o máximo de incapacidade deve ter em conta a idade do trabalhador, a possibilidade de reconversão profissional e o grau de exigência da função diminuída para o desempenho do posto de trabalho.

O limite maior de incapacidade deve ser atribuído aos indivíduos que têm 50 anos ou mais, aos difíceis de reverter profissionalmente e àqueles cujo posto de trabalho exige a quase integridade da função que está diminuída.

Se a função diminuída for considerada inerente ao desempenho do posto de trabalho ou necessária para a recolocação selectiva, a incapacidade é corrigida pelo factor 1,5.

As cicatrizes ou deformações do pavilhão auricular ou do conduto só são passíveis de atribuição de incapacidade se alterarem a função auditiva ou se forem consideradas prejudiciais ao desempenho do posto de trabalho por razões estéticas.

No segundo caso, a incapacidade é corrigida pelo factor 1,5, desde que a estética ou o visual sejam imprescindíveis ao desempenho do posto de trabalho.

22 — O simples velado dos seios perinasais não permite fazer o diagnóstico de sinusite.

O diagnóstico de sinusite deve basear-se na tríde 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.

**1 — Nariz****1.1 — Anosmia (v. «Instruções específicas», n.º 21):**

<i>a)</i> Parcial, de causa nasal . . . . .	0,01-0,03
<i>b)</i> Total ou quase total, de causa nasal . . . . .	0,04-0,08

**1.2 — Perturbação respiratória:****1.2.1 — Por alteração estrutural (deformação ou sinéquia):**

<i>a)</i> Até 50 % do calibre da narina ou da fossa nasal . . . . .	0,10-0,20
<i>b)</i> Mais de 50 % até 75 % da narina ou da fossa nasal . . . . .	0,21-0,30
<i>c)</i> Estenose total unilateral da narina ou da fossa nasa . . . . .	0,31-0,35
<i>d)</i> Estenose total bilateral da narina ou da fossa nasal . . . . .	0,36-0,40

**1.2.2 — Por edema ou disfunção vascular:**

<i>a)</i> Unilateral, até 50 % da permeabilidade . . . . .	0,05-0,08
<i>b)</i> Unilateral, mais de 50 % até 75 % da impermeabilidade . . . . .	0,09-0,10
<i>c)</i> Unilateral, total da impermeabilidade . . . . .	0,11-0,15
<i>d)</i> Bilateral, até 50 % da impermeabilidade . . . . .	0,11-0,15
<i>e)</i> Bilateral, mais de 50 % até 75 % da impermeabilidade . . . . .	0,16-0,18
<i>f)</i> Bilateral, total da impermeabilidade . . . . .	0,19-0,20

**1.3 — Perfuração nasal:**

<i>a)</i> Perfuração septal simples . . . . .	0,03-0,05
<i>b)</i> Perfuração septal com remoinho ou ruído . . . . .	0,06-0,10
<i>c)</i> Perfuração septal com epistaxe de repetição . . . . .	0,11-0,20

**1.4 — Rinites:****1.4.1 — Rinites hipertróficas:**

<i>a)</i> Com redução de calibre a 50 % . . . . .	0,05-0,08
<i>b)</i> Com redução do calibre, mais de 50 % até 75 % . . . . .	0,09-0,10

**1.4.2 — Rinites destrutivas:**

<i>a)</i> Unilateral . . . . .	0,05-0,10
<i>b)</i> Bilateral . . . . .	0,11-0,15
<i>c)</i> Ozena (v. «Instruções específicas», n.º 21) . . . . .	0,16-0,20

**1.5 — Pirâmide nasal (estética):****1.5.1 — Cifoses:**

<i>a)</i> Pequena a moderada cifose . . . . .	0,01-0,05
<i>b)</i> Cifose pronunciada . . . . .	0,06-0,10

**1.5.2 — Escolioses:**

<i>a)</i> Escoliose ligeira . . . . .	0,06-0,10
<i>b)</i> Escoliose pronunciada . . . . .	0,11-0,15

**1.5.3 — Cifoescoliose com alteração da fisionomia (v. «Instruções específicas», n.º 21) . . . . .**

0,16-0,20

**1.5.4 — Perdas da pirâmide:**

<i>a)</i> Perda parcial, inferior a 50 % . . . . .	0,01-0,05
<i>b)</i> Perda de mais de 50 % até 75 % . . . . .	0,06-0,15
<i>c)</i> Perda total da pirâmide . . . . .	0,16-0,25
<i>d)</i> Perda total da pirâmide nasal com perda do maxilar superior [v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, alínea <i>f)</i> ]. Nos casos das alíneas <i>a)</i> , <i>b)</i> e <i>c)</i> , acresce o factor estético [v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.2.2, alínea <i>b)</i> ].	

*Nota.* — A incapacidade global resulta do somatório das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

**1.6 — Rinorraquias:**

<i>a)</i> Rinorraquia traumática (de origem nasal) . . . . .	0,20-0,30
<i>b)</i> Rinorraquia com complicações endocranianas (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 1.2.5).	

*Nota.* — Adicionar o valor da sequela endocraniana segundo o princípio da capacidade restante.

## 1.7 — Epistaxe:

- a) Epistaxe de repetição (de origem nasal) . . . . . 0,01-0,05

**2 — Seios perinasais**

- 2.1 — Fístulas de origem traumática . . . . . 0,05-0,10

## 2.2 — Sinusites (v. «Instruções específicas» para o diagnóstico):

- a) Sinusite maxilar crónica unilateral . . . . . 0,05-0,10  
 b) Sinusite maxilar crónica bilateral . . . . . 0,11-0,12  
 c) Poli-sinusite . . . . . 0,13-0,15  
 d) Sinusite com alterações do equilíbrio . . . . . 0,16-0,20

**3 — Nasofaringe**

- a) Rigidez do palato mole e úvula . . . . . 0,10-0,12  
 b) Estenoses das choanas . . . . . 0,08-0,10  
 c) As alíneas anteriores com alterações da fonação ou regurgitações nasais de alimentos . . . . . 0,11-0,15  
 d) Comunicação buconasal (lesão destrutiva) [v. Capítulo XV-Estomatologia, n.º 1.2.4.1, al. c) ]

**4 — Faringe**

- 4.1 — Estenose simples da hipofaringe . . . . . 0,02-0,10

## 4.2 — Estenoses com disfagia:

- a) Permitindo apenas passagem de alimentos moles . . . . . 0,11-0,20  
 b) Permitindo apenas passagem de alimentos líquidos . . . . . 0,21-0,30  
 c) Exigindo entubação ou gastrostomia permanente . . . . . 0,31-0,50

**5 — Laringe**

- a) Estenose parcial simples . . . . . 0,05-0,20  
 b) Estenose parcial com disфонia marcada . . . . . 0,21-0,30  
 c) Estenose parcial com disфонia e dispneia . . . . . 0,31-0,40  
 d) Estenose total (traqueostomia) . . . . . 0,50-0,80  
 e) Laringectomia ou cânula permanente de traqueostomia . . . . . 0,85

**6 — Maxilares**

## 6.1 — Afundamento da região malar (v. «Instruções específicas», n.º 21):

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

## 6.2 — Alteração do palato ósseo:

- a) Simples . . . . . 0,05-0,08  
 b) Com alterações da fala . . . . . 0,15-0,20

## 6.3 — Fenda palatina:

- a) Simples . . . . . 0,10-0,15  
 b) Com alteração da fala . . . . . 0,16-0,20  
 c) Com regurgitação nasal . . . . . 0,21-0,30

## 6.4 — Maxilar superior:

- a) Perda de um maxilar superior . . . . . 0,20-0,35  
 b) Perda dos dois maxilares superiores . . . . . 0,36-0,50  
 c) Perda dos maxilares superiores, abóbada palatina e esqueleto nasal [v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, alínea f)].

## 6.5 — Maxilar inferior:

- a) Perda ou deformação com alteração da palavra ou da mastigação . . . . . 0,30-0,50  
 b) Idem, com grave dificuldade da ingestão de alimentos (predomina a tabela da estomatologia) . . . . . 0,51-0,65

**7 — Ouvidos****7.1 — Pavilhão auricular:**

a) Deformação acentuada de um só pavilhão (sem perda do pavilhão, com o outro íntegro ou quase)	0,01–0,03
b) Idem, dos dois pavilhões	0,04–0,06
c) Perda de menos de 50 % de um pavilhão	0,01–0,03
d) Perda de mais de 50 % de um pavilhão	0,04–0,09
e) Perda dos dois pavilhões em mais de 50 %	0,10–0,12

**7.2 — Estenoses do canal auditivo externo:**

a) Estenoses do conduto a 50 %, sem hipoacusia	0,00
b) Idem, com hipoacusia (a incapacidade será a que for atribuída à surdez)	
c) Estenose de um conduto a 100 %, com hipoacusia (unilateral)	0,03–0,05
d) Estenose dos dois condutos a 100 %, com hipoacusia (bilateral)	0,06–0,10
e) Estenose com infecção crónica	0,01–0,05

*Nota.* — Às incapacidades das alíneas c) e d) é acrescida a incapacidade por hipoacusia, calculada na condução aérea, segundo o princípio da capacidade restante.

**8 — Hipoacusia**

As perdas médias ponderadas devem 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 — De origem traumática (acção mecânica) no AT. 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 indemnizável.

TABELA N.º 1

**Acidente de Trabalho****Ouvido Esquerdo**

(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 Direito  
(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 (surdez profissional). — 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 é 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:

TABELA N.º 2

**Surdez profissional****Ouvido Esquerdo**

(dB)	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 79	>80	(dB)
------	---------	---------	---------	---------	---------	-----	------

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

Os acúfenos são adicionados aritmeticamente à incapacidade por hipoacusia.

Os acúfenos isolados ou sem hipoacusia indemnizável não são valorizados e por isso a incapacidade, neste caso, é sempre 0 % (neste caso os acúfenos têm outra origem que não a sonotraumática).

### 9 — Acúfenos

Os acúfenos 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 pode todavia recorrer a uma acufenometria subjectiva ou a testes de reconhecimento valor como por exemplo o questionário DET que pretende medir o grau de *distress* psicológico ou ao questionário SEV que pretende integrar o zumbido numa escala subjectiva de severidade. Na maior parte dos casos em 12 a 18 meses surge um fenómeno de habituação cerebral.

Os acúfenos isolados ou sem hipoacusia indemnizável mas com história de sonotraumatismo ou acidente devem ser também valorizados e portanto indemnizáveis.

A taxa a atribuir aos acúfenos pode ir de 0,01 a 0,05.

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

Os acúfenos desde que previsivelmente associados à perda auditiva devem ser adicionados aritmeticamente à incapacidade atribuída com base na hipoacusia.

### 10 — Vertigens

As vertigens não fazem parte do quadro clínico da surdez profissional e por isso, neste caso, não dão origem a incapacidade indemnizável.

As situações vertiginosas podem necessitar de objectivação mediante realização de exames Electrofisiológicos.

De origem não sonotraumática:

a) Ligeira . . . . .	0,01-0,05
b) Moderada com objectivação electrofisiológica . . . . .	0,06-0,15
c) Severa com objectivação electrofisiológica e com queda ao solo . . . . .	0,16-0,25

## CAPÍTULO V

### Oftalmologia

*Instruções específicas.* — Aceita-se como princípio básico que as funções relacionadas com o sistema visual se devem resumir a uma só — a função visual —, que, embora tendo vários componentes, não deve ser subdividida, sob pena de, quando somados, se atingirem valores mais elevados do que internacional e usualmente se aceita como valor máximo a atribuir pela perda total desta função; a perda total da função visual não é, todavia, a perda total da capacidade de ganho ou para o trabalho.

Contudo, à desvalorização resultante da perda funcional, que se deve considerar a mais importante, teremos de adicionar aquela que resulta da deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, por exemplo anoftalmia, lagofthalmia, enoftalmia, etc.

Dos pressupostos invocados resulta a procura de parâmetros objectivos e de verificação simples para os critérios de desvalorização, de acordo com os exames complementares de diagnóstico tidos por mais adequados.

Atendendo à evolução dos métodos de correcção da afaquia, as desvalorizações a aplicar nestas circunstâncias foram profundamente modificadas. Considerou-se que a incapacidade resultante da substituição do cristalino por uma lente de contacto de uso prolongado bem tolerada ou por uma lente intraocular é apenas a que resulta da perda da acomodação, pelo que somente será de atribuir desvalorização, por afaquia corrigida por um destes métodos, aos indivíduos com menos de 50 anos.

A perda da fixação bifoveolar pode ser uma incapacidade significativa em certas profissões, por exemplo as que exigem tarefas de precisão, como a de ourives ou as que requerem a utilização de máquinas trabalhando a alta velocidade e potencialmente perigosas (efeito estroboscópico).

Sempre que as lesões a desvalorizar forem bilaterais, a incapacidade é adicionada segundo o princípio da capacidade restante.

### 1 — Deformações da órbita ou das pálpebras

#### 1.1 — Perda de globo ocular:

a) Com prótese possível .....	0,05-0,09
b) Sem prótese possível .....	0,10

1.2 — Aderências cicatriciais das conjuntivas, causando perturbações ou prejuízo estético .....	0,01-0,10
1.3 — Ectrópio .....	0,01-0,10
1.4 — Entrópio .....	0,01-0,10
1.5 — Lagoftalmia. ....	0,10-0,15
1.6 — Epífora .....	0,01-0,05
1.7 — Ptose, conforme a pupila estiver mais ou menos descoberta .....	0,01-0,15
1.8 — Deformidades por lesões da órbita (exoftalmia, enoftalmia, etc.) .....	0,01-0,05
1.9 — Fístula lacrimal .....	0,15-0,20

### 2 — Hipovisão

#### 2.1 — De um lado, visão de 1 a 0,7; do outro:

a) 1 a 0,6 .....	0,00
b) 0,5 .....	0,01-0,03
c) 0,4 .....	0,04-0,05
d) 0,3 .....	0,06-0,07
e) 0,2 .....	0,08-0,09
f) 0,1 .....	0,10-0,18
g) 0,05 .....	0,19-0,22
h) 0 .....	0,23-0,27

#### 2.2 — De um lado, visão de 0,5 a 0,6; do outro:

a) 0,5 .....	0,02-0,04
b) 0,4 .....	0,05-0,06
c) 0,3 .....	0,07-0,13
d) 0,2 .....	0,14-0,18
e) 0,1 .....	0,19-0,22
f) 0,05 .....	0,23-0,27
g) 0 .....	0,28-0,31

#### 2.3 — De um lado, visão de 0,4; do outro:

a) 0,4 .....	0,09-0,13
b) 0,3 .....	0,14-0,18
c) 0,2 .....	0,19-0,22
d) 0,1 .....	0,23-0,27
e) 0,05 .....	0,28-0,36
f) 0 .....	0,37-0,40

#### 2.4 — De um lado, visão de 0,3; do outro:

a) 0 .....	0,27-0,31
b) 0,2 .....	0,32-0,36
c) 0,1 .....	0,37-0,40
d) 0,05 .....	0,41-0,45
e) 0 .....	0,46-0,54

#### 2.5 — De um lado, visão de 0,2; do outro:

a) 0,2 .....	0,40-0,45
b) 0,1 .....	0,46-0,53
c) 0,05 .....	0,54-0,58
d) 0 .....	0,59-0,63

#### 2.6 — De um lado, visão de 0,1; do outro:

a) 0,1 .....	0,63-0,67
b) 0,05 .....	0,68-0,71
c) 0 .....	0,72-0,76

2.7 — De um lado, visão de 0,05; do outro visão de 0,05 ou inferior. . . . . 0,95

2.8 — Quando a acuidade visual for obtida após correcção de afaquia, a desvalorização a atribuir aos sinistrados com menos de 50 anos é o somatório dos valores constantes dos números 2.1 a 2.7 da hipovisão, acrescida dos coeficientes seguintes:

- a) Afaquia unilateral (sem ultrapassar 0,30 de incapacidade total). . . . . 0,10  
b) Afaquia bilateral (sem ultrapassar 0,95 de incapacidade total). . . . . 0,20

2.9 — Na diminuição da acuidade visual para perto (por exemplo opacidades centrais da córnea ou do cristalino e algumas lesões maculares) devem acrescentar-se aos coeficientes previstos nos números 2.1 a 2.7 os valores de 0,03-0,05 sem ultrapassar o máximo de 0,30 de incapacidade total.

### 3 — Alterações do campo visual

3.1 — Diminuição concêntrica do campo visual de um olho, com o outro campo normal:

- a) Entre 40° e 50° . . . . . 0,01-0,05  
b) Entre 30° e 40° . . . . . 0,06-0,10  
c) Entre 20° e 30° . . . . . 0,11-0,15  
d) Entre 10° e 20° . . . . . 0,16-0,20  
e) Inferior a 10° . . . . . 0,21-0,25

3.2 — Diminuição concêntrica do campo visual de um olho, com o outro campo reduzido:

3.2.1 — Um campo entre 40° e 50°; o outro:

- a) De 40° a 50° . . . . . 0,10-0,15  
b) De 30° a 40° . . . . . 0,16-0,20  
c) De 20° a 30° . . . . . 0,21-0,25  
d) De 10° a 20° . . . . . 0,26-0,30  
e) Inferior a 10° . . . . . 0,31-0,35

3.2.2 — Um campo entre 30° e 40°; o outro:

- a) De 30° a 40° . . . . . 0,20-0,25  
b) De 20° a 30° . . . . . 0,26-0,30  
c) De 10° a 20° . . . . . 0,31-0,35  
d) Inferior a 10° . . . . . 0,36-0,40

3.2.3 — Um campo entre 20° e 30°; o outro:

- a) De 20° a 30° . . . . . 0,40-0,45  
b) De 10° a 20° . . . . . 0,46-0,50  
c) Inferior a 10° . . . . . 0,51-0,55

3.2.4 — Um campo entre 10° e 20°; o outro:

- a) De 10° a 20° . . . . . 0,60-0,75  
b) Inferior a 10° . . . . . 0,66-0,70

3.2.5 — Os dois campos inferiores a 10° . . . . . 0,71-0,80

3.3 — Escotomas:

- a) Escotomas unilaterais superiores a 10° . . . . . 0,01-0,10  
b) Escotomas bilaterais superiores a 10° . . . . . 0,11-0,40

3.4 — Defeitos hemianópsicos:

- a) Horizontal superior . . . . . 0,20-0,30  
b) Horizontal inferior . . . . . 0,50-0,60  
c) Vertical homónimo direito . . . . . 0,25-0,30  
d) Vertical homónimo esquerdo . . . . . 0,20-0,25  
e) Bitemporal . . . . . 0,50-0,60  
f) Binasal . . . . . 0,15-0,20

3.5 — Defeitos quadrantanópsicos:

- a) Superior . . . . . 0,07-0,10  
b) Inferior . . . . . 0,20-0,25

3.6 — Defeitos hemianópsicos num olho único:

- a) Superior . . . . . 0,20-0,25  
b) Nasal . . . . . 0,50-0,60

c) Inferior. ....	0,60-0,70
d) Temporal. ....	0,70-0,80

#### 4 — Perda da fixação bifoveolar

Perda da fixação bifoveolar. ....	0,01-0,10
-----------------------------------	-----------

#### 5 — Paralisias óculo-motoras

5.1 — Intrínsecas. ....	0,05-0,10
-------------------------	-----------

5.2 — Extrínsecas. — Para o estudo destas afecções são usados os exames complementares de diagnóstico tidos por mais adequados.

5.2.1 — Com diplopia (não sobreposição das luzes verde e vermelha) para além dos 30°:

a) Nos campos superiores. ....	0,00
b) Nos campos inferiores. ....	0,01-0,05

5.2.2 — Com diplopia entre 20° e 30°:

a) Nos campos superiores. ....	0,10-0,15
b) Nos campos inferiores. ....	0,15-0,20

5.2.3 — Com diplopia até 15°. ....	0,20-0,30
------------------------------------	-----------

#### 6 — Fotofobia

Lesões permanentes da córnea ou midríase permanente. ....	0,01-0,05
---	-----------

#### 7 — Conjuntivites crónicas

Conjuntivites crónicas. ....	0,01-0,15
------------------------------	-----------

### CAPÍTULO VI

#### Angiocardiologia

#### Doenças cardiovasculares

##### 1 — Doença cardíaca

*Considerações prévias.* — A avaliação de incapacidades permanentes para o trabalho de origem cardiovascular envolve, quase sempre, problemas especiais que não existem geralmente na análise de outras situações incapacitantes. Problemas de grau semelhantes podem surgir também aquando da caracterização da causa, dada a pluralidade dos factores etiológicos das doenças cardíacas, pelo que é sempre necessário um profundo bom-senso no apreciar de cada caso concreto.

Num contexto puramente cardiovascular, pode definir-se incapacidade permanente como a situação clínica que persiste depois de ser atingido o máximo da terapêutica médica e cirúrgica, bem como a consequente e necessária reabilitação, após ter decorrido um período de tempo razoável para permitir o máximo desenvolvimento de circulações colaterais e outras compensações após a situação aguda.

Há que considerar, como critério de cura, para além da evolução clínica e dos diversos exames laboratoriais e complementares, como factor variável o tempo necessário para uma perfeita estabilização da situação.

Todavia, o grau de incapacidade não é estático.

Fisiológica e anatomicamente existe um processo de mudança constante e em evolução — a melhoria da situação tal como a sua deterioração são possíveis. Assim, uma reavaliação da situação clínica deve ocorrer em períodos de tempo fixos, semestrais ou anuais. A revisão periódica também deve ocorrer sempre que surjam novas técnicas de observação para uma melhor avaliação da situação clínica e consequente actualização terapêutica.

Um dos problemas que muitas vezes dificultam a avaliação é a disparidade entre os dados do exame objectivo, dos meios auxiliares de diagnóstico e os sintomas referidos pelo examinando.

Por isso, há que distinguir doença cardíaca com sinais de lesão orgânica e sem sinais de lesão orgânica. Esta, por vezes, é acompanhada de queixas de natureza apenas psicológica.

Assim, não é possível estabelecer uma tabela de incapacidades que funcione tomando como base apenas os dados numéricos dos meios auxiliares de diagnóstico.

Antes de desvalorizar qualquer doente, o médico deve determinar com rigor o diagnóstico clínico, destacando a etiologia, a anatomia e a fisiopatologia em cada situação clínica concreta.

A história clínica colhida cuidadosamente, o exame físico ou objectivo, conjugados com o uso crítico dos exames auxiliares de diagnóstico, permitem ao médico enquadrar o doente numa das classes adiante indicadas, com a atribuição da correspondente incapacidade para o trabalho.



*Instruções específicas.* — A atitude do médico perante qualquer doença cardíaca deve consistir em:

- Determinar a sua etiologia e o nexo de causalidade;
- Identificar as estruturas;
- Definir as alterações fisiopatológicas;
- Avaliar a capacidade funcional remanescente do coração.

O tratamento e o prognóstico dependem de um esclarecimento claro dos factores atrás descritos.

A etiologia é estabelecida considerando a idade do doente, a história clínica, as anomalias específicas e os estudos laboratoriais, imagiológicos, electrofisiológicos e outros apropriados.

O nexo da causalidade é conseguido através de um inquérito no sentido de obter os dados que permitam estabelecer a relação causa-efeito, quando relacionados no tempo.

Os sintomas mais comuns da doença cardíaca são:

- Dispneia;
- Astenia;
- Fadiga;
- Pré-cordialgia;
- Palpitações;

É sobretudo o reconhecimento destes sintomas e a evolução dos mesmos com as terapêuticas instituídas que permitem classificar cada caso clínico.

A incapacidade permanente por doença cardíaca resulta geralmente de:

- a) Insuficiência do miocárdio, que pode conduzir a insuficiência cardíaca congestiva;
- b) Insuficiência da circulação coronária: Angina de peito; Insuficiência coronária; Oclusão coronária; Enfarte do miocárdio e suas complicações;
- c) Cominação das alíneas a) e b);
- d) Pericardites e derrames pericárdios;
- e) Traumatismos cardíacos.

Os diagnósticos etiológicos mais comuns são:

- a) Congénito;
- b) Reumático;
- c) Hipertensivo (v. «Doença hipertensiva»);
- d) Pulmonar (cor pulmonale).

#### Graduação da doença cardíaca

A doença cardíaca é dividida em quatro Classes, de acordo com a New York Heart Association. As classes I a IV aplicam-se a doentes com doença orgânica, desde os assintomáticos (classe I) até aos severamente incapacitados (classe IV).

1.1 — Classe I . . . . . 0,01-0,05

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica, mas sem sintomas;
- b) As actividades quotidianas como andar, subir escadas não causam sintomas (fadiga ou dispneia);
- c) O esforço prolongado, o stress emocional e o trabalho sob tensão, o subir rampas e o desporto que normalmente pratica não causam sintomas;
- d) Não existem sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

1.2 — Classe II . . . . . 0,06-0,15

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica, sem sintomas em repouso;
- b) A marcha em terreno plano, subir um lanço de escadas e as actividades normais diárias não se traduzem por sintomas importantes tais como fadiga precoce ou dispneia;
- c) O exercício prolongado, o stress emocional e o trabalho sob tensão, a subida de rampas, o recreio e actividades desportivas habituais ou situações semelhantes já se traduzem por sintomas tais como fadiga e dispneia.

1.3 — Classe III . . . . . 0,16-0,35

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica com sintomas em repouso, embora pouco pronunciados, por exemplo dispneia;
- b) Andar mais de um ou dois quarteirões em terreno plano, subir um lanço de escadas ou as actividades normais diárias já produzem alguns sintomas tais como fadiga precoce e dispneia;

c) O stress emocional, o trabalho sob tensão, a subida de rampas, o recreio, as actividades desportivas habituais ou situações semelhantes produzem sintomas chamativos, tais como fadiga e dispneia marcadas;

d) Se há sinais de doença cardíaca congestiva, são moderados e reversíveis com a terapêutica e com o repouso.

1.4 — Classe IV . . . . . 0,36-0,60

Um doente pertence a esta classe quando:

a) Refere sintomatologia e apresenta sinais mesmo em repouso;

b) A execução de qualquer actividade da vida diária, para além da toilette pessoal ou equivalente, causa desconforto crescente, por fadiga e dispneia;

c) Os sinais de insuficiência cardíaca ou de insuficiência coronária podem ocorrer mesmo em repouso;

d) Os sinais de insuficiência cardíaca congestiva são constantes e resistentes à terapêutica.

## 2 — Lesões vasculares

Instruções específicas — A apreciação do problema das doenças vasculares baseia-se em alguns princípios básicos:

1.º As lesões vasculares são facilmente redutíveis a alguns tipos fundamentais de patologia ou, antes, de fisiopatologia;

2.º A avaliação dos graus de insuficiência vascular (arterial, venosa e linfática) deve, para além da clínica, socorrer-se de outros exames complementares de diagnóstico julgados adequados, nomeadamente, oscilometria, ultra-sons (Doppler), pletismografia e, se necessário, angiografia (invasiva ou de subtração digital);

3.º Quando existirem sequelas vasculares provenientes de outras lesões, aquelas devem adicionar-se às incapacidades destas, de acordo com o princípio da capacidade restante.

### Tipo de lesões mais frequentes

Arteriais:

Lesões expansivas (aneurismas);

Lesões obstrutivas (estenoses e obliterações arteriais);

Comunicações artério-venosas (fistulas artério-venosas);

Feridas arteriais, incluindo falsos aneurismas ou hematomas pulsáteis.

Venosas:

Lesões expansivas (varizes);

Lesões obstrutivas (tromboflebitis e flebotromboses);

Feridas (feridas venosas).

Linfáticas:

Lesões obstrutivas (linfedemas);

Feridas (fistulas).

Outras:

Lesões neurovasculares.

Convém considerar que, para além desta divisão esquemática, podem surgir situações complexas devido à incidência de traumatismos no sistema vascular, que já eram sede de patologias que evoluíram insidiosamente.

2.1 — Lesões vasculares arteriais:

2.1.1 — Aorta:

a) Aneurisma aórtico assintomático e sem indicação operatória . . . . . 0,01-0,10

b) Aneurisma aórtico sintomático e ou com indicação operatória . . . . . 0,11-0,60

c) Idem, operado e controlado, sem sequelas funcionais . . . . . 0,01-0,20

d) Idem operado com sequelas funcionais a avaliar pelo grau de insuficiência arterial (v. n.º 2.1.4).

2.1.2 — Fístulas arteriovenosas:

a) Aneurismas arteriais periféricos, como consequência de traumatismos abertos ou fechados (a avaliação é feita segundo as sequelas funcionais) (v. n.º 2.3).

2.1.3 — Outras artérias:

a) Conforme a localização e a importância dos vasos lesados e as manifestações periféricas . . . . . 0,10-0,30

b) Se existe repercussão cardíaca, adicionar ao grau desta a respectiva percentagem correspondente à fistula arteriovenosa, segundo o princípio da capacidade restante.

2.1.4 — Estenoses e obliterações arteriais. — Incluem laqueações cirúrgicas e de cirurgia anterior, assim como sequelas pós-traumáticas de feridas. Quando ocorrerem, para além dos sinais tróficos, sintomas e sinais funcionais marcados, tais como claudicação e parestesia, devem ser avaliados pelo capítulo respectivo e adicionados de acordo com o princípio da capacidade restante.

Correlacionando o trofismo, a dor, a parestesia e o resultado dos exames, (v. Instruções específicas), distinguem-se quatro graus:

2.1.4.1 — Grau I:

a) Ligeiro — queixas reduzidas e sem compromisso da marcha .....	0,10-0,15
b) Moderado — com moderado compromisso da marcha .....	0,16-0,20
c) Severo — com claudicação intermitente e dor em repouso .....	0,21-0,40

2.1.4.2 — Grau II:

As lesões do grau anterior e lesões tróficas (ulcerações) .....	0,41-0,60
---	-----------

2.1.4.3 — Grau III:

Lesões graves: gangrenas exigindo amputação (v. Capítulo I, Aparelho Locomotor).

*Nota.* — Aconselha-se o estudo pelo Doppler;

2.1.5 — Artérias viscerais. — As lesões das artérias viscerais, nomeadamente as responsáveis pela irrigação do encefalo, coração, pulmões, rins e demais vísceras abdominais, são avaliadas pelas repercussões funcionais consequentes, em cada sistema (neurologia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, etc.).

2.1.6 — Próteses vasculares. — Nas situações em que for necessária a colocação de uma prótese vascular artificial, deve a desvalorização ser agravada segundo a importância do segmento arterial em causa [v. números 2.1.3, alínea a), e 2.1.1, alínea c)].

2.2. — Lesões venosas e linfáticas. — As varizes, os síndromos flebíticos e tromboflebíticos, as sequelas de lesões linfáticas traumáticas e também a laqueação de grandes vasos venosos por feridas traduzem-se pela seguinte sintomatologia:

Peso nos membros inferiores;

Dor e edema;

Alterações tróficas (em estado adiantado) como, por exemplo, alterações da coloração cutânea e subcutânea, úlceras e crises de celulolinfangite.

A avaliação é feita pela clínica e pelos exames auxiliares. Conforme a evolução podem distinguir-se os seguintes graus:

a) Ligeiro — com sensação de peso e dor .....	0,05-0,10
b) Médio — Idem, com edema .....	0,11-0,20
c) Grave — idem, com úlceras ou outras alterações tróficas .....	0,21-0,30

2.3 — Lesões mistas:

Nas lesões arteriovenosas o cálculo da incapacidade deve tomar por base o da componente arterial, ao qual se adiciona o da venosa em termos de capacidade restante;

A componente venosa oscila entre. ....	0,05-0,15
--	-----------

2.4 — Lesões neurovasculares:

A incapacidade tem em conta a componente neurológica (v. Capítulo III — Neurologia), a componente vascular e, eventualmente, a óssea (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor); todavia, a componente vascular nunca excederá .....	0,20
--	------

2.5 — Nas situações vasculares, quando operadas, avaliar-se-á a incapacidade pelo défice funcional pós-operatório tendo em vista as sequelas (v. números 2.1.1, 2.1.3 e 2.1.4).

### 3 — Doença hipertensiva

*Instruções específicas.* — Antes de classificar o doente nesta categoria, o médico deve estabelecer um nexo de causalidade entre o acidente ou a exposição ao factor de risco e a hipertensão arterial diagnosticada.

A doença vascular hipertensiva não existe ou não se desenvolve, necessariamente, quando um doente apresenta episódios esporádicos de hipertensão ou, melhor, de aumento da tensão arterial; estes episódios estão associados, frequentemente, ao aumento da frequência cardíaca, com algum estímulo mais ou menos óbvio da natureza emocional, ambiental ou ainda com sinais ou sintomas de hiperactividade.

A doença hipertensiva vascular existe quando os valores tensionais são superiores a 140/90 mm de mercúrio.

Quando num doente hipertensivo a tensão arterial é inferior a 140/90 mm de mercúrio por o doente estar medicado, este facto não exclui o doente desta classificação.

Assim, as queixas, os sinais e os valores da tensão arterial permitem distinguir quatro graus de gravidade (incapacidade).

### 3.1 — Graus de doença hipertensiva:

Independentemente das incapacidades preconizadas nos pontos 3.1.1 a 3.1.4, quando existe sintomatologia ou outra incapacidade sistémica, a mesma deve ser valorizada de acordo com os capítulos específicos e com o princípio da capacidade restante.

#### 3.1.1 — Grau I ..... 0,01-0,05

Um doente pertence a este grau quando os valores tensionais diastólicos são repetidamente superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico não apresenta qualquer dos seguintes dados:

- a) Alterações das análises de urina e testes da função renal;
- b) História de doença vascular cerebral hipertensiva;
- c) Evidência de hipertrofia ventricular esquerda;
- d) Anomalias hipertensivas dos fundos oculares (exceptuando estreitamento mínimo das arteríolas);

#### 3.1.2 — Grau II ..... 0,06-0,15

Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas medidas são repetidas vezes superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta qualquer dos seguintes dados:

- a) Proteinúria e alterações do sedimento urinário, mas sem insuficiência renal;
- b) História de alterações hipertensivas cerebrais, sem alterações residuais remanescentes;
- c) Evidência de hipertrofia ventricular esquerda;
- d) Alterações hipertensivas definidas na fundoscopia — arteríolas estreitas com ou sem exsudados ou hemorragias;

#### 3.1.3 — Grau III ..... 0,16-0,30

Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas medidas são repetidas vezes superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta dois dos seguintes dados:

- a) Proteinúria e outras alterações no sedimento urinário, mas sem lesão renal (função renal normal);
- b) Sequelas cerebrovasculares hipertensivas com alterações neurológicas residuais permanentes;
- c) Hipertrofia ventricular esquerda, sem insuficiência cardíaca congestiva;
- d) Retinopatia hipertensiva com ou sem hemorragias ou exsudados;

#### 3.1.4 — Grau IV ..... 0,31-0,45

Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas são consistentemente acima dos 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta dois dos seguintes dados:

- a) Insuficiência renal;
- b) Doença cerebrovascular hipertensiva com resíduos neurológicos permanentes;
- c) Hipertrofia ventricular esquerda, com ou sem insuficiência cardíaca congestiva;
- d) Retinopatia hipertensiva.

## CAPÍTULO VII

### Pneumologia

*Considerações prévias.* — Deve ser considerada como doença profissional respiratória toda a alteração permanente de saúde do indivíduo que resulte da inalação de poeiras, gases, vapores, fumos e aerossóis ou ainda que resulte de exposição a radiações ionizantes e outros agentes físicos, em que se estabeleça uma relação causal com o posto de trabalho ocupado.

A lista de doenças profissionais e dos seus agentes causais deve passar a ter, além dos tempos mínimos de exposição, os limites máximos admissíveis a partir dos quais as concentrações são consideradas lesivas e causa de doença profissional.

A maior parte das doenças de origem inalatória são situações passíveis de evolução clínica, mesmo após evicção do agente causal, pelo que o grau de incapacidade atribuído deve ser passível de actualização periódica.

#### *Instruções específicas:*

A) Défice funcional ou estrutural. — A incapacidade clínico-funcional traduz a situação clínica resultante do défice funcional ou estrutural que persiste após terapêutica apropriada, sem melhoria previsível. Pode ou não ser estável no momento da avaliação. A determinação do grau de incapacidade deve fundamentar-se no parecer de pneumologista, quando conjugado com as exigências do posto de trabalho.

A determinação da incapacidade clínico-funcional requer previamente a caracterização da doença profissional ou do acidente de trabalho, tão segura quanto possível, tendo em atenção que dos procedimentos diagnósticos não deve resultar prejuízo clínico previsível para o doente.

A) 1 — Factores correctores de incapacidade. — No diagnóstico é ponto essencial uma história clínica e profissional pormenorizada, contemplando uma anamnese exaustiva e cronológica das exposições no ambiente de trabalho (concentrações dos agentes causais), uma análise do posto de trabalho e dos processos produtivos e uma listagem dos produtos finais e intermediários da produção para identificar riscos acessórios. Devem também ser valorizados os elementos semiológicos que podem contribuir para corrigir os graus de incapacidade previstos na alínea E) : grau de dispneia, existência de cianose, hipocratismo digital, evidência de *cor pulmonale*, deformações físicas, alterações estéticas (a avaliar por «Dismorfias»), etc.

Deve fazer-se uma história dos hábitos tabágicos, incluindo tipo de tabaco, número de cigarros/dia, número de anos de fumador e número de anos de cessação do tabagismo, para tentar distinguir a quota-parte da IPP de origem não profissional.

Outros dados como a tosse, a expectoração e a pieira devem ser caracterizados, bem como a frequência e duração dos episódios. Igualmente é determinante caracterizar a existência ou não de relação dessas queixas com o desempenho das actividades profissionais, bem como o tempo decorrido entre o início da actividade num determinado posto de trabalho e o início das queixas, no sentido de corrigir o grau inicial de incapacidade a atribuir.

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.

Estes graus de dispneia são mais um elemento de correcção do grau da incapacidade a atribuir na zona de incapacidade respectiva que consta na Tabela, na alínea E).

A avaliação radiológica baseia-se na interpretação da radiografia do tórax convencional. Na valorização da evolução radiográfica, sempre que aplicável, deve usar-se a classificação ILO (UICC). A tomografia computadorizada é uma técnica útil na caracterização da extensão da doença pleuro-pulmonar e mediastínica. As alterações radiográficas, por si, podem justificar um grau de invalidez de 0,05 a 0,15. Se não houver lugar a IPP pelos graus de incapacidade previstos na alínea E), a IPP tende para o valor menor.

Os elementos histopatológicos valorizam o diagnóstico. A ausência destes, se por razões de ordem clínica, não deve prejudicar a caracterização de doença profissional 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, conforme alínea E). O somatório dos factores correctores faz que o valor da IPP tenda para o maior valor da zona de variação da respectiva incapacidade (grau).

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, devem ser efectuadas determinações da distensibilidade pulmonar, das vias aéreas, 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, pode haver lugar à realização de provas de esforço, as quais, pela determinação da PaO<sub>2</sub> no sangue arterial antes e durante o esforço, podem determinar a existência de incapacidade funcional, por tornarem patente uma insuficiência respiratória latente. O grau de incapacidade a atribuir é ponderado de acordo com os valores da PaO<sub>2</sub> atingida e o grau de esforço efectuado.

A prova de esforço é realizada com cargas sucessivas de 30 W, 60 W e 90 W (ciclo ergómetro ou tapete rolante) e considera-se como positiva a queda da PaO<sub>2</sub> de 10 mmHg.

A caracterização da situação clínica deve 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.

Pode mesmo haver lugar à atribuição de incapacidade na ausência de alterações da função respiratória, como seja o mínimo a atribuir na simples alteração radiográfica.

Quando as alterações funcionais respiratórias predominarem, a IPP a atribuir é apenas dada por estas. Se além do predomínio das alterações funcionais ocorrerem imagens radiográficas de lesões extensas, estas têm uma IPP entre 0,05 e 0,15, que se adiciona, segundo o princípio da capacidade restante, à incapacidade funcional, cuja soma nunca ultrapassa o limite máximo do respectivo grau da incapacidade respiratória previsto na alínea E). Igualmente as sequelas operatórias ou traumáticas resultantes de tratamento de doença profissional ou acidente de trabalho, mesmo com uma repercussão funcional mínima, implicam a atribuição de incapacidade clínica funcional por causarem sempre diminuição da reserva respiratória [mínimo do grau 1 da alínea E)].

B) Algumas situações incapacitantes não exclusivamente relacionadas com a diminuição da função respiratória são de ter em conta com outras variáveis médicas na correcção do grau de incapacidade, conforme os graus da alínea E), no sentido de a IPP tender para o máximo previsto no respectivo grau.

### 1 — Asma

Os doentes portadores de asma profissional (situação clínica resultante da sensibilização no local de trabalho a substâncias implicadas ou resultantes dos processos de produção) são passíveis de atribuição de incapacidade de acordo com as normas adiante estabelecidas.

Nesta situação a componente clínica é valorizada pela demonstração da queda do VEMS após exposição ao ambiente de trabalho, quer seja possível detectar uma reacção imediata quer tardia. A utilização de debitómetros (*peak flow meter*) no local de trabalho, com registo dos valores durante o dia de trabalho, os fins-de-semana e os períodos de férias, facilita este diagnóstico.

As provas de provocação inalatória inespecíficas são valorizáveis quando, sendo previamente negativas, se tornam positivas algum tempo após o início da actividade laboral.

O diagnóstico de asma profissional recomenda o afastamento do trabalhador da área da laboração com os poluentes incriminados e seus intermediários de produção.

Se o afastamento leva à ausência de queixas clínicas e a um restabelecimento da função respiratória nasal, deve proceder-se à reconversão profissional ou à recolocação selectiva, não havendo neste caso, lugar à atribuição de incapacidade.

O grau de incapacidade é um dos previstos na alínea E), corrigido pela persistência de hiper-reatividade brônquica, pelo número de crises de broncoespasmo, devidamente documentadas, necessitando de assistência em serviços de urgência ou de medicina do trabalho, bem como pela existência ou não de sintomatologia entre as crises, apesar de uma terapêutica optimizada. A avaliação funcional é efectuada após afastamento do local de trabalho.

### 2 — Doenças inalatórias por poeiras orgânicas (alveolites alérgicas extrínsecas/pneumonias de hipersensibilidade)

O grau de incapacidade é o previsto na alínea E), corrigido pelos factores seguintes:

Na atribuição do grau de incapacidade há que ter em consideração que estes doentes, para além da incapacidade clínico-funcional que da doença tenha resultado, devem ser afastados do posto de trabalho que lhe deu origem pelo risco de novas agudizações da doença, com progressão da mesma;

Deve ser tido em conta que se trata de doença que, em regra, tem um carácter crónico, podendo ter uma progressão insidiosa mesmo após o afastamento, pelo que deve ser feita a avaliação periódica, mesmo ao deixar de ser trabalhador activo;

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.

### 3 — Doenças inalatórias por poeiras ou fibras minerais (pneumoconioses)

O grau de IPP a atribuir é o previsto na alínea E). Na atribuição de um grau de incapacidade há que ter em consideração que o diagnóstico de doença deste grupo deve acarretar a proibição de ocupar um posto de trabalho onde exista o agente causal, com a consequente recolocação selectiva.

Em casos especiais, quando a concentração do agente causal não ultrapassar o máximo admissível e quando o trabalhador atingido for adulto jovem, desde que a doença tenha uma expressão clínica ligeira ainda não incapacitante, pode ser recomendada uma proibição relativa desde que o trabalhador use, com permanência, o equipamento de protecção individual adequado e seja sujeito, periodicamente, a vigilância médica.

Dever ter-se em conta, para correcção dos graus de IPP, o risco acrescido de doenças infecciosas (nomeadamente tuberculose) e de cancro do pulmão ou da pleura, supervenientes a algumas pneumoconioses.

### 4 — Parede torácica e diafragma

A correcção do grau de incapacidade baseia-se na existência ou não de dor, de dificuldade respiratória, de dificuldade na execução de tarefas laborais (directamente relacionada com a lesão da parede) e no grau de alterações da função respiratória. Esta incapacidade está contemplada no capítulo do tórax e Capítulo II — Dismorfias, n.º 2.

Destas alterações clínicas resulta um prejuízo que deve ser somado ao eventual prejuízo funcional. Este, se coexistir, é atribuído de acordo com os graus previstos na alínea E). Quando houver lugar à soma de IPP parciais, esta faz-se segundo o princípio da capacidade restante.

### 5 — Doenças da pleura (doença profissional ou acidente de trabalho)

Podem dar lugar a reparação se delas resultarem paquipleurite, espessamento ou calcificação pleural.

Esta reparação deve basear-se na eventual incapacidade funcional respiratória e no prognóstico. Nos casos em que não haja alteração da função respiratória, a IPP a atribuir por critérios radiográficos tende para o valor menor.

No caso de pneumotórax, se não há sequelas funcionais ou radiológicas, não há lugar a reparação, ou seja, à atribuição de IPP diferente de 0.

### 6 — Estenoses da traqueia

As estenoses traqueiais traumáticas ou pós-traqueostomia dão um grau de incapacidade conforme Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5.

### 7 — Miscelânia (situações a caracterizar no respectivo capítulo da tabela)

Há um conjunto de doenças respiratórias capazes de reforçar a incapacidade, pela sua repercussão sistémica, para além do eventual défice respiratório que causam.

É o caso das neoplasias malignas do pulmão, doenças infecciosas crónicas, vasculites, supurações broncopulmonares crónicas graves, etc., que podem corrigir o grau de incapacidade a atribuir pela alínea E), ou seja, orientar o sentido na zona de variação dos coeficientes do respectivo grau.

C) Situações incapacitantes de origem não profissional (incapacidades a atribuir pelos Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente e outros da segurança social). — Existem situações clínicas que, não sendo doenças profissionais, são incapacitantes para todas ou algumas profissões.

É o caso da síndrome de apneia do sono, que 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, etc.).

Acresce que a síndrome pode induzir alterações funcionais condicionantes de invalidez: grave hipoxemia, hipertensão pulmonar, cor pulmonale.

É também o caso das bolhas de enfisema, que devem ser consideradas situações invalidantes dentro de determinados grupos profissionais (mergulhadores, pessoal de voo, músicos de instrumentos de sopro, etc.) ou situações em que a actividade profissional se desenvolva em locais afastados dos serviços médicos de urgência.

D) Estudo da função respiratória. — No estudo da função respiratória, para atribuição de um grau de incapacidade devem ser ponderados entre si todos os dados do estudo funcional respiratório.

Isoladamente só as alterações da gasimetria arterial implicam incapacidade, se baseadas em duas determinações com intervalo mínimo de duas semanas.

E) Graus de incapacidade clínico-funcional. — Na atribuição da incapacidade clínico-funcional consideram-se quatro graus, que vão discriminados a seguir. Para cada grupo foram atribuídos limites superiores e inferiores de incapacidade.

Em cada caso o índice a atribuir deve estar contido nos limites de determinado grau e baseia-se na gravidade do défice funcional respiratório, conjugado com a importância das outras variáveis médicas. Ressalvam-se as situações referidas na alínea B), em que outras variáveis médicas podem corrigir os valores atribuídos pelas alterações da função respiratória e ser reparadas por valor do grau seguinte, quando for devidamente justificado.

Os chamados «factores correctores», difíceis de quantificar, servem para corrigir os valores base atribuídos como grau de incapacidade clínico-funcional, conforme escala que se segue, no sentido do mínimo ou do máximo da zona de variação do respectivo grau.

Portanto, a ausência ou insignificância destas variáveis médicas inclinam a IPP a atribuir para o valor menor dos limites do grau a atribuir e a predominância das mesmas variáveis inclinam no sentido do limite maior do respectivo grau.

Quando, por excepção, alguma das variáveis médicas, só por si, determinar a atribuição de IPP parcial, esta somar-se-á à IPP base atribuída por incapacidade clínico-funcional. Esta soma faz-se sempre segundo o princípio da capacidade restante.

Em qualquer dos casos, de soma ou de correcção, o valor final nunca ultrapassa o limite máximo previsto para o respectivo grau de incapacidade clínico-funcional, salvo o caso das situações referidas na alínea B), quando for devidamente justificado.

**Tabela de incapacidades (a corrigir por outras variáveis médicas na zona de variação dos coeficientes de cada grau)**

**Grau I — Função respiratória:**

Capacidade vital forçada (CVF) > -80 %;  
Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) > -80 %;  
Débitos expiratórios máximos (DEM):

DEM 50 > 60 % < 80 %;  
DEM 25-75 > 60 % < 80 %;

Distensibilidade pulmonar (compliance estática) ≥ 70 %;  
Difusão de CO ≥ 70 %; PaO<sub>2</sub> ≥ 75 mmHg;  
PaCO<sub>2</sub> ≤ 45 mmHg;

Hiper-reatividade brônquica positiva (IPP resultante da conjugação dos diversos factores) . . . . . 0,05-0,15

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: existência de crises comprovadas obrigando ao recurso a serviço de urgência (superior a três por ano). Persistência de sinais e sintomas apesar do afastamento;

Alterações radiográficas de doença profissional sem repercussão funcional;

Existência de dor que objectivamente limita os movimentos respiratórios ou a actividade profissional sem repercussão funcional;

Estenoses da traqueia, traumáticas ou pós-traqueostomia, com repercussão funcional ligeira;

Lobectomia (língua e lobo médio) mesmo se não houver repercussão funcional.

**Grau II — Função respiratória:**

Capacidade vital forçada (CVF) > 60 % < 79 %;  
Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) > 60 % < 79 %;

Distensibilidade pulmonar (*compliance* estática) > 60 % < 69 %;  
 Difusão do CO > 60 % < 69 %;  
 $PaO_2 \geq 75$  mmHg;  
 $PaCO_2 \leq 45$  mmHg;

Hiper-reatividade brônquica positiva (IPP resultante da conjugação dos diversos factores) . . . . . 0,16-0,30

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: necessitando, mesmo após o afastamento, de terapêutica broncodilatadora e anti-inflamatória local permanente ou por períodos prolongados de tempo;

Estenoses da traqueia traumáticas ou pós-traqueostomia com *cornage* ou estudos com valores de função respiratória que estejam dentro dos referidos para este grau ou para o grau I;

Lobectomia (excepto lobo médio ou língua) ainda que os valores da função respiratória sejam superiores a este grau.

Grau III — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) < 59 % > 50 %;  
 Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) < 59 % > 41 %;  
 Distensibilidade pulmonar (*compliance*) < 59 % > 50 %;  
 Difusão do CO < 59 % > 50 %;  
 $PaO_2 < 75$  mmHg > 65 mmHg;  
 $PaCO_2 \leq 45$  mmHg;

Prova de esforço positiva a 90 W: 30 % -34 % ou . . . . .	0,30-0,34
Prova de esforço positiva a 60 W: 35 % -44 % ou . . . . .	0,35-0,44
Prova de esforço positiva a 30 W: 45 % -60 % ou . . . . .	0,45-0,60
IPP a atribuir pela conjugação dos diversos factores . . . . .	0,31-0,60

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: necessitando de corticoterapia sistemática prolongada (corticodependente), independentemente da função respiratória;

Estenoses da traqueia traumáticas ou pós-traqueostomia com *cornage* ou estridor com limitação das actividades do doente;

Pneumectomia, quaisquer que sejam os valores da função respiratória.

Grau IV — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF)  $\leq 49$  %;  
 Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS)  $\leq 40$  %;  
 Distensibilidade pulmonar (*compliance*)  $\leq 49$  %;  
 Difusão do CO  $\leq 49$  %;  
 $PaO_2 < 64$  mmHg;  
 $PaCO_2 > 45$  mmHg;

IPP a atribuir pela conjugação dos diversos factores. . . . . 0,61-0,95

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP a atribuir por incapacidade clínico-funcional):

Estenoses traumáticas da traqueia traumática ou pós-traqueostomia, necessitando de cânula permanente;  
 Existência de *cor pulmonale*, se não permite mais do que vida de relação dá incapacidade de 100 %.

Se a incapacidade respiratória for decisiva para o desempenho do posto de trabalho, a IPP é corrigida pelo factor 1,5 no caso de o trabalhador ter mais de 45 anos de idade e se não for reconversível profissionalmente. A incapacidade não pode, em nenhum caso, ultrapassar os 95 %, excepto no grau IV com *cor pulmonale*.

## CAPÍTULO VIII

### Nefrologia/uropologia

*Instruções específicas.* — As doenças ou lesões podem atingir as funções parenquimatosas renais e das vias urinárias.

A definição do grau de incapacidade devido a lesão das funções parenquimatosas renais deve basear-se na avaliação do filtrado glomerular pela *clearance* da creatinina (ou qualquer outro método mais fiável que venha ser introduzido na prática clínica para o mesmo efeito).



Seja qual for o grau de deterioração da função renal existente à altura da atribuição da incapacidade, o doente deve ser sempre reavaliado a intervalos máximos de dois anos, nomeadamente no caso dos transplantados renais.

### 1 — Rim

1.1 — Na insuficiência renal crónica, que implica hemodiálise regular em fase avançada, a avaliação desta deve ser feita de dois em dois anos, através do filtrado glomerular:

a) 60ml/m a 80ml/m	Até 0,10
b) 30ml/m a 59ml/m	0,11-0,30
c) 10ml/m a 29ml/m	0,31-0,40
d) Inferior a 10ml/m	0,41-0,60
e) Sob hemodiálise	0,61-0,70

1.2 — Transplantação renal. — Os doentes transplantados devem ser avaliados de dois em dois anos de acordo com o quadro clínico (filtrado glomerular, tensão arterial, etc.), no centro responsável pelo tratamento e seguimento dos transplantados, para apreciação da evolução e assim melhor precisar a incapacidade.

1.3 — Sequelas de traumatismo renal:

a) Dores residuais (Murphy positivo)	0,01-0,05
b) Cicatrizes viciosas sem alteração da função (v. Capítulo II — Dismorfias).	
c) Insuficiência renal de politraumatizados (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
d) Anúria transfusional irreversível (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
e) Litíase pós-traumática (v. n.º 2.2).	
f) Infecção urinária com insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
g) Hipertensão arterial secundária a traumatismo renal (v. Capítulo VI — Angiocardiologia, n.º 3.1).	

1.4 — Nefrectomia:

1.4.1 — No rim restante:

a) Sem insuficiência renal significativa	0,01-0,05
b) Com insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	

1.5 — Sequelas da região lombar:

a) Sequelas de lombotomia — dores residuais, alterações da sensibilidade (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.7).	
b) Eventração lombar (traumática ou pós-operatória)	0,20-0,30
c) Cicatrizes viciosas (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.1).	

### 2 — Bacinete e ureter

2.1 — Hidronefrose:

2.1.1 — Bem tolerada:

a) Unilateral	0,01-0,05
b) Bilateral	0,06-0,10

2.1.2 — Complicada de insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).

2.2 — Litíase:

2.2.1 — Com infecção ou com sequelas de tratamento cirúrgico:

a) Unilateral	0,10-0,20
b) Bilateral	0,21-0,30

2.2.2 — Complicada de insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).

2.3 — Sequelas traumáticas ou cirúrgicas do ureter:

a) Nefro ou ureterostomia cutânea definitiva unilateral	0,31-0,60
b) Idem, bilateral ou sobre rim único	0,46-0,60
c) Derivação urétero-intestinal	0,46-0,60
d) Com reimplantação vesical eficaz	0,20-0,30
e) Ureteroplastia com segmento ileal	0,30-0,45

### 3 — Bexiga

O coeficiente a fixar é função de lesões vesicais intrínsecas ou extrínsecas. Estas podem ser da bacia, dos órgãos pélvicos, da coluna lombo-sagrada ou da espinal-medula.

As lesões da bexiga podem ter repercussão sobre o sector superior do aparelho urinário e sobre a esfera sexual.

## 3.1 — Lesões orgânicas pouco incapacitantes simples:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Alteração da capacidade vesical, evidenciável por: polaquiúria, disúria e moderada redução da capacidade vesical objectivada por exames complementares. . . . . | 0,01-0,05 |
| b) Lesões orgânicas da bexiga, tais como telangiectasias vesicais, sem complicações . . . . .  | 0,06-0,08 |
| c) Idem, complicadas com eritrocitúria, piúria e cristalúria . . . . .   | 0,09-0,10 |

## 3.2 — Lesões orgânicas ou funcionais pouco incapacitantes, requerendo tratamento continuado ou periódico:

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Infecção crónica ou de repetição (cistites) . . . . .                               | 0,05-0,08 |
| b) Cistite intersticial, documentada com exames complementares de diagnóstico. . . . . | 0,09-0,15 |

## 3.3 — Alteração significativa da capacidade vesical por espasticidade ou retracção vesical, necessitando de aparelho colector ou de correcção cirúrgica. . . . . 0,16-0,25

## 3.4 — Alteração da capacidade vesical com retenção crónica de urina exigindo algaliação permanente ou derivação cirúrgica:

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Sem repercussão sobre o sector superior do aparelho urinário. . . . .                                      | 0,30-0,45 |
| b) Com infecções de repetição e repercussão no sector superior do aparelho urinário (pielonefrites) . . . . . | 0,46-0,60 |
| c) Entero ou colicistoplastia de aumento da capacidade vesical . . . . .                                      | 0,25-0,40 |
| d) Idem, com complicações infecciosas . . . . .   | 0,36-0,50 |

## 3.5 — Fístulas vesicais, não curáveis por tratamento médico ou cirúrgico:

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Vesico-púbica . . . . .                            | 0,25-0,35 |
| b) Vesico-intestinal . . . . .                        | 0,50-0,60 |
| c) Vesico-rectal . . . . .                            | 0,55-0,65 |
| d) Vesico-vaginal. . . . .                            | 0,40-0,50 |
| e) Idem, com graves fenómenos infiltrativos . . . . . | 0,51-0,70 |

## 3.6 — Tumor vesical (de acordo com sequelas operatórias) (v. do n.º 3.1 ao n.º 3.5).

## 3.7 — Tumor vesical maligno, infiltrante ou com metástases generalizadas (v. Capítulo XVI — Oncologia).

**4 — Uretra**

Na avaliação das sequelas das lesões uretrais deve atender-se:

À sintomatologia: disúria, jacto enfraquecido, retenção urinária, incontinência urinária ou outras equivalentes;

Aos dados objectivos colhidos na exploração clínica, tais como: estenose, fistulas ou outras alterações cicatriciais e ainda aos recolhidos na observação instrumental, como uretoscopia, uretrografia retrógrada e miccional, fluxometria, etc.

As repercussões sobre a bexiga, sector superior do aparelho urinário, bacia e seu conteúdo e ainda no aparelho reprodutor.

- |   |           |
|---|-----------|
| 4.1 — Lesões uretrais não complicadas, exigindo apenas terapêutica intermitente . . . . .                     | 0,05-0,10 |
| 4.2 — Sequelas de lesões menores não compensáveis ou não curáveis por tratamento médico ou cirúrgico. . . . . | 0,11-0,20 |
| 4.3 — Sequelas de lesões maiores que alteram a permeabilidade da uretra . . . . .                             | 0,10-0,20 |
| 4.4 — Destruição parcial da uretra anterior . . . . .   | 0,20-0,30 |
| 4.5 — Idem, uretra posterior . . . . .  | 0,31-0,40 |
| 4.6 — Sequela operatória de uretroplastia perineal definitiva por destruição da uretra anterior . . . . .     | 0,30-0,50 |

**CAPÍTULO IX****Gastrenterologia****Aparelho digestivo**

*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 esta é tratada na estomatologia. Também não se considera neste capítulo a faringe, por ser abordada na 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:

Funções de transporte;

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

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

Funções de absorção;

Funções de armazenamento;

Funções de excreção.

Como corolário, qualquer lesão ou perda tecidual do tubo digestivo pode produzir alterações de uma das funções ou do seu conjunto, traduzindo-se ou não em limitações organofuncionais mais ou menos importantes.

*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) As perdas maiores ou menores do volume tecidual resultante do acidente ou da intervenção cirúrgica;
- 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.

Assim, distingue-se quatro graus de gravidade:

Grau I ..... 0,00-0,10

- a) Sintomatologia escassa ou descontínua do órgão ou do sistema atingido;
- b) Ausência ou pequena perda tecidual que não ocasione sequelas cirúrgicas com disfunção relevante;
- c) Conservação do peso normal, sem restrições dietéticas e sem necessidade de correcção ou de compensação pelos fármacos de forma continuada.

Grau II ..... 0,11-0,30

- a) Sintomatologia relevante e mais ou menos persistente do défice do órgão ou sistema;
- b) Perda tecidual ou sequelas anátomo-cirúrgicas que se traduzem por disfunção e que carecem de cuidados dietéticos ou de correcção ou de compensação pelos fármacos, de forma continuada;
- c) Perda de peso até 20 %;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico com alterações detectáveis.

Grau III ..... 0,31-0,50

- a) Sinais e sintomas marcados, contínuos e que traduzem disfunção permanente;
- b) Perdas anatómicas moderadas que determinam disfunção (sequelas cirúrgicas que se traduzem por diminuição do volume ou superfície do órgão ou por alterações da disposição anatómica de qualquer dos seus segmentos em relação ao normal);
- c) Sintomas que traduzem disfunção acentuada, só controláveis ou compensáveis com fármacos e com carácter permanente;
- d) Exigências dietéticas permanentes;
- e) Perda ponderal entre 20 % e 30 %;
- f) Exames auxiliares de diagnóstico que revelam alterações marcadas e dificilmente controláveis.

Grau IV ..... 0,51-0,70

- a) Sinais e sintomas permanentes que traduzem grave disfunção;
- b) Perdas anatómicas extensas ou importantes que se traduzem por grave défice funcional (traumáticas ou cirúrgicas);
- c) Sintomatologia dificilmente controlável ou compensável com fármacos;
- d) Exigências dietéticas contínuas com marcada perturbação da vida de relação;
- e) Perda ponderal superior a 30 %;
- f) Exames auxiliares de diagnóstico com alterações intensas, dificilmente controláveis e irreversíveis.

## CAPÍTULO X

### Psiquiatria

*Instruções específicas.* — As presentes instruções têm por objectivo proporcionar aos peritos médicos um quadro de referência e critérios de avaliação do défice funcional decorrente da perturbação mental resultante de acidente de trabalho ou de doença profissional.

As incapacidades reflectem as sequelas da perturbação ou os défices funcionais para o desempenho do trabalho habitual.

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.

Neste sentido, a referência adoptada é a Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (CID), da OMS, fixada no ordenamento jurídico interno, na versão que vigorar à data da observação pericial, o que não impede, todavia, a possibilidade de recurso ou de remissão para outros sistemas de classificação internacionalmente reconhecidos, como o *DSM — Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 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.

À luz dos princípios gerais atrás delineados, a avaliação da incapacidade permanente que traduz o défice funcional resultante de perturbação mental com origem em acidente de trabalho ou em doença profissional, constitui uma tarefa delicada e não isenta de alguma subjectividade. E isto porque o conceito de normalidade, bastante vago e impreciso em psiquiatria, a natureza peculiar da perturbação mental, a interacção dinâmica entre a personalidade e o meio ambiente, a predisposição individual e os factores exógenos, constituem uma teia complexa e difícil de traduzir em termos de causalidade. Tal não significa, porém, que não devam ser utilizados, sistematicamente, os exames clínicos e complementares de diagnóstico tidos por necessários ao esclarecimento do nexo de causalidade.

Na ausência de uma distinção nítida entre saúde mental e perturbação mental, adjacentes ao conceito de normalidade, a avaliação de uma incapacidade permanente, em termos de compromisso fisiológico, psicológico ou psicopatológico para o desempenho do trabalho habitual e, eventualmente, o compromisso no relacionamento social, deve atender-se, sobretudo, ao nível de adaptação individual anterior à ocorrência do acidente ou da doença.

É este o quadro de referência no qual se inserem 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.

Reconhecendo-se, por um lado, a relatividade dos sistemas de classificação e dos coeficientes de desvalorização, e, por outro, as dificuldades que, na prática, se deparam ao médico quando solicitado a situar o resultado da sua avaliação pericial sobre uma escala convencional de gravidade, admite-se que, em certos casos, o perito 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.

Na avaliação pericial, deve ainda ter-se em conta o conceito de consolidação, i.e., a altura em que, na sequência de um processo transitório de cuidados terapêuticos, a situação clínica (lesão ou défice funcional) se fixa e adquire um carácter permanente ou, pelo menos, duradouro, persistindo por um período de tempo indefinido.

A partir de então, a manutenção do tratamento, quando necessária, destina-se, sobretudo, a prevenir eventuais recidivas ou um possível agravamento da situação clínica de que resultou um certo grau de incapacidade permanente, os quais não devem, todavia, ser confundidos com possíveis flutuações em torno da linha de base.

A aplicação dos coeficientes de desvalorização 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 periciais 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).

#### **I — Glossário das perturbações mentais mais frequentes no domínio da avaliação pericial do dano em direito do trabalho**

Ainda que a referência adoptada tenha sido a CID-10, Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (OMS, 1992), entendeu-se, por razões de ordem prática, apresentar aqui uma breve síntese das entidades nosológicas mais frequentes neste domínio da avaliação pericial, com indicação dos respectivos códigos.

##### **1 — Perturbações da adaptação (F43.2). Reacção depressiva prolongada (F43.21)**

A ocorrência dos sintomas deve verificar-se durante o mês subsequente à exposição a um factor de stresse psicossocial identificável, que não seja de natureza rara ou catastrófica. O indivíduo manifesta sintomas ou alterações do comportamento do tipo dos encontrados em qualquer das perturbações afectivas (F30-F39) (excepto delírios e alucinações), perturbações neuróticas, relacionadas com o stresse e somatoformes (F40-F48) ou perturbações da conduta (F91), sem que, todavia, preencham os critérios de uma destas perturbações. Os sintomas podem variar quer na forma, quer na gravidade.

Na reacção depressiva prolongada verifica-se um quadro depressivo moderado em resposta à exposição prolongada a uma situação geradora de stresse, cuja duração não exceda os dois anos. Se a duração for superior, o perito pode, ainda assim, considerar tratar-se da síndrome classicamente conhecida por neurose pós-traumática, que mantém a sua relevância médico-legal e cujo diagnóstico, a ser formulado, é enquadrável na perturbação neurótica não especificada (F48.9).

Recorde-se que a neurose pós-traumática caracteriza-se, sobretudo, por ansiedade, humor deprimido, desânimo, astenia, lentificação psicomotora e irritabilidade fácil. Trata-se de um quadro de natureza funcional que envolve um certo sofrimento, ampliado pelo sujeito através de uma focagem cognitiva desproporcionada, com considerável vivência emocional e colorido histero-depressivo, que não aparenta resultar de uma simulação de incapacidades, mas de uma personalidade prévia em que avultam os traços neuróticos.

## 2 — Perturbação de stresse pós-traumático (F43.1)

O sujeito deve ter estado exposto a um acontecimento ou situação (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, susceptível de gerar reacções de stresse na esmagadora maioria das pessoas. Deve haver recordação ou «revivência» persistente do agente de stresse sob a forma flashbacks intrusivos, memórias vívidas, sonhos recorrentes ou experimentação de reacções de stresse quando exposto a circunstâncias semelhantes ou associadas ao agente de stresse. O indivíduo deve evidenciar um evitamento actual ou preferencial de circunstâncias semelhantes ou associadas ao agente de stresse, conduta esta inexistente antes da exposição ao agente de stresse. Além disso, devem estar presentes sintomas integrantes de uma das seguintes condições: (1) incapacidade de recordar, total ou parcialmente, aspectos importantes do período de exposição ao agente de stresse; (2) sintomas persistentes de aumento da sensibilidade e do estado de alerta (ausentes antes da exposição ao agente de stresse), evidenciados por, pelo menos, dois dos seguintes: (a) dificuldade em adormecer ou em dormir; (b) irritabilidade ou acessos de raiva; (c) dificuldade de concentração; (d) hipervigilância; (e) resposta de susto exagerada. As condições atrás referidas devem ocorrer no decurso dos seis meses subsequentes ao acontecimento gerador de stresse ou no termo do período de stresse.

3 — Perturbações da personalidade e do comportamento devidas a doença, lesão ou disfunção cerebral (F07). Perturbação orgânica da personalidade (F07.0)

(1) A nosologia desta síndrome não se encontra claramente estabelecida, devendo existir sinais objectivos evidenciáveis através da observação física e neurológica e de exames complementares de diagnóstico, e ou história de doença, lesão ou disfunção cerebral; (2) Não existe turvação do campo da consciência ou défice significativo da memória; (3) Não existem elementos bastantes que permitam classificar as alterações da personalidade ou do comportamento na rubrica das alterações da personalidade e do comportamento adultas (F60-F69).

Além dos critérios gerais atrás definidos, para o diagnóstico de perturbação orgânica da personalidade (F07.0), devem estar presentes pelo menos três das seguintes condições durante um período de, pelo menos, seis meses: (1) Redução consistente da capacidade para manter actividades visando a concretização de objectivos, especialmente as que envolvem períodos de tempo relativamente prolongados e o adiamento de gratificações. (2) Uma ou mais das seguintes alterações emocionais: (a) labilidade emocional (expressão incontrolada, instável e flutuante das emoções); (b) euforia e jovialidade superficial e inapropriada face às circunstâncias; (c) irritabilidade e ou acessos de raiva e agressividade; (d) apatia. (3) Expressão desinibida de necessidades ou impulsos sem consideração das consequências ou das convenções sociais (o indivíduo pode envolver-se em actos dissociais como o roubo, ataques de natureza sexual, excessos alimentares ou negligência extrema pela higiene pessoal); (4) alterações cognitivas, tipicamente sob a forma de: (a) desconfiança excessiva e ideias paranóides; (b) preocupação excessiva com um único assunto, tais como religião ou a categorização rígida do comportamento das outras pessoas em termos de «certo» ou «errado». (5) Alteração marcada da forma e ritmo do discurso, caracterizada por circunstancialidade, sobre-inclusão, viscosidade e hipergrafia. (6) Alteração do comportamento sexual (por exemplo, hipossexualidade ou mudança na preferência sexual).

4 — Perturbações da personalidade e do comportamento devidas a doença, lesão ou disfunção cerebral (F07). Síndrome pós-concussional (F07.2)

Além dos critérios gerais definidos no ponto 3, deve existir uma história de traumatismo craniano com perda de consciência precedendo a eclosão dos sintomas por um período até quatro semanas. Devem ainda estar presentes pelo menos três das seguintes condições: (1) queixas de sensações incómodas e dores, tais como cefaleias, tonturas, mal-estar geral, fadiga excessiva ou intolerância ao ruído; (2) alterações emocionais, tais como irritabilidade, labilidade emocional ou um certo grau de depressão e ou ansiedade; (3) queixas de dificuldade de concentração ou de realização de tarefas mentais e problemas de memória, sem evidência objectiva (p. ex., testes psicológicos compatíveis com um marcado compromisso funcional); (4) insónia; (5) reduzida tolerância ao álcool; (6) preocupação com os sintomas atrás referidos e receio de dano cerebral permanente, sobrevalorização de ideias hipocondríacas e assunção do papel de doente.

## II — Critérios de avaliação das incapacidades

Grau I — Perturbações funcionais ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional . . . . .	0,01-0,05
Grau II — Perturbações funcionais moderadas, com ligeira a moderada diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional . . . . .	0,06-0,15
Grau III — Perturbações funcionais importantes, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional . . . . .	0,16-0,30
Grau IV — Perturbações funcionais importantes, com acentuada modificação dos padrões de actividade diária (*) . . . . .	0,26-0,60
Grau V — Perturbações funcionais muito graves, envolvendo uma importante regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento (*) . . . . .	0,61-0,95

(\*) A fundamentação clínica destes graus de gravidade deve apoiar-se nos resultados dos exames complementares de diagnóstico tidos por convenientes (p. ex., testes psicológicos), nomeadamente, testes psicológicos e exames periciais.

## CAPÍTULO XI

**Dermatologia**

*Instruções específicas.* — De entre a dermatologia patológica, merecem especial realce os eczemas alérgicos. Nestes casos, o afastamento de um doente do seu posto de trabalho pode determinar a sua cura clínica, ainda que possa manter uma reactividade latente, que se manifesta ao menor contacto com a substância causadora da sua dermatose.

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.

**1 — Eczemas**

1.1 — Eczemas de contacto alérgico:	
1.1.1 — Impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional . . . . .	0,10-0,15
1.1.2 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional . . . . .	0,16-0,25
1.2 — Eczemas de contacto irritativos ou traumáticos:	
1.2.1 — Eczemas curados . . . . .	0,00
1.2.2 — Impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional (tendo em conta as características do posto de trabalho) . . . . .	0,05-0,15
1.2.3 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional . . . . .	0,16-0,25

**2 — Urticária de contacto**

De acordo com as exigências e as características da actividade profissional e atendendo à evolução clínica . . . . .	0,10-0,30
--	-----------

**3 — Radiodermites agudas e crónicas**

Conforme a extensão e o grau de impedimento para o desempenho do posto de trabalho . . . . .	0,10-0,30
--	-----------

**4 — Ulcerações cutâneas**

4.1 — Ulceração por produtos químicos ou outros: Dependendo da localização e extensão da ulceração e das sequelas, com esta relacionada. . . . .	0,01-0,10
4.2 — Ulcerações cutâneas crónicas pós-traumáticas dos membros inferiores, consoante a dificuldade da marcha . . . . .	0,05-0,40

**5 — Infecções, infestações, parasitoses**

Dependendo das sequelas e capacidade funcional restante:

5.1 — Erisipela . . . . .	0,00-0,15
5.2 — Tuberculose cutânea . . . . .	0,00-0,15
5.3 — Dermatofitias . . . . .	0,00-0,15
5.4 — Candidíases . . . . .	0,00-0,15
5.5 — Estafilococcia . . . . .	0,00-0,15
5.6 — Micoses profundas . . . . .	0,05-0,30
5.7 — Virose (quando tiverem tradução cutânea recidivante ou permanente) . . . . .	0,00-0,15

**6 — Discromias**

Dependendo da extensão e gravidade . . . . .	0,01-0,05
--	-----------

**7 — Fístulas crónicas pós-traumáticas**

Fístulas dérmicas pós-traumáticas . . . . .	0,01-0,10
---	-----------

**8 — Acne, foliculites**

Dependendo da extensão e gravidade das lesões e da incapacidade para o exercício do posto de trabalho . . . . .	0,00-0,10
---	-----------

**9 — Neoplasias cutâneas**

*Nota.* — Para as neoplasias, v. Capítulo XVI — Oncologia.

## CAPÍTULO XII

## Órgãos de reprodução

## A) Aparelho genital feminino

*Introdução.* — 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.

Na atribuição de um coeficiente de desvalorização tem de se ter em linha de conta a contribuição do órgão para a função reprodutora e ou sexual, ponderando o passado obstétrico e ginecológico da mulher na idade fértil, quando as lesões ou as disfunções impedirem a reprodução ou a satisfação sexual, as incapacidades encontradas são multiplicadas pelo factor 1,5.

1 — *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.

2 — *Útero.* — No útero há duas partes a valorizar: o colo e o corpo.

a) No colo há que considerar as lesões que originam:

a.1) Estenoses que prejudiquem ou impeçam a drenagem do fluxo menstrual;

a.2) Incompetências cérvico-ístmicas que necessitam de correcção cirúrgica para viabilizar uma gravidez;

a.3) 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.

b.1) As sinéquias uterinas resultantes de curetagem também são objecto de desvalorização, caso não exista possibilidade de tratamento.

3 — *Trompas-de-falópio.* — Nestas há que considerar as obstruções uni ou bilaterais e as salpingectomias uni ou bilaterais que tenham resultado de traumatismo.

4 — *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.

5 — *Mamas.* — As lesões mamárias que originam deformidade ou alteração da superfície prejudicam estética e psicologicamente 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

a) Deformidade da vulva e vagina, sem alterações do clitoris e que não requerem tratamento continuado, com relações sexuais possíveis e com possibilidade de parto vaginal . . . . .	0,01-0,10
b) Lesões da vulva e vagina, interessando o clitoris, ainda com relações sexuais possíveis, mas com dificuldade para o parto vaginal, que requerem tratamento frequente ou continuado . . . . .	0,11-0,15
c) Como na alínea anterior, mas não controláveis pelo tratamento, com relações sexuais impossíveis e parto vaginal impossível. . . . .	0,16-0,35
d) 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 ou alterações do muco cervical (que não sejam factor de esterilidade secundária). . . . .	0,01-0,05
b) Incompetência cérvico-ístmica ou alterações do muco que causem infertilidade secundária . . .	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:

Sinéquias uterinas . . . . .	0,01-0,10
Cicatriz do corpo do útero que implique risco de rotura no decurso duma gravidez . . . . .	0,11-0,20
Histerectomia com conservação dos ovários . . . . .	0,15-0,25
Histerectomia com anexectomia bilateral . . . . .	0,26-0,35
Prolapso uterino de origem traumática:	
1) 1.º grau . . . . .	0,02-0,08
2) 2.º grau . . . . .	0,09-0,12
3) 3.º grau . . . . .	0,13-0,20

**3 — Trompas-de-falópio**

a) Obstrução ou salpingectomia unilateral . . . . .	0,01-0,05
b) Obstrução ou salpingectomia bilateral, com conservação da ovulação . . . . .	0,06-0,15

**4 — Ovários**

a) Ooforectomia parcial ou unilateral, com conservação da ovulação . . . . .	0,05-0,10
b) Perda da ovogénese ou Ooforectomia bilateral:	
b.1) Pós idade fértil . . . . .	0,01-0,04
b.2) Em idade fértil . . . . .	0,11-0,25

**5 — Mama**

Cicatriz que deforme o mamilo e impeça a amamentação . . . . .	0,01-0,10
--	-----------

*Nota.* — Para as restantes lesões mamárias, v. Capítulo II — Dismorfias.

**B) Aparelho genital masculino**

*Condições prévias.* — O aparelho genital masculino no seu sentido estrito deve ser considerado como constituído pelas partes seguintes:

Pénis;  
Testículos;  
Epidídimo;  
Cordão espermático;  
Vesículas seminais;  
Bolsas escrotais.

No caso do homem, há que distinguir esterilidade e disfunção erétil; enquanto a primeira é decisiva para a reprodução, a segunda é imprescindível no homem para a prática sexual, porquanto sem erecção não há coito integral.

Por isso, as incapacidades resultantes de lesões relacionadas com a reprodução ou de perturbações funcionais do aparelho genital relacionadas com a erecção que constam na tabela que se segue são corrigidas com a multiplicação pelo factor 1,5.

Quando às incapacidades do aparelho genital se associarem as do aparelho urinário, procede-se ao cálculo da incapacidade total seguindo o princípio da capacidade restante.

**1 — Pénis**

1.1 — Dificuldade na erecção, na ejaculação ou perturbações do orgasmo com função reprodutora conservada . . . . .	0,05-0,15
1.2 — Erecção suficiente, com coito possível, mas sem ejaculação . . . . .	0,16-0,20
1.3 — Ausência total de erecção (disfunção erétil neurológica ou vascular pós-traumática) . . . . .	0,21-0,35
1.4 — Perda parcial ou total do pénis, com consequente meato ectópico . . . . .	0,36-0,45
1.5 — Perda do pénis e dos testículos . . . . .	0,46-0,60

**2 — Testículos**

2.1 — Perda de um testículo por atrofia ou destruição pós-traumática ou por orquidectomia terapêutica . . . . .	0,10-0,20
2.2 — Perda de dois testículos, a graduar de acordo com o resultado do tratamento cirúrgico plástico e a compensação hormonal conseguida . . . . .	0,21-0,35

**3 — Epidídimo, cordão espermático e vesículas seminais**

3.1 — Sinais ligados a pequenas alterações anatómicas que perturbem a ejaculação mas, que não exigem tratamento continuado, sem repercussão da função hormonal . . . . .	0,01-0,05
3.2 — Sinais que traduzem alterações anatómicas que perturbam a função seminal, com ligeira a moderada repercussão da função hormonal . . . . .	0,06-0,14
3.3 — Alterações graves da integridade do cordão espermático ou das vesículas seminais com repercussão grave da função hormonal . . . . .	0,15-0,30

**4 — Próstata**

4.1 — Alterações da uretra prostática que perturbem a ejaculação, sem, todavia, a impedir . . . . .	0,01-0,05
4.2 — Sequelas de tratamento endoprostático ou prostatectomia com ejaculação retrógrada . . . . .	0,10-0,20



**5 — Bolsas Escrotais**

5.1 — Mau posicionamento testicular por lesões das bolsas escrotais pós-acidente ou pós-doença profissional. . . . .	0,01-0,05
5.2 — Sequelas dolorosas locais resultantes de acidente ou acto cirúrgico por doença profissional. . . . .	0,06-0,10
5.3 — Perda total das bolsas escrotais como sequela de acidente ou resultante de acto cirúrgico por doença profissional, com reimplantação ectópica dos testículos. . . . .	0,11-0,20
5.4 — Hematocelos ou hidrocenos crónicos ou recidivantes pós-acidente ou pós-doença profissional. . . . .	0,10-0,15

*Nota.* — Às incapacidades previstas neste capítulo, que sejam acompanhadas por alterações psico-patológicas, é adicionado o coeficiente de desvalorização decorrente de avaliação psiquiátrica, segundo o princípio da capacidade restante.

**CAPÍTULO XIII****Hematologia**

*Considerações prévias.* — É extremamente difícil estabelecer o grau de incapacidade real resultante das alterações hematopoiéticas em consequência de agressão de natureza profissional sobre os órgãos responsáveis pela manutenção quantitativa e qualitativa do compartimento sanguíneo.

Os progressos feitos no domínio da bioquímica, imunologia, citologia, etc., 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 imunodepressão ou supressão, só detectáveis anos depois do evento que lhes deu origem. A extraordinária labilidade das células histaminais totipotentes 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.* — Aquilo que actualmente tem de ser tomado em consideração é:

- 1) A percentagem de hemoglobina;
- 2) A necessidade de compensação transfusional e o tempo da sua duração, pelas implicações que acarreta (a percentagem normal 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 põe actualmente para valores inferiores a 8 g/dl.

A razão mais importante seria não deprimir a medula na sua actividade mercê do fornecimento externo do sangue.

Outro factor importante a ter em consideração é o tempo de evolução do estado patológico para a cura.

Quanto mais prolongado for o estado patológico, piores as perspectivas de cura completa ou parcial. Será bom não esquecer que a maior parte das anemias crónicas relacionadas com a actividade laboral são as anemias aplásticas ou hipoplásticas 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 hemopatias 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 dismielopoiéticas (alterações qualitativas) não raras vezes mortais a médio ou longo prazo: anemias aplásticas puras ou complicadas com agranulocitose e leucocitopenia, ou seja, que às perturbações próprias das anemias (adinamia, dispneia, traquicardia, etc.) se juntam as infecções repetidas e graves, próprias da agranulocitose, e as hemorragias mais ou menos intensas, das trombocitopenias e trombocitopatias.

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 num ou noutro caso. Não é frequente neste tipo de patologia existirem grandes oscilações da hemoglobina globular, a não ser quando se inicia a evolução gradual para a cura.

Parece, pois, que existem razões mais do que suficientes para acabar definitivamente com as considerações sobre «frequência das transfusões» e «quantidade transfundida» para atribuir percentagens de incapacidade.

Finalmente, 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.

1.1:

Homem > 11 g/dl < 12g/dl . . . . .	} 0,05-0,10
Mulher > 10 g/dl < 11 g/dl . . . . .	

1.2:

Homem > 10 g/dl < 11 g/dl . . . . .	} 0,11-0,20
Mulher > 9 g/dl < 10 g/dl . . . . .	

1.3:

Homem > 8 g/dl < 10 g/dl . . . . .	} 0,21-0,60
Mulher > 7 g/dl < 9 g/dl . . . . .	

Abaixo destes valores a incapacidade é de 0,61-0,70 para tarefas que não exijam esforço físico importante.

## 2 — Policitemias

*Instruções específicas.* — A policitemia vera é uma doença mieloproliferativa tal como as leucemias e pode ser mesmo a forma inicial de apresentação desta última. Estabelecer um nexo de 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 do nexo de causalidade entre a policitemia vera e o factor de risco é, sem dúvida, muito mais difícil do que o relacionamento de uma policitemia secundária com a profissão exercida. As causas fundamentais estão em relação íntima com a hipoxemia: lesões cardíacas congénitas, fístulas arteriovenosas, insuficiência respiratória (bronquite crónica, asma, enfisema, pneumoconioses, fibrotórax pós-traumático, pneumectomia, etc.), maior afinidade da hemoglobina para o oxigénio (constitucional), permanência prolongada em altitude (acima de 1500 m), défice constitucional de 2,3 difosfo-glicerato- mutase, para citar as realmente mais importantes do grupo das chamadas «por secreção apropriada» de eritropoietina, mas haverá também que considerar as que acompanham os tumores do rim e do fígado, os quistos renais e hemangioblastoma do cerebelo.

De entre as etiologias das policitemias secundárias, as de causa pulmonar são as que têm uma relação mais íntima e segura com a actividade profissional, com grande destaque para as pneumoconioses pelo pó do carvão, serradura, cortiça, amianto, sílica, etc., como os traumatismos torácicos e nas 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.

2.1 — Graus de incapacidade:

2.1.1 — O máximo de hemoglobina não deve exceder 18 g/dl, o que, por vezes, só é possível controlar com terapêutica adequada. . . . . 0,15-0,20

2.1.2 — Se tiver de ser instituída terapêutica por aparecimento de trombocitemia com trombopatia, a incapacidade varia, consoante a intensidade da diátese hemorrágica, entre . . . . . 0,40-0,50

Mas, frequentemente, será difícil manter a hemoglobina abaixo de 20 g/dl, mesmo com tratamento intensivo, e a sintomatologia, resultante do grande aumento de viscosidade pode ser muito grave: flebite dos membros inferiores, cegueira por trombose dos vasos da retina, acidentes vasculares cerebrais, etc.

*Nota.* — Estado vegetativo persistente . . . . . 1,00  
(v. Capítulo III — Neurologia)

## 3 — Leucocitopatias

*Instruções específicas.* — As agranulocitoses puras (granulócitos inferiores 1000/mm<sup>3</sup>) são raras e geralmente são provocadas por drogas tóxicas e medicamentosas.

Geralmente as agranulocitoses surgem associadas a alterações das outras séries (pancitopenias) e já foram consideradas nas anemias.

As hiperleucocitoses são geralmente transitórias e associadas a infecções. As leucemias são já alterações quantitativas e qualitativas dos leucócitos; na realidade, mais qualitativas porque existem leucemias com número normal ou baixo de leucócitos: leucemias paucileucocitárias ou aleucémicas. Sendo ainda polémica, entende-se que se a leucemia é, ou pode ser, imputada ao meio em que a actividade profissional se desenvolve, pouco importa se ela é crónica ou aguda, porque quase sempre se trata de uma doença muito incapacitante pela natureza dos sintomas que ocasiona, quer pela terapêutica por citostáticos quer pelas transplantações de medula a que obriga, que os torna ainda mais incapacitantes do que a própria doença.

Graus de incapacidade:

3.1 — Leucemia linfática crónica (LLC) — incurável:

- a) Estádio A — sem anemia nem trombocitopenia, imunidade deprimida, o que predispõe a infecções fáceis . . . . . 0,20-0,30
- b) Estádio B — adenopatias múltiplas, leucositose entre 50 000 e 100 000 e linfócitos superiores 80% . . . . . 0,31-0,50
- c) Estádio C — com anemia, trombocitopenia e outros sintomas . . . . . 0,80-0,95

3.2 — Leucemia mielóide crónica (LMC):

a) Estádio A — sem anemia, sem mieloblastos no sangue periférico, sem diátese hemorrágica:

- 1) Com leucócitos <100 000/mm<sup>3</sup> . . . . . 0,15-0,20
- 2) Complicações — enfarte esplénico ou esplenomegalia dolorosa . . . . . 0,30-0,50

b) Estádio B — com anemia variável, diátese hemorrágica e leucócitos >100 000, apesar de tratamento . . . . . 0,60-0,90

3.3 — Leucemias agudas: deve ser atribuída uma incapacidade temporária absoluta, durante a fase aguda, após a qual deve ser atribuída incapacidade de acordo com os n.ºs 3.1 ou 3.2.

3.4 — Síndrome mielodisplásica (SMD). — O grau de incapacidade nestas situações resulta fundamentalmente do grau de anemia, trombocitopenia e granulocitopenia, no seu todo ou separadamente, podendo aplicar-se a estas situações a mesma percentagem de incapacidade já referida para as citopenias.

#### 4 — Neutropenias de causa laboral

*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 costume considerar a barreira dos 1000 granulócitos como limite abaixo do qual podem surgir infecções bacterianas graves.

Graus de incapacidade:

Granulócitos < 2000/mm. ....	0,40-0,60
Granulócitos < 1000/mm. ....	0,80-0,90

#### 5 — Trombocitopenias e trombopatias

##### 5.1 — Trombocitopenias:

*Instruções específicas.* — Estas situações traduzem-se pela diminuição do número ou da qualidade das plaquetas, que podem resultar directamente da actividade laboral ou não. Entre as causas laborais mais importantes contam-se as radiações ionizantes, as tóxicas (clorato de potássio, benzenos, anilinas, etc.), as medicamentosas (hipnóticos, digitálicos, anti-inflamatórios, tranquilizantes, etc.). A trombocitopenia e a trombopatia podem estar associadas a um quadro de aplasia medular com pancitopenia.

*Graus de incapacidade.* — Os graus de incapacidade das trombocitopenias são os seguintes (de acordo com os parâmetros de aplasia medular ou pancitopenia):

Plaquetas entre 100 000 e 150 000 .....	0,10-0,15
Plaquetas entre 70 000 e 100 000 .....	0,16-0,25
Plaquetas entre 50 000 e 70 000 .....	0,26-0,50
Plaquetas < 50 000 .....	0,51-0,95

##### 5.2 — Trombopatias:

*Instruções específicas.* — As alterações qualitativas podem surgir como consequência de doenças mieloproliferativas de causa laboral, possíveis leucemias e SMD mas também por causas tóxicas, químicas ou por radiações.

O tempo de hemorragia é o principal parâmetro laboratorial na apreciação da gravidade da trombopatia, além dos sinais clínicos que são quase semelhantes aos das trombocitopenias, com o aspecto particular da menor frequência e extensão das petéquias.

Graus de incapacidade:

T. de hemorragia até 12 minutos .....	0,00
T. de hemorragia de 12 a 20 minutos .....	0,50-0,60
T. de hemorragia superior a 20 minutos .....	0,61-0,95

#### 6 — Esplenectomia pós-traumática

6.1 — Sem complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) 0,00-0,05

6.2 — Com complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) (consoante as sequelas v. os respectivos capítulos para efeitos de IPP).

*Nota.* — O principal problema da esplenectomia resulta da alta percentagem de infecções graves que atinge os indivíduos jovens até cerca dos 14 anos.

### CAPÍTULO XIV

#### Endocrinologia

##### Glândulas endócrinas

*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. Além disso, como 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.

Assim distinguiremos sequelas das glândulas:

Hipotálamo-hipofisária;  
Supra-renais;  
Tiroideia;  
Paratiroideias;

Pâncreas endócrino;  
Testículos;  
Ovários.

Em relação à glândula hipofisária, distinguiremos a diabetes insípida e o hipopituitarismo anterior.

O quadro da diabetes insípida pode ocorrer entre algumas horas e alguns dias após o acidente (admite-se como intervalo máximo os três meses). 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 sem mixedema verdadeiro; sinais de insuficiência supra-renal sem pigmentação e sinais de hipogonadismo. O diagnóstico exacto baseia-se nas provas funcionais que exploram as estimulinas: tiroideia, supra-renal e gonadal.

Este quadro pode aparecer tardiamente, pois que o período de latência deste síndrome pode ir de algumas semanas a vários meses e até mesmo anos.

A afeção pode ser satisfatoriamente controlada mas o tratamento tem de ser prosseguido indefinidamente. Quanto mais jovem for o doente mais importantes são as repercussões.

Daí supervalorizar a incapacidade nos trabalhadores adultos jovens, ou seja, conceder-lhes o limite máximo da margem de flutuação.

O quadro de insuficiência supra-renal por destruição traumática das supra-renais é extremamente raro.

A insuficiência supra-renal é sempre confirmada por estudo laboratorial adequado.

Esta insuficiência pode ser satisfatoriamente compensada mas o tratamento tem de prosseguir toda a vida.

No que respeita à glândula tiroideia, o hipotiroidismo primário pós-traumático parece ser extremamente improvável. Pelo contrário, é geralmente admitida a possibilidade de uma relação entre uma doença de Graves — Basedow e um traumatismo. Têm sido descritos casos de hemorragia intratiroideia em doentes portadores de bócio após um traumatismo.

O acidente actuaria como factor desencadeante num terreno predisposto. Entre o acidente e a síndrome clínica pode medear um lapso de tempo de poucos dias a algumas semanas e até um máximo de dois meses. Dada a evolução da doença, a decisão não deve ser precipitada e é baseada em revisões regulares para avaliar a melhoria ou a cura ou, pelo contrário, o agravamento ou o aparecimento de complicações.

Em relação às glândulas paratiróides, não são conhecidos casos de hiperparatiroidismo de origem traumática.

Não é possível excluir que, em casos excepcionais, possa surgir um hipoparatiroidismo em relação com determinados traumatismos.

O hipoparatiroidismo ligeiro caracteriza-se por crises tetânicas e espasmos dos músculos viscerais, embora raros. No estudo laboratorial encontramos poucas modificações das provas biológicas.

Quanto ao pâncreas endócrino, admite-se que, excepcionalmente, uma diabetes possa ter origem num traumatismo do pâncreas.

Estes casos raros de diabetes mellitus declaram-se logo a seguir à destruição traumática do pâncreas ou à sua remoção cirúrgica parcial ou total em relação com o traumatismo.

A diabetes insulino-dependente e a desvalorização é 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 cerebro-cardio-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.

#### **Tabela das disfunções hormonais**

##### **1 — Sequelas hipofisárias**

1.1 — Diabetes insípida pós-traumática . . . . .	0,05 -0,20
1.2 — Hipopituitarismo (segundo o grau de insuficiência e o resultado do tratamento de compensação)	0,20-0,45

##### **2 — Sequelas supra-renais**

Sequelas supra-renais (de acordo com o grau de compensação conseguido com tratamento. . . . .	0,10-0,25
---	-----------

##### **3 — Sequelas tiroideias**

Sequelas tiroideias (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento e o predomínio ou intensidade dos sintomas):

a) Hipertiroidismo, com alteração dos parâmetros biológicos, tremores e alterações visuais . . . . .	0,05-0,10
b) Idem, com repercussões sobre outros órgãos e ou funções. . . . .	0,11-0,30
c) Hipotiroidismo — a graduar de acordo com o exercício da actividade profissional . . . . .	0,05-0,10

##### **4 — Sequelas paratiroideias**

4.1 — Hipoparatiroidismo (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento) . . . . .	0,05-0,15
---	-----------

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 — Sequelas do pâncreas endócrino

5.1 — Diabetes regularmente equilibrada com o emprego da insulina. — A graduar de acordo com a exigência do exercício da actividade profissional . . . . . 0,15-0,40

5.2 — Diabetes insulino-dependente e com complicações — A desvalorizar conforme os défices funcionais no respectivo capítulo e que respeitam a retinopatia, insuficiência renal, neuropatia e complicações cardio-vasculares.

#### 6 — Sequelas 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 do aparelho genital.

### 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 dos do superior esquerdo, dos do lado inferior esquerdo e dos do lado inferior direito.

A incapacidade temporária parcial por lesões dentárias só pode resultar de:

- a) Fracturas coronais;
- b) Fracturas das raízes em que o traço de fractura esteja ao nível do terço coronal e terço médio;
- c) Luxação dentária.

Nas situações das alíneas a) e c) pode haver restauração do dente *in situ*, enquanto na segunda a evolução é para a extracção dentária e, neste caso, aplica-se a taxa 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 anterior. . . . . 0,05-0,15
- b) Idem, abrangendo os dois terços anteriores (anteriores ao V lingual) . . . . . 0,16-0,25
- c) Idem, incluindo o terço posterior (perda total da língua) . . . . . 0,26-0,40

1.1.2 — Paralisia da língua:

- a) Unilateral;
- b) Bilateral.

As incapacidades são atribuídas conforme coeficientes do nervo glossofaríngeo (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 4.9).

1.1.3 — Mutilação do lábio:

- a) Quando não for reparada cirurgicamente e produza dificuldade na sucção ou ingestão de alimentos . . . . . 0,05
- b) Idem, se não depende da vontade do sinistrado, com prejuízo estético, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.

1.1.4 — Fístula salivar — Caso não possa ser corrigida cirurgicamente, e produza dificuldade notória na insalivação dos alimentos . . . . . 0,05-0,15

1.2 — Esqueleto

1.2.1 — Fracturas:

- a) Deformação da arcada dentária com dificuldade da mastigação . . . . . 0,05-0,15
- b) Idem, com perturbação estética e quando esta for importante para o desempenho do posto de trabalho . . . . . 0,16-0,20

## 1.2.2 — Artrose da articulação temporomaxilar:

a) Unilateral. . . . .	0,25-0,30
b) Bilateral. . . . .	0,31-0,35

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 é:

a) Afastamento entre 21 mm e 30 mm . . . . .	0,05
b) Idem, entre 11 mm e 20 mm . . . . .	0,10
c) Idem, entre 0 mm e 10 mm . . . . .	0,20

## 1.2.4 — Perda de segmentos (mutilações):

## 1.2.4.1 — Vastas mutilações:

a) Perda facial da mandíbula (maxilar inferior) . . . . .	0,10-0,20
b) Perda total da mandíbula (maxilar inferior) . . . . .	0,30-0,40
c) Perda parcial de um maxilar superior, com conservação do esqueleto nasal . . . . .	0,20-0,25
d) Perda de um maxilar superior com comunicação buconasal . . . . .	0,26-0,30
e) Perda de um maxilar superior com perda extensa da mandíbula (maxilar inferior) . . . . .	0,31-0,40
f) Perda dos dois ossos maxilares superiores e respectiva arcada dentária, da abóbada palatina e do esqueleto nasal . . . . .	0,41-0,50

1.2.4.2 — Mutilações limitadas. — Para avaliar a incapacidade funcional determinada pela mutilação dos maxilares deve ter-se em conta três elementos:

- O número de dentes definitivos conservados interligáveis;
- A possibilidade de prótese susceptível de restabelecer a mastigação;
- O estado da articulação dentária (têmporo-maxilar).

*Nota.* — O grau de mastigação resulta de os dentes restantes de um maxilar terem como oponentes os homólogos correspondentes no outro maxilar.

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) produz uma incapacidade de 0 %. Os restantes dentes produzem uma incapacidade de 0,01 a 0,06, sendo de atribuir maior incapacidade pelos molares, incisivos e caninos. 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 é o somatório, de acordo com o princípio da capacidade restante, dos seguintes coeficientes:

a) Perda dos oitavos dentes (dentes do siso) . . . . .	0,00
b) Por cada dente incisivo . . . . .	0,01
c) Por cada dente canino . . . . .	0,06
d) Por cada dente pré-molar . . . . .	0,0125
e) Por cada dente molar . . . . .	0,05
f) Quando ocorrer a perda total ou parcial dos dentes, e se estes forem substituídos por prótese, a incapacidade resulta 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.	

Assim:

$$\frac{\text{Somatório de perdas}}{3} = \text{incapacidade de prótese fixa}$$

$$\frac{\text{Somatório de perdas}}{2} = \text{incapacidade de prótese móvel}$$

## CAPÍTULO XVI

**Oncologia**

É um capítulo difícil de sistematizar, porquanto a neoplasia pode aparecer em qualquer órgão ou sistema. Por isso as incapacidades devem ser fixadas de acordo com as alterações anatómicas ou funcionais dos mesmos, cotejando os défices, caso a caso, com os índices dos respectivos capítulos.

### I — Instruções específicas

*A) Caracterização.* — A identificação do cancro profissional fundamenta-se no nexo de causalidade, ou seja, na relação inequívoca entre a lesão e os factores de risco existentes no exercício da actividade profissional.

Em Portugal são conhecidas como substâncias cancerígenas as constantes da legislação aplicável.

Além dos factores cancerígenos relacionados com o trabalho, há que ter em conta os factores co-cancerígenos de vária natureza:

- a) Relacionados com o trabalhador: estilo de vida, nutrição, nomeadamente consumo exagerado de álcool e tabagismo;
- b) Relacionado com o ambiente nos locais de trabalho: a poluição;
- c) Factores de ordem cultural e sócio-económica, tais como: vícios e hábitos, tipicismo e tradição alimentar (alimentos fumados e outros).

Ao ponderar cada caso de cancro há que ter em conta:

Risco relacionado com o trabalho (agentes cancerígenos legalmente reconhecidos);

Importância e interferência de agentes co-cancerígenos;

Duração de exposição aos diversos agentes cancerígenos; O tipo de lesão: benigna ou maligna;

O tipo de lesão: benigna ou maligna.

*B) Etiologia.* — Actualmente, não está cientificamente demonstrado o nexo de causalidade entre traumatismo e o aparecimento de um cancro profissional. 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 accidental, dose terapêutica repetida de isótopos ou radioexposição com fins diagnósticos).

Estas situações têm um largo período de latência entre a exposição e o aparecimento da lesão maligna.

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 reconhecidas como agentes cancerígenos as substâncias reconhecidas e publicadas nos diplomas legais.

*C) Patogenia do cancro profissional.* — 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 e ou por imagiologia. Por isso as neoplasias relacionadas com as substâncias legalmente reconhecidas em Portugal como cancerígenas 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 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. É de admitir 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 cancerígena.

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.

### II — Das incapacidades

Não é de mais repetir que as neoplasias relacionadas com as substâncias legalmente reconhecidas em Portugal como cancerígenas carecem da demonstração do nexo de causalidade para serem reconhecidas como cancro de origem profissional.

No caso das lesões malignas provocadas por agentes físicos (radiações) ou químicos, mesmo que suspeitos de influência profissional, o estabelecimento, com rigor, do nexo de causalidade é imprescindível, o que nem sempre é fácil porque, no que respeita à etiologia do cancro relacionado com os agentes inerentes ao trabalho podem interferir outros factores situados ou originados fora do ambiente de trabalho, tais como poluição do ambiente em geral, poluição na residência do trabalhador (tabagismo, alcoolismo, desvios alimentares, etc.).

No caso de irradiação ou de exposição à acção de radionuclídeos, a dose e a duração da exposição devem ser suficientes para os relacionar com as lesões malignas (dose terapêutica ou exposições repetidas, ao longo dos anos, com fins diagnósticos). As doses inferiores e as exposições pouco duradouras só são de considerar em situações de sensibilidade muito especial e desde que não restem dúvidas sobre o nexo de causalidade.

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 de origem profissional deve ter-se em conta, para além das sequelas anatómicas e dos défices funcionais, a natureza histológica conjugada com a gravidade 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 deve ser sempre personalizada, levando em conta a localização, o grau de malignidade e o insucesso imediato ou diferido das terapêuticas.

### III — 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 comporta 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 — Em Portugal são reconhecidas como substâncias cancerígenas as constantes da legislação aplicável;

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 não relacionados com o trabalho, mas que interferem como agentes co-cancerígenos:

4.1 — Tabaco — tipo e quantidade;

4.2 — Consumo de bebidas alcoólicas;

4.3 — Alimentação;

4.4 — Higiene pessoal.

5 — Exposição:

5.1 — Quantificação da exposição;

5.2 — Via ou vias de penetração;

5.3 — Órgão alvo.

6 — Identificação das lesões precancerosas 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 — Lesão loco-regional;

6.5 — Lesão sistémica — localização de metástases.

7 — Terapêuticas efectuadas:

7.1 — Cirurgia — 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.

### IV — Tabela de Incapacidades

Não pode haver mais que critérios genéricos cuja graduação e aplicabilidade depende de cada caso, onde são conjugados e ponderados os factores cancerígenos e os co-cancerígenos.

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. Para isso, conforme a localização das sequelas, recorrer ao 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 relação. . . . .   | 0,26-0,60 |
| 4) Nos tumores malignos com insucessos terapêuticos e com curta esperança de vida . . . . .  | 0,80-0,95 |

*Nota.* — Em caso de perturbações mentais associadas, v. Capítulo X — Psiquiatria.



## ANEXO II

**Tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil**

A presente tabela não constitui um manual de patologia sequelar nem um manual de avaliação. Foi concebida para utilização exclusiva por verdadeiros peritos, isto é, por médicos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no domínio do Direito Civil, e das respectivas regras, nomeadamente no que se refere ao estado anterior e a sequelas múltiplas.

**Instruções gerais**

1 — Na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista físico e bio-funcional, bem como o sexo e a idade, sempre que estas duas variáveis não estiverem contempladas em eventual tabela indemnizatória.

2 — Cada sequela deve ser valorizada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos da tabela, excepção feita à valorização do dano estético. Não se valorizam as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma independente.

3 — Nas sequelas múltiplas sinérgicas, isto é, envolvendo a mesma função, deve proceder-se ao somatório directo da pontuação de cada uma delas, ajustando o seu valor final por comparação com a pontuação mais elevada correspondente à perda total da função ou órgão, que não poderá ser superada.

4 — Nos casos de sequelas não sinérgicas, isto é, envolvendo órgão(s) e/ou funções distintas, é a afectação global do(s) órgão(s) ou função(ões) que deve ser avaliada, devendo o perito optar pela pontuação de sequela equivalente à perda do(s) órgão(s) e/ou da(s) função(ões) decorrentes daquelas. A pontuação obtida tem necessariamente de ser inferior à soma das pontuações isoladas.

5 — Quando no âmbito da valorização de sequelas múltiplas, não sinérgicas, não for possível proceder da forma assinalada no ponto anterior, deve o perito recorrer à utilização do cálculo da capacidade restante (regra de Balthazard).

6 — Em casos devidamente fundamentados, pode o perito ajustar os valores obtidos, através do cálculo da capacidade restante, por comparação com as pontuações correspondentes à perda dos órgãos ou funções em causa.

7 — As situações sequelares não descritas na tabela, são avaliadas por analogia, isto é, por comparação com as situações contempladas e quantificadas.

**CAPÍTULO I****Sistema nervoso e psiquiatria****I — Sistema nervoso (N)**

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

Nas situações em que a tabela apenas contempla o défice completo, a avaliação de sequelas que impliquem apenas um défice parcial, deve ser feita tendo em consideração a taxa correspondente à perda total.

Relativamente aos graus de força muscular, utiliza-se a escala seguinte:

- Grau 0 — Paralisia completa, ausência de contracção;
- Grau 1 — Esforço de contracção visível mas não produzindo movimento;
- Grau 2 — Movimento activo possível mas não vencendo a força da gravidade;
- Grau 3 — Movimento activo possível vencendo a força da gravidade;
- Grau 4 — Movimento activo vencendo a resistência do observador;
- Grau 5 — Força normal.

No caso de existirem grupos musculares com graus de força diferentes, valoriza-se o mais grave.

**A) Neurologia****1 — Sequelas motoras e sensitivo-motoras de origem central e medular:**

Código		Valorização em pontos
Na0101	Estado vegetativo persistente . . . . .	100
Na0102 Na0103	Tetraplegia: Com necessidade de respiração assistida . . . . . Segundo a capacidade funcional . . . . .	95 90 a 94
Na0104 Na0105 Na0106	Tetraparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 . . . . . Grau de força muscular 3 . . . . . Grau de força muscular 4 . . . . .  (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfínteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD).	71 a 90 56 a 70 20 a 55

Código		Valorização em pontos
Na0107	Hemiplegia . . . . . (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, tendo em conta o lado dominante e as repercussões nas AVD).	70 a 80
Na0108 Na0109 Na0110	Hemiparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 . . . . . Grau de força muscular 3 . . . . . Grau de força muscular 4 . . . . . (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD.)	41 a 70 26 a 40 10 a 25
Na0111	Paraplegia . . . . . (segundo o compromisso funcional, relacionado com o nível, e tendo em conta as suas repercussões nas AVD).	70 a 75
Na0112 Na0113 Na0114	Paraparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 . . . . . Grau de força muscular 3 . . . . . Grau de força muscular 4 . . . . . (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD.)	51 a 70 41 a 50 15 % a 40
Na0115	Síndrome da cauda equina . . . . . (segundo o compromisso sensitivo, sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD; nos casos em que houver paraparésia, valorizar de acordo com o artigo 1.7.)	15 a 30
Na0116 Na0117	Monoplegia: Membro superior (em função do lado dominante) . . . . . Membro inferior . . . . .	45 a 50 50 a 55
Na0118 Na0119 Na0120  Na0121 Na0122 Na0123	Monoparésia: Membro superior Grau de força muscular 1 ou 2 . . . . . Grau de força muscular 3 . . . . . Grau de força muscular 4 . . . . .  Membro inferior Grau de força muscular 1 ou 2 . . . . . Grau de força muscular 3 . . . . . Grau de força muscular 4 . . . . . (segundo o compromisso funcional, tendo em conta o predomínio distal ou proximal, e o lado dominante, no caso do membro superior, bem como as suas repercussões nas AVD.)	31 a 45 21 a 30 5 a 20  31 a 50 21 a 30 5 a 20
Na0124	Parésia de grupo muscular (envolve apenas o compromisso de um grupo muscular clinicamente identificável e não contemplado em qualquer outro artigo da tabela, designadamente nos relativos aos nervos cranianos) . . . . . (segundo o compromisso funcional.)	1 a 15
Na0125 Na0126 Na0127	Ataxia: Com impossibilidade de marcha e graves repercussões nas AVD . . . . . Com marcha possível e repercussões moderadas nas AVD . . . . . Com marcha possível e repercussões ligeiras nas AVD . . . . .	71 a 80 31 a 70 10 a 30
Na0128	Apraxia . . . . .	10 a 35
Na0129	Disartria (como manifestação isolada não contemplada noutras síndromes.) . . . . .	5 a 20

## 2 — Sequelas motoras e sentivo-motoras de origem periférica:

A lesão nervosa provoca paralisia, parésia e ou alterações da sensibilidade (neste artigo excluem-se, contudo, as perturbações algicas, contempladas no artigo 8). Deve ser avaliada em consonância com a sua repercussão clínica e os resultados dos exames complementares.

Os nervos cranianos não contemplados neste artigo constam nos artigos correspondentes aos respectivos aparelhos e sistemas. No caso de bilateralidade os coeficientes variam entre o coeficiente mínimo e o dobro dos coeficientes máximos previstos.

## Face

Código		Valorização em pontos
Na0201	Afectação do nervo trigémio ..... (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor.)	2 a 10
Na0202 Na0203	Afectação do nervo facial: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50 %) ..... Parésia ..... (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso motor.)	11 a 20 2 a 10
Na0204 Na0205	Afectação do nervo glossofaríngeo: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50 %) ..... Parésia ..... (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor; pode incluir a afectação associada do nervo vago.)	6 a 10 1 a 5
Na0206 Na0207	Afectação do nervo grande hipoglosso (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor): Paralisia ..... Parésia .....	6 a 10 1 a 5

## Membro superior

Código		Valorização em pontos
Na0208	Paralisia total (lesão completa do plexo braquial) ..... (em função do lado dominante.)	45 a 50
Na0209	Parésia de todo o membro superior ..... (em função do lado dominante.)	Veja-se artigo 1.10.1
Na0210 Na0211	Afectação do nervo sub-escapular: Paralisia ..... Parésia ..... (em função do lado dominante.)	6 a 10 1 a 5
Na0212 Na0213	Afectação do nervo circunflexo: Paralisia ..... Parésia ..... (em função do lado dominante.)	6 a 10 1 a 5
Na0214 Na0215	Afectação do nervo músculo-cutâneo: Paralisia ..... Parésia ..... (em função do lado dominante.)	6 a 12 1 a 5
Na0216 Na0217 Na0218	Afectação do nervo mediano: Paralisia a nível do braço ..... Paralisia a nível do antebraço/punho ..... Parésia ..... (em função do lado dominante.)	30 a 35 16 a 20 10 a 15
Na0219 Na0220 Na0221	Afectação do nervo radial: Paralisia a nível do braço ..... Paralisia a nível do antebraço/punho ..... Parésia ..... (em função do lado dominante.)	30 a 35 20 a 25 10 a 15
Na0222 Na0223 Na0224	Paralisia do nervo cubital: Paralisia a nível do braço ..... Paralisia a nível do antebraço/punho ..... Parésia .....	20 a 25 16 a 20 10 a 15

Código		Valorização em pontos
	(em função do lado dominante.)	
Na0225	Parestesias de partes moles .....	1 a 3
Na0226	Paralisia do nervo espinal .....	10 a 12
	(incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante.)	
Na0227	Paralisia do nervo torácico superior. ....	4 a 5
	(incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante.)	

### Membro inferior

Código		Valorização em pontos
	Afectação do nervo ciático comum:	
Na0228	Paralisia .....	45
Na0229	Parésia .....	10 a 20
	Afectação do nervo femoral:	
Na0230	Paralisia .....	30
Na0231	Parésia .....	5 a 15
	Afectação do nervo obturador:	
Na0232	Paralisia .....	5
Na0233	Parésia .....	1 a 3
	Afectação do nervo glúteo superior:	
Na0234	Paralisia .....	4
Na0235	Parésia .....	1 a 2
	Afectação do nervo glúteo inferior:	
Na0236	Paralisia .....	6
Na0237	Parésia .....	1 a 3
	Afectação do nervo ciático poplíteo externo:	
Na0238	Paralisia .....	20
Na0239	Parésia .....	5 a 12
	Afectação do nervo musculocutâneo:	
Na0240	Paralisia a nível do braço .....	3
Na0241	Parésia .....	1
	Afectação do nervo tibial anterior:	
Na0242	Paralisia .....	8
Na0243	Parésia .....	2 a 4
	Afectação do nervo ciático poplíteo interno:	
Na0244	Paralisia .....	22
Na0245	Parésia .....	5 a 12
Na0246	Parestesias de partes moles .....	1 a 3

### 3 — Perturbações cognitivas:

A análise das síndromes deficitárias neuropsicológicas deve fazer referência a uma semiologia precisa. A síndrome dita «frontal» corresponde efectivamente a entidades agora bem definidas cujos défices associados, mais ou menos importantes, originam quadros clínicos muito polimórficos.

A avaliação da incapacidade deve, portanto, basear-se imperativamente sobre observações médicas precisas e especializadas, correlacionando as lesões iniciais e os dados dos exames clínicos e para-clínicos.

**Síndrome frontal**

Código		Valorização em pontos
Na0301	Perturbação grave (com apragmatismo e alterações graves da inserção social e familiar.) . . . . .	61 a 85
Na0302	Perturbação importante (com alteração das condutas instintivas, perda da iniciativa, perturbações do humor, inserção familiar e social precária.) . . . . .	36 a 60
Na0303	Perturbação moderada (com bradipsiquismo relativo, dificuldade de memorização, perturbações do humor e repercussões na inserção social e familiar.) . . . . .	21 a 35
Na0304	Perturbação ligeira (com distractibilidade, lentificação, dificuldades de memorização e de elaboração de estratégias complexas; escassas ou nulas perturbações da inserção social e familiar.) . . . . .	10 a 20

**Perturbações da comunicação**

Código		Valorização em pontos
Na0305	Afasia grave (com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão.) . . . . .	60 a 75
Na0306	Disfalias (perturbações da nomeação e repetição, parafalias, estando a compreensão conservada.) . . .	10 a 30

**Perturbações da memória**

Perturbações 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:

Código		Valorização em pontos
Na0307	Grau I (perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as AVD, requerendo vigilância e cuidados permanentes) . . . . .	41 a 60
Na0308	Grau II (perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral) . . . . .	11 a 40
Na0309	Grau III (perturbações ligeiras, com discreta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral) . . . . .	1 a 10

**Problemas cognitivos menores**

Na ausência de síndrome frontal ou de afectação isolada de uma função cognitiva, alguns traumatismos cranianos mais ou menos graves podem condicionar a persistência de queixas objectiváveis constituindo uma síndrome diferente da síndrome pós comocional, associando:

Código		Valorização em pontos
Na0310	Labilidade da atenção, lentificação ideativa, dificuldades de memorização, fadigabilidade intelectual, intolerância ao ruído, instabilidade do humor, persistindo para além de 2 anos . . . . .	1 a 10

**Demências**

Código		Valorização em pontos
Na0311	Na ausência de elementos científicos que permitam reconhecer a existência de demências pós-traumáticas, a avaliação clínica de um eventual agravamento de demência pré-existente, deve ter em consideração os défices mistos cognitivos e sensitivo-motores e o estado anterior. A sua ponderação pericial deve ser concretizada em consonância com o estipulado no Grupo B deste capítulo (Psiquiatria). . . . .	

**4 — Défices mistos cognitivos e sensitivo-motores:**

Estes défices mistos constituem as sequelas características de traumatismos cranianos graves. Associam frequentemente disfunções frontais, défices cognitivos, perturbações do comportamento, síndromes piramidais e/ou cerebelosos, perturbações sensoriais (hemianópsias, paralisias óculo-motoras) correspondendo a lesões visualisáveis por imagiologia.

Estas associações originam quadros clínicos variáveis de pessoa para pessoa, de tal forma que não é possível propor uma taxa precisa, como acontece por exemplo para sequelas perfeitamente individualisáveis. Estes défices devem ser objecto de uma avaliação global.

É todavia possível reconhecer no contexto da avaliação médico-legal vários níveis de gravidade em função do défice global.

Código		Valorização em pontos
Na0401	Ausência de toda a actividade voluntária útil ..... (perda de toda a possibilidade relacional identificável.)	100
Na0402	Défices sensitivo-motores severos ..... (limitando gravemente a autonomia, associados a défices cognitivos incompatíveis com a vida relacional.)	86 a 95
Na0403	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.)	61 a 85
Na0404	Perturbações cognitivas associando uma perturbação permanente da atenção e da memória, perda relativa ou total da iniciativa e/ou da autocritica, incapacidade de gestão das situações complexas, com défices sensitivo-motores evidentes mas compatíveis com autonomia para as AVD .....	41 a 60
Na0405	Perturbações cognitivas associando lentificação ideativa evidente, défice evidente da memória e dificuldade de elaboração de estratégias complexas com défices sensitivo-motores menores ....	10 a 40

#### 5 — Epilepsia:

Não é possível propor uma taxa de incapacidade na ausência de demonstração prévia de traumatismo crânio-encefálico e da ocorrência de crises, nem antes do período de tempo indispensável para a estabilização da evolução espontânea das perturbações e ou adaptação ao tratamento.

As anomalias isoladas do EEG, na ausência de crises confirmadas, não permitem o diagnóstico de epilepsia pós-traumática.

#### Epilepsias com perturbações da consciência (crises generalizadas e complexas)

Código		Valorização em pontos
Na0501	Epilepsias refractárias ..... (com crises quase diárias confirmadas, determinando dificuldades nas AV, apesar de uma terapêutica adaptada e continuada.)	36 a 70
Na0502	Epilepsias dificilmente controláveis ..... (com crises frequentes, várias por mês, e efeitos secundários dos tratamentos, com ligeira a moderada repercussão nas AVD.)	16 a 35
Na0503	Epilepsias controladas ..... (com tratamento bem tolerado, com nula ou discreta repercussão nas AVD.)	10 a 15

#### Epilepsias com crises sem perturbações da consciência (simples)

Código		Valorização em pontos
Na0504	Epilepsias parciais ..... (devidamente confirmadas, segundo o tipo e frequência das crises e os efeitos secundários dos tratamentos.)	5 a 15

#### 6 — Síndrome pós-comocional:

Código		Valorização em pontos
Na0601	Queixas não objectiváveis após uma perda de conhecimento confirmada e com persistência de pelo menos seis meses .....	2

## 7 — Nevralgias:

As nevralgias são consecutivas à afectação de um nervo craniano ou periférico, desde que a dor referida seja sustentada por elementos clínicos e ou exames complementares objectivos, necessitando o diagnóstico de certeza de uma opinião especializada. A avaliação tem em consideração a frequência das crises e a eficácia da terapêutica.

Código		Valorização em pontos
	Trigémio (exclui-se aqui a nevralgia essencial do trigémio):	
Na0701	Nevralgia intermitente .....	5 a 15
Na0702	Nevralgia contínua .....	20 a 25
Na0703	Facial .....	1 a 8
Na0704	Cervico-braquial .....	1 a 12
Na0705	Intercostal .....	1 a 3
Na0706	Femuro-cutâneo .....	1 a 3
Na0707	Femoral .....	1 a 12
Na0708	Ciático .....	1 a 20

## 8 — Dores de desaferentação:

Código		Valorização em pontos
Na0801	As dores de desaferentação estão associadas a uma lesão do sistema nervoso periférico, afastada que seja toda a simulação nociceptiva e apresentando diversas manifestações clínicas: anestesia dolorosa, sensação de “choque eléctrico”, hiperpatias (dores do tipo membro «fantasma» das amputações, por exemplo). São dores de ocorrência excepcional que não integram o quadro sequelar habitual e que não são por isso incluídas nas taxas previstas nesta tabela, constituindo pois um prejuízo suplementar. Nestas situações pode atribuir-se uma taxa de compensação. ....	2 a 10

**B) Psiquiatria**

(de acordo com as classificações da CID-10 e do DSM-IV)

## 9 — Perturbações persistentes do humor:

No caso de lesões físicas pós-traumáticas geradoras de sequelas graves e necessitando de tratamento complexo e de longa duração, pode subsistir um estado psíquico permanente doloroso caracterizado por perturbações persistentes do humor (superior a dois anos), com repercussão a nível do funcionamento social, laboral ou de outras áreas importantes da actividade do indivíduo.

Código		Valorização em pontos
Nb0901	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	16 a 25
Nb0902	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	11 a 15
Nb0903	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	4 a 10

## 10 — Perturbação de stresse pós-traumático:

São manifestações psíquicas, mediadas pela ansiedade e provocadas pela ocorrência súbita e imprevisível, de um evento traumático que excede os mecanismos de defesa do indivíduo. O factor de stresse deve ser intenso e ou prolongado. A sintomatologia inclui condutas de evitamento (de situações ou pensamentos que evoquem o trauma), reexperiência penosa do acontecimento traumático, sintomas de hiperactivação fisiológica e alterações do padrão de comportamento.

A sua valorização pericial só deve ter lugar após, pelo menos, dois anos de evolução.

Código		Valorização em pontos
Nb1001	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	16 a 25
Nb1002	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	11 a 15
Nb1003	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	4 a 10

11 — Perturbações mentais decorrentes de lesão cerebral orgânica.

V. artigo 3 (Perturbações cognitivas) do sub-capítulo «Neurologia».

12 — Outras perturbações mentais:

Outras perturbações psíquicas não especificadas, como por exemplo, estados fóbicos, estados obsessivos, quadros psicóticos, desde que estabelecido um nexo de causalidade com o acontecimento traumático podem ser objecto de valorização pericial.

Código		Valorização em pontos
Nb1201	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	16 a 25
Nb1202	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	11 a 15
Nb1203	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional .....	4 a 10

## II — Sistema sensorial e estomatologia (S)

### A) Oftalmologia

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

1 — Acuidade visual.

Perda total da visão:

Código		Valorização em pontos
Sa0101	Perda da visão dos dois olhos (amaurose bilateral) .....	85
Sa0102	Perda da visão de um olho (amaurose unilateral) .....	25
Sa0103	Perda da acuidade visual dos dois olhos — visão de longe e de perto .....	Resultado tabela 1 e 2

TABELA 1

#### Visão para longe

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Amaurose
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Amaurose	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

TABELA 2

#### Visão para perto

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Amaurose
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35



	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Amaurose
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Amaurose	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Utilizar a tabela 2 apenas em caso de distorção importante entre a visão de perto e a visão de longe. Neste caso convém fazer a média aritmética das duas taxas.

#### Campo visual

Em traumatologia as diminuições concêntricas dos campos visuais são frequentemente resultantes de manifestações funcionais e não justificam a atribuição de incapacidade permanente.

Torna-se necessário utilizar várias provas de controlo e avaliar de forma integrada o quadro clínico e o resultado dos exames imagiológicos e neurológicos. Não se pode contudo ignorar as diminuições campimétricas bilaterais orgânicas resultantes de duplas hemianópsias.

Código		Valorização em pontos
Sa0104	Hemianópsia: Homónimas .....	12
Sa0105	Heterónimas:	
Sa0106	Nasal .....	15
	Temporal .....	5
	(segundo o tipo, a extensão e o compromisso ou não da visão central) Se houver perda da visão central adicionar às taxas anteriores 65.	
Sa0107	Quadrantanópsia .....	2 a 20
	(segundo o tipo.)	
Sa0108	Escotoma central:	
Sa0109	Bilateral .....	21 a 60
	Unilateral .....	1 a 20
Sa0110	Escotoma justacentral ou paracentral. ....	1 a 15
	(segundo o carácter uni ou bilateral, com acuidade visual conservada)	

#### Oculomotricidade

Código		Valorização em pontos
Sa0111	Diplopia:	
Sa0112	Nos campos superiores — menos de 10ª de desvio. ....	1 a 10
Sa0113	No campo lateral — menos de 10º de desvio .....	5 a 15
Sa0114	Nos campos inferiores — menos de 10º de desvio .....	1 a 10
	Em todas as direcções, obrigando a ocluir um olho — mais de 10º de desvio (segundo as posições do olhar, o carácter permanente ou não, e a necessidade de fechar um olho em permanência) . . .	20 a 25
Sa0115	Paralisia oculomotora (se existir diplopia, valorizar a incapacidade permanente de acordo com o tipo da mesma. Ver quadro acima) .....	1 a 15
Sa0116	Motricidade intrínseca .....	1 a 5
	(segundo o tipo.)	
Sa0117	Heteroforia, paralisia completa da convergência. ....	1 a 5

**Cristalino**

Código		Valorização em pontos
Sa0118	Perda (afaquia) corrigida por equipamento óptico externo ..... (valorizar em função da taxa correspondente à perda de acuidade visual corrigida — Sa0103)	
Sa0119	Perda corrigida por implante do cristalino (pseudofaquia) ..... (adicionar 5 % por olho pseudofáquico à taxa correspondente à perda da acuidade visual; note-se que a partir dos 50 anos este aspecto pode não constituir factor de desvalorização)	

**Anexos do olho**

Código		Valorização em pontos
	Segundo o tipo de afectação (entrópio, ectrópio, cicatrizes viciosas, má oclusão palpebral, ptose, etc), sendo a mais grave a ptose com défice campimétrico e alacrimia bilateral:	
Sa0120	Afectação unilateral .....	1 a 8
Sa0121	Afectação bilateral .....	2 a 16

**B) Otorrinolaringologia**

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

**2 — Audição.****Acuidade auditiva:**

No caso de existirem associadamente perturbações do equilíbrio, avalia-se o dano de acordo com os resultados da Audiometria Tonal e Vocal, Potenciais Evocados Auditivos, Oto-emissões e Impedanciometria.

**Surdez total**

Código		Valorização em pontos
Sb0201	Bilateral .....	60
Sb0202	Unilateral .....	15

**Surdez parcial**

Código		Valorização em pontos
Sb0203	Surdez parcial. ....	Resultado da tabela 3 e 4

A avaliação faz-se em 2 tempos: com a ajuda das tabelas 3 e 4 da perda auditiva e percentagem de discriminação

**Perda auditiva média**

Estabelece-se por referência ao défice tonal em meio de condução aérea medida em decibéis sobre 500, 1000, 2000 e 4000 hertz, atribuindo coeficientes de ponderação de 2, 4, 3 e 1, respectivamente. A soma é dividida por 10. Toma-se por referência à tabela 3.

TABELA 3

**Perdas auditivas**

Perda auditiva média em dB	0 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	≥ 80
0 – 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 – 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 – 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 – 49	6	8	10	12	15	20	25	30

Perda auditiva média em dB	0 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	≥ 80
50 – 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 – 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 – 79	12	14	20	25	30	40	50	55
≥ 80	14	18	25	30	35	45	55	60

**Distorções auditivas:**

A avaliação deve ser feita por confrontação da taxa bruta com os resultados de uma audiometria vocal para apreciar eventuais distorções auditivas (recobro em particular) que agravem a perturbação funcional.

A tabela 4 propõe as taxas de incapacidade que podem ser discutidas por confronto com os resultados de audiometria tonal liminar.

TABELA 4  
**Percentagem de discriminação**

Discriminação	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	< 50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
< 50 %	4	4	5	6	7	8

Em caso de prótese auditiva, a melhoria é determinada pela comparação das curvas auditivas sem e com prótese, podendo assim reduzir-se a taxa, que deve, no entanto, ter em conta o incómodo gerado pela prótese, especialmente em ambientes ruidosos.

**Acufenos isolados**

Código		Valorização em pontos
Sb0204	Valorizável apenas se for admissível o nexo de causalidade com o traumatismo e se não estiverem já sido considerados no âmbito da síndrome pós-comocional. ....	1 a 2

**3 — Perturbações do equilíbrio.**

Valorizar estas alterações tendo em conta os resultados da Videonistagmografia e da Posturografia Dinâmica Computorizada.

Código		Valorização em pontos
Sb0301 Sb0302	Afectação vestibular: Bilateral (com perturbações destrutivas objectivas, segundo a importância) ..... Unilateral .....	11 a 25 4 a 10
Sb0303	Vertigens paroxísticas benignas .....	1 a 3

**4 — Perturbação da ventilação nasal.**

Código		Valorização em pontos
Sb0401 Sb0402	Alteração da permeabilidade nasal não corrigível pela terapêutica: Bilateral .....	2 a 8 1 a 4

## 5 — Perturbações olfactivas (compreende as alterações das percepções gustativas):

Código		Valorização em pontos
Sb0501	Anosmia .....	15
Sb0502	Disosmia .....	1 a 10

## 6 — Perturbações da fonação:

Código		Valorização em pontos
Sb0601	Afonia .....	25
	Disfonia: (em função da diminuição da eficácia da emissão vocal para a comunicação)	
Sb0602	Grau I (perturbações que afectam acentuadamente) .....	11 a 20
Sb0603	Grau II (rouquidão e outras perturbações que afectam ligeira ou moderadamente) .....	1 a 10

## C) Estomatologia

## 7 — Estomatologia:

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

No caso da aparelhagem móvel, reduzir as taxas propostas em 50 %. No caso de aparelhagem fixa, reduzir as taxas propostas em 75 %. A colocação de implantes determina apenas a atribuição de uma taxa entre 1 e 3.

Código		Valorização em pontos
Sc0701	Edentação completa insusceptível de correcção por prótese .....	20 a 28
	(atendendo à repercussão sobre o estado geral.)	
Sc0702	Perda de dente insusceptível de correcção por prótese:	
Sc0703	Incisivo ou canino .....	1
	Prémolar ou molar .....	1,5
Sc0704	Disfunções mandibulares .....	21 a 30
Sc0705	Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm. ....	6 a 20
Sc0706	Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm .....	
	Limitação da abertura bucal entre 31 e 40 mm .....	até 5
	(atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)	
Sc0707	Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular .....	2 a 10
	(segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	
Sc0708	Amputação da parte móvel da língua. ....	3 a 30
	(tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	

## III — Sistema musculoesquelético (M)

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

Quer se trate de uma articulação ou do próprio membro, quando existir mais do que uma sequela, a taxa global não é a soma de taxas isoladas mas a resultante da sua sinergia; a soma das taxas correspondente à anquilose em boa posição de todas as articulações do membro ou segmento não pode ter um valor superior ao da respectiva perda anatómica total ou funcional.

As taxas justificadas por rigidez acentuada não contempladas de maneira sistemática devem ter em conta o valor correspondente à anquilose da respectiva articulação.

Relativamente às endopróteses das grandes articulações, é necessário admitir que nenhuma restabelece por completo a sensibilidade proprioceptiva e que todas são acompanhadas de algumas limitações na vida do sinistrado. Nestas circunstâncias, a presença de uma endoprótese justifica, por si só, uma taxa de 5 %.

Quando o resultado funcional objectivo não for satisfatório, estes inconvenientes de princípio da endoprótese estão contemplados no défice funcional, não se justificando esta taxa complementar.

Acrescenta-se no final deste capítulo uma relação de algumas das doenças pós-traumáticas mais frequentemente decorrentes de lesões traumáticas do sistema ósteo-articular. Situações não contempladas, nomeadamente artroplastias, são como sempre avaliadas de acordo com o acima referido.

#### A) Membro superior (excepto a mão e os dedos)

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

##### 1 — Amputações.

As possibilidades protéticas ao nível dos membros superiores não asseguram actualmente uma verdadeira função, perdendo-se designadamente a sensibilidade. Se se verificar uma melhoria, o perito deve ponderar em concreto uma diminuição das taxas abaixo indicadas.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 70, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

Código		Valorização em pontos
Ma0101	Amputação total do membro superior . . . . .	51 a 55
Ma0102	Amputação do braço (cintura escapular móvel) . . . . .	46 a 50
Ma0103	Amputação do antebraço . . . . .	40 a 45

##### 2 — Anquiloses e rigidez.

###### Cintura escapular.

Existem 6 movimentos elementares da cintura escapular que se associam para assegurar a função. Cada um destes movimentos contribui para as AVD.

Os 3 movimentos essenciais são a flexão (antepulsão), a abdução e a rotação interna, seguidos pela rotação externa, a extensão (retropulsão) e a adução. Isoladamente, os compromissos da extensão e da adução apenas justificam pequenas taxas, não compreendidas nesta tabela, o que deve levar a ponderar a taxa em função das limitações dos outros movimentos.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0201	Omoplata fixa. . . . .	21 a 25
Ma0202	Omoplata móvel. . . . .	18 a 20

###### Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Ma0203	Limitação da flexão e/ou da abdução a 60°:	
Ma0204	Com perda total das rotações . . . . .	15 a 17
	Restantes movimentos completos . . . . .	13 a 14
Ma0205	Limitação da flexão e/ou da abdução a 90°:	
Ma0206	Com perda total das rotações . . . . .	11 a 13
	Restantes movimentos completos . . . . .	6 a 8
Ma0207	Limitação da flexão e/ou da abdução a 130° . . . . .	2 a 5
Ma0208	Perda isolada da rotação interna . . . . .	3 a 5
Ma0209	Perda isolada da rotação externa . . . . .	2 a 4

###### Cotovelo.

Apenas a mobilidade entre 20° e 120° de flexão (em baixo designadas por extensão útil e flexão útil) tem relevância funcional no contexto das AVD, tendo os valores situados fora deste arco de movimento uma reduzida repercussão sobre as mesmas.

As taxas abaixo indicadas referem-se aos défices no arco útil.

O perito deve ter em conta o défice da extensão e da flexão, sendo as respectivas taxas ponderadas mas não adicionadas, excepto no que se refira a um défice da pronosupinação, em que tal se pode justificar.

Artrorese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0210	Prono-supinação conservada .....	15 a 20
Ma0211	Prono-supinação abolida .....	21 a 25

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
	Flexão útil possível e extensão:	
Ma0212	Com arco de movimento que se detém acima de 90° .....	10 a 12
Ma0213	Com arco de movimento entre 60° a 90° .....	6 a 9
Ma0214	Com arco de movimento de 20° a 60° .....	1 a 5
	Extensão útil possível e flexão:	
Ma0215	Com arco de movimento que se detém abaixo de 60° .....	10 a 12
Ma0216	Com arco de movimento que se detém entre 60° e 90° .....	6 a 9
Ma0217	Com arco de movimento que se detém entre 90° e 120° .....	1 a 5

Compromisso da pronosupinação.

Anquilose.

Código		Valorização em pontos
Ma0218	Em posição funcional. ....	6 a 8

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Ma0219	Rigidez na pronação .....	1 a 5
Ma0220	Rigidez na supinação .....	1 a 5

Punho.

O arco útil de movimento situa-se entre 0° e 45° para a flexão e entre 0° e 45° para a extensão. Os movimentos fora desse arco têm apenas uma ligeira repercussão nas AVD, o mesmo se verificando relativamente ao desvio radial.

Artrorese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0221	Prono-supinação conservada .....	6 a 8
Ma0222	Prono-supinação abolida .....	13 a 16

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
	Rigidez no sector útil:	
Ma0223	Défice de flexão .....	1 a 3
Ma0224	Défice de extensão .....	1 a 5
Ma0225	Perda de desvio cubital e ou radial .....	1

No caso de haver compromisso conjugado das articulações do ombro, cotovelo e punho, não sendo possível levar a mão ao pavilhão auricular homolateral, à região inter-glútea e à crista ilíaca contra-lateral, a taxa a atribuir, tendo em conta o estudo da sinergia destas articulações, deve variar entre 15 e 24, não sendo de considerar as taxas correspondentes a cada uma das articulações envolvidas.

**B) Mão**

A preensão constitui a principal função da mão, a qual depende da eficácia das pinças (finas e grossas), pressupondo a conservação do comprimento, mobilidade e sensibilidade dos dedos.

O exame objectivo da mão deve ter em conta a possibilidade de realização das principais modalidades de pinças (Fig.1).

Nos casos de sequelas múltiplas, em que a utilização desta tabela não se adegue, pode justificar-se uma eventual correcção da taxa de incapacidade permanente proposta, tendo em conta as repercussões funcionais e nas AVD, sendo o limite absoluto correspondente ao valor da perda dos segmentos em causa.

Quando existir um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

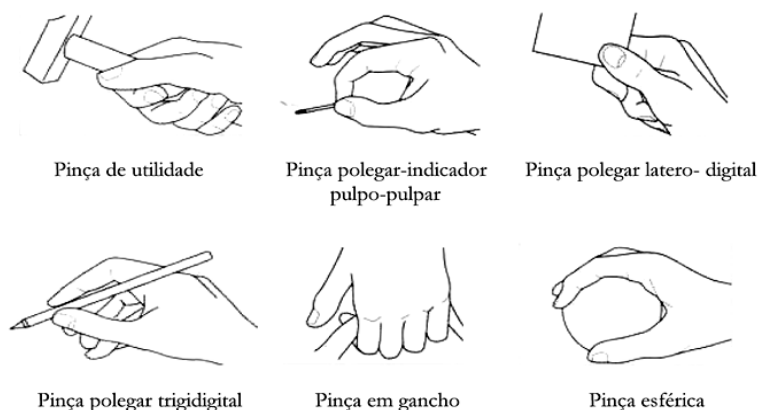


Fig. 1 — Principais pinças

**3 — Amputações.****Amputação da mão.**

Código		Valorização em pontos
Mb0301	Amputação total. . . . .	35 a 40
Mb0302	Amputação transmetacárpica com conservação do polegar . . . . .	18 a 20
Mb0303	Amputação metacarpo-falângica com conservação do polegar. . . . .	15 a 17

**Amputação dos dedos.**

As amputações parciais de cada dedo deverão ser proporcionais aos valores da amputação total, tendo em conta as repercussões funcionais (incluindo as perturbações na sensibilidade) e nas AVD.

Código		Valorização em pontos
	<b>Polegar:</b>	
Ma0304	Perda do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges . . . . .	17 a 20
Mb0305	Perda das 1.ª e 2.ª falanges. . . . .	11 a 15
Mb0306	Perda da 2.ª falange . . . . .	5 a 10
	<b>Segundo e terceiro dedos:</b>	
Mb0307	Perda do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges . . . . .	5 a 8
Mb0308	Perda da 2.ª e 3.ª falanges . . . . .	3 a 4
Mb0309	Perda da 3.ª falange . . . . .	1 a 2
	<b>Quarto dedo e quinto dedos:</b>	
Mb0310	Perda do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges . . . . .	4 a 5
Mb0311	Perda da 2.ª e 3.ª falanges . . . . .	2 a 3
Mb0312	Perda da 3.ª falange . . . . .	1

**4 — Anquiloses e rigidez.****Artrodese ou anquilose em posição funcional.**

O valor da anquilose dos dedos, em posição funcional, deve corresponder a cerca de metade dos valores atribuídos para as amputações. No que se refere às anquiloses em posição não funcional, pode o perito propor uma taxa superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como valor máximo o da amputação.

TABELA 5  
Taxas relativas à anquilose na mão

	Articulação carpo- -metacárpica (CM)	Articulação metacarpo- -falângica (MCF)	Articulação inter- falângica proximal (IFP)	Articulação inter- falângica distal (IFD)
Polegar .....	(Mb0401) 2	(Mb0402) 4	(Mb0407) 3	—
2.º dedo .....	—	(Mb0403) 1	(Mb0408) 1	(Mb0412) 1
3.º dedo .....	—	(Mb0404) 1	(Mb0409) 1	(Mb0413) 1
4.º dedo .....	—	(Mb0405) 1	(Mb0410) 1	—
5.º dedo .....	—	(Mb0406) 1	(Mb0411) 1	—

#### Rigidez.

A taxa a atribuir no caso de rigidez articular deve ser proporcional à taxa prevista para a anquilose, em posição funcional, tendo em conta o arco de movimento útil de cada articulação (MCF e IFP — para o 2.º e 3.º dedos: 20 a 80°; para os 4.º e 5.º dedos: 30 a 90°; IFD — 20 a 70°).

TABELA 6  
Códigos de rigidez

	Articulação carpo- -metacárpica (CM)	Articulação metacarpo- -falângica (MCF)	Articulação inter- falângica proximal (IFP)	Articulação inter- falângica distal (IFD)
Polegar .....	(Mb0414)	(Mb0415)	(Mb0420)	—
2.º dedo .....	—	(Mb0416)	(Mb0421)	(Mb0425)
3.º dedo .....	—	(Mb0417)	(Mb0422)	(Mb0426)
4.º dedo .....	—	(Mb0418)	(Mb0423)	—
5.º dedo .....	—	(Mb0419)	(Mb0424)	—

#### Sinergia.

Quando haja compromisso de mais de um dedo, existindo entre eles um efeito sinérgico, a valorização tem sempre de atender a que no caso da pinça fina, um dos dedos tem de ser sempre o polegar.

Se os dedos afectados estão amputados, o valor sinérgico deve ser superior à soma aritmética dos dedos perdidos, e inferior ao valor da perda da mão.

Se os dedos afectados estão anquilosados, o valor da sinergia deve ser superior à soma aritmética das anquiloses, mas inferior à soma aritmética das amputações desses dedos.

#### Alterações da sensibilidade palmar.

As alterações da sensibilidade do dorso da mão não têm repercussão funcional e não justificam a atribuição de qualquer taxa de incapacidade.

As taxas previstas integram as parestesias ligeiras, as disestesias e as discretas alterações tróficas que podem ocorrer, nomeadamente o pequeno neuroma que pode resultar de uma secção nervosa.

Nos compromissos associados de vários dedos, há que ter em conta a afectação sensitiva dependente de cada um dos nervos, considerando que ao território do mediano corresponde 15 %, ao do cubital 3 % e ao do radial 2 %.

#### Anestesia.

A taxa corresponde a 66 % da taxa prevista para a perda anatómica do ou dos segmentos do(s) dedo(s) atingido(s).

TABELA 7  
Códigos de anestesia

Mb0427 Mb0428 Mb0429	Polegar: Anestesia do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges. Anestesia das 1.ª e 2.ª falanges. Anestesia da 2.ª falange.
Mb0430 Mb0431 Mb0432	Segundo e terceiro dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 3.ª falange.
Mb0433 Mb0434 Mb0435	Quarto e quinto dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 3.ª falange.



Disestesia e hipostesia.

A taxa a atribuir varia entre 50 % e 66 % da prevista para a perda anatómica do ou dos segmento(s) do(s) dedo(s) atingido(s) segundo a intensidade, localização e dedo(s) atingido(s) (de acordo com a função — realização das pinças).

TABELA 8  
Códigos de disestesia e hipostesia

Mb0436 Mb0437 Mb0438	Polegar: Disestesia e hipostesia do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges. Disestesia e hipostesia das 1.ª e 2.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª falange.
Mb0439 Mb0440 Mb0441	Segundo e terceiro dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 3.ª falange.
Mb0442 Mb0443 Mb0444	Quarto e quinto dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 3.ª falange.

### C) Membro inferior

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o prejuízo funcional e para as AVD.

#### 5 — Amputações.

Uma amputação do membro inferior, excepto se localizada ao nível do pé, não permite nem a marcha nem o ortostatismo. Os pontos propostos são por isso correspondentes a um indivíduo correctamente aparelhado. Se a prótese não for a mais indicada, os pontos a atribuir devem à tolerância à mesma e ao seu resultado funcional. Os pontos não podem, contudo, ultrapassar o valor correspondente à amputação a um nível superior.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 65 pontos, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0501	Desarticulação da anca ou amputação alta da coxa não aparelhada . . . . .	60
Mc0502	Desarticulação unilateral da anca ou amputação alta da coxa sem apoio isquiático . . . . .	55
Mc0503	Amputação da coxa . . . . .	50
Mc0504	Desarticulação do joelho . . . . .	40
Mc0505	Amputação da perna . . . . .	30
Mc0506	Amputação da tíbio-társica (Syme) . . . . .	25
Mc0507	Amputação társica . . . . .	20
Mc0508	Amputação médio-társica (Chopart) . . . . .	12
Mc0509	Amputação tarso-metatarsica (Lisfranc) . . . . .	10
Mc0510	Amputação dos 5 dedos do pé e do 1.º metatársico . . . . .	8
Mc0511	Amputação do 1.º dedo e do 1.º metatársico . . . . .	4
Mc0512	Amputação de uma ou das duas falanges do 1.º dedo . . . . .	2 a 3
Mc0513	Amputação de um ou mais dos outros dedos . . . . .	1 a 2

#### 6 — Anquiloses e rigidez.

Anca.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização da grande maioria das AVD; 70° permitem a posição sentada e a utilização de escadas; 30° permitem a marcha;

Abdução: 20° permitem praticamente todas as AVD;

Adução: tem pouca importância prática;

Rotação externa: a importância funcional assenta principalmente nos primeiros 30°;

Rotação interna: 10° são o necessário para a maioria das AVD;

Extensão: 20° têm importância funcional na marcha e na utilização de escadas;

A dor é um elemento essencial condicionando a utilização da anca na vida diária (marcha e posição ostostática), pelo que se encontra já contemplada nos pontos propostos;

Artrotese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0601	Anca (de acordo com o compromisso da marcha) . . . . .	30 a 35

#### Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0602	Perda total da flexão . . . . .	17
	Flexão:	
Mc0603	Limitada a 30° . . . . .	13
Mc0604	Limitada a 70° . . . . .	7
Mc0605	Limitada a 90° . . . . .	4
Mc0606	Perda total da extensão . . . . .	2
Mc0607	Flexão irreductível a 20° . . . . .	4
Mc0608	Perda total da abdução . . . . .	6
Mc0609	Perda total da adução . . . . .	1
Mc0610	Perda total da rotação externa . . . . .	3
Mc0611	Perda total da rotação interna . . . . .	1

#### Joelho.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização das funções mais importantes (deslocar-se, colocar-se na posição sentada, etc.) e das AVD (utilizar escadas, etc.); 110° permitem a realização da maioria das AVD e 135° permitem a realização de todas elas; Extensão: um défice de extensão inferior a 10° é compatível com a maioria das AVD.

#### Artrodese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0612	Joelho (de acordo com o compromisso da marcha) . . . . .	23 a 25

#### Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
	Flexão (arco possível a partir da extensão completa):	
Mc0613	Limitada a 30° . . . . .	20
Mc0614	Limitada a 50° . . . . .	15
Mc0615	Limitada a 70° . . . . .	10
Mc0616	Limitada a 90° . . . . .	5
Mc0617	Limitada a 110° . . . . .	2
	Extensão (arco em défice):	
Mc0618	De 10° . . . . .	3
Mc0619	De 15° . . . . .	5
Mc0620	De 20° . . . . .	10
Mc0621	De 30° . . . . .	20

## Instabilidades.

Código		Valorização em pontos
Mc0622	Lateral .....	1 a 10
Mc0623	Anterior .....	2 a 10
Mc0624	Posterior .....	3 a 12
Mc0625	Instabilidade mista (com compromisso simultâneo de vários grupos ligamentares) .....	10 a 17

## Desvios axiais.

Código		Valorização em pontos
	Genu valgum:	
Mc0626	Até 10° .....	1 a 3
Mc0627	De 10 a 20° .....	4 a 10
Mc0628	Acima de 20° (raramente é funcional) .....	11 a 20
	Genu varum:	
Mc0629	Até 10° .....	1 a 3
Mc0630	De 10 a 20° .....	4 a 10
Mc0631	Acima de 20° (raramente é funcional) .....	11 a 20

## Síndromes fêmuro-patelares.

Código		Valorização em pontos
Mc0632	Síndromes fêmuro-patelares .....	1 a 8

## Sequelas de lesões meniscais.

Código		Valorização em pontos
Mc0633	Sequelas de lesões meniscais .....	1 a 5

## Tibio-társica e pé.

## Articulação tibio-társica.

Na avaliação destas sequelas há que atender a que 20° de flexão plantar permitem a realização da maioria das AVD, 35° permitem a realização de todas e 10° de flexão dorsal permitem a realização de praticamente todas as AVD.

A perda de alguns graus de flexão dorsal é mais incapacitante do que a perda da mesma amplitude na flexão plantar, devido à menor amplitude da flexão dorsal.

## Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0634	Em função do compromisso da marcha .....	8 a 10

## Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0635	Perda total da flexão plantar .....	5
Mc0636	Perda total da flexão dorsal .....	5
	Flexão plantar:	
Mc0637	De 0 a 10° .....	5
Mc0638	De 0 a 20° .....	4
Mc0639	De 0 a 30° .....	2

Código		Valorização em pontos
	Flexão dorsal:	
Mc0640	De 0 a 5° .....	5
Mc0641	De 0 a 10° .....	3
Mc0642	De 0 a 15° .....	1
Mc0643	Equinismo ou pé talo irredutível .....	1 a 12

## Laxidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0644	Se documentada .....	2 a 5

## Articulação sub-talar.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Valgo: com 5° é possível realizar praticamente todas as AVD;

Varo: com 5° é possível realizar a maioria das AVD e com 15° é possível realizar todos.

A perda do valgo é mais invalidante que a do varus já que a anquilose em varo é pior tolerada.

Artrodeze ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0645	Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo .....	7 a 9

## Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0646	Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo .....	2 a 3

## Articulações médio-társica (Chopart) e tarso-metatarsica (Lisfranc).

Artrodeze ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0647	Em função do compromisso da marcha .....	4 a 6

## Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0648	Em função do compromisso da marcha .....	2 a 3

## Articulações metatarso-falângicas — dedos do pé.

Anquiloses e rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0649	Para determinar os pontos, o perito deve ter em conta que o limite máximo corresponde à amputação pelo nível respectivo.	

## Anquiloses e rigidez combinadas.

Código	
Mc0650	No que se refere a estas sequelas, quando associadas, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões funcionais e nas AVD, tendo como valor limite o da amputação do segmento superior.

## 7 — Dismetrias.

A avaliação de alongamentos e encurtamentos dos membros inferiores é efectuada sem ter em conta a compensação por ortótese.

Código		Valorização em pontos
Mc0701	Igual ou superior a 5 cm. ....	6 a 8
Mc0702	Superior a 3 cm e inferior a 5 cm. ....	4 a 5
Mc0625	Superior a 1 cm e até 3 cm. ....	2 a 3

## D) Coluna vertebral

## 8 — Coluna cervical.

Código		Valorização em pontos
Md801	Sem lesão óssea ou disco-ligamentar documentada (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade). ....	1 a 3
Md802	Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas: Dores muito frequentes e ou intensas, com acentuada limitação Funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada .....	10 a 15
Md803	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional .....	4 a 9
Md804	Artrodese ou anquilose sem outras queixas, segundo o número de níveis .....	3 a 10

## 9 — Coluna torácica (dorsal), lombar e charneira lombo-sagrada.

Código		Valorização em pontos
Md901	Sem lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade) .....	1 a 3
Md0902	Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas Coluna torácica ou dorsal: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada .....	7 a 10
Md0903	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional .....	3 a 6
Md0904	Coluna lombar e charneiras toraco-lombar e lombo-sagrada: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada .....	8 a 12
Md0905	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional .....	3 a 7

## 10 — Coccix.

Código		Valorização em pontos
Md1001	Coccicodinia .....	1 a 2

**E) Bacia****11 — Bacia-Dores.**

Código		Valorização em pontos
Mc1101	Dores pós-fracturárias de um ramo isquio-púbico .....	1 a 2
Mc1102	Dores e/ou instabilidade da sínfise púbica .....	2 a 5
Mc1103	Dores relacionadas com diastase ou fractura sacro-iliaca .....	2 a 5
Mc1104	Dores e instabilidade da sínfise púbica e da articulação sacro-iliaca associadas:	
Mc1105	Sem alteração da estática da bacia nem compromisso da marcha .....	5 a 8
	Com alteração estática da bacia e compromisso da marcha .....	9 a 15

**F) Outros quadros sequelares**

As situações contempladas neste grupo só podem ser valorizadas enquanto entidades independentes, não devendo ser adicionadas às previstas nos outros grupos.

**12 — Membro superior.****Cintura escapular.**

Código		Valorização em pontos
Mf1201	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) .....	1 a 5
Mf1202	Ombro doloroso .....	Até 3
Mf1203	Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) .....	18 a 20
Mf1204	Luxação recidivante inoperável (segundo as limitações funcionais) .....	3 a 13

**Clavícula.**

Código		Valorização em pontos
Mf1205	Luxação acrómio-clavicular /esterno-clavicular inoperável .....	1 a 3
Mf1206	Pseudartrose inoperável da clavícula (segundo as limitações funcionais) .....	1 a 3

**Braço.**

Código		Valorização em pontos
Mf1207	Pseudo-artrose inoperável do úmero (segundo as limitações funcionais) .....	10 a 15
Mf1208	Osteíte/osteomielite crónica do úmero .....	10 a 15
Mf1209	14.3.3. Consolidação em rotação e/ou angulação do úmero superior a 10° (segundo as limitações funcionais) .....	1 a 3

**Cotovelo.**

Código		Valorização em pontos
Mf1210	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) .....	1 a 5
Mf1211	Cotovelo doloroso .....	1 a 3
Mf1212	14.4.3. Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) .....	18 a 20

**Antebraço.**

Código		Valorização em pontos
Mf1213	Consolidação em rotação e/ou angulação de mais de 10° .....	1 a 3
Mf1214	Pseudo-artrose inoperável do cúbito e rádio (segundo as limitações funcionais) .....	10 a 15

Código		Valorização em pontos
Mf1215	Pseudo-artrose inoperável do cúbito (segundo as limitações funcionais) . . . . .	6 a 8
Mf1216	Pseudo-artrose inoperável do rádio (segundo as limitações funcionais) . . . . .	8 a 10
Mf1217	Osteomielite/osteíte de ossos do antebraço . . . . .	6 a 10
Mf1218	Retracção isquémica de Volkmann . . . . .	25 a 30
Mf1219	Punho doloroso /artrose do punho . . . . .	1 a 3

**Punho.**

Código		Valorização em pontos
Mf1220	Artrose pós-traumática de articulações metacarpo-falângicas e/ou interfalângicas/mão dolorosa . . . . .	1 a 3
Mf1221	Síndrome residual pós-algodistrofia da mão (permanente) . . . . .	3 a 5

**13 — Membro inferior.****Anca.**

Código		Valorização em pontos
Mf1301	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) . . . . .	1 a 10
Mf1302	Anca dolorosa . . . . .	1 a 3
Mf1303	Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor) . . . . .	20 a 25

**Fémur.**

Código		Valorização em pontos
Mf1304	Osteomielite /osteíte crónica . . . . .	14
Mf1305	Pseudo-artrose inoperável (segundo as limitações funcionais) . . . . .	18 a 20
Mf1306	Consolidação em rotação e/ou angulação: Até 10° . . . . .	1 a 3
Mf1307	Mais de 10° . . . . .	4 a 8

**Joelho.**

Código		Valorização em pontos
Mf1308	Osteoartrite crónica (segundo as limitações funcionais) . . . . .	18 a 20
Mf1309	Artrose pós-traumática (segundo as limitações funcionais e dor) . . . . .	1 a 8
Mf1310	Joelho doloroso . . . . .	1 a 3

**Perna.**

Código		Valorização em pontos
Mf1311	Osteomielite /osteíte da tíbia e perónio . . . . .	12
Mf1312	Pseudo-artrose da tíbia (segundo as limitações funcionais) . . . . .	14 a 17

**Tíbio-társica/pé.**

Código		Valorização em pontos
Mf1313	Talalgia . . . . .	1 a 3
Mf1314	Metatarsalgia . . . . .	1 a 3
Mf1315	Artrose das articulações do pé (Chopart-Lisfranc) . . . . .	1 a 5

## 14 — Torax.

Código		Valorização em pontos
Mf1401	Dores inter-costais — pós-fractura de arcos costais/esterno . . . . .	1 a 3

## 15 — Coluna Vertebral.

Código		Valorização em pontos
Mf1501	Artrose pós-traumática sem antecedentes a nível cervical, dorsal e lombra (inclui dores) . . . . .	1 a 5
Mf1502	Agravamento de artrose prévia ao traumatismo . . . . .	1 a 3
Mf1503	Fractura em cunha/achatamento vertebral:	
Mf1504	Até 50 % . . . . .	1 a 3
	Mais de 50 % . . . . .	4 a 7
Mf1505	Alterações da estática vertebral (cifose, escoliose, lordose) (segundo o arco de curvatura e graus) . . .	1 a 12

## 16 — Pélvis.

Código		Valorização em pontos
Mf1601	Estreitamento pélvico sem possibilidade de parto por via baixa . . . . .	4

## 4 — Sistema cárdio-respiratório (C).

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

**A) Coração**

Reportando-se à classificação que se segue, inspirada na da New York Heart Association (NYHA), o perito deve basear-se nas manifestações funcionais expressas pelo examinando, no exame clínico e nos diversos exames complementares de diagnóstico.

De entre os dados técnicos, a fracção de ejeção tem uma importância primordial para a quantificação objectiva das sequelas. O perito deve além disso ter em conta as exigências terapêuticas e a vigilância que esta impõe.

## 1 — Sequelas cardiológicas.

Código		Valorização em pontos
Ca0101	Sintomatologia funcional mesmo em repouso (confirmada por dados clínicos e para-clínicos; exigências terapêuticas muito importantes e hospitalizações frequentes; fracção de ejeção <20 %) . . . . .	81 a 90
Ca0102	Limitação funcional para esforços moderados (com manifestações de fálência miocárdica -edema pulmonar- ou associada a complicações vasculares periféricas ou a perturbações do ritmo complexas com exigências terapêuticas importantes e vigilância apertada; fracção de ejeção 20 a 25 %) . . . .	66 a 80
Ca0103	Idem com exigência terapêutica considerável (com ou sem perturbações do ritmo associadas; fracção de ejeção 25 a 30 %) . . . . .	41 a 65
Ca0104	Limitação funcional com implicações na actividade diária (marcha rápida) (alteração franca dos parâmetros ecográficos ou eco-dopler; intolerância ao esforço com anomalias do ECG de esforço e com exigência terapêutica; fracção de ejeção 30 a 35 %) . . . . .	31 a 40
Ca0105	Limitação funcional alegada para esforços comuns (2 andares) (confirmada por ECG de esforço ou existência de sinais de disfunção miocárdica; contra-indicação de esforços físicos consideráveis e exigência terapêutica com vigilância cardiológica próxima; fracção de ejeção 35 a 40 %) . . . . .	21 a 30
Ca0106	Limitação funcional alegada para esforços significativos (com sinais de disfunção miocárdica, exigências terapêuticas e vigilância próxima; fracção de ejeção 40 a 50 %) . . . . .	11 a 20
Ca0107	Limitação funcional alegada para esforços importantes (desporto) (sem sinais de disfunção ou isquémia miocárdica, com necessidades terapêuticas e vigilância regular; fracção de ejeção 50 a 60 %) . . .	3 a 10
Ca0108	Sem limitação funcional (boa tolerância ao esforço; segundo as necessidades terapêuticas e/ou vigilância regular; fracção de ejeção >60 %) . . . . .	Até 2



## 2 — Transplante.

A eventualidade de um transplante deve ter em conta a necessidade de exigências terapêuticas muito importantes e de uma vigilância particularmente apertada.

Código		Valorização em pontos
Ca0201	Transplante cardíaco (segundo o resultado funcional (calculado de acordo com o previsto no artigo anterior), acrescido de valor fixado em função da tolerância aos imuno-suppressores) . . . . .	10 a 20

**B) Aparelho respiratório**

Qualquer que seja a origem da afecção pulmonar, a avaliação deve ter em conta a importância da insuficiência respiratória crónica que é apreciada a partir da gravidade da dispneia, graduada por referência à escala clínica das dispneias de Sadoul (Tabela 6), ao exame clínico especializado e aos exames complementares já efectuados ou requeridos no âmbito da perícia.

TABELA 6

**Escala das dispneias de Sadoul**

Estadio ou classe	Descrição
1	Dispneia para esforços importantes acima do 2.º andar
2	Dispneia na marcha em inclinação ligeira ou na marcha rápida, ou subir a um 1.º andar
3	Dispneia na marcha normal em terreno plano
4	Dispneia na marcha lenta
5	Dispneia ao mínimo esforço

## 3 — Perda anatómica total ou parcial de um pulmão.

Código		Valorização em pontos
Cb0301	Perda total . . . . .	15
Cb0302	Perda lobar . . . . .	5

Estas taxas são acumuláveis com a taxa correspondente à eventual insuficiência respiratória associada.

## 4 — Insuficiência respiratória crónica.

Código		Valorização em pontos
Cb0401	Dispneia para pequenos esforços (despir), em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT inferior a 50 %; VEMS inferior a 40 % hipoxémia de repouso (PaO <sub>2</sub> ) inferior a 60 mm Hg associada ou não a uma alteração da capnia (PaCO <sub>2</sub> ) com eventual necessidade de oxigenoterapia de longa duração (>15h/dia) ou de uma traqueostomia ou de uma assistência ventilatória intermitente.	51 a 90
Cb0402	Dispneia na marcha em terreno plano no seu ritmo próprio, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 50 e 60 %; VEMS entre 40 e 60 % hipoxémia de repouso (PaO <sub>2</sub> ) entre 60 a 70mmHg.	31 a 50
Cb0403	Dispneia na marcha normal em superfície plana, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 60 e 70 %; VEMS entre 60 e 70 %; DLCO/VA inferior a 60 %.	15 a 30
Cb0404	Dispneia na subida a um andar em marcha rápida, ou em inclinação ligeira, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 70 e 80 %; VEMS entre 70 e 80 %; DLCO/VA entre 60 e 70 %.	6 a 15
Cb0405	Dispneia para esforços importantes com alteração discreta das provas funcionais . . . . .	2 a 5

CV: Capacidade Vital.

CPT: Capacidade Pulmonar Total.

VEMS: Volume Expiratório Máximo por segundo.

DEM: Débito Expiratório Médio.

PaO<sub>2</sub>: Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial.

PaCO<sub>2</sub>: Pressão parcial de carbono no sangue arterial.

SaO<sub>2</sub>: saturação em oxigénio de hemoglobina no sangue arterial.

DLCO/VA: Medição da capacidade de difusão de monóxido de carbono.

### 5 — Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia.

Código		Valorização em pontos
Cb0501	Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia . . . . .	1 a 3

### 5 — Sistema vascular (V).

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

#### A) Sequelas arteriais, venosas e linfáticas

A taxa deve ter em conta as exigências terapêuticas e ou a vigilância médica.

#### 1 — Arteriais.

Código		Valorização em pontos
Va0101 Va0102 Va0103	Membro inferior:	
	Queixas de esforço com claudicação . . . . .	5 a 10
	Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas) . . . . .	11 a 20
	Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas com necrose do tecido que pode chegar à amputação). Limite máximo amputação da coxa . . . . .	21 até 50
Va0104	Membro superior . . . . . (segundo as perturbações funcionais (por exemplo, perda de força, hipotermia...) e lado dominante, tendo em conta o resultado do eco-doppler.)	1 a 10

#### 2 — Venosas.

Trata-se de sequelas de flebite indiscutível, que devem ser avaliadas tendo em conta um eventual estado anterior.

Código		Valorização em pontos
Va0201	Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção; lesões tróficas e úlceras recidivantes . . . . .	11 a 20
Va0202	Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção . . . . .	5 a 10
Va0203	Sensação de pernas pesadas com edema vespertino verificável . . . . .	1 a 4

#### 3 — Linfáticas (ou linfoedema).

Código		Valorização em pontos
Va0301	Membro superior . . . . .	1 a 10
Va0302	Membro inferior . . . . .	Ver sequelas venosas

#### B) Baço

Código		Valorização em pontos
Vb0301	Esplenectomia total, com exigências terapêuticas . . . . .	6 a 15
Vb0302	Esplenectomia total, assintomática . . . . .	5

**VI — Sistema digestivo (D)**

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

**A) Estomias cutâneas definitivas e incontinência****1 — Estomias.**

Código		Valorização em pontos
Da0101	Estomias (colostomia, ileostomia) .....	30

**2 — Incontinência fecal.**

Código		Valorização em pontos
Db0301	Incontinência fecal: Sem possibilidade de controlo terapêutico .....	45
Db0302	Com possibilidade de controlo terapêutico .....	Até 15

**B) Perturbações comuns às diferentes afectações do aparelho digestivo**

A taxa inclui a inerente à perda orgânica.

**3 — Perturbações da absorção.**

Código		Valorização em pontos
Db0301	Síndrome de Malabsorção: Necessitando de alimentação parentérica permanente .....	50 a 60
Db0302	Necessitando acompanhamento médico frequente, tratamento contínuo e exigências dietéticas estritas com repercussão no estado geral .....	21 a 30
Db0303	Necessitando acompanhamento médico regular, tratamento quase contínuo e exigências dietéticas estritas com incidência social .....	11 a 20
Db0304	Necessitando acompanhamento médico periódico, tratamento intermitente, precauções dietéticas, e sem repercussões sobre o estado geral .....	1 a 10

**C — Hérnias e aderências.**

Código		Valorização em pontos
Dc0301	As hérnias são corrigíveis cirurgicamente, podendo todavia persistir aderências a valorizar segundo as repercussões funcionais, numa taxa entre 5 a 10.	

**VII — Sistema urinário (U)**

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

**A) Rim****1 — Nefrectomia.**

Código		Valorização em pontos
Ua0101	Perda de um rim: (a taxa corresponde à da perda de um órgão interno dentro do contexto psicológico e cultural; sem indicação de transplante, função renal normal ou manutenção do estado anterior) .....	15

## 2 — Insuficiência renal.

Código		Valorização em pontos
Ua0201	Clearance de creatinina inferior a 10ml/mn: (necessidade de tratamento por diálise num centro ou auto-diálise, segundo as complicações) . . . .	36 a 65
Ua0202	Clearance de creatinina entre 10 e 30 ml/mn: (alteração do estado geral; dieta muito condicionada e consideráveis limitações terapêuticas) . . . . .	25 a 35
Ua0203	Clearance de creatinina entre 30 e 60 ml/mn: (astenia; necessidade de dieta e de tratamento médico rigoroso) . . . . .	15 a 25
Ua0204	Clearance de creatinina entre 60 e 80 ml/mn: (em função da dieta alimentar, das alteração do estado geral e dos tratamentos a seguir) . . . . .	5 a 15

No caso particular de alteração da função renal de um indivíduo submetido a nefrectomia unilateral, a taxa correspondente à perda anatómica não é cumulativa, devendo, todavia, ser fixada uma taxa mínima de 15 %, em conformidade com o artigo 1 deste capítulo.

## 3 — Transplante.

Código		Valorização em pontos
Ua0301	Segundo tolerância aos corticóides e imunodepressores: Caso deste resulte, também, insuficiência renal, acrescem as taxas contempladas no artigo 2 deste capítulo . . . . .	10 a 20

**B) Incontinência**

## 4 — Incontinência.

Código		Valorização em pontos
Ub0401	Sem possibilidade de controlo terapêutico . . . . .	30
Ub0402	Com possibilidade de controlo terapêutico . . . . .	Até 10

**C) Estomia**

## 5 — Estomia.

Código		Valorização em pontos
Ub0501	Com necessidade de material apropriado . . . . .	15

**VIII — Sistema reprodutor (R)**

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 taxas, devendo ser valorizadas no capítulo respectivo. Estas também não incluem as consequências na diferenciação sexual quando a lesão se produz antes da puberdade. Algumas das taxas contemplam a perda do órgão no seu contexto sócio-cultural.

**A) Mulher**

## 1 — Perda de órgão.

Código		Valorização em pontos
Ra0101	Histectomia (sem consequências a nível da reprodução) . . . . .	5
Ra0102 Ra0103	Ooforectomia: Unilateral . . . . . Bilateral (sem consequências a nível da reprodução) . . . . .	5 6
Ra0104 Ra0105	Mastectomia: Bilateral . . . . . Unilateral . . . . .	16 a 25 10 a 15

## 2 — Esterilidade.

Código		Valorização em pontos
Ra0201	Definitiva e resistente às técnicas médicas dirigidas à procriação numa mulher que era apto para a mesma. A taxa inclui a perda dos órgãos	30

**B) Homem**

## 3 — Perda de órgão.

Código		Valorização em pontos
Rb0301	Orquidectomia:	
Rb0302	Unilateral	5
Rb0303	Bilateral (sem consequências a nível da reprodução)	6
Rb0303	Perda do pénis	40

## 4 — Esterilidade.

Código		Valorização em pontos
Rb0401	Num indivíduo que era apto para a procriação, a taxa inclui a perda dos testículos. Se, além do mais, existir uma perda do pénis, a taxa combinada da perda de órgãos e da esterilidade é de 45	30

## 5 — Disfunção erétil.

Código		Valorização em pontos
Rb0501	Em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico	5 a 15

**IX — Sistema glandular endócrino (G)**

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

Os problemas relativos ao nexo de causalidade revestem-se, neste domínio, de particular complexidade. Com efeito, é extremamente raro observar um dano corporal constituído, unicamente, por um défice endócrino isolado.

Aqui, mais do que nos outros capítulos, convém apreciar o nexo de causalidade em função dos exames clínicos e das provas complementares efectuadas por especialista da área.

A avaliação é feita em função da adaptação ao tratamento, do seu controlo e da sua eficácia.

**A) Hipófise**

Código		Valorização em pontos
Ga0101	Panhipopituitarismo (défice funcional total das funções hipofisárias anterior e posterior, necessitando de terapêutica de substituição e de vigilância clínica e biológica regular, segundo a eficácia do tratamento). Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento e do desenvolvimento sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário.	20 a 45
Ga0102	Diabetes insípida (em função do controlo da poliúria e polidipsia e da eficácia terapêutica)	5 a 20

**B) Tiróide**

Código		Valorização em pontos
Gb0101	Hipotiroidismo (excepcionalmente pós-traumático, podendo resultar como sequela de tratamento do hipertiroidismo)	1 a 5

**C) Paratiróide**

Código		Valorização em pontos
Gc0101	Hipoparatiroidismo (valorizável de acordo com os valores séricos de cálcio, fósforo e paratormona, e com a gravidade da sintomatologia e sua repercussão nas AVD) . . . . .	5 a 30

**D) Pâncreas endócrino**

Código		Valorização em pontos
	Diabetes insulino-dependente. O aparecimento deste tipo de diabetes coloca frequentemente problemas de nexo de causalidade, a não ser quando resulta de lesões pancreáticas maior. A taxa é apreciada em função da sua estabilidade, da repercussão sobre as actividades da vida diária e social e das perturbações resultantes da terapêutica e vigilância clínica.	
Gd0101	Diabetes mal compensada (com repercussão sobre o estado geral, necessitando de vigilância clínica constante).	20 a 40
Gd0102	Diabetes bem compensada (por insulino-terapia simples, em função das perturbações resultantes da vigilância clínica). Em casos de complicações com sequelas definitivas, devem estas ser avaliadas no âmbito das respectivas especialidades.	15 a 19

**E) Supra-renais**

Código		Valorização em pontos
Ge0101	Insuficiência supra-renal  (valorizável em função da perturbação relacionada com a terapêutica e vigilância clínica) Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do desenvolvimento, nomeadamente sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário.	10 a 25

**F) Gónadas**

Código		Valorização em pontos
Gf0101	De acordo com o resultado da terapêutica de substituição. Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento, do desenvolvimento sexual e da fecundidade, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário.	10 a 25

**X — Sistema cutâneo (P)**

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

As taxas propostas tomam essencialmente em consideração as sequelas cutâneas para as funções próprias da pele (protecção e transpiração) e não incluem as consequências estéticas e as limitações de movimentos, que devem ser valorizadas independentemente.

A avaliação de sequelas cutâneas a nível da face, mãos e região genital, deve suscitar, pelas suas especificidades, uma ponderação acrescida. Por ser possível que sequelas cutâneas de dimensões mais reduzidas possam, em função da sua localização, ter consequências mais significativas do que outras de maior dimensão, os intervalos propostos no quadro seguinte apresentam sobreposições.

**A) Queimaduras profundas ou cicatrizações patológicas**

Valorizam-se segundo a percentagem de superfície corporal atingida pelas lesões.

Pa0101	Inferior a 10 % . . . . .	1 a 10
Pa0102	De 10 a 20 % . . . . .	5 a 15
Pa0103	De 21 a 60 % . . . . .	10 a 30
Pa0104	Mais de 60 % . . . . .	25 a 50