

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL**Decreto-Lei n.º 341/93**

de 30 de Setembro

A formulação de normas disciplinadoras de avaliação das incapacidades sofridas pelos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho ou doença profissional, tendo em vista a determinação dos montantes das respectivas indemnizações ou pensões a que legalmente têm direito, constitui matéria de extrema delicadeza e complexidade.

A verdade é que, por um lado, a reparação não pode deixar de traduzir-se numa compensação em dinheiro, por se tratar de danos nas pessoas em relação às quais não é possível, em regra, a reconstituição natural e, por outro, a necessidade de conferir certo grau de certeza aos interesses em causa torna indispensável uma definição normativa e metodológica para avaliação do dano.

Nesta linha de orientação, instituiu-se no nosso país, através do Decreto n.º 21 978, de 10 de Dezembro de 1932, um primeiro esquema legal de avaliação de incapacidades por acidentes de trabalho, acabando-se com a ampla discricionariedade dada aos tribunais neste domínio, determinando-se que tal avaliação fosse feita de harmonia com a Tabela de Desvalorização de Lucien Mayet, que se praticava em França, apesar de não oficializada naquele país.

Em 1960 passou a dispor-se de uma tabela nacional, aprovada pelo Decreto n.º 43 189, de 23 de Setembro de 1960, a qual se tem mantido em vigor sem qualquer actualização até à data.

Todavia, nestes mais de 30 anos da sua vigência realizaram-se notáveis progressos na ciência médica e importantes avanços no domínio da tecnologia laboral, que determinaram o seu desfasamento da realidade actual.

Assim, impõe-se a adopção de uma nova tabela que, ao contrário do carácter excessivamente rígido e taxativo da tabela vigente, constitua um instrumento de determinação da incapacidade com carácter indicativo que permita tratar com o equilíbrio que a justiça do caso concreto reclama as várias situações presentes à peritagem e à decisão judicial, com as limitações que decorrem da expressa vinculação dos peritos à exposição dos motivos justificativos dos desvios em relação aos coeficientes nela previstos.

A tabela agora aprovada pretende, pois, contribuir para a humanização da avaliação da incapacidade, numa visão não exclusiva do segmento atingido, mas do indivíduo como um todo físico e psíquico, em que seja considerada não só a função mas também a capacidade de trabalho disponível.

O presente diploma resulta ainda de compromissos assumidos no Acordo Económico e Social, celebrado em 19 de Outubro de 1991, em sede do então Conselho Permanente de Concertação Social. Não obstante, foi feita a sua discussão pública nos termos da lei, tendo-se pronunciado várias organizações de trabalhadores e de empregadores, bem como outras entidades, cujos contributos foram devidamente ponderados.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º É aprovada a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Pro-

fissionais, adiante designada por Tabela, anexa ao presente diploma e que dele faz parte integrante.

Art. 2.º A incapacidade do sinistrado ou doente é calculada em conformidade com a Tabela, observando-se as instruções gerais e específicas dela constantes e tendo em conta o disposto no artigo 47.º do Decreto n.º 360/71, de 21 de Agosto.

Art. 3.º — 1 — Por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e do Emprego e da Segurança Social, será constituída uma comissão permanente, à qual incumbirá:

- a) Proceder a estudos conducentes à revisão e actualização da Tabela, mediante a recolha de dados das entidades encarregadas da sua aplicação;
- b) Contribuir para a divulgação de estudos e pareceres quanto à interpretação e aplicação da Tabela;
- c) Dar parecer, a solicitação dos tribunais ou de outras entidades, sobre dúvidas que se suscitarem quanto à interpretação e aplicação da Tabela.

2 — A portaria referida no número anterior define a composição e o modo de funcionamento da comissão permanente.

3 — Enquanto não for constituída a comissão prevista no presente artigo mantém-se em funcionamento, com as competências que lhe são legalmente reconhecidas, a comissão constituída pela Portaria n.º 397/83, de 8 de Abril, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 690/88, de 14 de Outubro.

Art. 4.º A Tabela aprovada pelo presente diploma aplica-se aos acidentes ocorridos e às doenças profissionais manifestadas após a sua entrada em vigor.

Art. 5.º É revogado o Decreto n.º 43 189, de 23 de Setembro de 1960.

Art. 6.º O presente diploma entra em vigor 90 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Maio de 1993. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Jorge Braga de Macedo* — *Arlindo Gomes de Carvalho* — *José Albino da Silva Penada*.

Promulgado em 21 de Junho de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 23 de Junho de 1993.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES**Instruções gerais**

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

2 — As sequelas (disfunções, independentemente da causa ou lesão inicial) de que resultem incapacidades permanentes são designadas, na TNI, em números, subnúmeros e alíneas, agrupados em capítulos.

3 — A cada situação de 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, com 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 total.

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

- a) Sempre que se verifique perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com carácter permanente, os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados com uma multiplicação pelo factor 1,5, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais;
- b) A incapacidade será igualmente corrigida com a multiplicação pelo factor 1,5 quando a lesão implicar alteração visível do aspecto físico (como no caso das dismorfias ou equivalentes), se a estética for inerente ou indispensável ao desempenho do posto de trabalho e se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais (não acumulável com a alínea anterior);
- c) Quando a função for substituída, no todo ou em parte, por prótese, a incapacidade poderá ser reduzida, consoante o grau de recuperação da função e da capacidade de ganho do sinistrado, não podendo, porém, tal redução ser superior a 15%;
- d) No caso de lesões múltiplas, o coeficiente global de incapacidade será 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 do 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 da base VIII da Lei n.º 2127, de 3 de Agosto de 1965;
- f) As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas na Tabela são avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente.

6 — Quando a extensão e gravidade do défice funcional inclinar para o valor mínimo do intervalo de variação dos coeficientes, os peritos podem aumentar o valor da 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 da vítima 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 elaborada nos termos do modelo anexo, 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 global devem ser ponderadas as efectivas possibilidades de reabilitação profissional do sinistrado, face às suas aptidões e às capacidades restantes.

Para tanto, sempre que seja considerado adequado ou conveniente, pode o tribunal solicitar parecer às entidades competentes, designadamente ao Instituto do Emprego e Formação Profissional, sobre as efectivas possibilidades de reabilitação do sinistrado.

11 — Sempre que possível e 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 — As queixas subjectivas 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 presença de reflexos e outros exames adequados (por exemplo EMG).

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) Estudo 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 passado nosológico e estado actual;
- d) Exames complementares de diagnóstico necessários.

14 — Deve ser avaliada a correlação do défice funcional com o agente causal, nomeadamente em matéria de doenças profissionais, para efeitos do disposto no n.º 2 da base XXV da Lei n.º 2127, de 3 de Agosto de 1965.

CAPÍTULO I

Aparelho locomotor

Instruções específicas. — Sendo o esqueleto o suporte de outras estruturas, órgãos, sistemas ou tecidos, também é influenciado por estes, servindo de exemplo a hipomobilidade resultante de dismorfias, internas ou externas, com prejuízos funcionais ou estéticos para o homem, considerado como ser social ou como trabalhador. Por isso será de valorizar a função com eventual prejuízo da estrutura ou anatomia, salvo quando a perda estrutural se traduza em simultâneo pela perda funcional relevante. Sem dúvida que ocorre perda da função da mobilidade dos segmentos do esqueleto no caso das hipotonias ou degenerescências miopáticas e todavia os segmentos ósseos e superfícies articulares, pelo menos de início, não estão afectadas. Por isso é definido o primado da função em prejuízo da anatomia, salvo quando ambas coincidam.

Todavia, a incapacidade de segmento de um membro nunca poderá ser equiparável à perda total do membro.

As diversas incapacidades serão, sucessivamente, adicionadas de acordo com o princípio da capacidade restante.

Não deverá ser esquecido o estudo da potência muscular, universalmente classificada em seis grupos:

- 0 — Não há qualquer contracção muscular;
- 1 — Há contracção muscular mas não anula a acção da gravidade;
- 2 — Há contracção muscular que anula e 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 observador;
- 5 — Força muscular normal.

Como todos os aparelhos, este tem semiologia específica, que deverá ser aplicada nomeadamente ao estudo da função da mobilidade de todos os segmentos. Por isso no local onde ocorram peritagens devem existir, como mínimo: negatoscópio, fita métrica, goniómetro e catre de observações, para que o sinistrado seja observado de pé e em decúbito.

O bloqueio e o compromisso da mobilidade articular, em relação aos diversos movimentos, pode ser parcial ou total. Quando há apenas diminuição da mobilidade, mas com alguns movimentos activos ou passivos, estaremos perante uma situação de rigidez articular; quando os elementos de uma articulação estão fixados em determinada posição, sem movimentos activos ou passivos, estamos perante um caso de anquilose.

À incapacidade resultante das sequelas ósteo-articulares e ligamentosas, serão adicionadas, quando for caso disso, as incapacidades de índole neurológica, sempre de acordo com o princípio da capacidade restante.

As próteses externas, consoante o seu grau de aperfeiçoamento, levarão à diminuição da incapacidade prevista na Tabela até 15%, por melhorarem a função e a vida de relação do sinistrado.

Sinónimos

Articulações:

- 1.ª art. — MF = metacarpo-falângica;
- 2.ª art. — IFP = interfalângica proximal;
- 3.ª art. — IFD = interfalângica distal.

Dedos:

- 1.º dedo = polegar = DI;
- 2.º dedo = indicador = DII;
- 3.º dedo = médio = DIII;
- 4.º dedo = anular ou anelar = DIV;
- 5.º dedo = auricular = DV.

Falanges:

- 1.ª falange = falange = F1;
- 2.ª falange = falanginha = F2;
- 3.ª falange = falangeta = F3.

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) Com rigidez por espasmo muscular ou resultante de fixação cirúrgica 0,05-0,15
- c) Apenas com rauiqualgia residual (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 radiológica 0,05-0,10
- b) Deformação do eixo raquidiano, detectável no exame clínico e radiológico 0,11-0,20
- c) Idem, com colapso grave de um ou mais corpos vertebrais 0,25-0,40

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

1.1.4 — Fracturas apofisárias (espinhosas ou transversas):

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

1.1.5 — Luxações:

- a) Subluxação cervical (a desvalorizar conforme as sequelas, de acordo com o n.º 1.1.1);
- b) Luxação cervical 0,10-0,30
- c) Luxações dorsais ou lombares (a desvalorizar conforme as sequelas, de acordo com o n.º 1.1.1);
- d) Idem, com fracturas (a desvalorizar 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:

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 60º, sendo 30º para a flexão e 30º para a extensão:

- Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0º e 10º) na flexão ou na extensão 0,10-0,14
- Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre 11º e 20º) na flexão ou na extensão 0,14-0,16
- Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre 21º e 30º) 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 40º para cada lado:

- Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0º e 10º):
 - a) Imobilidade a 0º 0,10
 - b) Imobilidade entre 1º e 10º 0,11-0,13

- Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre 10º e 20º):
 - c) Imobilidade a 10º 0,13
 - d) Imobilidade entre 11º e 20º 0,14-0,15

- Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre 20º e 40º):
 - e) Imobilidade a 20º 0,15
 - f) Imobilidade entre 21º e 30º 0,16-0,17
 - g) Imobilidade entre 31º e 40º 0,18-0,20

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 60º, sendo 30º para cada lado:

- Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0º e 10º):
 - a) Imobilidade a 0º 0,10
 - b) Imobilidade entre 1º e 10º 0,11-0,14

- Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre 10º e 20º):
 - c) Imobilidade a 10º 0,14
 - d) Imobilidade entre 11º e 20º 0,15-0,16

- Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre 20º e 30º):
 - e) Imobilidade a 20º 0,16
 - f) Imobilidade entre 21º e 30º 0,17-0,20

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

1.2.2.1 — No plano sagital e na flexão (zona onde os movimentos são possíveis):

- a) Permite movimentos até 30º 0,00
- b) Só permite movimentos até 20º 0,03-0,05
- c) Só permite movimentos até 10º 0,05-0,10

1.2.2.2 — No plano sagital e na extensão (zona onde os movimentos são possíveis):

- a) Permite movimento até 30º 0,00
- b) Só permite movimento até 15º 0,03-0,05

1.2.2.3 — No plano frontal ou na inclinação lateral (zona onde os movimentos são possíveis):

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

1.2.2.4 — No plano transversal ou na rotação (esquerda ou direita) (zona onde os movimentos são possíveis):

- a) Permite movimentos até 30º 0,00
- b) Só permite movimentos até 20º 0,01-0,02
- c) Só permite movimentos até 10º 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 na flexão-extensão (a excursão máxima descreve, no seu conjunto, 120º, sendo a flexão máxima a 90º e a extensão máxima a 30º):

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

- a) Bloqueio na flexão ou na extensão a 0º 0,12-0,15
- b) Bloqueio na flexão entre 1º e 10º 0,16-0,18
- c) Bloqueio na extensão entre 1º e 10º 0,19-0,20

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

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

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

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

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

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

- a) Imobilidade a 0º 0,15
- b) Imobilidade entre 1º a 10º 0,16-0,23

Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 10° e 20°):

- c) Imobilidade a 10° 0,23
d) Imobilidade entre 11° e 20° 0,24-0,30

1.2.3.3 — No plano transversal ou na rotação esquerda ou direita (o conjunto da excursão para os dois lados é de 60°, sendo 30° para cada lado):

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

- a) Imobilidade a 0° 0,15
b) Imobilidade entre 1° e 10° 0,16-0,20

Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 10° e 20°):

- c) Imobilidade a 10° 0,20
d) Imobilidade entre 11° e 20° 0,21-0,25

Grau III — Grave (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 20° e 30°):

- e) Imobilidade a 20° 0,25
f) Imobilidade entre 21° e 30° 0,26-0,30

1.2.4 — Limitação (rigidez) dos movimentos da coluna dorso-lombar (não há fixação dos elementos constituintes, mas apenas bloqueio parcial do movimento dos seus elementos, ou seja, resistência à movimentação):

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

Grau I — Ligeira:

- a) Permite movimentos até 90° 0,00
b) Permite movimentos até 80° (resistência nos últimos 10°) 0,01

Grau II — Moderada:

- c) Permite movimentos até 70° (resistência nos últimos 20°) 0,02
d) Permite movimentos até 60° (resistência nos últimos 30°) 0,03
e) Permite movimentos até 50° (resistência nos últimos 40°) 0,04

Grau III — Grave:

- f) Permite movimentos até 40° (resistência nos últimos 50°) 0,05
g) Permite movimentos até 30° (resistência nos últimos 60°) 0,06
h) Permite movimentos até 20° (resistência nos últimos 70°) 0,07
i) Permite movimentos até 10° (resistência nos últimos 80°) 0,08
j) Quase ausência de movimento 0,12

1.2.4.2 — No plano sagital, na extensão:

Grau I — Ligeiro:

- a) Permite movimentos até 30° 0,00

Grau II — Moderado:

- b) Permite movimentos até 20° (resistência nos últimos graus) 0,01

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

- c) Permite movimentos até 10° (resistência nos últimos 20°) 0,02-0,08
d) Quase não permite movimentos 0,12

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

Grau I — Ligeiro:

- a) Permite movimentos entre os 0° e 20°, oferecendo resistência entre 20° e 30° 0,02-0,04

Grau II — Moderado (só permite movimentos entre 0° e 10°) (resistência nos últimos 20°):

- b) Só permite movimentos entre 0° e 10°... 0,04-0,08
c) Quase imóvel 0,10-0,12

1.2.4.4 — No plano transversal ou na rotação (normal = 30°):

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

- a) Movimentos até 30° (movimentos possíveis, mas com resistência) 0,00
b) A limitação dos movimentos situa-se entre 20° e 30° (boa mobilidade até 10°).... 0,00-0,02

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

- c) Até 20° a movimentação é possível, embora com resistência 0,02
d) A limitação dos movimentos situa-se entre 10° e 20° (sendo a mobilidade normal antes e depois) 0,03-0,04

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

- e) A resistência dos movimentos situa-se entre 2° e 10° (imóvel para além de 10°) 0,04-0,08
f) Quase imóvel 0,12

Nota. — A charneira lombo-sagrada está incluída no conjunto dorso-lombar.

2 — Tórax

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

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

Aos coeficientes de desvalorização referentes às sequelas das lesões da parede torácica serão adicionados os resultantes das eventuais sequelas respiratórias e cardiovasculares, em termos da capacidade restante.

As alterações que não sejam da caixa torácica serão estudadas e quantificadas no respectivo capítulo («Pneumologia» e «Angiocardiologia»).

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

- a) Rotura, desinserção ou hipotrofia do grande ou pequeno peitoral (acrescentar a incapacidade derivada da alteração da função respiratória, se for caso disso) 0,02-0,08
b) Rotura ou instabilidade dos músculos intercostais (acrescentar a incapacidade derivada da 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 (a graduar de acordo com as características e exigências do posto de trabalho) 0,03-0,10
c) Consolidada com alteração da função respiratória ou cardíaca [v. «Angiocardiologia» e «Pneumologia» para quantificação da incapacidade cardíaca ou pulmonar, que será adicionada em termos 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
b) Não consolidada, de uma ou mais costelas e francamente dolorosa (a graduar de acordo com as características e exigências do posto de trabalho) 0,02-0,10
c) Grave deformação ou instabilidade da parede torácica (para as sequelas da função respiratória, v. «Pneumologia», cujas incapacidades serão adicionadas de acordo com o princípio da capacidade restante) 0,05-0,15

Nota. — Independentemente do número de costelas, interessa a alteração funcional.

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

3 — Cintura escapular

3.1 — Partes moles:

	Activo	Passivo
a) Hipotrofia do músculo deltóide ...	0,00-0,12	0,00-0,10
b) Paralisia do músculo deltóide por lesão do nervo circunflexo (v. «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 deformidade	0,00	0,00
b) Consolidada com deformação notória, mas sem compressão nervosa ou vascular	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Idem, com prejuízo estético [à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), será adicionada a que resultar do prejuízo estético — v. «Dismorfias», n.º 1.4].		
d) Idem, com compressão vascular [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso vascular — v. n.º 2.1 de «Angiocardiologia», lesões vasculares].		
e) Idem, como compressão nervosa [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso neurológico — v. «Neurologia», n.º 6.1].		
f) Não consolidada e sem solução cirúrgica (pseudartrose)	0,04-0,08	0,03-0,06
g) Idem, quando o posto de trabalho exija esforços violentos com os membros superiores, poderá aplicar-se o factor de correcção 1,5 aos valores da alínea anterior.		

3.2.2 — Luxação da clavícula:

a) Interna (externoclavicular)	0,00-0,06	0,00-0,05
b) Externa (acromioclavicular)	0,00-0,06	0,00-0,04

Nota. — A desvalorização máxima deve ser atribuída só quando coexistir prejuízo estético e dificuldade na execução do posto de trabalho.

3.2.3 — Artrose traumática acrómio-clavicular (a graduar segundo a objectivação da dor, o défice funcional e a exigência do posto de trabalho)	Activo	Passivo
	0,03-0,07	0,02-0,05

3.2.4 — Ressecção da extremidade externa da clavícula	0,02-0,04	0,01-0,03
---	-----------	-----------

3.2.5 — Fracturas da omoplata. — A incapacidade será graduada de acordo com a limitação da mobilidade do ombro (v. n.º 3.2.7.3).

3.2.6 — Luxação recidivante do ombro (articulação escapulomer):

- a) A incapacidade será graduada de acordo com a frequência da ocorrência e o esforço do membro superior que a determina e o compromisso da mobilidade da articulação (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 desvalorizar de acordo com as sequelas).

3.2.7 — Mobilidade do ombro — anquilose e rigidez (v. figuras 1, 2, 3 e 4):

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). — Além dos movimentos da articulação escapulomer, participam nos movimentos do ombro as articulações escapulotorácica e acessoriamente a acromioclavicular e a esternoclavicular.

A amplitude dos movimentos mede-se a partir da posição anatómica de repouso do membro superior, pendendo ao longo do corpo (0°).

Os movimentos do braço, sendo muito variados e extensos, são fruto de 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 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 da articulação do ombro (cotovelo em extensão) são:

No plano sagital (figura 2):

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

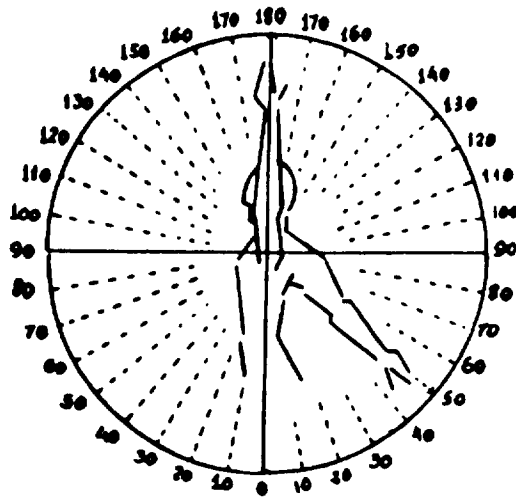


Fig. 2

No plano coronal (figuras 1 e 3):

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

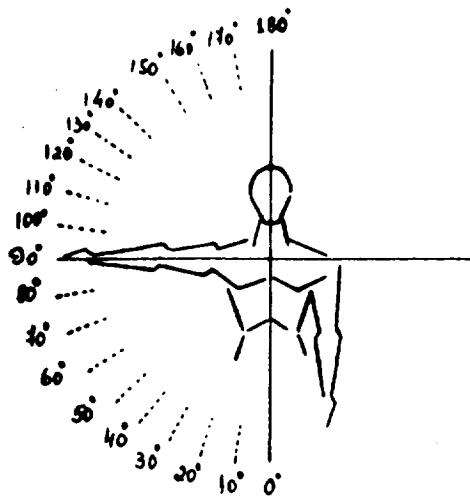


Fig. 1

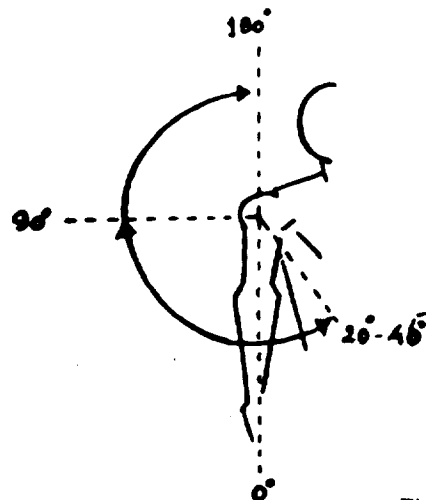


Fig. 3

No plano horizontal (figuras 3 e 4):

Flexão horizontal de 0° a 135°;
Extensão horizontal de 0° a 45°.

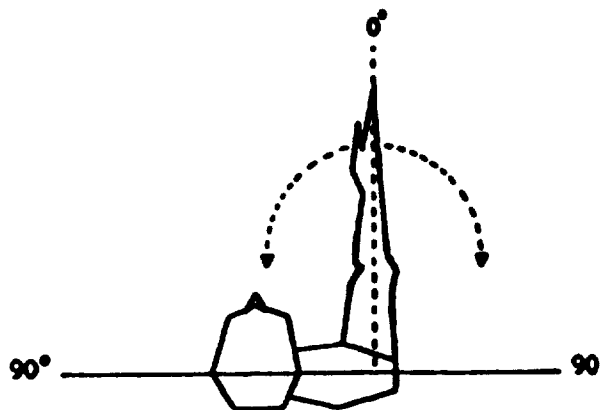


Fig. 4

Se a articulação contralateral for normal, deve servir de termo de comparação, como regra usual para todas as articulações.

A incapacidade será conforme a zona de variação da mobilidade do ombro (ângulo máximo de mobilidade ou extremos do ângulo de movimentação) com bloqueio total no resto da excursão.

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

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 da rotação interna e externa, impedindo levar a mão à nuca, ao ombro oposto e à região lombar	0,06-0,10	0,04-0,08

	Activo	Passivo
c) Grau III — A elevação do braço forma com o tronco um ângulo inferior a 90° e a flexão-extensão do cotovelo entre 60° a 100° (ângulo favorável)	0,11-0,15	0,09-0,12

3.3 — Perda de segmentos (amputações):

3.3.1 — Desarticulação interescapulotorácica	0,85	0,75
3.3.2 — Desarticulação escapulumeral	0,80	0,70
3.3.3 — Quando for bilateral		0,95
3.3.4 — Ressecção da cabeça do úmero sem endoprótese	0,60	0,50
3.3.5 — Idem, com prótese (desvalorizam-se as sequelas funcionais).		

4 — Braço

4.1 — Partes moles. — A graduar conforme exigências do posto de trabalho.

Quando o posto de trabalho for exigente na integridade da força das massas musculares, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.

4.1.1 — Hipotrofia das massas musculares superior a 2 cm (a graduar conforme os músculos interessados)

	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

4.1.2 — Rotura do músculo bicépete:

a) Sequelas ligeiras (pequena deformação durante a contração muscular)	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Rotura completa da longa porção, não reparada cirurgicamente	0,05-0,12	0,04-0,10
c) Rotura completa da inserção inferior, não reparada cirurgicamente	0,15-0,20	0,12-0,18

4.2 — Esqueleto:

4.2.1 — Fractura da diáfise umeral, consolidada em posição viciosa:

	Activo	Passivo
a) Sem evidente deformação ou défice funcional	0,00	0,00
b) Com deformação notória e défice funcional ligeiro	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Idem com encurtamento (a desvalorizar por 4.2.2).		

4.2.2 — Encurtamento do braço:

a) Até 2 cm (inclusive)	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 (sem solução cirúrgica):

	Activo	Passivo
a) Com diérese estreita e densa	0,20-0,30	0,15-0,20
b) Com diérese 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	0,75	0,65
b) Pelo terço médio ou inferior do úmero	0,70	0,60
c) Quando for bilateral		0,90
d) Prótese externa eficaz (v. «Instruções específicas» e gerais sobre próteses externas).		

5 — Cotovelo

Instruções específicas (v. a figura 5). — O cotovelo tem como principal movimento a flexão-extensão e participa também na pronação-supinação da mão, através dos movimentos de torção do antebraço. A limitação dos movimentos de pronação-supinação pode também estar ligada à limitação da mobilidade do antebraço e punho. Estas limitações são descritas nos capítulos do antebraço e punho (v. n.ºs 6 e 7).

A medição da amplitude dos movimentos do cotovelo faz-se a partir da posição anatómica de repouso já descrita para o braço, ou seja, membro superior pendente ao longo do corpo (0°) (figura 5). A amplitude de flexão vai desde 0° até 145° (flexão completa do antebraço sobre o braço).

As posições de maior valor funcional para o cotovelo são as compreendidas entre 60° e 100° (ângulo favorável) por ser a variação que permite melhor vida de relação.

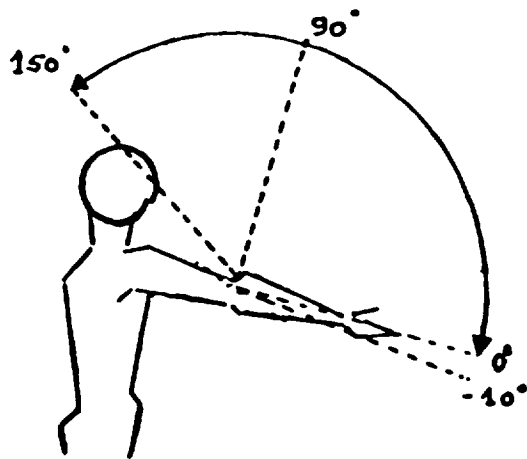


Fig. 5

5.1 — Partes moles:

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

5.1.2 — Epicondilite e epitrocíte:

	Activo	Passivo
A graduar de acordo com o défice funcional e a objectivação da dor	0,00-0,08	0,00-0,05

5.2 — Esqueleto (lesões ósseas e articulares):

5.2.1 — Deformação do cotovelo em varo ou valgo:

	Activo	Passivo
A graduar de acordo com a angulação formada entre antebraço e braço . .	0,00-0,04	0,00-0,03

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

	Activo	Passivo
a) Movimentos conservados entre 0º e 70º	0,20-0,25	0,15-0,20
b) Idem, entre 0º e 90º	0,15-0,20	0,12-0,15
c) Idem, entre 0º e 110º	0,05-0,10	0,03-0,08
d) Idem, entre 60º e 100º (ângulo favorável)	0,10-0,15	0,07-0,10
e) Idem, de 5º até à flexão completa (145º), ou seja, não faz a extensão nos últimos 5º	0,00	0,00
f) Idem, entre 5º e 45º até à flexão completa, isto é, a extensão tem o seu limite entre 45º e 5º	0,00-0,10	0,00-0,07
g) Idem, de 70º até à flexão completa, ou seja, não faz a extensão para além de 70º	0,10-0,15	0,07-0,10
h) Idem, de 90º até à flexão completa, ou seja, não faz a extensão para além dos 90º	0,20-0,25	0,15-0,20

5.2.3 — Imobilidade do cotovelo (anquilose umerocubital):

5.2.3.1 — Imobilidade da articulação umerocubital, conservando os movimentos de torção do antebraço:

	Activo	Passivo
a) Imobilidade entre 60º e 100º (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 — Imobilidade da articulação do cotovelo e limitação dos movimentos de torção do antebraço. A incapacidade prevista no n.º 5.2.3.1 adicionam-se as incapacidades referentes à pronação-supinação do antebraço (v. «Antebraço» e «Punho», n.ºs 6.2.1, 7.2.2.3 e 7.2.2.4).

5.2.4 — Pseudartrose não corrigível por endoprótese (a graduar conforme a extensão das perdas ósseas resultantes de traumatismo ou de intervenção cirúrgica)

	Activo	Passivo
	0,35-0,45	0,25-0,35

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

	Activo	Passivo
5.2.6 — Desarticulação do cotovelo	0,75	0,65
5.2.7 — Desarticulação bilateral do cotovelo		0,85
5.2.8 — Prótese total (endoprótese) do cotovelo:		

- a) Eficaz do ponto de vista funcional 0,15-0,25 0,10-0,20
- b) Pouco eficaz funcionalmente (adicionar ao anterior o grau de mobilidade conforme o n.º 5.2.2).
- c) Rejeição de endopróteses (equivalente a pseudartrose) (v. n.º 5.2.4).

6 — Antebraço

6.1 — Partes moles:

6.1.1 — Hipotrofia dos músculos do antebraço (superior a 2 cm)

	Activo	Passivo
	0,02-0,15	0,00-0,12

6.1.2 — Retracção isquémica dos músculos do antebraço (Volkmann) (a incapacidade será a que resultar da limitação dos movimentos 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 será 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 torção do antebraço (pronação e supinação — v. n.ºs 7.2.2.3 e 7.2.2.4).

6.2.3 — Imobilidade do antebraço (perda dos movimentos de rotação do antebraço, 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 (sem correcção cirúrgica):

	Activo	Passivo
a) Com diérese estreita e densa	0,08-0,10	0,06-0,08
b) Com diérese larga e laxa	0,11-0,25	0,08-0,20

6.2.5 — Pseudartrose do cúbito (sem correcção cirúrgica):

	Activo	Passivo
a) Com diérese estreita e densa	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Com diérese larga e laxa	0,06-0,20	0,05-0,15

6.2.6 — Pseudartrose de dois ossos (sem correcção cirúrgica):

	Activo	Passivo
a) Com diérese estreita e densa	0,15-0,20	0,10-0,15
b) Com diérese larga e laxa	0,21-0,40	0,16-0,30

6.2.7 — Ressecção da cabeça do rádio:

	Activo	Passivo
a) Com mobilidade normal do cotovelo	0,00-0,05	0,00-0,04
b) Com limitação dos movimentos de flexão-extensão do antebraço ou dos movimentos de torção do antebraço (graduar a incapacidade de acordo com o n.º 5.2.2) e mobilidade do punho (v. n.ºs 7.2.2.1 e 7.2.2.2).		

6.2.8 — Ressecção da extremidade inferior do cúbito (Darrach) 0,04-0,06 0,03-0,05

6.2.9 — Encurtamento do antebraço:

	Activo	Passivo
a) Menos de 1 cm	0,00	0,00
b) De 1 a 3 cm	0,02-0,06	0,01-0,04
c) Superior a 3 cm	0,07-0,12	0,05-0,10

6.2.10 — Perda de segmentos (amputações):

	Activo	Passivo
a) No terço superior	0,70	0,60
b) Abaixo do terço superior	0,65	0,55

6.2.11 — Prótese:

- a) Cosmética (a desvalorizar pelo n.º 6.2.10);
- b) Eficaz do ponto de vista funcional (a graduar de acordo com a operacionalidade da prótese — v. «Instruções específicas» e gerais).

7 — Punho (figuras 6, 7 e 8)

Instruções específicas. — A medição da amplitude dos movimentos de flexão e extensão do punho faz-se a partir da posição anatómica de repouso (posição neutra) de 0°. A extensão vai em média até aos 70° e a flexão até 80°.

A medição da amplitude dos movimentos de pronação e supinação faz-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 de cada um destes movimentos é de 80° a 90°.

Os movimentos de pronação e de supinação fazem-se à custa das articulações radiocubital superior e radiocubital inferior.

7.1 — Partes moles:

7.1.1 — Cicatrizes viciosas. — Se causarem incapacidade, estas serão graduadas de acordo com o grau de mobilidade articular (n.º 7.2.2). Se a cicatriz for disforme e prejudicar a estética e esta for imprescindível ao desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5 (v. «Dismorfias»).

7.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

7.2.1 — Fractura ou 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 (figura 7):

7.2.2.1 — Extensão (dorsiflexão):

	Activo	Passivo
a) Movimento entre 35° e 70°	0,01-0,03	0,01-0,02
b) Movimento a menos de 35°	0,03-0,06	0,02-0,04

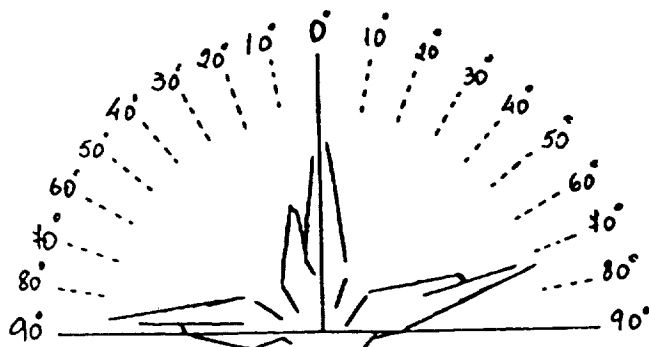


Fig. 7

Flexão palmar e flexão dorsal

7.2.2.2 — Flexão (flexão palmar):

	Activo	Passivo
a) Movimento entre 45° e 90°	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Movimento a menos de 45°	0,02-0,04	0,01-0,03

7.2.2.3 — Pronação (figura 6):

a) Movimento entre 45° e 90°	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Movimento a menos de 45°	0,04-0,08	0,03-0,06

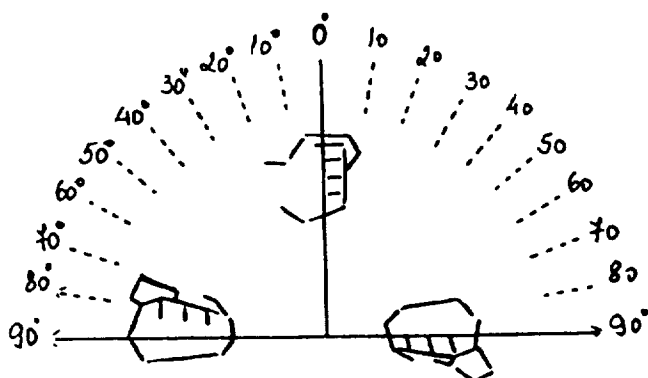


Fig. 6

Pronação-supinação

7.2.2.4 — Supinação (figura 6):

	Activo	Passivo
a) Movimento entre 45° e 90°	0,00-0,03	0,00-0,02
b) Movimento a menos de 45°	0,03-0,05	0,02-0,03

7.2.2.5 — Limitação axial dos movimentos do punho (figura 8):

	Activo	Passivo
a) Desvio radial de 0° a 10°	0,03-0,06	0,02-0,04
b) Desvio radial de 11° a 20°	0,01-0,03	0,01-0,02
c) Desvio cubital de 0° a 20°	0,03-0,06	0,02-0,04
d) Desvio cubital de 21° a 45°	0,01-0,03	0,01-0,02

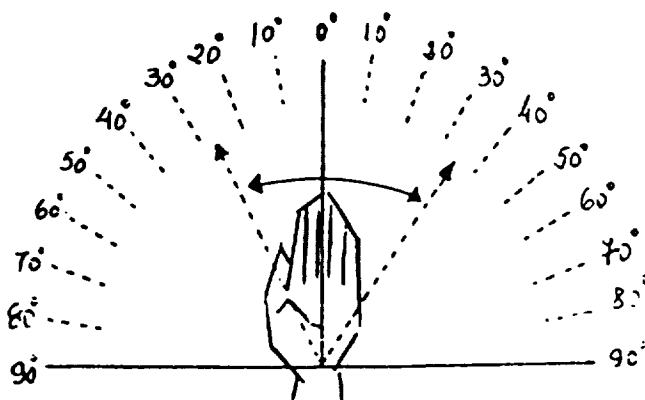


Fig. 8

Desvio interno e externo

7.2.2.6 — Hipomobilidade por artrose com impotência funcional (v. n.ºs 7.2.2.1 e seguintes).

Quando a dor for objectivável, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.

7.2.3 — Imobilidade do punho (anquilose):

7.2.3.1 — Imobilidade radiocárpica com pronação e supinação livres:

	Activo	Passivo
a) Em flexão	0,20-0,35	0,15-0,30
b) Em extensão ou posição intermédia	0,12-0,15	0,09-0,12

7.2.3.2 — Imobilidade radiocárpica, com limitação da pronação e supinação. Às incapacidades previstas 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:

	Activo	Passivo
a) Do semilunar (ainda que substituído por prótese)	0,10-0,15	0,08-0,10
b) Do escafoide (parcial ou total)	0,12-0,16	0,10-0,14
c) Da primeira fiada dos ossos do carpo	0,35-0,40	0,30-0,35

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

7.2.3.5 — Desarticulação da mão pelo punho

	Activo	Passivo
.....	0,60	0,50

7.2.3.6 — Quando bilateral

.....	0,85	
-------	------	--

7.3 — Sequelas neurológicas do punho (v. «Neurologia», n.ºs 6.17, 6.18 e 6.19).

8 — Mão

Instruções específicas. — A adição de incapacidade, quando for caso disso, terá lugar segundo o princípio da capacidade restante, salvo os casos adiante expressamente regulados.

8.1 — Partes moles:

8.1.1 — Cicatrizes viciosas. — A incapacidade é graduada em função da deformação e do grau de mobilidade dos dedos atingidos (v. «Dismorfias» e «Mobilidade dos dedos», n.º 8.4.)

8.1.2 — Retracção cicatricial do primeiro espaço intermetacárpico (abdução do polegar limitada) (figura 9):

	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

	Activo	Passivo
8.1.3 — Hipotrofia dos músculos da mão	0,05-0,10	0,04-0,08
8.1.4 — Retracção isquémica de Volkmann:		
a) Até 50% da perda funcional da mão	0,10-0,30	0,05-0,25
b) Mais de 50%	0,31-0,60	0,26-0,50

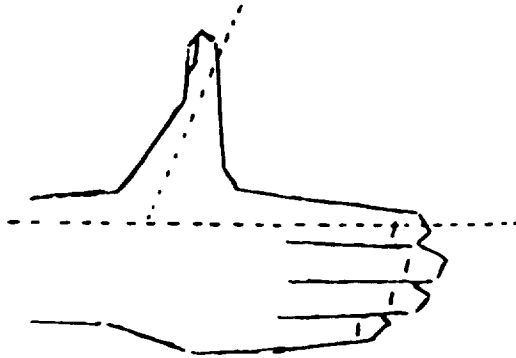


Fig. 9
Abdução do polegar

8.1.5 — Secção de tendões (as incapacidades expressas já incluem a impotência funcional devida à dor, à deformação 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)	0,13-0,17	0,10-0,14

8.1.5.2 — Secção dos tendões flexores superficial e profundo (extensão permanente de 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 (falange em extensão com deficiência dinâmica no enrolamento 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 (só quando for essencial ao desempenho do posto de trabalho)	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 a «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 (apenas a considerar quando a integridade da função for necessária ao desempenho do posto de trabalho)	0,00-0,02	0,00-0,01

8.1.5.6 — Secção do tendão extensor no sector terminal (falange 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 (apenas a considerar quando for essencial ao desempenho do posto de trabalho)	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 coureiro»)..... 0,05-0,07 0,04-0,06

8.2 — Esqueleto. — As incapacidades expressas já contemplam a dor, a impotência funcional, a deformação e a hipomotilidade.

8.2.1 — Fracturas da base do 1.º metacárpio (Bennett e Rolando):

	Activo	Passivo
a) Bem reduzida, assintomática	0,00	0,00
b) Viciosamente consolidada (a graduar de acordo com o grau de impotência funcional e os requisitos do posto de trabalho)	0,05-0,15	0,03-0,12

8.2.2 — Fractura da diáfise do 1.º metacárpico:

	Activo	Passivo
a) Consolidada sem desvio ou com desvio insignificante	0,00	0,00
b) Consolidada em posição viciosa	0,04-0,10	0,03-0,08

8.2.3 — A fractura consolidada em posição viciosa do 2.º, 3.º, 4.º ou 5.º metacárpico (só determina incapacidade quando originar saliência dorsal notória, 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. — As incapacidades adiante expressas já incluem as alterações da mobilidade, a deformação axial notória e a pseudartrose (a pseudartrose do tufo distal das falangetas, por não se traduzir em diminuição da função para o trabalho, não origina incapacidade, salvo se associada a outra sequelas):

	Activo	Passivo
a) Pseudartrose laxa 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 incapacidade será atribuída por analogia com a limitação da mobilidade dos referidos dedos, tendo em conta a exigência funcional do posto de trabalho — v. n.º 8.4).		

8.2.5 — Luxação inveterada da base dos metacárpico (só haverá incapacidade quando ocorrer saliência notória ou quando interferir com a função da mão por limitação da mobilidade dos dedos)..... 0,05-0,12 0,04-0,10

8.3 — Imobilidade (anquilose) (figuras 9 a 17):

Instruções específicas. — No polegar a posição ideal da anquilose é de 25º de flexão para a metacarpofalângica (1.ª articulação) e de 20º para a interfalângica (2.ª articulação).

Nos restantes dedos a posição ideal da anquilose é de 20º a 30º para a metacarpofalângica (1.ª articulação), de 40º a 50º para a interfalângica proximal (2.ª articulação) e de 15º a 20º para a interfalângica distal ou 3.ª articulação.

A incapacidade a atribuir será tanto mais elevada quanto for o desvio relativamente aos valores considerados ideais.

Neste caso, as incapacidades parciais adicionam-se aritmeticamente, e não segundo o princípio da capacidade restante.

As figuras 9 a 17 representam os limites da excursão das articulações atrás referidas.

Flexões das articulações dos dedos

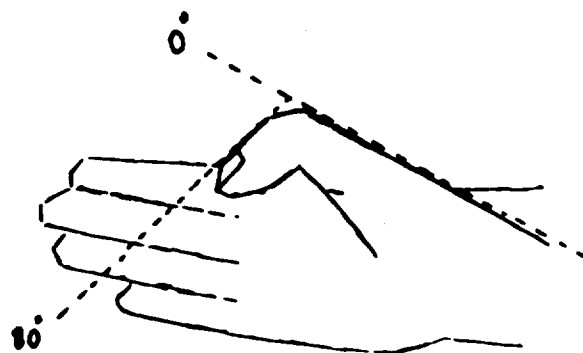


Fig. 10

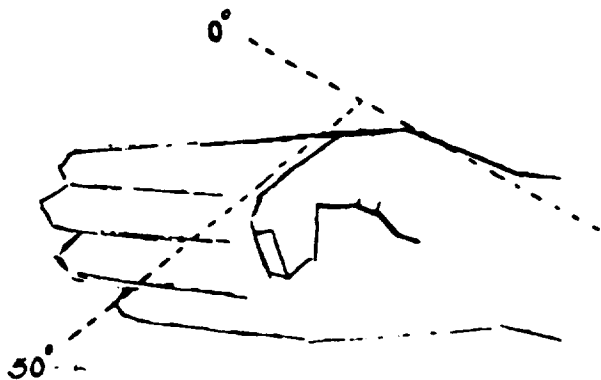


Fig. 11

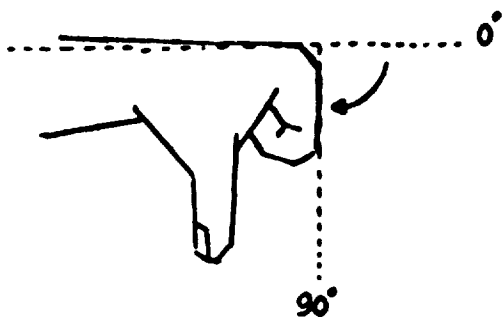


Fig. 12

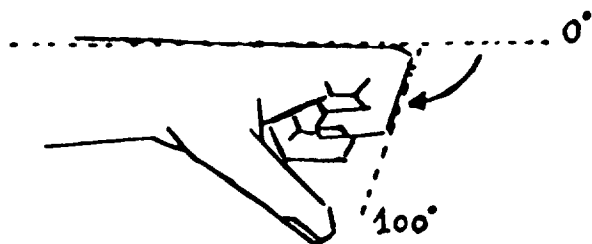


Fig. 13

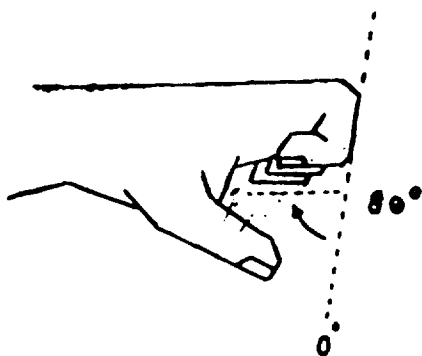


Fig. 14

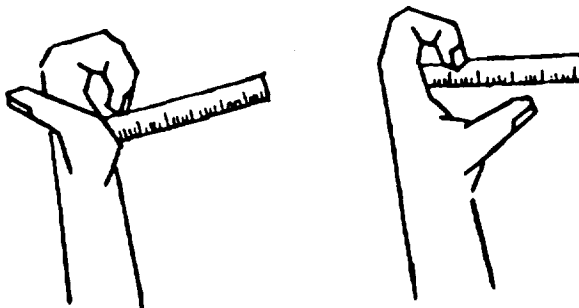


Fig. 15

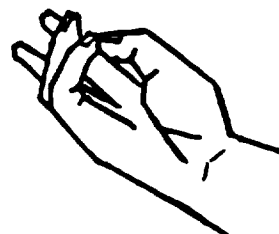


Fig. 16



Fig. 17

8.3.1 — Imobilidade (anquilose) no polegar:

	Activo	Passivo
a) Na articulação trapezo-metacárpica	0,06-0,12	0,04-0,10
b) Na 1.ª articulação (MF)	0,06-0,08	0,04-0,07
c) Na 2.ª articulação (IF)	0,04-0,06	0,03-0,07
d) Na 1.ª e 2.ª articulação (em boa posição)	0,13-0,16	0,10-0,13
e) Idem, em má posição	0,15-0,18	0,12-0,13

8.3.2 — Imobilidade (anquilose) no indicador:

a) Na 1.ª articulação (MF)	0,05-0,08	0,04-0,07
b) Na 2.ª articulação (IFP)	0,05-0,08	0,04-0,07
c) Na 3.ª articulação (IFD)	0,01-0,03	0,00-0,02

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

8.3.3 — Imobilidade (anquilose) no médio:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação	0,04-0,07	0,03-0,06
b) Na 2.ª articulação	0,04-0,07	0,03-0,06
c) Na 3.ª articulação	0,01-0,02	0,00-0,01

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

8.3.4 — Imobilidade (anquilose) no anelar:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação	0,03-0,06	0,02-0,05
b) Na 2.ª articulação	0,03-0,06	0,03-0,06
c) Na 3.ª articulação (a atribuir quando for essencial ao desempenho do posto de trabalho)	0,00-0,02	0,00-0,01

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

8.3.5 — Imobilidade (anquilose) no auricular:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação	0,02-0,05	0,01-0,04
b) Na 2.ª articulação	0,02-0,05	0,01-0,04

	Activo	Passivo
c) Na 3.ª articulação (a atribuir quando for essencial ao desempenho do posto de trabalho).....	0,01	0,01

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

8.3.6 — Imobilidade (anquilose) de todos os dedos:

	Activo	Passivo
a) Em extensão (equivalente funcional à perda da mão)	0,60	0,50
b) Em flexão.....	0,55	0,45

8.4 — Limitação da mobilidade (rigidez) dos dedos (figuras 9 a 17):
Instruções específicas. — Havendo variações individuais, o melhor padrão é a mão contralateral. Se esta não for normal, são tomados como referência para avaliar a mobilidade os seguintes parâmetros:

A amplitude de movimentos no polegar, medida a partir da posição neutra (extensão completa), que é de 50º para a articulação metacarpofalângica (1.ª) e de 80º para a articulação interfalângica (2.ª);

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

- 90º de flexão na 1.ª articulação;
- 100º na 2.ª articulação;
- 80º de flexão na 3.ª articulação;

As incapacidades serão quantificadas de acordo com os ângulos de flexão das diversas articulações, tendo em atenção os valores padrão da mobilidade atrás referidas, sendo o mínimo até 50% do limite da amplitude e o máximo para além de 50% da amplitude dos movimentos;

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

8.4.1 — Limitação da mobilidade (rigidez) do polegar:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação (MF).....	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Na 2.ª articulação (IF).....	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Nas duas articulações	0,07-0,12	0,05-0,10

8.4.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) do indicador:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação (MF).....	0,03-0,05	0,02-0,04
b) Na 2.ª articulação (IFP).....	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Na 3.ª articulação (IFD).....	0,00-0,01	0,00-0,00
d) Na 1.ª e 2.ª ou nas três articulações	0,06-0,12	0,04-0,09

8.4.3 — Limitação da mobilidade (rigidez) do médio ou do anelar:

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação	0,01-0,03	0,00-0,02
b) Na 2.ª articulação	0,01-0,03	0,00-0,02
c) Na 3.ª articulação	0,00	0,00
d) Na 1.ª e na 2.ª ou nas três articulações	0,03-0,06	0,02-0,04

8.4.4 — Limitação da mobilidade (rigidez) no mínimo (a atribuir quando for essencial ao desempenho do posto de trabalho):

	Activo	Passivo
a) Na 1.ª articulação	0,01-0,02	0,00-0,01
b) Na 2.ª articulação	0,01-0,02	0,00-0,01
c) Na 3.ª articulação	0,00	0,00
d) Na 1.ª e 2.ª 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 valorizada quando a sensibilidade táctil for indispensável ao desempenho do posto de trabalho, como, por exemplo: a cirurgia, os trabalhos de precisão, a avaliação do fino relevo de superfícies, etc.

Por isso a perda total da sensibilidade, sobretudo nos dedos polegar, indicador e médio, decorrentes de lesão nervosa ou de destruição tegumentar, deve ser considerada requisito essencial. Nestes casos, para efeitos de incapacidade, deve considerar-se como equivalente à perda funcional do respectivo segmento (falange).

Para efeitos de incapacidade, o coto mal almofadado será considerado como uma cicatriz dolorosa, quando se tratar de um coto hipersensível à pressão.

Nos restantes dedos as perdas parciais das falangetas (polpa), desde que não sejam essenciais ao desempenho do posto de trabalho, não determinam atribuição de incapacidade. Só quando as perdas polpaes forem factor estético ou cosmético relevante e limitativo para o desempenho do posto de trabalho (por exemplo, relações humanas ou equiparáveis) é de atribuir-se incapacidade.

Estas perdas são avaliadas como cicatrizes (v. «Dismorfias», n.º 1.4.7).

8.5.1 — Perdas do polegar (1.º dedo):

	Activo	Passivo
a) Perda do terço distal da falangeta (3.ª falange), com coto bem almofadado (só dando origem a incapacidade se for essencial para o desempenho do posto de trabalho).....	0,04-0,05	0,03-0,04
b) Perda de mais de um terço da falangeta (3.ª falange) (só dando origem a incapacidade se for essencial ao desempenho do posto de trabalho)...	0,08-0,14	0,07-0,12
c) Perda total da falangeta com coto bem almofadado (3.ª falange).....	0,10-0,16	0,08-0,14
d) Perda das duas falanges	0,25-0,27	0,21-0,23
e) Idem mais o metacárpico	0,27-0,32	0,23-0,28

Se o coto for francamente doloroso e dificultar o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será agravada de

0,05	0,04
------	------

8.5.2 — Perdas no indicador (2.º dedo):

a) Perda da falangeta até 50% com coto bem almofadado (só dá origem a incapacidade se for essencial ao desempenho do posto de trabalho).....	0,03-0,04	0,02-0,03
b) Perda de mais de 50% da falangeta	0,05-0,07	0,04-0,06
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 e dificultar o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será agravada de

0,05	0,04
------	------

8.5.3 — Perdas no médio (3.º dedo):

a) Perda da falangeta até 50% com coto bem almofadado (só dá origem a incapacidade se for essencial ao desempenho do posto de trabalho).....	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Perda de mais de 50% da falangeta	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	0,11-0,13	0,08-0,10

Se o coto for francamente doloroso e dificultar o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será agravada de

0,03	0,02
------	------

8.5.4 — Perdas no anelar (4.º dedo):

a) Perda parcial da falangeta até 50% com coto bem almofadado (só é de atribuir incapacidade se for indispensável para o desempenho do posto de trabalho).....	0,00-0,01	0,00
b) Perda de mais de 50% da falangeta	0,03-0,04	0,02-0,03
c) Perda das últimas falanges.....	0,06-0,08	0,04-0,06
d) Perda das três falanges	0,10-0,12	0,04-0,06

Se o coto for francamente doloroso e dificultar o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será agravada de

0,03	0,02
------	------

8.5.5 — Perdas no auricular (5.º dedo):

a) Perda da falangeta até 50% com coto bem almofadado (só é de atribuir se for indispensável para o desempenho do posto de trabalho).....	0,00	0,00
b) Perda de mais de 50% da falange	0,02-0,03	0,01-0,02
c) Perda das duas últimas falanges...	0,06-0,07	0,04-0,05
d) Perda das três falanges com ou sem perda da cabeça do metacárpico...	0,08-0,10	0,05-0,07

Se o coto for francamente doloroso e impedir o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será agravada de

0,03	0,02
------	------

8.5.6 — Perda dos quatro últimos dedos com ou sem metacarpícos:

	Activo	Passivo
a) Com polegar móvel	0,50	0,45
b) Com polegar imóvel (v. n.º 7.2.3.5)	0,60	0,50

Quando a amputação atingir as duas mãos em simultâneo, a incapacidade é corrigida pelo factor 1,5, aplicado ao coeficiente do lado activo).

8.5.7 — Perda dos cinco dedos, com ou sem metacarpícos (equivalente à perda total da função da mão)

	0,60	0,50
--	------	------

9 — Bacia

9.1 — Partes moles:

9.1.1 — Cicatrizes. — Quando a estética for requisito essencial para o desempenho do posto de trabalho (v. «Dismorfias»).

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

9.2 — Esqueleto-cintura pélvica:

9.2.1 — Sacro:

a) Disjunção da articulação sacro-iliaca	0,10-0,25
b) Lesões nervosas radiculares (v. «Neurologia», n.º 6.2).	

9.2.2 — Cóccix. — As fracturas ou luxações deste osso podem originar sequelas dolorosas que tendem a melhorar com o decorrer do tempo (coccicodínea):

a) Fracturas ou luxações assintomáticas só reveladas por exame radiológico	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, fractura parcelar da asa do ilíaco, fractura 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 Maligne, etc.), segundo a objectivação das dores, o prejuízo da marcha e o grau de dificuldade no transporte de graves	0,10-0,25
c) Quando qualquer das características da fractura anterior interferir gravemente com o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.	
d) Na fractura acetabular com ou sem luxação central, a incapacidade será fixada de acordo com o défice funcional da articulação coxofemural (v. «Anca», n.ºs 10.2.2 e 10.2.3).	

9.2.4 — Diástase da sínfise púbica (no exame radiológico):

a) Ligeira, assintomática (igual ou inferior a 2 cm)	0,00
b) Acentuada (superior a 2 cm), com dores que prejudiquem a marcha	0,05-0,20

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) (figuras 18 a 23):

Instruções específicas. — O estudo do movimento da articulação da anca faz-se com o examinando em decúbito dorsal e ventral, devendo dedicar-se particular atenção à posição da cintura pélvica porque os resultados obtidos poderão ser falseados se uma posição viciosa ou mobilização da pélvis passar despercebida durante o exame. Em decúbito dorsal medem-se as amplitudes da flexão, da adução, da abdução e das rotações; em decúbito ventral mede-se a extensão (ou retropulção).

Estudo da flexão (figuras 18 e 19). — 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 100º/110º, conforme os indivíduos (massas musculares ou adiposas).

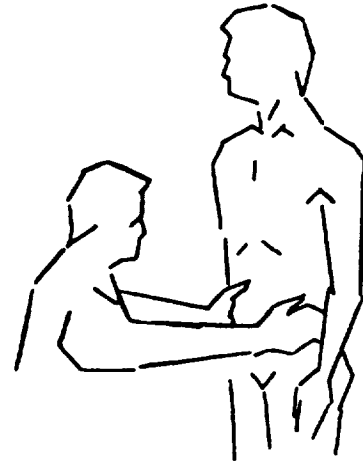


Fig. 18

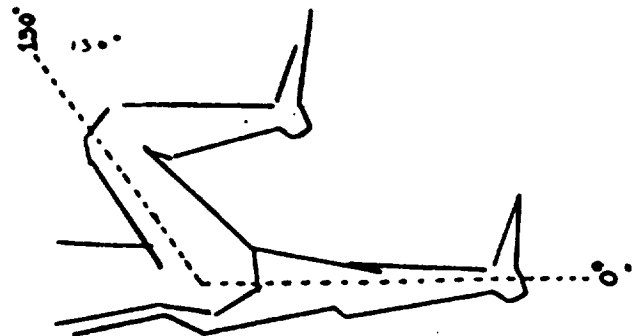


Fig. 19

Anca — flexão

Estudo da extensão (figura 20). — 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.

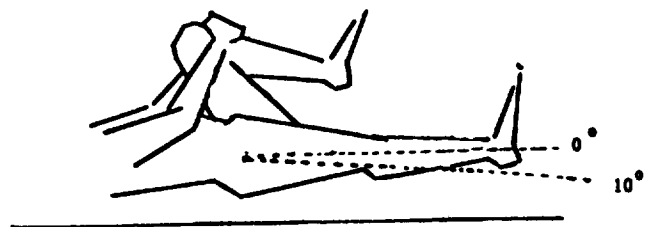


Fig. 20

Anca — extensão

Estudos das rotações (figuras 22 e 23). — 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 45° para um e outro lado da posição neutra.

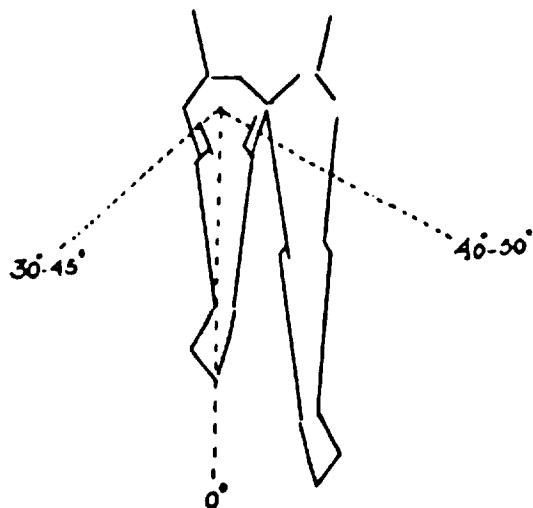


Fig. 22

Anca — rotação externa e interna em decúbito dorsal

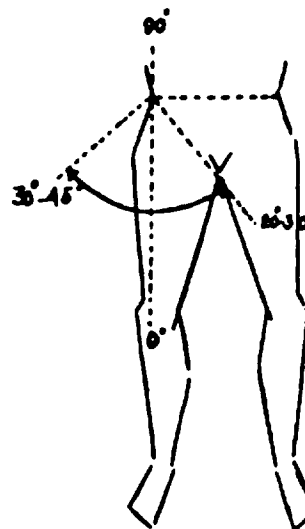


Fig. 21

Anca — adução-abdução

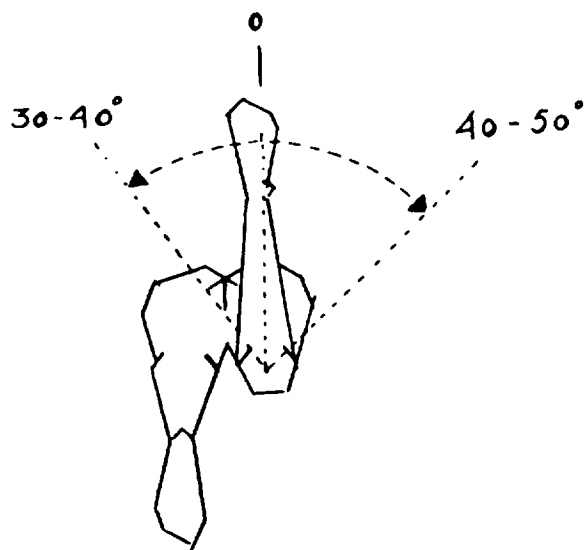


Fig. 23

Anca — rotação em decúbito ventral

Estudo da adução e abdução (figura 21). — 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 0°, a abdução vai, em média, até 45° e a adução até 30° (para estudo desta o examinador deve elevar alguns graus a extremidade oposta para que não haja obstáculo ao movimento).

10.2.1 — Imobilidade da coxofemoral. — Anquilose (ângulo em que se fixam os elementos constituintes da articulação):

10.2.1.1 — Na flexão-extensão:

a) Imobilidade entre 10° e 20° de extensão	0,09-0,12
b) Imobilidade entre 0° e 10° de extensão	0,06-0,09
c) Imobilidade entre 0° e 10° de flexão	0,03-0,06
d) Imobilidade entre 10° e 20° de flexão	0,00-0,03
e) Imobilidade entre 20° e 30° de flexão	0,00
f) Imobilidade entre 30° e 40° de flexão	0,00-0,03
g) Imobilidade entre 40° e 60° de flexão	0,03-0,09
h) Imobilidade entre 60° e 90° de flexão	0,09-0,20

10.2.1.2 — Na adução-abdução:

a) Imobilidade entre 0° e 10° de adução	0,00-0,03
b) Imobilidade entre 10° e 20° de adução	0,03-0,06
c) Imobilidade entre 0° e 10° de abdução	0,00-0,03
d) Imobilidade entre 10° e 20° de abdução	0,03-0,06
e) Imobilidade entre 20° e 30° de abdução	0,06-0,08
f) Imobilidade entre 30° e 40° de abdução	0,09-0,15

10.2.1.3 — Nas rotações:

a) Imobilidade entre 0° e 15° de rotação externa	0,00
b) Imobilidade entre 15° e 25° de rotação externa	0,00-0,03
c) Imobilidade entre 25° e 35° de rotação externa	0,03-0,08
d) Imobilidade entre 35° e 45° de rotação externa	0,08-0,13
e) Imobilidade entre 0° e 10° de rotação interna	0,00-0,03
f) Imobilidade entre 10° e 20° de rotação interna	0,03-0,08
g) Imobilidade entre 20° e 30° de rotação interna	0,08-0,15

Nota. — Os movimentos da adução-abdução 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 da mobilidade da coxofemoral. — Rigidez (amplitude da mobilização em relação à posição neutra; limite do movimento possível):

10.2.2.1 — Na flexão (amplitude da mobilização):

a) Mobilização entre 0° e 10°	0,06-0,10
b) Mobilização entre 0° e 20°	0,00-0,03
c) Mobilização entre 0° e 40°	0,00-0,02
d) Mobilização entre 0° e 60°	0,00-0,01
e) Mobilização entre 0° e 90°	0,00-0,01
f) Mobilização entre 0° e 100°	0,00-0,00

10.2.2.2 — Na extensão (amplitude da mobilização):

a) Mobilização de 0° a 10°	0,04-0,05
b) Mobilização de 0° a 20°	0,02-0,04
c) Mobilização de 0° a 30°	0,00-0,02

10.2.2.3 — Na abdução-adução (amplitude da mobilização):

a) Na adução, mobilização de 0° a 10°	0,06-0,08
b) Na adução, mobilização de 0° a 20°	0,00-0,04
c) Na abdução, mobilidade de 0° a 10°	0,08-0,16
d) Na abdução, mobilidade de 0° a 20°	0,00-0,04
e) Na abdução, mobilidade de 0° a 40°	0,00-0,00

10.2.3 — Pseudartrose do colo do fémur

0,70

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)	0,70
b) Com endoprótese (total ou cefaloacetabular, de Moore, de Thompson ou outras); quando a endoprótese tiver êxito e o resultado funcional for bom, a incapacidade será graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade será fixada em valores intermédios; quando ocorrerem os défices anteriores e estiver comprometido o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade a atribuir tenderá para o coeficiente máximo	0,30-0,70
c) Amputação interílioabdominal	0,95
d) Desarticulação da anca	0,90

11 — Coxa

11.1 — Partes moles:

11.1.1 — Hipotrofia dos músculos da coxa. — Esta hipotrofia deve ser avaliada comparando o perímetro da coxa lesada e da coxa sã, medidos 15 cm acima da base da rótula:

a) Diferença até 2 cm	0,00
b) Diferença superior a 2 cm (o índice máximo será de atribuir só quando ocorrer incapacidade total para o desempenho do posto de trabalho)	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. n.ºs 10.2.2, 10.2.3 e 11.2.3).	
b) Consolidação de fractura da diáfise do fémur, em posição viciosa (a incapacidade será atribuída de acordo com a angulação ou rotação, além das atribuíveis ao encurtamento e limitação da mobilidade articular)	0,10-0,30
c) Idem, com encurtamento e limitação da mobilidade articular (adicionar, conforme os casos, o respectivo coeficiente dos n.ºs 10.2.2 e 11.2.3); nalguns casos a limitação da mobilidade articular, que por vezes acompanha as fracturas 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 não corrigida cirurgicamente

0,55-0,60

11.2.3 — Encurtamento do membro inferior:

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

A medição do encurtamento será feita no exame radiográfico extralongo, na posição de pé.

O limite máximo só será de atribuir quando o encurtamento for de molde a impedir a execução do posto de trabalho.

11.2.4 — Perda de segmentos (amputação):

a) Amputação subtrocantérica	0,80
b) Amputação subtrocantérica bilateral	0,95
c) Amputação pelo terço médio ou inferior	0,70
d) Amputação pelo terço médio ou inferior, bilateral	0,85

Quando a amputação for corrigida por prótese eficaz, as incapacidades serão reduzidas de acordo com as «Instruções específicas» e gerais.

12 — Joelho

12.1 — Partes moles:

12.1.1 — Cicatrizes do cavado poplíteo:

- 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. «Dismorfias», n.ºs 1.4.7 e 1.5).

12.1.2 — Sequelas de lesões ligamentares ou capsulares (instabilidade articular no sentido anteroposterior, transversal ou rotatória)

0,05-0,30

Quando for bilateral ou impedir o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.

12.1.3 — Sequelas de meniscectomia (parcial ou total):

- a) Sem sinais ou sintomas articulares
 0,00 || b) Com sequelas moderadas (dor e hipotrofia muscular superior a 2 cm) | 0,04-0,10 |
| c) Com sequelas importantes: hipotrofia superior a 4 cm, dor marcada e instabilidade articular (a incapacidade será atribuída pelo coeficiente máximo quando dificultar a marcha e o desempenho do posto de trabalho) | 0,10-0,15 |

12.1.4 — Hidartrose crónica ou de repetição pós-traumática:

- a) Ligeira, sem hipotrofia muscular
 0,03-0,08 || b) Recidivante, associada hipotrofia muscular superior a 2 cm | 0,08-0,20 |

12.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

12.2.1 — Fracturas da rótula:

- a) Assintomática
 0,00 || b) Com sequelas (artralgias que dificultam a marcha, sem limitação dos movimentos) | 0,03-0,10 |
| c) Idem, com limitação dos movimentos (adicionar-se à incapacidade da alínea anterior o coeficiente da limitação da mobilidade articular, conforme n.º 12.2.4). | |

12.2.2 — Patelectomia total ou parcial:

- a) Sem limitação da mobilidade articular (a incapacidade será atribuída de acordo com o grau de insuficiência do quadríceps — v. n.º 11.1.1) ...
 0,05-0,10 || b) Com limitação da mobilidade articular (a incapacidade será a soma da alínea anterior, com o coeficiente do n.º 12.2.4). | |

12.2.3 — Imobilidade articular (anquilose). — A mobilidade do joelho mede-se a partir da posição anatómica de repouso (perna no prolongamento da coxa), ou seja, o movimento faz-se de 0° a 135°, podendo ir até 145° na flexão passiva. Pode haver uma hiperextensão até 10° (figura 24).

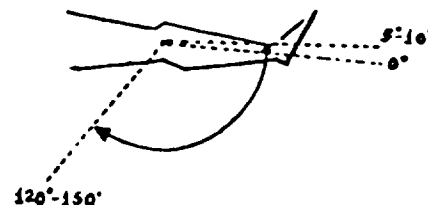


Fig. 24

12.2.3.1 — Imobilidade do joelho (anquilose) (ângulo de flexão em que se fixam os elementos constituintes da articulação):

a) Fixação entre 0° e 5°	0,25
b) Fixação entre 5° e 20°	0,25-0,30
c) Fixação entre 20° e 40°	0,30-0,40
d) Fixação entre 40° e 60°	0,40-0,50
e) Fixação entre 60° e 90°	0,50-0,60
f) Fixação a mais de 90°	0,60-0,70

12.2.4 — Limitação da mobilidade articular (rigidez) (amplitude da mobilização activa ou passiva):

12.2.4.1:

a) Mobilização de 0º até 10º	0,20-0,25
b) Mobilização de 0º até 20º	0,15-0,20
c) Mobilização de 0º até 30º	0,10-0,15
d) Mobilização de 0º até 40º	0,05-0,10
e) Mobilização de 0º até 60º	0,03-0,05
f) Mobilização de 0º até 90º	0,00-0,03
g) Mobilização para além de 90º	0,00

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, aquela variará entre 135º e 0º, mas a faixa importante é a de 50º e 0º, pois é o que interfere na marcha.

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

a) Desvio até 10º de angulação, em relação aos valores normais	0,00
b) Idem, de 10º a 15º de angulação, em relação aos valores normais	0,10
c) Mais de 15º de angulação, em relação aos valores normais	0,10-0,25

Nota. — Comparar com o lado oposto e ter em atenção o valismo fisiológico ligado ao sexo (6º a 10º, maior na mulher).

12.3 — Perda de segmentos (amputação ou desarticulação):

a) Desarticulação unilateral pelo joelho	0,70
b) Idem, bilateral	0,85

12.4 — Artroplastia do joelho (a desvalorizar pelas sequelas).

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 parcial do trícipite sural (a incapacidade será graduada de acordo com a hipotrofia muscular, a mobilidade do tornozelo e a dificuldade da marcha)	0,05-0,20
d) Idem, com insuficiência total do trícipite sural	0,20

13.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

13.2.1 — Fracturas:

a) Fractura da tibia ou da tibia e perónio, consolidada em posição viciosa com desvio em baioneta (sem angulação e com encurtamento inferior a 2 cm)	0,00-0,05
b) Fractura da tibia ou da tibia e perónio, consolidada em posição viciosa com angulação e com encurtamento inferior a 2 cm	0,05-0,10
c) Fractura da tibia ou da tibia e perónio consolidada em posição viciosa com angulação e encurtamento superior a 2 cm [à incapacidade da alínea b) adiciona-se 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 tibia, consolidada com bom alinhamento, mas com diminuição da resistência por perda de tecido ósseo	0,05-0,10

13.2.2 — Pseudartrose da tibia ou da tibia e perónio:

a) Pseudartrose cerrada, permitindo a marcha sem necessidade do uso de bengala	0,20-0,40
b) Pseudartrose laxa, não permitindo a marcha sem auxílio da bengala	0,40-0,60

13.2.3 — Perda de segmentos (amputações) [o nível ideal de amputação para a perna é o que passa pela junção músculo-tendinosa dos gêmeos e corresponde num adulto de estatura mediana a cerca de 15 cm abaixo da interlinha articular interna da articulação do joelho; os cotos demasiado curtos tornam difícil ou impraticável a aplicação de prótese (PTB ou outra); os cotos demasiado longos não são recomendáveis por causa das deficientes condições circulatórias dos tegumentos):

a) Amputação da perna pela zona de eleição	0,60
b) Amputação da perna fora da zona de eleição	0,70

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. «Dismorfias», n.º 1.3.1, por analogia).	

14.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares). — Os movimentos desta articulação são, fundamentalmente, flexão dorsal e flexão plantar (também chamada extensão).
Na posição neutra ou posição de repouso o eixo do pé faz um ângulo de 90º com o eixo da perna.
A flexão dorsal vai de 0º a 20º-30º e a flexão plantar de 0º a 40º-50º (figura 25).

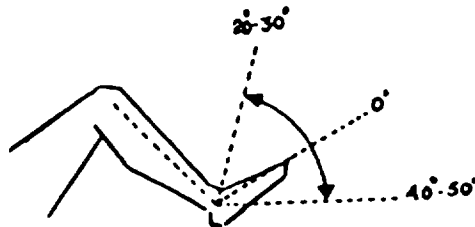


Fig. 25

Flexão — plantar e dorsal

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

a) Imobilidade a 0º	0,10
b) Imobilidade entre 0º e 10º	0,10-0,30
c) Imobilidade entre 11º e 20º	0,30-0,50

14.2.1.2 — Anquilose na flexão plantar (ângulo em que está bloqueada a articulação):

a) Imobilidade a 0º	0,10
b) Imobilidade entre 0º e 10º	0,10-0,20
c) Imobilidade entre 11º e 20º	0,20-0,30
d) Imobilidade entre 21º e 30º	0,30-0,40
e) Imobilidade entre 31º e 40º	0,40-0,50

Nota. — No caso da mulher que usa salto alto poderá não ser de considerar o descrito nas alíneas a) e b).

14.2.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) articular tibiotársica (figura 25) (os movimentos activos são possíveis com uma certa amplitude, que é medida em graus desde a posição neutra):

14.2.2.1 — Na flexão dorsal:

a) Entre 0º e 10º	0,04-0,07
b) Entre 0º e 18º	0,02-0,04
c) Entre 0º e 20º	0,00

14.2.2.2 — Na flexão plantar:

a) Entre 0º e 10º	0,10-0,12
b) Entre 0º e 20º	0,04-0,10
c) Entre 0º e 30º	0,02-0,04
d) Entre 0º e 40º	0,00

14.2.3 — Perda de segmentos (amputações ou desarticulações) desarticulações tibiotársicas (tipo Syme) ... 0,50

14.2.4 — Sequelas de entorse tibiotársica (persistência de dores, insuficiência de ligamentos, edema crónico) 0,02-0,10

15 — Pé

15.1 — Partes moles:

15.1.1 — Cicatrizes:

a) Cicatrizes viciosas ou quelóides da face plantar do pé que dificultem a marcha	0,05-0,20
b) Idem, que impeçam o uso de calçado vulgar ...	0,20-0,30

15.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares). — Os movimentos de flexão plantar e flexão dorsal (também chamada extensão) relativos à articulação tibiotársica podem ser completados ao nível do tarso e metatarso por dois movimentos complexos:

Inversão (que congrega supinação, adução e pequena flexão plantar), cuja amplitude é de 0°-30°;
Eversão (que congrega pronação, abdução e pequena flexão dorsal), cuja amplitude é de 0°-20°.

15.2.1:

- | | |
|---|-----------|
| a) Pé plano com depressão moderada da abóbada plantar | 0,00-0,05 |
| b) Idem, com alívio completo da abóbada plantar e francamente doloroso | 0,06-0,15 |
| c) Deformação grave do pé, com dificuldade notória no desempenho do posto de trabalho | 0,16-0,30 |
| d) Pé cavo pós-traumático | 0,05-0,30 |

15.2.2 — Imobilidade das articulações do pé (anquilose):

15.2.2.1 — Imobilidade do tarso (subastragalina ou mediótársica), sem desvio em inversão ou eversão.... 0,10-0,15

15.2.2.2 — Imobilidade das metatarsofalângicas (MF) e interfalângicas (IF):

- | | |
|---|-----------|
| a) Do <i>hallux</i> , em boa posição | 0,02-0,04 |
| b) Idem, em má posição | 0,05-0,08 |
| 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 — Imobilidades conjuntas:

- | | |
|--|-----------|
| a) Na inversão (rotação do pé para dentro e inclinação para fora): | |
| Imobilidade 0° | 0,10 |
| Imobilidade entre 1° e 10° | 0,10-0,30 |
| Imobilidade entre 11° e 20° | 0,31-0,40 |
| Imobilidade entre 21° e 30° | 0,41-0,50 |

b) Na eversão (rotação do pé para fora com inclinação para dentro):

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| Imobilidade 0° | 0,10 |
| Imobilidade entre 1° e 10° | 0,11-0,30 |
| Imobilidade entre 11° e 20° | 0,31-0,40 |

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 <i>hallux</i> pós-traumática | 0,02-0,04 |

15.2.3.1 — Limitações conjuntas da mobilidade (os movimentos activos são possíveis da posição neutra de 0° até 30°):

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| a) Na inversão: | |
| A limitação entre 0° e 10° | 0,04-0,05 |
| A limitação entre 11° e 20° | 0,02-0,04 |
| A limitação entre 21° e 30° | 0,00 |

b) Na eversão:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| A limitação entre 0° e 10° | 0,02-0,03 |
| A limitação entre 11° e 20° | 0,00-0,00 |

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

- | | |
|--|-----------|
| a) Astragalectomia | 0,20-0,25 |
| b) Amputações transtársicas (Chopar) | 0,35-0,45 |
| c) Amputação transmetatársica | 0,25-0,35 |

15.2.5 — Perda de dedos e respectivos metatársicos:

- | | |
|--|-----------|
| a) 1.º raio do pé | 0,12-0,15 |
| b) 2.º, 3.º e 4.º raios do pé | 0,04-0,06 |
| c) 5.º raio do pé | 0,06-0,08 |
| d) Todos os raios (desarticulação de Lisfranc) | 0,35-0,40 |
| e) Perda isolada de um só raio intermédio | 0,00 |

15.2.6 — Perdas no *hallux* (dedo grande ou 1.º dedo):

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

15.2.7 — Perdas noutra dedo qualquer (qualquer número de falanges)
 0,00 |

15.2.8 — Perda de dois dedos:

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| a) Incluindo o <i>hallux</i> | 0,07-0,09 |
| b) Excluindo o <i>hallux</i> | 0,02 |

15.2.9 — Perda de três dedos:

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| a) Incluindo o <i>hallux</i> | 0,09-0,12 |
| b) Excluindo o <i>hallux</i> | 0,04-0,06 |

15.3 — Perda de quatro dedos:

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| a) Incluindo o <i>hallux</i> | 0,12-0,15 |
| b) Excluindo o <i>hallux</i> | 0,06-0,08 |

15.3.1 — Perda de todos os dedos
 0,15-0,20 |

16 — Osteomielites crónicas

Hoje em dia podemos considerar desaparecida a osteomielite aguda hematogénea.

De qualquer modo há que considerá-la, pois numa tabela de incapacidades há que quantificar o grau de perda funcional resultante das sequelas e por isso só serão consideradas as osteomielites crónicas, nomeadamente as que causam calos viciosos ou fistulas permanentes.

16.1 — Osteomielites crónicas pós-traumáticas:

- | | |
|--|-----------|
| a) Osteomielites fechadas (alteração histopatológica de calo ósseo com tradução radiológica) | 0,05-0,10 |
| b) Osteomielites fistulizadas (a graduar de acordo com a intensidade e frequência do fluxo seropurulento, a extensão do trajecto fistuloso e, ainda, com a compatibilidade para o desempenho do posto de trabalho) | 0,05-0,20 |

CAPÍTULO II

Dismorfias

Alterações da superfície e da forma com repercussão na função e na estética.

1 — Cicatrizes

Nestas serão incluídas as alterações da superfície resultantes de acidentes ou consequência de acto cirúrgico necessário à cura ou à correcção de lesão preexistente de origem traumática.

Destas destacam-se as cicatrizes resultantes de acidente, de acto operatório ou consequência de radiação que interferem decisivamente com o desempenho do posto de trabalho; sirva de exemplo os que exigem um bom visual: artistas de teatro, de cinema, de dança, relações públicas, etc., cujo aspecto não deve ser desagradável, e muito menos horrível, no que respeita à parte do corpo exposta.

De uma maneira geral deve ser privilegiada a função sobre a anatomia, pois que uma cicatriz retráctil, por exemplo, pode dar uma limitação da mobilidade articulada e, todavia, a articulação subjacente está 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 que à incapacidade do sistema ou aparelho é de adicionar a devida à cicatriz, conforme chamada em local próprio. Neste caso a adição faz-se segundo o princípio da capacidade restante.

Os valores máximos de desvalorização são de atribuir quando as cicatrizes forem impeditivas do desempenho do posto de trabalho por razões de ordem estética e se o trabalhador não tiver idade nem aptidão para ser reconvertido profissionalmente.

Quando a incapacidade por cicatriz for impeditiva ao desempenho do posto habitual de trabalho 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 impeditiva do desempenho do posto de trabalho habitual, a incapacidade total será a resultante das somas pelo princípio da capacidade

restante, e se o visual 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 0,00-0,05

1.1.2 — Calvície total por radiação ou por outra acção iatrogénica 0,02-0,10

1.1.3 — Calvície total pós-traumática ou pós-cirúrgica 0,02-0,10

1.1.4 — Escalpe:

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

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

1.1.5 — Afundamento do crânio (v. «Neurologia», n.º 1.2).

1.2 — Face.

Nota. — Sempre que o visual, a curta distância, for imprescindível ao desempenho do posto de trabalho, serão desvalorizadas as cicatrizes que sejam detectáveis a 50 cm de distância, por ser esta a que é normal numa situação de diálogo e num posto de relações públicas.

1.2.1 — Cicatrizes pequenas viciosas e superficiais:

a) Visíveis a 50 cm, quando o visual for essencial para o desempenho do posto de trabalho 0,01-0,05

b) Idem, quando, para além do visual, por outras razões forem impeditivas do desempenho do posto de trabalho 0,06-0,10

1.2.2 — Cicatrizes viciosas que atinjam as partes moles profundas:

a) Pálpebras (v. «Oftalmologia», n.º 1.3).

b) Nariz, deformação 0,05-0,10

c) Lábios (v. «Estomatologia», n.º 1.1.3).

d) Pavilhões auriculares (v. «Otorrinolaringologia», n.º 7.1).

1.2.4 — Perda global ocular (v. «Oftalmologia», n.º 1.1).

1.2.5 — Estenose nasal (v. «Otorrinolaringologia», n.º 1.2.1).

1.2.6 — Perda ou deformação do pavilhão auricular (v. «Otorrinolaringologia», n.º 7.1).

1.2.7 — Fractura ou perda de dentes (v. «Estomatologia», n.º 1.2.4.2).

1.3 — Pescoço (cicatrizes não corrigíveis cirurgicamente):

1.3.1 — Cicatriz que produza deformação ligeira ... 0,00-0,03

1.3.2 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com inclinação lateral 0,04-0,06

1.3.3 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com o queixo sobre o esterno ou sobre o ombro 0,30-0,40

1.4 — Tronco:

1.4.1 — Cicatrizes viciosas que produzam deformação apreciável 0,00-0,02

1.4.2 — Idem, no sexo feminino (nas regiões usualmente expostas) 0,03-0,05

1.4.3 — 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.

1.4.4 — Perdas e alterações ósseas da parede da caixa torácica (v. «Aparelho locomotor», n.ºs 2.2, 2.3 e 2.4).

1.4.5 — Dilaceração, 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 0,08-0,15

b) Com repercussões funcionais nos dois membros superiores e na excursão torácica 0,20-0,30

1.4.6 — Ruptura, desinserção ou deiscência dos rectos abdominais:

a) Com correcção cirúrgica 0,00-0,08

b) Sem correcção cirúrgica 0,10-0,15

1.4.7 — Cicatrizes dolorosas objectiváveis pela contracção e alterações da sensibilidade 0,00-0,05

1.5 — Cicatrizes distróficas:

a) Cicatrizes atróficas ou apergaminhadas, independentemente da parte do corpo onde se localizem e se forem dolorosas ou facilmente ulceráveis 0,02-0,08

b) Cicatrizes atróficas ou apergaminhadas e extensas:

- 1) Entre 4,5 % e 9 % da superfície corporal 0,02-0,08
- 2) Entre 9 % e 18 % da superfície corporal 0,08-0,12
- 3) Mais de 18 % da superfície corporal 0,12-0,16

c) V. «Aparelho locomotor», n.º 15.1.1.

Nota. — Se estas cicatrizes impedirem definitivamente o desempenho do posto de trabalho, a IPP deve ser corrigida pelo factor 1,5.

2 — Hérnias

Instruções específicas. — Entende-se por hérnia a protusão de uma estrutura anatómica através de abertura ou ponto fraco, congénitos ou adquiridos, da parede que envolve aquela estrutura. As hérnias da parede abdominal são as mais frequentes e delas trataremos 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 peritoneu, que reveste interiormente a cavidade abdominal, demarca zonas anatómicas onde podem ocorrer hérnias:

Fossetas inguiniais (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 precipitantes.

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 ruptura muscular também invocada como mecanismo causal só é aceitável no traumatismo directo com lesão musculoponevrótica, já que a contracção muscular violenta com ruptura só muito excepcionalmente tem sido descrita.

De qualquer modo, esta situação pressupõe um fenómeno traumático e o aparecimento da hérnia. Esta hérnia tem sintomas e sinais que se opõem à progressividade e lentidão com que se instalam a maioria das outras hérnias.

II — Como factores precipitantes ou 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, doentes desnutridos com doenças de longa duração;

Idosos;

Grupos étnicos com vícios alimentares e constitucionais crónicos;

- c) Quando sobrevenham traumatismos provocando lesões teciduais da parede abdominal;
- d) Quando existe concorrência de factores causais e precipitantes ou agravantes — são os casos de esforços repetidos, não violentos, conjugados com a persistência do canal peritoneo-vaginal ou com uma oclusão insuficiente do anel umbilical.

Em conclusão, as hérnias da parede abdominal explicam-se por factores causais e precipitantes ou 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 ou precipitantes 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 impacte directo quando a cicatriz parietal foi provocada por um acto cirúrgico destinado a curar uma lesão abdominal causada por esse acidente.

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.

As eviscerações correspondem a feridas da parede abdominal com saída de vísceras e não constituem problema médico-legal em si como resultantes de acidente de trabalho.

As hérnias da parede abdominal externa opõem-se 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 rasgaduras (sobretudo nas perdas de continuidade do diafragma).

É evidente que só quando é possível identificar lesões adquiridas — feridas de intervenções anteriores por acidentes profissionais ou traumatismos que expliquem as hérnias (caso das hérnias diafragmáticas traumáticas) — é de as aceitar como consequência de acidentes de trabalho.

2 — Hérnias da parede

2.1 — Hérnias parietais abdominais, não corrigidas 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 0,30-0,50

3 — Eventração

- a) Conforme o volume 0,20-0,40
- b) Idem, com perturbações acessórias (do trânsito intestinal, da micção, da defecação, da posição bipede, da marcha, etc.) 0,30-0,60

4 — Hérnias Internas (transdiafragmáticas)

- a) Hérnia diafragmática tratada cirurgicamente e sem refluxo 0,10-0,20
- b) Idem, operada e com bom resultado, sem refluxo 0,20-0,30
- c) De deslizamento e sem complicações que imponham cura cirúrgica 0,30-0,40
- d) Hérnia diafragmática com esofagite ou úlcera do terço inferior do esófago, não operada 0,40-0,60
- e) Hérnia diafragmática com grande protusão de massa abdominal num dos hemitórax provocando dispneia ou alterações por desvio do mediastino, não tratada cirurgicamente 0,50-0,70
- f) Idem, tratada cirurgicamente, sem dispneia ou queixas por desvio do mediastino e ainda com refluxo 0,20-0,30

CAPÍTULO III

Neurologia

Crânio e sistema nervoso

1 — Sequelas da caixa craniana

1.1 — Perda de cabelo, cicatrizes do coiro cabeludo (v. «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 óssea:

- a) Até 6 cm²:
- Com prótese 0,00-0,03
- Sem prótese 0,03-0,18

b) De 6 a 12 cm²:

- Com prótese 0,03-0,06
- Sem prótese 0,07-0,20

c) Com mais de 12 cm²:

- Com prótese 0,05-0,08
- Sem prótese 0,09-0,30

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. «Dismorfias», n.º 1.1.1).

2 — As sequelas de trepanação não dão lugar a indemnização, mesmo que haja três ou quatro buracos de trépano, a menos que existam cicatrizes dolorosas. Neste caso são análogas a cicatrizes (v. «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) Sem complicações endocranianas e curada 0,00
- b) Curada e 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 IPP será corrigida pelo factor 1,5 se o seu desempenho for difícil ou impossível.

2 — Sequelas encefálicas

2.1 — Síndrome pós-traumático (manifestado por cefaleias, sensação de peso na cabeça, instabilidade no equilíbrio, dificuldade de concentração e de associação de ideias, fatigabilidade intelectual, alterações mnésicas, modificação do humor e do carácter, perturbações do sono) (análogo a «Psiquiatria», n.º 3.3, grau 1) 0,00-0,19

2.2 — 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.

2.2.1 — 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

2.2.2 — 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

2.2.3 — Epilepsia psicomotora e pequeno mal:

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

2.3 — Síndrome coreico.

2.4 — Disquinésias e distonias.

2.5 — Síndromos 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 inequívoco da relação causa-efeito, bem como a gradação numérica, podendo utilizar para orientação, por analogia, outras alíneas desta Tabela (por exemplo «Epilepsias», n.º 2.2.2).

2.6 — Síndrome cerebeloso (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

2.7 — Disartria (como manifestação isolada e, por isso, não incluída noutros síndromos):

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

2.8 — Afasia:

Taxa a atribuir segundo a dificuldade de expressão, sendo mais elevada quando há dificuldade de compreensão 0,30-0,50

2.9 — Apraxia e agnosia 0,50-0,60

2.10 — Síndrome talâmico (dor de tipo queimadura permanente):

- a) Unilateral, aumentada pelos contactos e emoções 0,20-0,40
b) Com impotência funcional de um membro 0,40-0,60

2.11 — Sequelas motoras de lesão cerebral:

2.11.1 — Hemiplegia ou hemiparesia:

- a) Hemiparesia — redução da actividade motora (marcha possível, sem alterações dos esfínteres, sem ou com ligeiras alterações da linguagem, conservando alguma autonomia) 0,50-0,70 0,30-0,50
b) Paralisia completa, com alterações dos esfínteres, com ou sem afasia 0,70-0,95

2.11.2 — Monoplegia ou monoparesia:

2.11.2.1 — Membro inferior 0,20-0,40

2.11.2.2 — 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 0,14-0,20
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-cefálico

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

3.1 — Síndrome cervical isolado 0,05-0,15

3.2 — Síndrome cervical associado a síndrome pós-traumático encefálico 0,16-0,32

4 — Nervos cranianos

4.1 — 1.º par (olfactivo) — anosmia de origem nervosa 0,05-0,15

4.2 — 2.º par (óptico) — a desvalorizar por oftalmologia (v. «Oftalmologia», n.ºs 2 e 3).

4.3 — 3.º par (oculomotor comum) — a desvalorizar por oftalmologia (v. «Oftalmologia», n.ºs 5 e 6).

4.4 — 4.º par (patético) — a desvalorizar por oftalmologia (v. «Oftalmologia», n.ºs 5 e 6).

4.5 — 5.º par (trigémio):

4.5.1 — Parte sensitiva:

- a) Anestesia, sem dor, por lesão de um ou mais ramos 0,05-0,10
b) Nevralgia (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 — 6.º par (oculomotor externo) — a desvalorizar por oftalmologia (v. «Oftalmologia», n.ºs 5 e 6).

4.7 — 7.º 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 desvalorizadas separadamente e somadas segundo o princípio da capacidade restante.

4.8 — 8.º par (auditivo e vestibular) — a desvalorizar por otorrinolaringologia (v. «Otorrinolaringologia», n.ºs 8 e 9).

4.9 — 9.º 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 — 10.º par (pneumogástrico) — funções vegetativas, motoras e sensitivas avaliadas conforme os défices funcionais resultantes:

- a) Aparelho digestivo-análogo a grau 1 (v. «Gastroenterologia», n.º 1.1);
b) Aparelho respiratório (v. «Pneumologia — Diafragma»);
c) Angiocardiologia — análogo a classe 0 da doença cardíaca;
d) Otorrinolaringologia:
Disfagia — análoga a «Otorrinolaringologia», n.º 4, alínea b);
Disfonia — análoga a «Otorrinolaringologia», n.º 5, alínea b).

4.11 — 11.º par (espinhal) — paralisia do esternocleidomastoideu e do trapézio:

- a) Unilateral 0,00-0,05
b) Bilateral 0,06-0,10

4.12 — 12.º par (grande-hipoglosso):

- a) Unilateral (não dá incapacidade funcional importante) 0,00-0,05
b) Bilateral (incapacidade avaliada em função da disartria e das perturbações da mastigação e deglutição (v. n.ºs 2.7 e 4.9).

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

5 — Lesões medulares ou equivalentes

5.1 — Lesões hemimedulares (síndrome de Brown-Sequard) (análogo 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 esfínteres e persistência de uma certa autonomia) 0,50-0,70 0,30-0,50
b) Paralisia completa, com alterações dos esfínteres 0,70-0,95

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 esfínteres 0,20-0,50
b) Com alteração dos esfínteres 0,51-0,70

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

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

5.2.2 — Diplegia ou diparesia braquial (paralisia dos membros superiores conforme grau de força muscular, dexteridade ou possibilidade de manipulação) 0,17-0,80

Nota. — A IPP total será a soma das IPP parciais pelo princípio da capacidade restante (previstas nos n.ºs 2.11.2.2. 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 esfínteres 0,20-0,60
 b) Com alteração dos esfínteres 0,61-0,90

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

- a) Sem alterações dos esfínteres 0,40-0,85
 b) Com alteração dos esfínteres 0,95

5.2.4 — Paralisia isolada de um membro (monoplegia ou monoparesia) (v. n.º 2.11.2).

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

Nota. — A incapacidade total será 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) Abolição da erecção ou sua diminuição com impotência 0,10-0,30
 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
Graus 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, poderão 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 com-

pleta ou de uma desarticulação pela raiz do membro [v. «Aparelho locomotor», n.ºs 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 2.11.2.2) 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 abductor do polegar e dos extensores dos dedos 0,10-0,20 0,08-0,15

6.1.10 — Algodistrofias do membro superior (dores, alterações tróficas e articulares):

- 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 esfínteres 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 poderão ser consideradas isoladamente ou com somatório, segundo o princípio da capacidade restante:

- Raquialgias, com limitação dos movimentos por contractura de defesa, sem compromisso radicular (v. «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. n.ºs 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 90 dB (A).

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 poderá 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 n.º 188/CEE/86.

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 90 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 90 dB (A), calculados de acordo com o n.º 8 destas instruções e usando as expressões matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva n.º 188/CEE/86.

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 400 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:

- Tempo mínimo de exposição;
- Ruído com características sonotraumáticas;
- 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;
- e) Exame radiográfico das mastóides e dos seios perinasais.

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 deslocamentos bruscos 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 clear 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:

- O tempo mínimo de exposição efectiva ao ruído;
- 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, poderá 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, permitirá 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 reconverter 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 será 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 tríade seguinte:

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

1 — Nariz

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

- a) Parcial, de causa nasal 0,00-0,05
- b) Total ou quase total, de causa nasal 0,06-0,15

1.2 — Estenose nasal:

1.2.1 — Por alteração estrutural (deformação ou sinéquia):

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

1.2.2 — Por edema ou disfunção vascular:

- a) Unilateral, até 50% da permeabilidade 0,05-0,08
- b) Unilateral, mais de 50% até 75% da impermeabilidade 0,09-0,10
- c) Unilateral, total da impermeabilidade 0,12-0,15
- d) Bilateral, até 50% da impermeabilidade 0,12-0,15
- e) Bilateral, mais de 50% até 75% da impermeabilidade 0,12-0,18
- f) Bilateral, total da impermeabilidade 0,15-0,20

1.3 — Perfuração nasal:

- a) Perfuração septal simples 0,03-0,05
- b) Perfuração septal com remoinho ou ruído 0,05-0,10
- c) Perfuração septal com epistaxe de repetição... 0,10-0,20

1.4 — Rinites:

1.4.1 — Rinites hipertróficas:

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

1.4.2 — Rinites destrutivas:

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

1.5 — Pirâmide nasal (estética):

1.5.1 — Cifoses:

a) Pequena cifose	0,01-0,03
b) Cifose pronunciada	0,06-0,10

1.5.2 — Escolioses:

a) Escoliose ligeira	0,06-0,10
b) Escoliose pronunciada	0,11-0,15

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

0,16-0,20

1.5.4 — Perdas da pirâmide:

a) Perda parcial, inferior a 50%	0,01-0,05
b) Perda de mais de 50% até 75%	0,05-0,15
c) Perda total da pirâmide	0,16-0,25
d) Perda total da pirâmide nasal com perda do maxilar superior [v. «Estomatologia», n.º 1.2.4.1, alínea f)]. Nos casos das alíneas a), b) e c), acrescentará o factor estético, se for caso disso [v. «Dis-morfias», n.º 1.2.2, alínea b)].	

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

1.6 — Rinorraquias:

a) Rinorraquia traumática (de origem nasal)	0,20-0,30
b) Rinorraquia com complicações endocranianas (v. «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)	0,15-0,30
--	-----------

2 — Selos perinasais

2.1 — Fistulas 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	0,10-0,12
c) Poli-sinusite	0,12-0,15
d) Sinusite com alterações do equilíbrio (tipo <i>mareo</i>)	0,15-0,20

3 — Nasofaringe

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

4 — Faringe

a) Estenose simples da hipofaringe	0,08-0,10
b) Estenose com dificuldade de deglutição	0,11-0,30
c) Idem, com disфония ou dispneia	0,11-0,35

5 — Laringe

a) Estenose parcial simples	0,05-0,20
b) Estenose parcial com disфония marcada	0,21-0,30
c) Estenose parcial com disфония 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. «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)	0,50-0,65

7 — Ouidos

7.1 — Pavilhão auricular:

a) Perda de menos de 50% de um pavilhão	0,01-0,03
b) Perda de mais de 50% de um pavilhão	0,03-0,08
c) Perda dos dois pavilhões em mais de 50% (cada)	0,10-0,12
d) Mutilação ou deformação grave em mais de 75% de um só pavilhão (sem perda do pavilhão, com o outro íntegro ou quase)	0,01-0,03
e) Idem, dos dois pavilhões	0,04-0,06

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)	0,05-0,08
e) Estenose complicada de hemorragia (um ouvido)	0,01-0,04
f) Estenose ou infecção crónica (dois ouvidos)	0,03-0,05

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

8 — Hipoacusia

8.1 — De origem traumática (acção mecânica) no AT e doença natural ou comum. — É calculada através das perdas audiométricas nas frequências 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 4000 Hz.

As perdas são lidas na via aérea.

O cálculo é feito a partir de 0 dB, não havendo limite mínimo a partir do qual é indemnizável.

8.1.1 — O cálculo da IPP a atribuir será o décimo da ponderação média das perdas nas frequências acima referidas nos dois ouvidos, com coeficiente de ponderação 8 para a soma das perdas. Assim:

$$Z = \frac{7X + Y}{8} = \frac{\text{Ponderação média bilateral}}{10} = \text{percentagem de IPP}$$

sendo:

X = somatório das perdas do ouvido menos lesado;
Y = somatório das perdas do ouvido mais lesado.

Por isso X é sempre menor que Y .

Exemplo:

Ouvido direito	Ouvido esquerdo
500 Hz = A	500 Hz = $A1$
1000 Hz = B	1000 Hz = $B1$
2000 Hz = C	2000 Hz = $C1$
4000 Hz = D	4000 Hz = $D1$

Admitindo que o somatório das perdas do ouvido direito é menor que o somatório das perdas do ouvido esquerdo, será:

$$X = A + B + C + D$$

$$Y = A1 + B1 + C1 + D1$$

$$Z = \frac{7(A+B+C+D) + (A1+B1+C1+D1)}{8} = \text{Ponderação média bilateral}$$

Portanto, a menor soma é multiplicada por 7 e seguidamente o resultado é adicionado à maior soma. A soma total é dividida por 8. A percentagem de incapacidade a atribuir será o décimo do coeficiente, com arredondamento para a unidade mais próxima.

Exemplificando com valores:

Ouvido direito		Ouvido esquerdo	
Frequências	Perdas	Frequências	Perdas
500 Hz	20 dB	500 Hz	25 dB
1000 Hz	25 dB	1000 Hz	20 dB
2000 Hz	30 dB	2000 Hz	45 dB
4000 Hz	30 dB	4000 Hz	20 dB

$$X = 7 \times (20 + 25 + 30 + 30) = 7 \times 105 = 735$$

$$Y = 25 + 20 + 45 + 20 = 110$$

$$Z = \frac{735 + 110}{8} = \frac{845}{8} = \frac{105}{10} = 10,5$$

Os acufenos só são valorizáveis quando associados à hipoacusia indemnizável e serão adicionados para efeitos de arredondamento para unidades superiores. Os acufenos variarão entre 0,01 e 0,05 de incapacidade.

No exemplo seria:

$$10,5 + 0,05 = 10,55$$

logo, incapacidade igual a 11%.

8.2 — De origem sonotraumática (surdez profissional). — Agente causal: ruído com Leq 90 dB (A) ou mais, calculado através das fórmulas matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva n.º 188/CEE/86.

A incapacidade é calculada através das perdas audiométricas nas frequências 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 4000 Hz. As perdas são lidas na via óssea.

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

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

$$\frac{(2 \times 500) + (4 \times 1000) + (3 \times 2000) + (4000)}{10} = R$$

Portanto, para haver direito a reparação e para a incapacidade ser diferente de 0%, o quociente R deve ser maior ou igual a 35 dB no ouvido menos lesado (v. Despacho Normativo n.º 253/82, n.º 42.01).

O cálculo da incapacidade processa-se da mesma forma do adoptado para a surdez de origem não profissional, mas neste caso as perdas são lidas na via óssea (v. n.º 8.1.1).

Os acufenos são adicionados à incapacidade por hipoacusia, como se exemplificou para a surdez, como doença natural ou comum.

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

9 — Vertigens

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

De origem não sonotraumática:

- a) Sem sinais labirínticos mas lesão cortical por comocção 0,01-0,05
- b) Com sinais labirínticos objectivos 0,06-0,10
- c) Idem, com queda ao solo 0,10-0,25

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. Assim, por exemplo, para a fixação de incapacidade por diplopia recorreu-se a um método não só fácil (e bastante divulgado) como, na medida do possível, objectivável: a prova de Hess Lancaster (ou equivalente próximo), realizada a 50 cm. Dentro dos mesmos princípios, para a avaliação dos campos visuais optou-se por um padrão bem divulgado e devidamente quantificado — a perimetria, segundo Goldmann.

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 estroboscópio).

Para a avaliação desta incapacidade recomenda-se o uso dos testes polarizados para longe (por exemplo *vectograph*) ou os cartões de imagens formadas de pontos de distribuição aparentemente aleatória, visualizados através de óculos polarizados ou vermelho-verde (por exemplo Randot *stereotests*).

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

1 — Deformações da órbita ou das pálpebras

1.1 — Perda de globo ocular:

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

1.2 — Aderências cicatriciais das conjuntivas:

- a) Sem perturbações funcionais ou estéticas 0,00
- b) Causando perturbações funcionais ou prejuízo estético 0,02-0,10

- 1.3 — Ectrópio 0,00-0,10
- 1.4 — Entrópio 0,00-0,10
- 1.5 — Lagofthalmia 0,10-0,20
- 1.6 — Epífora 0,01-0,05
- 1.7 — Ptose, conforme a pupila estiver mais ou menos descoberta 0,00-0,15
- 1.8 — Deformidades por lesões da órbita (exoftalmia, enoftalmia, etc.) 0,00-0,05
- 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	0,00-0,03
c) 0,4	0,04-0,05
d) 0,3	0,06-0,08
e) 0,2	0,09-0,10
f) 0,1	0,11-0,20
g) 0,05	0,21-0,25
h) 0	0,26-0,30

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

a) 0,5	0,00-0,05
b) 0,4	0,06-0,07
c) 0,3	0,08-0,15
d) 0,2	0,16-0,20
e) 0,1	0,21-0,25
f) 0,05	0,26-0,30
g) 0	0,31-0,35

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

a) 0,4	0,10-0,15
b) 0,3	0,16-0,20
c) 0,2	0,21-0,25
d) 0,1	0,26-0,30
e) 0,05	0,31-0,40
f) 0	0,41-0,45

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

a) 0,3	0,30-0,35
b) 0,2	0,36-0,40
c) 0,1	0,41-0,45
d) 0,05	0,46-0,50
e) 0	0,51-0,60

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

a) 0,2	0,45-0,50
b) 0,1	0,51-0,60
c) 0,05	0,61-0,65
d) 0	0,66-0,70

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

a) 0,1	0,70-0,75
b) 0,05	0,76-0,80
c) 0	0,81-0,85

2.7 — De um lado, visão de 0,05; do outro visão de 0,05

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 será o somatório dos valores constantes dos n.ºs 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 n.ºs 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

Recomenda-se como padrão a isóptera 1/4-e de Goldmann ou equivalente.

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

a) Entre 40° e 50°	0,00-0,05
b) Entre 30° e 40°	0,05-0,10
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°	0,60-0,65
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°	0,00-0,10
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

0,00-0,10

5 — Paralisias óculo-motoras

5.1 — Intrínsecas

0,05-0,10

5.2 — Extrínsecas. — Para o estudo destas afecções será usada a prova de Hess Lancaster ou equivalente (conjugar com «Neurologia» para efeitos da incapacidade total):

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	0,00-0,05

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 e não sintomática, por exemplo

0,00-0,05

7 — Conjuntivites crónicas

Conjuntivites crónicas

0,02-0,15

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 graus semelhantes podem surgir também quando da caracterização da causa, dada a subtilidade da etiologia das doenças cardíacas, pelo que será 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 haverá 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, permitirão 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 nexa 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: radiológicos, electrofisiológicos e outros apropriados.

O nexa 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;
- Arritmias (sensação de).

É sobretudo o reconhecimento destes sintomas e a evolução dos mesmos com as terapêuticas instituídas que permitirão 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 pericárdicos;
- e) Traumatismos cardíacos.

Os diagnósticos etiológicos mais comuns são:

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

Para além destes casos de doença cardíaca, reconhecidamente orgânica, é aceite que, em raros casos, a astenia neurocirculatória (síndrome de esforço) e arritmias ocorrem sem doença orgânica demonstrável e, todavia, podem ser causa de incapacidade permanente.

Graus da doença cardíaca

A doença cardíaca é dividida em cinco graus.

Os graus I a IV aplicam-se a doentes com doença orgânica, desde os assintomáticos (grau I) até aos severamente incapacitados (grau IV). O quinto grau (grau 0) deve ser reservado a doentes com alterações cardíacas em que não é possível demonstrar uma base ou lesão orgânica (doentes do foro psiquiátrico).

1.1 — Grau I 0,05-0,15

Um doente pertence a este grau 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 — Grau II 0,16-0,45

Um doente pertence a este grau 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 — Grau III 0,46-0,75

Um doente pertence a este grau 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 — Grau IV 0,76-0,90

Um doente pertence a este grau 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.

1.5 — Grau 0 (perturbações não orgânicas) 0,00

Dependendo da sua duração e frequência (aritmias) como:

- a) *Flutter* ou fibrilhação auricular;
- b) Taquicardia supraventricular paroxística (pode produzir incapacidade);

- c) As extrasístoles isoladas não se traduzem em incapacidades;
 d) A astenia neurocirculatória, a ansiedade cardíaca ou o síndrome de esforço não se traduzem normalmente por incapacidade. Esta entidade cardíaca é caracterizada por um grupo de sintomas tais como dispneia, palpitações, pré-cordialgias, tonturas e vertigens, exaustão e nervosismo. Estas queixas são exacerbadas pela tensão física ou psíquica.

Nota. — Quando os sintomas são particularmente severos e suficientes para interferir nas actividades da vida diária, o problema é de natureza psiquiátrica e o doente deve ser considerado como tal (v. «Psiquiatria»).

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 sistematicamente de exames auxiliares: oscilometria, ultra-sons (Doppler), pletismografia e, se necessário, angiografia (invasiva ou de subtracção 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 (fístulas 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 não perder de vista que, para além desta divisão esquemática, podem surgir situações complexas devido à incidência de traumatismos no sistema vascular, que já eram sede de doenças que evoluíram insidiosamente.

2.1 — Lesões vasculares arteriais:

2.1.1 — Aorta:

- a) Aneurisma aórtico 0,80-0,90
 b) Idem operado e controlado, sem sequelas funcionais 0,30-0,40
 c) 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 fístula 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 acima referidos, distinguem-se quatro graus:

a) Grau I:

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

b) Grau II:

As lesões do grau anterior e lesões tróficas (ulcerações)	0,40-0,60
---	-----------

c) 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 encéfalo, coração, pulmões, rins e demais vísceras abdominais, serão 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 aposição de uma prótese vascular artificial, deverá a desvalorização ser agravada segundo a importância do segmento arterial em causa [v. n.ºs 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 por uma sintomatologia que é redutível a:

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 será 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 deverá 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 terá em conta a componente neurológica (v. «Neurologia»), a componente vascular e, eventualmente, a óssea (v. «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. n.ºs 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 fazer o esforço necessário para evitar variáveis de medição por exames repetidos da pressão arterial. Deverá ainda diagnosticar o tipo etiológico de hipertensão presente.

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 ou de factor ambiental ou ainda com sinais ou sintomas de hiperactividade.

A doença hipertensiva vascular existe se a tensão diastólica é superior a 100 mm de mercúrio.

Quando num doente hipertensivo a tensão diastólica é inferior a 100 mm de mercúrio por o doente estar medicado, este facto não exclui o doente desta categoria.

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

3.1 — Graus de doença hipertensiva:

3.1.1 — Grau I 0,00-0,15

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

- Anormalidade das análises de urina e testes da função urinária;
- História de doença vascular cerebral hipertensiva;
- Evidência de hipertrofia ventricular esquerda;
- Anomalias hipertensivas dos fundos oculares (exceptuando estreitamento mínimo das arteríolas).

3.1.2 — Grau II 0,20-0,45

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 físico apresenta qualquer dos seguintes dados:

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

3.1.3 — Grau III 0,46-0,70

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 físico apresenta dois dos seguintes dados:

- As leituras da pressão diastólica são normalmente superiores ou iguais a 120 mm de mercúrio;
- Proteinúria e outras alterações no sedimento urinário, mas sem lesão renal (função renal normal);
- Sequelas cerebrovasculares hipertensivas com alterações neurológicas residuais permanentes;
- Hipertrofia ventricular esquerda, sem insuficiência cardíaca congestiva;
- Retinopatia hipertensiva com ou sem hemorragias ou exsudados.

3.1.4 — Grau IV 0,71-0,90

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

- As leituras das pressões diastólicas são normalmente da ordem dos 140 mm de mercúrio;
- Proteinúria e outras anormalidades no sedimento urinário com função renal intacta e evidência de retenção nitrogenada;
- Doença cerebrovascular hipertensiva com resíduos neurológicos permanentes;
- Hipertrofia ventricular esquerda, com ou sem insuficiência cardíaca congestiva;
- 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 inequívoca 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 deter-

minação 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 requerer previamente a caracterização da doença profissional ou do acidente de trabalho, tão segura quanto possível, tendo em atenção que dos procedimentos diagnósticos não deverá 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. Deverão também ser valorizados os elementos semiológicos que poderão contribuir para corrigir os graus de incapacidade previstos na alínea E): grau de dispneia, existência de cianose, hipocratismo digital, evidência de *cor pulmonalae*, deformações físicas, alterações estéticas (a avaliar por «Dismorfias»), etc.

Dever-se-á fazer 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 será 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, dever-se-á usar 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, poderão 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), nestes casos a IPP tenderá 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 fará 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, deverão ser efectuadas determinações da distensibilidade pulmonar, transferência, alvéolo-capilar do CO, provas de esforço e provas de provocação inalatória, específicas e inespecíficas (hiper-reatividade brônquica).

Se o estudo funcional respiratório é normal em repouso ou sempre que for julgado clinicamente adequado, poderá haver lugar à realização de provas de esforço, as quais, pela determinação da PaO₂ no sangue arterial antes e durante o esforço, poderão determinar a existência de incapacidade funcional, por tornarem patente uma insuficiência respiratória latente. O grau de incapacidade a atribuir será ponderado de acordo com os valores da PaO₂ atingida e o grau de esforço efectuado.

A prova de esforço será 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 PaO₂ de 10 mmHg.

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

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

Poderá 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 será apenas dada por estas. Se além do predomínio das alterações funcionais ocorrerem imagens radiográficas de lesões extensas, estas terão uma IPP entre 0,05 e 0,15, que se adicionará, segundo o princípio da capacidade restante, à incapacidade funcional, cuja soma nunca ultrapassará 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, implicarão a atribuição de incapacidade clínica funcional por causarem sempre diminuição da reserva respiratória [mínimo do grau I 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 asmáticos podem ser passíveis de invalidez por:

- Asma profissional — situação clínica resultante da sensibilização no local de trabalho a substâncias implicadas ou resultantes dos processos de produção;
- Asma complicada pela profissão — se o trabalhador não for recolocado efectivamente, por negligência do empregador, os agravamentos serão da responsabilidade deste e serão avaliados como se de asma profissional se tratasse.

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 ou asma agravada pela profissão impõe sempre 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 uma normalização da função respiratória, não haverá lugar a atribuição de incapacidade, mas sim à reconversão profissional ou à recolocação selectiva.

O grau de incapacidade será um dos previstos na alínea E), corrigido pela persistência de hiper-reatividade brônquica, no número de crises de broncoespasmo, devidamente documentadas, necessitando de assistência em serviços de urgência ou de medicina do trabalho, bem como da existência ou não de sintomatologia entre as crises, apesar de uma terapêutica optimizada. A avaliação funcional será efectuada após afastamento do local de trabalho.

2 — Bronquite industrial

Situação de obstrução crónica das vias aéreas relacionada com a exposição a poluentes cuja concentração máxima admissível é excedida no prazo máximo de caracterização ou de exposição mínimo para ser lesível.

A caracterização desta situação depende da demonstração desta relação de causa-efeito, baseada em dados da história clínica, estudo e análise do posto de trabalho e dos elementos do estudo da função respiratória. A melhoria dos parâmetros clínicos e funcionais com o afastamento do local de trabalho é valorizável para efeitos de recolocação selectiva.

Nos indivíduos fumadores deverá ser ponderada a importância deste factor e excluída, de forma razoável, a possibilidade de o fumo de tabaco ser o único factor responsável pelas alterações clínicas e funcionais.

O grau de incapacidade conforme a alínea E), determinado após afastamento do local de trabalho e optimização terapêutica, será corrigido para o mínimo ou máximo e dependerá da conjunção da persistência de alterações da função respiratória, incluindo a hiper-reatividade brônquica com as queixas clínicas e a necessidade de afastar o trabalhador do posto de trabalho, sendo objecto de recolocação selectiva.

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

O grau de incapacidade será 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, deverão ser afastados do posto de trabalho que lhe deu origem pelo risco de novas agudizações da doença, com progressão da mesma; Deverá 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.

4 — Doenças inalatórias por poeiras ou fibras minerais (pneumoconioses)

O grau de IPP a atribuir será o previsto na alínea E).

Na atribuição de um grau de incapacidade haverá que ter em consideração que o diagnóstico de doença deste grupo deverá acarretar a proibição de ocupar 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, poderá 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-se-á ter em conta, para correcção dos graus de IPP, o risco acrescido de doenças infecto-contagiosas (nomeadamente tuberculose) e de cancro do pulmão ou da pleura, supervenientes a algumas pneumoconioses.

5 — Parede torácica e diafragma

A correcção do grau de incapacidade basear-se-á 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 da «Dismorfia», n.º 2.

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

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

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

Esta reparação deverá basear-se na eventual incapacidade funcional respiratória e no prognóstico. Nos casos em que não haja alteração da função respiratória, não haverá lugar a reparação ou atribuição de IPP.

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

7 — Estenoses da traqueia

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

8 — Miscelânea (situações a caracterizar no respectivo capítulo da tabela)

Há um conjunto de doenças respiratórias capazes de reforçar a incapacidade, pela sua repercussão sistemática, 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 poderão 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 do 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 o 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 deverão 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 deverá estar contido nos limites de determinado grau e basear-se-á 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 inclinarão a IPP a atribuir para o valor menor dos limites do grau a atribuir e a predominância das mesmas variáveis inclinarão 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 ultrapassará 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) $\geq 80\%$;
Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) $\geq 80\%$;
Débitos expiratórios máximos (DEM):

DEM 50 $> 60\% < 80\%$;
DEM 25-75 $> 60\% < 80\%$;

Distensibilidade pulmonar (*compliance* estática) $\geq 70\%$;
Difusão do CO $\geq 70\%$;
PaO₂ ≥ 75 mmHg;
PaCO₂ ≤ 45 mmHg;
Hiper-reactividade 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 $> 60\% < 69\%$;
PaO₂ ≥ 75 mmHg;
PaCO₂ ≤ 45 mmHg;
Hiper-reactividade 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 *cor-nage* 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 $< 59\% > 50\%$;
PaO₂ < 75 mmHg > 65 mmHg;
PaCO₂ ≤ 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 *cor-nage* 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 $\leq 49\%$;
PaO₂ < 64 mmHg;
PaCO₂ > 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 será corrigida pelo factor 1,5 no caso de o trabalhador ter mais de 45 anos de idade e se não for reconvertevel profissionalmente. A incapacidade não poderá, em nenhum caso, ultrapassar os 95%, excepto no grau IV com *cor pulmonale*.

CAPÍTULO VIII

Nefrologia/urologia

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 a 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 deverá ser sempre reavaliado a intervalos máximos de dois anos, nomeadamente no caso dos transplantados renais.

1 — Rim

1.1 — Na insuficiência renal crónica, que implicará hemodiálise regular em fase avançada, a avaliação desta deve ser feita de dois em dois anos, através do filtrado glomerular:

a) 60 ml/m a 80 ml/m	0,00-0,10
b) 40 ml/m a 60 ml/m	0,10-0,30
c) 25 ml/m a 40 ml/m	0,30-0,50
d) 10 ml/m a 25 ml/m	0,50-0,80
e) Menos de 10 ml/m ou sujeito a hemodiálise regular	0,80-0,90

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)	0,02-0,05
b) Cicatrizes viciosas sem alteração da função (ecografia)	0,05-0,10
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. «Angiocardiologia», n.º 3.1).	

1.4 — Nefrectomia:

1.4.1 — No rim restante:

a) Sem insuficiência renal significativa	0,00-0,05
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. «Dismorfias», n.º 1.4.7).	
b) Eventração lombar (traumática ou pós-operatória)	0,20-0,30
c) Cicatrizes viciosas (v. «Dismorfias», n.º 1.4.1).	

2 — Bacinete e uréter

2.1 — Hidronefrose:

2.1.1 — Bem tolerada:

a) Unilateral	0,02-0,05
b) Bilateral	0,05-0,10

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	0,20-0,30

2.2.2 — Complicada de insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).

2.3 — Sequelas traumáticas ou cirúrgicas do uréter:

a) Nefro ou ureterostomia cutânea definitiva unilateral	0,40-0,60
---	-----------

b) Idem, bilateral ou sobre rim único	0,60-0,80
c) Derivação urétero-intestinal	0,60-0,80
d) Com reimplantação vesical eficaz	0,30-0,40
e) Ureteroplastia com segmento ileal	0,40-0,60

3 — Bexiga

O coeficiente a fixar será 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, traduzível por: polaquiúria, disúria e moderada redução da capacidade vesical objectivada por exames complementares	0,02-0,05
b) Lesões orgânicas da bexiga, tais como telangiectasias vesicais, sem complicações	0,05-0,08
c) Idem, complicadas com eritrocitúria, piúria e cristalúria	0,08-0,10

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 interaticial, documentada com exames complementares de diagnóstico	0,08-0,15

3.3 — Alteração significativa da capacidade vesical por espasticidade ou retração vesical, necessitando de aparelho colector ou de correcção cirúrgica

	0,15-0,25
--	-----------

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	0,35-0,50
b) Com infecções de repetição e repercussão no sector superior do aparelho urinário (pielonefrites)	0,50-0,70
c) Enteró ou colicistoplastia de aumento da capacidade vesical	0,30-0,50
d) Idem, com complicações infecciosas	0,40-0,60

3.5 — Fistulas vesicais:

a) Vesicopúbica definitiva	0,30-0,40
b) Vesico-intestinal	0,60-0,80
c) Vesico-rectal	0,65-0,85
d) Vesicovaginal	0,50-0,80
e) Idem, com graves fenómenos infiltrativos	0,65-0,90

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 (conforme vida de relação e esperança de vida)

	0,50-1,00
--	-----------

4 — Uretra

Na avaliação das sequelas das lesões uretrais devem atender-se:

À sintomatologia subjectiva, tais como: disúria, jacto enfraquecido, retenção urinária, incontinência urinária ou outras equivalentes;

Aos dados objectivos colhidos na exploração clínica, tais como: apertos, fistulas ou outras alterações cicatriciais e ainda aos recolhidos na observação instrumental, como uretroscopia, uretrografia retrógrada e miccional, fluxometria, etc.

Às 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

	0,10-0,20
--	-----------

4.3 — Sequelas de lesões maiores que alteram a permeabilidade da uretra corrigíveis cirurgicamente

	0,10-0,20
--	-----------

4.4 — Destruição parcial da uretra anterior susceptível de uretoplastia eficaz

	0,20-0,30
--	-----------

4.5 — Idem, uretra posterior

	0,35-0,40
--	-----------

4.6 — Sequela operatória de uretoplastia 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 incluído 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 conseqüente 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, distinguem-se quatro graus de gravidade:

1.1 — Grau I 0,00-0,10

- a) Sintomatologia escassa ou descontinua do órgão ou do sistema atingido;
- b) Ausência ou pequena perda tecidual que não ocasione sequelas cirúrgicas que se traduzam em disfunção relevante;
- c) Conservação do peso normal, sem restrições dietéticas e sem necessidade de correcção ou de compensação pelos fármacos de forma continuada.

Nota. — O coeficiente máximo será de atribuir só quando dificultar o desempenho do posto de trabalho.

Grau II 0,10-0,30

- 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.

Nota. — O coeficiente máximo será de atribuir só quando dificultar o desempenho do posto de trabalho.

Grau III 0,30-0,50

- 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.

Nota. — O coeficiente mais elevado será de atribuir apenas quando tornar difícil o desempenho do posto de trabalho habitual e quando modificar de forma marcada a vida de relação.

Grau IV 0,50-0,75

- 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, controláveis ou dificilmente controláveis e irreversíveis.

Nota. — O coeficiente máximo será de atribuir quando a vida de relação for impossível e quando não for possível o desempenho de qualquer posto de trabalho.

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 conseqüente do distúrbio mental predominantemente resultante de acidente de trabalho ou de doença profissional.

As incapacidades reflectem as sequelas da doença ou os défices funcionais para o desempenho do posto usual de trabalho. Só a incapacidade global resultante do somatório das incapacidades parciais definirá, em termos a regulamentar, a incapacidade para o desempenho de qualquer posto de trabalho.

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

Na impossibilidade prática de incluir neste capítulo uma descrição exaustiva das múltiplas entidades clínicas com relevância pericial, que comprometeria a eficácia e a operacionalidade que devem caracterizar um instrumento desta natureza, adoptou-se um quadro nosográfico de referência, reconhecido e largamente aceite pela comunidade psiquiátrica.

A opção recaiu sobre: *Glossário e Guia de Classificação dos Distúrbios Mentais*; segundo a 9.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), da OMS, cuja simplicidade, clareza e concisão são geralmente reconhecidas. Este sistema de classificação apresenta, além disso, para este fim específico, outras vantagens importantes: respeita a tradição psiquiátrica e encontra-se consideravelmente enraizado na experiência clínica.

Tendo sido oportunamente considerada a possibilidade de utilizar como quadro de referência não a 9.ª mas a 10.ª revisão (CID-10), cuja publicação a OMS anunciou para breve, esta hipótese viria, contudo, a ser descartada com fundamento em três ordens de razões: por um lado, por ser aquele o sistema de classificação acolhido na legislação em vigor, por outro, porque tal significaria o protelamento, por tempo indefinido, da presente edição da Tabela Nacional de Incapacidades e, finalmente ainda, por se admitir que, à semelhança do antecedente, a implantação e utilização de rotina do novo sistema irão exigir, na prática, um período de tempo considerável, pouco consentâneo com a urgência requerida pela imediata aplicabilidade da Tabela Nacional de Incapacidades.

A opção feita não invalida, porém, o recurso ou a remissão para outros sistemas de classificação, nomeadamente para o CID-10, da OMS, logo que este haja sido publicado, ou para o *DSM — III, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais e DSM-III-R*, da Associação Americana de Psiquiatria.

Os princípios aqui definidos constituem um quadro de referência privilegiado, embora com carácter indicativo, que não deve conduzir a arbitrariedades e onde os valores máximos devem ser atribuídos apenas às situações clínicas limite. Assim, o valor de 100% será de atribuir quando a situação clínica for equivalente à simples vida vegetativa.

Pelo aflorado atrás, a avaliação da incapacidade permanente que traduz o défice funcional resultante de distúrbio mental, com origem no acidente de trabalho ou na doença profissional, constitui uma tarefa delicada. É isto porque o conceito de normalidade, bastante vago e impreciso em psiquiatria, a natureza peculiar do distúrbio mental, a interacção dinâmica entre a personalidade e o meio, a predisposição individual e os factores exógenos constituem uma teia complexa e difícil de traduzir em termos de causalidade. Todavia, devem ser envidados todos os esforços para encontrar a relação causa-efeito, ou seja, o nexo de causalidade.

Na ausência de uma distinção nítida entre a saúde mental e distúrbio mental, adjacentes ao conceito de normalidade, a avaliação de uma incapacidade permanente, em termos de compromisso fisiológico, psicológico ou psicopatológico para a ocupação do posto de trabalho e, eventualmente, o compromisso social, deve entender-se sobretudo ao nível de adaptação individual anterior ao trabalho, em relação à ocorrência do acidente ou da doença.

É este o quadro de referência no qual se inserem os vários níveis adiante previstos, a maior ou menor regressão da personalidade do sujeito, a deterioração do seu comportamento, a diminuição da autonomia individual e, eventualmente, o desajustamento social.

Significa isto que, sendo reconhecidas, 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, se aceite que, em casos devidamente justificados, o perito possa atribuir o máximo da incapacidade prevista, sem perder de vista o atrás referido.

Por isso, a quantificação do défice funcional ou prejuízo sofrido deve respeitar a zona de variação dos valores de incapacidade previstos, respeitando os princípios enunciados e reservando o máximo para os casos limite ou de excepção, quando fundamentados.

Na avaliação pericial, deve ainda ter-se em conta o conceito de consolidação, i. e., o momento em que, na sequência do estado transitório que constitui o período 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 evitar eventuais recidivas ou um possível agravamento da situação clínica de que resultou um certo grau de incapacidade permanente.

A aplicação dos coeficientes de desvalorização representa apenas a última etapa de um processo laborioso, que inclui a realização de um minucioso exame clínico e dos exames complementares de diagnóstico considerados necessários, assim como a elaboração de um relatório exaustivo onde constem todos os elementos apurados e as conclusões periciais devidamente fundamentadas.

A fim de tornar mais acessível a utilização da Tabela nos distúrbios mentais, dispensando o recurso a outras fontes, os critérios de avaliação das incapacidades vão precedidos de um glossário e guia de classificação dos distúrbios mentais com relevância pericial. Os critérios de avaliação, além de balizarem uma zona de variação, distinguem quatro graus de gravidade.

I — Glossário e guia de classificação dos distúrbios mentais (*)

1 — Psicoses. — Nas psicoses o comprometimento das funções mentais traduz-se por alterações evidentes das capacidades de discernimento, de crítica objectivante, de fazer face a certas exigências da vida, de contacto com o real. Psicose não é termo exacto nem por agora possível de definição rigorosa. Exclui os atrasos mentais.

1.1 — Psicoses orgânicas (traumáticas e tóxicas). — Síndromas em que o doente se apresenta desorientado, com alterações da memó-

ria, da compreensão, das capacidades de previsão, de aprendizagem e de discernimento. A par destas características essenciais podem igualmente aparecer: labilidade afectiva ou alterações mais persistentes do humor, deterioração do senso moral e seus reflexos na conduta, exagero, exteriorização ou apagamento de certos traços da personalidade e diminuição da capacidade de autonomia (do tomar e depois assumir decisões responsáveis).

Excluem-se deste grupo outras psicoses que, podendo embora estar associadas a quadros orgânicos, se não apresentam com as características atrás descritas.

O termo «demência» designa aqui as psicoses orgânicas, como definidas acima, de natureza crónica ou de evolução progressiva, por regra irreversíveis e fatais, quando não tratadas (incluir síndrome psicótica por lesões orgânicas do encéfalo).

1.2 — Outras psicoses não orgânicas. — Estas rubricas aplicam-se ao pequeno número de estados psicóticos cuja origem se atribui, total ou parcialmente, a uma vivência recente. Não se aplicam às psicoses em que os factores exógenos constituem apenas um dos factores (mas não o principal) da etiologia.

1.2.1 — Forma depressiva. — Psicose depressiva que, pelos sintomas, se assemelha à psicose maniaco-depressiva (PMD), tipo depressivo, mas que foi aparentemente desencadeada por um acontecimento doloroso. A variação diurna dos sintomas é menos definida do que na PMD e as ideias delirantes têm relação compreensível com a experiência vivida.

As alterações do comportamento (por exemplo, tentativas de suicídio), são quase sempre preocupantes (psicose depressiva psicogénica, psicose depressiva reactiva).

1.2.2 — Excitação reactiva. — Psicose afectiva sintomaticamente semelhante à psicose maniaco-depressiva, tipo maniaco, mas aparentemente desencadeada por um stress emocional (excitação psicogénica).

1.2.3 — Psicose delirante psicogénica. — Psicose delirante psicogénica ou reactiva, sob qualquer das suas formas, cuja evolução é mais longa do que as reacções agudas (baforadas delirantes) (psicose delirante reactiva prolongada).

2 — Perturbações neuróticas e outras não psicóticas:

2.1 — Neuroses. — Mantém-se a designação em obediência a uma tradição psiquiátrica ainda fortemente enraizada na prática clínica.

As perturbações neuróticas são afecções mentais sem base orgânica demonstrável, face às quais o indivíduo se pode manter perfeitamente lúcido e que se não acompanham, idealmente, de qualquer alteração da prova da realidade e nas quais o indivíduo, por regra, não confunde as suas experiências subjectivas e fantasmas mórbidos com a realidade exterior. O comportamento pode estar muito perturbado, se bem que quase sempre se mantenha dentro dos limites socialmente aceitáveis; a personalidade não se desorganiza. Manifestações principais: ansiedade excessiva, sintomas histéricos, fobias, sintomas obsessivos e compulsivos, depressão.

2.1.1 — Estados ansiosos. — Várias combinações dos sintomas físicos e mentais reveladores de uma ansiedade que se não justifica pela existência de factores ameaçadores objectiváveis e que ou sobrevém por acessos ou tende a cronicizar. A ansiedade é habitualmente difusa mas pode chegar ao pânico. A ocorrência eventual de outros sintomas neuróticos — obsessivos ou histéricos — não domina o quadro clínico [neurose de angústia, estado (neurótico) de angústia].

2.1.2 — Histeria. — O doente parece ignorar os motivos do seu sofrimento, que causam quer um estreitamento do campo da consciência quer alterações de tipo motor ou sensorial que se podem considerar «vantajosas» do ponto de vista psicológico ou a que se pode atribuir valor simbólico. Uma das formas de se caracterizar a histeria é por meio dos sintomas de conversão ou de dissociação. No primeiro caso o sintoma principal, ou único, traduz-se por uma alteração funcional psicogénica de parte do corpo (por exemplo, paralisias, tremores, cegueira, surdez, crises). Na forma associativa, o sintoma dominante é o estreitamento do campo da consciência, que parece servir a finalidades inconscientes e que quase sempre é acompanhado ou seguido de amnésia selectiva. As modificações ocasionais da personalidade, ainda que espectaculares, são superficiais, assumindo, por vezes, a forma de fugas (deambulação). O comportamento pode simular uma psicose (com maior rigor, simular a ideia que o doente faz do que é uma psicose) (histeria de conversão, neurose de renda, estado dissociativo).

2.1.3 — Estados fóbicos. — Neuroses caracterizadas por medos anormalmente intensos de determinados objectos ou situações que normalmente não provocam esse efeito. Quando a ansiedade, a partir de uma dada situação ou objecto, se dissemina para um conjunto mais amplo de circunstâncias, o estado fóbico identifica-se com o estado ansioso e será classificado como tal (agorafobia, claustrofobia, histeria de angústia).

2.1.4 — Estados obsessivos e compulsivos. — O sintoma principal é um sentido subjectivo de compulsão — a que o indivíduo procura resistir — para a execução de determinado acto, a fixação numa só ideia para a lembrança de determinada experiência ou a ruminância à roda de assuntos abstractos. Esta como que imposição de pensamentos contra a própria vontade, a obsessão por palavras e ideias,

(*) Este quadro nosográfico de referência foi elaborado tendo em conta, por um lado, a sistematização e o texto da CID-9 nas rubricas aplicáveis a uma tabela de incapacidades desta natureza e, por outro, as designações utilizadas na sua tradução portuguesa, *Glossário e Guia de Classificação das Doenças, Perturbações e Anomalias Mentais*, segundo a 9.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, da autoria do Dr. Manuel Guedes Guimarães (separata da *O Médico*, n.º 1591, de 25 de Março de 1993), e ainda o texto da reprodução do capítulo «Distúrbios mentais CID-9», incluído no apêndice D da edição portuguesa do *DSM — III, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*, da Associação Americana de Psiquiatria (Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, L.ª, Lisboa, 1986).

as rumações ou correntes de pensamentos são ressentidas dolorosamente pelo doente como desapropriadas e absurdas. As compulsões ou as ideias obsessivas são reconhecidas como estranhas à personalidade mas como vindas de «dentro» do indivíduo. Os actos obsessivos podem assumir a forma de gestos quase rituais, com que os doentes procuram dissipar a ansiedade (por exemplo, lavagem repetida das mãos para evitar a contaminação). As tentativas para afastar os pensamentos ou impulsos indesejáveis podem resultar num conflito interno grave, acompanhado de profunda ansiedade (neurose anancástica, neurose compulsiva).

2.1.5 — Depressão neurótica. — Perturbações neuróticas caracterizadas por uma depressão desproporcionada, habitualmente consecutiva a uma vivência penosa. Não aparecem nem ideias delirantes nem alucinações, mas o doente centra as suas preocupações no traumatismo psíquico que precedeu a depressão (por exemplo, a perda de um ente querido ou de bens). A ansiedade aparece com muita frequência neste quadro — os estados depressivos ansiosos classificam-se também nesta rubrica. No diagnóstico diferencial entre psicose e neurose depressivas valorizam-se:

- a) O grau da depressão;
- b) A presença ou ausência de outras características neuróticas ou psicóticas;
- c) A gravidade das anomalias do comportamento.

(Depressão ansiosa, estado depressivo neurótico.)

2.1.6 — Neurastenia. — Perturbações neuróticas caracterizadas por fadiga, irritabilidade, cefaleias, depressão, insónia, dificuldades de concentração e anedonia (incapacidade de sentir prazer). Este tipo de neurose pode fazer parte de um quadro infeccioso ou seguir-se a ele ou aparecer como consequência de esgotamento ou em resultado de stress emocional prolongado (debilidade nervosa).

2.1.7 — Hipocondria. — O indivíduo preocupa-se excessivamente com a saúde em geral, com a integridade e funcionamento de partes ou de uma parte do seu corpo ou (mais raramente) com a sanidade do seu espírito. A hipocondria acompanha-se habitualmente de ansiedade e depressão. Pode ser também sintoma de outra perturbação mental grave (neste caso não se classifica nesta rubrica).

2.1.8 — Outras neuroses. — Perturbações neuróticas que se não podem incluir em qualquer das rubricas anteriores (por exemplo, neurose profissional). Os doentes que apresentam neuroses mistas não se devem classificar nesta rubrica, mas sim naquela que corresponde aos sintomas predominantes (neurose profissional, neurose psicasténica, psicastenia, síndrome de Briquet).

2.2 — Perturbações da adaptação. — Desajustamentos ligeiros ou transitórios, de duração superior às das reacções agudas, sobre vindo em indivíduos sem história de perturbações psíquicas e relativamente circunscritas a (ou próprias de) dada situação. Por regra de carácter reversível, não duram mais de alguns meses. Estão estreitamente relacionadas, quer cronologicamente quer pela sua natureza, com situações penosas e angustiantes, luto ou separação.

2.2.1 — Reacção depressiva prolongada. — Estados de depressão (não classificados como maniaco-depressivos, psicóticos ou neuróticos), em geral demorados e que se desenvolvem habitualmente em relação a um factor de stress também demorado.

2.2.2 — Com perturbações da afectividade não do tipo depressivo. — Correspondem às características gerais das perturbações da adaptação em que os sintomas dominantes são do tipo afectivo (ansiedade, medo, tédio, etc.), mas não de tonalidade depressiva (ansiedade anormal de separação).

3 — Perturbações mentais específicas não psicóticas consecutivas a lesões cerebrais. — A utilizar unicamente para os casos em que as lesões cerebrais determinem a natureza das perturbações.

3.1 — Síndrome frontal. — Modificações do comportamento consecutivas a lesão das áreas frontais do cérebro ou que compromete as conexões dessas áreas. Há uma baixa geral do autodomínio, da capacidade de previsão, da criatividade e da espontaneidade, ao mesmo tempo que se exacerbam a irritabilidade, o egoísmo, a turbulência e a falta de interesse e de consideração pelos outros. A atenção e a concentração estão quase sempre diminuídas, mas nem em todos os casos se verifica a deterioração mensurável da inteligência ou da memória. O quadro geral é de empobrecimento afectivo, de falta de iniciativa e dinamismo e de lentificação; porém, sobretudo nos indivíduos que, enquanto saudáveis, eram enérgicos, activos ou agressivos, pode antes observar-se o aparecimento de impulsividade, jactância pueril, crises de cólera ou arrogância desproporcionadas. O tipo de modificação com que deparamos depende habitualmente da personalidade prévia do doente. Há casos de recuperação muito razoável, que se pode manter durante anos (síndrome dos lobotomizados, síndrome pós-leucotomia).

3.2 — Modificações intelectuais ou da personalidade de outro tipo. — Estados crónicos com ligeiras disfunções mnésicas e leve deterioração intelectual, acompanhados muitas vezes por aumento da irritabilidade, dolências várias, cansaço e queixas quanto ao estado de saúde. Estes quadros encontram-se muitas vezes associados ao processo de envelhecimento e podem preceder a instalação de síndro-

mos mais graves, por comprometimento orgânico do cérebro (psicossíndrome orgânico não psicótico, défice ligeiro da memória).

3.3 — Síndrome pós-traumático (comocional ou concussional). — Sobrevém em consequência de um traumatismo cranicefálico fechado (concussão). O quadro clínico pode assemelhar-se ao do síndrome frontal ou a uma das neuroses, mas existem a mais, habitualmente, os seguintes sintomas: cefaleias, vertigens, fadiga, insónia, sentimento subjectivo de diminuição das capacidades intelectuais. O humor pode ser muito variável; uma qualquer ocorrência banal é susceptível de causar medo e apreensão desproporcionados a uma causa. Estes indivíduos podem exibir também intolerância marcada aos esforços intelectuais e físicos, hipersensibilidade aos ruídos e preocupações hipocondríacas. Estes sintomas vêm-se com mais frequência em indivíduos com anamnese de perturbações neuróticas ou da personalidade ou quando existe a possibilidade de compensação (benefício secundário).

Este síndrome aparece mais frequentemente associado aos traumatismos cranianos fechados, com poucos ou nenhuns sinais de lesão focal do encéfalo, mas pode também aparecer noutras condições [síndrome cerebral pós-comocional, síndrome cerebral pós-traumático, não psicótico, síndrome pós-concussional (encefalopatia)].

II — Critérios de avaliação das incapacidades

1 — Psicoses (distúrbios psicóticos). — Estas englobam as psicoses orgânicas de origem traumática ou tóxica e outras psicoses não orgânicas, que podem revestir as seguintes formas: depressiva, excitação reactiva e psicose delirante psicogénica.

1.1 — Grau I — Perturbação ligeira, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,00-0,19
1.2 — Grau II — perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,20-0,49
1.3 — Grau III — perturbações importantes, com acentuada deterioração do comportamento, requerendo assistência durante períodos mais ou menos prolongados ..	0,50-0,84
1.4 — Grau IV — perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as actividades quotidianas, requerendo vigilância e cuidados permanentes	0,85-1,00

2 — Perturbações neuróticas e outras não psicóticas. — Incluem as neuroses (estados ansiosos, estados fóbicos, estados obsessivos e compulsivos, depressão neurótica, neurastenia, hipocondria e outras) e as perturbações da adaptação (reacção depressiva prolongada ou com perturbações de afectividade não do tipo depressivo):

2.1 — Grau I — perturbação ligeira, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,00-0,04
2.2 — Grau II — perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,05-0,19
2.3 — Grau III — perturbações importantes, com acentuada modificação dos padrões da actividade diária ..	0,20-0,39
2.4 — Grau IV — perturbações graves, envolvendo uma maior ou menor regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento	0,40-0,50

3 — Perturbações mentais específicas não psicóticas consecutivas a lesões cerebrais. — Incluem síndrome frontal, modificações intelectuais ou da personalidade de outro tipo, síndrome pós-traumático (comocional ou concussional):

3.1 — Grau I — perturbações ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,00-0,19
3.2 — Grau II — perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,20-0,49
3.3 — Grau III — perturbações importantes, com acentuada deterioração do comportamento, requerendo assistência durante períodos mais ou menos prolongados ..	0,50-0,84
3.4 — Grau IV — perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as actividades quotidianas, requerendo vigilância e cuidados permanentes	0,85-1,00

CAPÍTULO XI

Dermatologia

Instruções específicas. — As dermatoses profissionais são das mais frequentes das doenças profissionais. Têm estado, porém, por um conjunto de circunstâncias, subvalorizadas quanto à sua real importância médica, social e legal.

Importa assim rever as bases em que tem assentado a atribuição das incapacidades às dermatoses, que, até à data, se limitavam aos eczemas e às radiodermites.

Se bem que aqueles constituam, sem dúvida, a grande maioria das dermatoses profissionais passíveis de atribuição de desvalorização, outros quadros clínicos dermatológicos podem igualmente condicionar incapacidades, mais ou menos acentuadas, que convém agora discriminar.

Por outro lado, há que ter em conta a especificidade da patologia dermatológica, mormente no que diz respeito aos eczemas alérgicos. De facto, não raramente um doente que se afasta da sua profissão fica clinicamente curado, mas na realidade ele mantém uma reactividade latente que se manifesta ao menor contacto com a substância causadora da sua dermatose. Esta reactividade latente representa, pois, uma susceptibilidade permanente que pode obrigar a uma reclassificação profissional, a que há que atender na recolocação selectiva. Neste caso, a incapacidade é igual a 0.

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

- a) Intensidade e extensão das lesões;
- b) Cura total ou parcial da dermatose sob tratamento ou por afastamento da actividade profissional;
- c) Capacidade funcional restante;
- d) Complicações e sequelas, com incapacidades adicionais (atenção às características do posto de trabalho).

Às situações patológicas do foro dermatológico, à excepção das neoplasias, é de atribuir o valor mínimo previsto quando o trabalhador tiver menos de 50 anos e for reconvertível profissionalmente.

Nos restantes casos variará com a idade, a extensão das lesões e a irreconvertibilidade profissional.

1 — Eczemas

1.1 — Eczemas de contacto alérgico:	
1.1.1 — Impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional	0,10-0,20
1.1.2 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional, sem recolocação e sem reconversão profissional	0,15-0,25
1.2 — Eczemas de contacto irritativos ou traumáticos:	
1.2.1 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional, sem recolocação e sem reconversão profissional	0,15-0,25
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 — Eczemas irritativos traumáticos curados e com recolocação selectiva	0,00

2 — Urticária de contacto

De acordo com as exigências e as características do posto de trabalho (só quando for incompatível com qualquer posto de trabalho é de atribuir o máximo)

0,10-0,80

3 — Radiodermites agudas e crónicas

Conforme a extensão e o grau de impedimento para o desempenho do posto de trabalho (o máximo só é de atribuir quando a recolocação for impossível)

0,10-0,80

4 — Ulcerações cutâneas

4.1 — Ulceração por produtos químicos ou outros: Dependendo da localização e extensão da ulceração, das sequelas, e comprometendo ligeiramente a marcha, quando localizadas no membro inferior

0,00-0,10

4.2 — Ulcerações cutâneas crónicas pós-traumáticas dos membros inferiores e consoante a dificuldade da marcha:

- a) Impedindo parcialmente o trabalho
- b) Impedindo totalmente o trabalho
- c) Impedindo a marcha e o trabalho

0,05-0,20

0,21-0,40

0,41-0,60

5 — Infecções, infestações, parasitoses

Dependendo das sequelas e capacidade funcional restante:

5.1 — Erisipela	0,00-0,15
5.2 — Tuberculose cutânea	0,00-0,10

5.3 — Dermatofitias	0,00-0,15
5.4 — Candidiases	0,00-0,10
5.5 — Estafilococcia	0,00-0,10
5.6 — Micoses profundas, se impedirem o trabalho e a marcha	0,05-0,50
5.7 — Virose (quando tiverem tradução cutânea recedivante ou permanente)	0,00-0,10

6 — Discromias

Dependendo da sintomatologia, desfiguramento e incapacidade para o desempenho do posto de trabalho, se o visual for absolutamente necessário

0,00-0,05

7 — Fistulas crónicas pós-traumáticas

Fistulas dérmicas pós-traumáticas

0,00-0,10

8 — Acne, foliculites

Dependendo da incapacidade, de extensão das lesões e da incapacidade para o exercício do posto de trabalho

0,00-0,10

9 — Neoplasias cutâneas

9.1 — Neoplasias benignas	0,00-0,15
9.2 — Neoplasias malignas:	
Dependendo do segmento atingido, extensão da lesão, malignidade do tumor, cicatriz pós-operatória	0,00-0,90

CAPÍTULO XII

Órgãos de reprodução

A) Aparelho genital feminino

Introdução. — A reprodução de qualquer ser superior implica o encontro e fusão dos gametas masculino e feminino. Todavia, os aparelhos sexuais são também sede de prazer, de felicidade e de satisfação sexual, nomeadamente na idade fértil (até aos 45 anos para a mulher; até aos 55 anos para o homem). Por isso, qualquer défice anatómico ou funcional deve ser avaliado num tríplice aspecto: reprodutor, estético e satisfação sexual.

O aparelho genital feminino tem durante a idade fértil da mulher a função reprodutora e para o bom êxito de uma gravidez há vários factores a considerar.

Pode haver obstáculos à passagem dos espermatozoides, isto é, o muco cervical tem de apresentar as condições ideais para a penetração do esperma e as trompas têm de ter a permeabilidade e a motilidade conservada.

Após a fertilização do óvulo na trompa o embrião é transportado para o útero, onde se dá a implantação. As alterações anatómicas da cavidade uterina (anomalias congénitas, miomas, sinequias uterinas, incompetência cérvico-istmica) podem contribuir para a infertilidade secundária.

Evidentemente que tudo o que foi acima descrito só é possível se a função ovárica estiver íntegra.

Além da função reprodutora, o aparelho genital tem ainda a função sexual, não menos importante e que terá de ser avaliada ao longo de toda a vida da mulher, em relação a ela própria e na sua relação com o companheiro.

As alterações hormonais que se dão na mulher na menopausa, impossibilitam-na de ter filhos, mas não de ter relações sexuais.

É do conhecimento geral que a vagina após a menopausa sofre modificações, tornando-se menos ampla e com menor resistência à infecção. A manutenção das relações quer por razões puramente mecânicas quer pela absorção dos esteróides do esperma previnem ou atrasam essas alterações.

Considerações prévias. — Embora a senologia na mulher abranja também as mamas, já referidas no capítulo «Dismorfias», que aqui serão apenas objecto de breve referência, é sobretudo ao nível do aparelho genital que ela se manifesta, pertencendo indubitavelmente à especialidade de ginecologia. Todavia, as mamas também devem ser avaliadas do ponto de vista estético e a sua repercussão no relacionamento sexual. Por isso na mulher púbere, a IPP atribuída pelas dismorfias poderá ser corrigida pela ginecologia com a soma de um terço da IPP base, se não há erecção mamilar por cicatriz retráctil com repercussão negativa no acto sexual.

As alterações endócrinas são consideradas no capítulo «Endocrinologia».

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 (média 45 anos), quando as lesões ou as disfunções impedirem a reprodução ou a satisfação sexual, as incapacidades encontradas serão multiplicadas pelo factor 1,5.

As novas técnicas médicas e cirúrgicas contribuíram para melhorar muitas das situações de infertilidade, por exemplo a fertilização *in vitro*.

Neste capítulo serão apenas abrangidos: vulva, vagina, útero (corpo e colo), trompas-de-falópio e ovários.

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.

As alterações da função urinária causadas por rasgaduras da vulva e que atinjam o meato urinário são desvalorizadas no capítulo «Urologia».

2 — *Útero*. — No útero há duas partes a valorizar: o colo e o corpo.

a) No colo há que considerar as lesões que originam:

Estenoses que prejudiquem ou impeçam a drenagem do fluxo menstrual;

Incompetências cérvico-istmicas que possam provocar infertilidade e que necessitam de correcção cirúrgica para possibilitar uma gravidez de termo;

Perdas parciais ou totais do colo;

E ainda as que diminuam ou alterem o muco cervical e que não sejam consequência de amputação.

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.

É de referir que é o útero grávido, ao deixar de ser um órgão pélvico, que sofre com mais facilidade traumatismos.

As sinequias uterinas resultantes de curetagem também são objecto de desvalorização, de acordo com a etiologia (aborto provocado por traumatismo) e grau de gravidade (se não houver possibilidade de tratamento), porque provocam infertilidade secundária.

A função sexual do casal não é alterada pela histerectomia total, se houver esclarecimento e, se necessário, apoio psiquiátrico prévio, pelo que não será de desvalorizar a perda do útero em mulheres com idade superior a 45 anos ou que tenham manifestado anteriormente o desejo de não ter filhos (laqueação das trompas).

3 — *Trompas-de-falópio*. — Nestas há que considerar as abstruções uni ou bilaterais e as salpingectomias uni ou bilaterais que tenham resultado de traumatismo.

4 — *Ovários*. — Estes desempenham um papel importante na vida da mulher até à menopausa.

A ooforectomia bilateral origina, além da esterilidade, a menopausa precoce, que prejudica a curto e a longo prazo a vida da mulher, principalmente se houver contra-indicação à terapêutica da substituição (aumenta a incidência das doenças cardiovasculares, fracturas, etc.).

A disfunção ovária, como consequência de traumatismo ou doença profissional, 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 e, inclusivamente, podem alterar a vida sexual do casal.

No coeficiente de desvalorização há ainda a considerar o factor do aleitamento, se a mulher tem menos de 45 anos ou é mãe.

Considerações finais. — A patologia do aparelho genital feminino a desvalorizar tem origem traumática e só raramente é doença profissional.

O diagnóstico, além de se basear na anatomia e observação, tem de ser completado com os exames auxiliares de diagnóstico.

1 — Vulva e vagina

- a) Deformidade da vulva e vagina, sem graves alterações do clitoris e que não requerem tratamento contínuo, com relações sexuais possíveis e com possibilidade de parto vaginal 0,00-0,10
- 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 0,10-0,15
- c) Como na alínea anterior, mas não controláveis pelo tratamento, com relações sexuais impossíveis e parto vaginal impossível 0,21-0,35
- d) Desfloramento, como seqüela de acidente ou sevícia

2 — Útero (corpo e colo)

2.1 — Colo:

- a) Deformidade do colo que não exija tratamento 0,00
- b) Estenose cervical moderada, perda parcial do colo ou alterações do muco cervical (que não sejam factor de esterilidade secundária) 0,00-0,05
- c) Incompetência cérvico-istmica ou alterações do muco que causem infertilidade secundária 0,06-0,10
- d) Estenoses que exijam dilatação periódica 0,10-0,15
- e) As lesões das alíneas anteriores quando não forem controláveis por tratamento ou quando se traduzirem em estenoses completas ou perda total do colo 0,16-0,20

2.2 — Corpo:

- a) Sinequias uterinas 0,00-0,10
- b) Cicatriz do corpo do útero que implique risco de rotura no decurso duma gravidez 0,10-0,20
- c) Histerectomia com conservação dos ovários ... 0,15-0,25
- d) Histerectomia com anexectomia bilateral 0,15-0,35
- e) 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
- 4) Histerectomia, como solução cirúrgica de prolapso com ulceração 0,15-0,25

3 — Trompas-de-falópio

- a) Obstrução ou salpingectomia unilateral 0,00-0,05
- 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 irreversível da ovogénese 0,15-0,20
- c) Ooforectomia bilateral 0,15-0,25

5 — Mama

- a) Cicatriz que deforme o mamilo e impeça a amamentação 0,00-0,05

Nota. — Para as restantes lesões mamárias, v. «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.

No caso do homem, embora os mamilos sejam erécteis, as mamas não têm papel tão decisivo no acto sexual, e a inter-relação com as gónadas não é tão patente do ponto de vista endocrinológico.

Há, todavia, que distinguir esterilidade e impotência; enquanto a primeira é decisiva para a reprodução, a segunda é imprescindível no homem para a prática sexual, porquanto sem erecção não há coito.

Por isso nos adultos jovens até aos 55 anos 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.

No caso particular da castração traumática ou resultante de intervenção cirúrgica necessária à cura de lesões resultantes de acidente ou de doença profissional, é de corrigir a incapacidade prevista de acordo com o parágrafo anterior.

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 (por exemplo, fibrose pós-traumática dos corpos cavernosos, cicatrizes que dificultem os movimentos do tronco ou dos membros inferiores, dificultando o coito pleno) 0,05-0,15
- 1.2 — Ereção suficiente, com relação sexual possível, mas sem ejaculação e sem satisfação sexual plena (por exemplo: fractura da pelve (bacia) com acentuada diastase púbica, fractura da uretra membranosa com hematoma perivesical ou periprostático com subsequente uretroplastia eficaz) 0,11-0,25
- 1.3 — Ausência total de erecção (disfunção eréctil neurológica ou vascular pós-traumática) 0,26-0,35
- 1.4 — Perda total do pénis, com consequente meato ectópico (será acrescida de uma IPP pela psiquiatria, de acordo com o princípio da capacidade restante, conforme as perturbações psíquicas daí resultantes, em adultos jovens até aos 55 anos) 0,36-0,40
- 1.5 — Emasculação total (perda do pénis e dos testículos) (a psiquiatria adicionará, de acordo com o princípio da capacidade restante, a incapacidade resultante das alterações psíquicas que ocorrem em adultos jovens, até aos 55 anos) 0,41-0,60

2 — Testículos

- 2.1 — Perda de um testículo por atrofia ou destruição pós-traumática ou por orquidectomia como terapêutica cirúrgica por acidente ou doença profissional ... 0,10-0,20
- 2.2 — Castração (perda de dois testículos) a graduar de acordo com o resultado do tratamento cirúrgico plástico e a compensação hormonal conseguida (adicionar, de acordo com o princípio da capacidade restante, pela psiquiatria a incapacidade por alterações psíquicas resultantes em adulto jovem até aos 55 anos) 0,21-0,35

3 — Epidímo, cordão espermático e vesículas seminais

- 3.1 — Sinais ligados a pequenas alterações anatómicas que perturbem a ejaculação mas que não exigem tratamento continuado, sem desvio da função hormonal ... 0,00-0,05
- 3.2 — Sinais que traduzem alterações anatómicas que perturbam a função seminal, embora sem grave repercussão na função hormonal 0,06-0,10
- 3.3 — Alterações graves da integridade do cordão espermático ou das vesículas seminais que perturbam gravemente a função seminal 0,15-0,20
- 3.4 — Idem, com perturbações da função hormonal 0,21-0,30

4 — Próstata

- 4.1 — Alterações de uretra prostática que interfiram com a ejaculação, sem a impedir 0,05-0,10
- 4.2 — Sequelas de tratamento endoprostático ou ablação da próstata com ejaculação retrógrada 0,11-0,20

5 — Bolsas

- 5.1 — Mau posicionamento testicular por lesões das bolsas pós-acidente ou pós-doença profissional 0,00-0,05
- 5.2 — Sequelas dolorosas locais que causem desconforto resultante de acidente ou acto cirúrgico por doença profissional 0,06-0,10
- 5.3 — Perda total das bolsas como sequela de acidente ou resultante de acto cirúrgico por doença profissional, com reimplantação ectópica e forçada dos testículos ... 0,11-0,15
- 5.4 — Hematocelos ou hidrocelos crónicos ou recidivantes pós-acidente ou pós-doença profissional 0,10-0,12

Nota. — Às incapacidades previstas nos n.ºs 5.3 e 5.4, quando se traduzirem por alterações psíquicas, a psiquiatria adicionará, segundo o princípio da capacidade restante, a respectiva incapacidade.

CAPÍTULO XIII

Hematologia

Considerações prévias. — É extremamente difícil estabelecer o grau de incapacidade real resultante das alterações hematopoiéticas em con-

sequência de agressão de natureza profissional sobre os órgãos responsáveis pela manutenção quantitativa e qualitativa do compartimento sanguíneo. Os progressos importantíssimos feitos ultimamente 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 resonsável 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, mesmo a médio prazo.

A escala de Zubrod não parece o método utilizável em doenças hematológicas porquanto a existência ou não de sintomas e o ser ou não ser ambulatório é muito subjectivo e depende da força física e anímica de cada um. Há doentes que com 9 g de hemoglobina por decilitro fazem uma vida normal e outros que com a mesma percentagem de hemoglobina estão altamente diminuídos; a capacidade de adaptação e compensação é muito individual.

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, mas hoje há ainda aspectos mais importantes, tais como o perigo de contaminação do sangue com os vírus das hepatites B e C e do sida, de que, pura e simplesmente, resulta a morte do sinistrado e não apenas uma determinada incapacidade!

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. É por todas estas razões que se torna muito difícil estabelecer parâmetros de incapacidade justos para quem recebe e para quem paga. Mas haverá sempre que ter 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) muitas vezes mortais a médio ou longo prazo: anemias aplásticas puras ou complicadas com agranulocitose e leucocitopenia, ou seja, que às perturbações próprias das anemias (falta de forças, dispneia, traquicardia, etc.) se juntam as infecções repetidas e graves, próprias da agranulocitose, e as hemorragias mais ou menos intensas, das trombocitopenias e trombocitopatias. Não se pode deixar de referir novamente que a terapêutica destas situações é muito pobre e assenta fundamentalmente na terapêutica de substituição (transfusões) que constituem actualmente um risco de vida a ter em consideração, o que não acontecia antes da contaminação humana pelo vírus do sida, para não referir já as hepatites delta e C, mais recentemente descritas com evolução frequente para a cirrose hepática, insuficiência hepática aguda mortal (hepatite fulminante) e neoplasia hepática.

Tendo em consideração que as anemias de causa profissional estrita «quase exclusivamente de natureza tóxica», provocando aplasias ou disfunções medulares qualitativas tipo SMD (síndrome mielodisplásico), e que em ambas as situações a evolução é lenta e de recuperação imprevisível, pensamos 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 outro 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.

É preferível manter hemoglobinas de 7,5/8 g/dl com grande incapacidade física do que correr risco de vida em transfusões para obter valor de 11 g/dl ou 12 g/dl de hemoglobina, certamente com muito menos incapacidade. São aspectos curiosos e que podem criar situações paradoxais tais como a recusa à transfusão por parte do doente, desde que o grau de anemia não ponha a vida em risco.

E para terminar este preâmbulo, 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 < 12 g/dl	} 0,05-0,10
Mulher > 10 g/dl < 11 g/dl	

1.2:

Homem > 10 g/dl < 11 g/dl	} 0,10-0,20
Mulher > 9 g/dl < 10 g/dl	

1.3:

Homem > 8 g/dl < 10 g/dl	} 0,30-0,65
Mulher > 7 g/dl < 9 g/dl	

Abaixo destes valores a incapacidade é de 0,65-0,70 para tarefas que não exijam esforço físico importante: empregados de escritório e afins.

A incapacidade é de 0,90-0,95 para trabalhadores rurais, carpinteiros, pedreiros, operários fabris, etc.

2 — Policitemias

Instruções específicas. — A policitemia vera é uma doença mielo-proliferativa tal como as leucémias e pode ser mesmo a forma inicial de apresentação desta última. Estabelecer uma relação 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.

Quando é que o aparecimento de uma policitemia vera pode ser imputada à actividade do segurado 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 (diminuição do oxigénio do sangue): lesões cardíacas congénitas, fistulas arteriovenosas, insuficiência respiratória (bronquite crónica, asma, enfisema, pneumoconioses, fibrotórax pós-traumático, pneumectomia, etc.), maior afinidade da hemoglobina para o oxigénio (constitucional), permanência prolongada nas altitudes (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, osquistos renais e hemangioblastoma do cerebelo.

De todas estas etiologias variadas 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 quimioterapia ou sangrias periódicas (mensais? bimensais?). Conforme a idade e o esforço do posto de trabalho, a incapacidade nestes casos variará entre 0,15-0,20

2.1.2 — Se as sangrias são mais frequentes (de duas em duas ou três em três semanas) e a quimioterapia tiver de ser utilizada por aparecimento de trombocitemia com trombopatia (hemorragias cutâneas — mucosas e viscerais), consoante a intensidade da diátese hemorrágica, a incapacidade variará 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.

2.1.3 — Se as complicações da policitemia conduzirem a uma situação de vida vegetativa e de dependência de terceiros, a incapacidade variará entre 0,90-1,00

3 — Leucocitopatias

Instruções específicas. — As agranulocitoses puras (granulócitos inferiores 1000/mm³) são raras e geralmente são provocadas por drogas tóxicas e medicamentosas.

Geralmente as agranulocitoses surgem associadas a alterações das outras séries (pancitemias) 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: evolução média sete a oito anos:

- a) Estádio A — sem anemia nem trombocitopenia, imunidade deprimida, o que predispõe a infecções fáceis (incapacidade até 30%) 0,20-0,30
- b) Estádio B — adenopatias múltiplas, leucositose entre 50 000 e 100 000 e linfócitos superiores 80% (incapacidade funcional de 50%) 0,30-0,50
- c) Estádio C — com anemia, trombocitopenia e com mais outros sintomas 0,80-0,95

3.2 — Leucemia mielóide crónica (LMC): evolução média três a quatro anos (agudização frequente):

- a) Estádio A — sem anemia, sem mieloblastos no sangue periférico, sem diátese hemorrágica:
 - 1) Com leucócitos < 100 000/mm³ 0,15-0,20
 - 2) Complicações — enfarte esplênico 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

Nota. — A morte sobrevém invariavelmente se não houver transplantação da medula por dador compatível.

3.3 — Leucemias agudas: durante o período da doença — 100%.

O tratamento adequado permite salvar cerca de 40% dos doentes, que podem passar a fazer vida normal. Neste caso a incapacidade será a prevista para o n.º 1 do «Estádio A» (conforme os casos, n.º 3.1, a), ou 3.2).

3.4 — Síndrome mielodisplásico (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 ³	0,40-0,50
Granulócitos < 1000/mm ³	0,90-1,00

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 (consoante os sinais que traduzem 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	0,51-0,90

Abaixo deste último número pode haver risco de vida por hemorragia incontrolável espontânea ou traumática. Neste caso a incapacidade tenderá para 1,00.

5.2 — Trombopatias:

Instruções específicas. — As alterações qualitativas das plaquetas podem surgir, como consequência de doenças mieloproliferativas de causa laboral, possíveis leucemias e SMD mas também por causas tóxicas, químicas ou por radiações.

A determinação do tempo de hemorragia deve ser feita pela técnica de Ivy. Este 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 > 12 minutos (Ivy)	0,00
T. de hemorragia > 12 minutos < 20 minutos...	0,50-0,60
T. de hemorragia > 20 minutos	0,90-1,00

6 — Esplenectomia pós-traumática

6.1 — No adulto, sem complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) 0,00

6.2 — No adulto, com complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) (consoante as sequelas v. os respectivos capítulos para efeitos de IPP).

6.3 — No jovem, conforme as sequelas do pós-operatório

0,05-0,20

O principal problema da esplenectomia resulta da alta percentagem de infecções graves que atinge os indivíduos jovens até aos 12-14 anos.

As mais graves são infecções respiratórias por pneumococos e podem conduzir à morte. Ao ser atingido o estado de «adulto jovem», porém, estas complicações tornam-se pouco frequentes.

A função eritropoietica do baço só é importante durante a vida fetal.

Na criança até 4 anos de idade, a IPP encontrada será corrigida ao multiplicar-se pelo factor 1,5.

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:

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 terá de ser prosseguido indefinidamente. Quanto mais jovem for o doente mais importantes serão 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. Todavia, como a Tabela poderá ser aplicada em situações que não sejam de acidente de trabalho ou de doença profissional, não é despidendo considerar a situação clínica.

A insuficiência supra-renal será sempre confirmada por estudo laboratorial adequado.

Esta insuficiência pode ser satisfatoriamente compensada mas o tratamento terá de prosseguir toda a vida.

No que respeita à glândula tiroideia, o hipotiroidismo primário pós-traumático parece nunca ter sido observado. Pelo contrário, é geralmente admitida a possibilidade de uma relação entre uma doença de Basedow e um traumatismo.

O acidente actuarial como factor desencadeante num terreno predisposto. Entre o acidente e o síndrome clínico poderá mediar 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 deverá ser precipitada e será 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 paratiroídeas, não são conhecidos casos de hiperparatiroidismo de origem traumática.

Admite-se 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 autêntica 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 será encarada em função do grau de compensação ao longo das revisões e da presença ou não de várias complicações: retinopatia, insuficiência renal, neuropatia e complicações cardiovasculares.

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:

a) Não afectando o desempenho do posto de trabalho	0,10-0,15
b) Afectando o desempenho do posto de trabalho	0,16-0,30

1.2 — Hipopituitarismo (segundo o grau de insuficiência e o resultado do tratamento de compensação):

a) Não afectando o desempenho do posto de trabalho	0,50-0,55
b) Afectando o desempenho do posto de trabalho	0,56-0,70

2 — Sequelas supra-renais

Sequelas supra-renais (de acordo com o grau de compensação conseguido com tratamento):

a) Não afectando o desempenho do posto de trabalho	0,25-0,30
b) Afectando o desempenho do posto de trabalho	0,31-0,70

3 — Sequelas tiroideias

Sequelas tiroideias (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento e o predomínio ou intensidade dos sintomas):

a) Exoftalmia	0,05-0,07
b) Perturbações digestivas	0,07-0,12
c) Tremor	0,12-0,20
d) Emagrecimento	0,20-0,30
e) Taquicardia	0,20-0,30
f) Outros sintomas não específicos que afectam o desempenho do posto de trabalho	0,05-0,07

Quando um destes factores afectar gravosamente o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será multiplicada por 1,5.

4 — Sequelas paratiroideias

4.1 — Hipoparatiroidismo (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento):

a) Não afectando o desempenho do posto de trabalho	0,10-0,15
b) Afectando o desempenho do posto de trabalho	0,15-0,30

4.2 — Hipoparatiroidismo complicado (catarratas, convulsões, calcificações cerebrais, perturbações dos faneras). — As 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 posto de trabalho

0,30-0,40

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 cardiovasculares (v. «Oftalmologia», «Neurologia», «Urologia» e «Angiocardiologia»).

6 — Sequelas das gónadas

6.1 — Testículos:

a) Sem défice hormonal	0,00
b) Com défice hormonal	0,10-0,15

6.2 — Ovários:

a) Sem défice hormonal	0,00
b) Com défice hormonal	0,10-0,15

6.3 — Quando o traumatismo das gónadas se traduzir noutros distúrbios funcionais ou em alterações estéticas, ou ainda em esterilidade, desvalorizar de acordo com o respectivo 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:

- Fracturas coronais, que alcancem a câmara pulpar;
- Fracturas das raízes em que o traço de fractura esteja ao nível do terço coronal e terço médio;
- 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, ou seja, incapacidade parcial permanente.

A incapacidade parcial permanente pode ser também atribuída por lesões maxilofaciais parciais.

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:

- Unilateral;
- Bilateral.

As incapacidades serão atribuídas conforme coeficientes do nervo glossofaríngeo (v. «Neurologia», n.º 4.9).

1.1.3 — Mutilação do lábio:

- Quando não for reparada cirurgicamente e produza dificuldade na sucção ou ingestão de alimentos
- Idem, se não depende da vontade do sinistrado, com prejuízo estético e quando este for imprevisível para o desempenho do posto de trabalho, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.

0,05

1.1.4 — Fístula salivar. — Quando não corrigida cirurgicamente, quando se traduzir em défice estético que prejudique o desempenho do posto de trabalho ou se traduza em perturbação notória da insalivação dos alimentos

0,05-0,15

1.2 — Esqueleto

1.2.1 — Fracturas:

- Deformação da arcada dentária com dificuldade da mastigação
- Idem, com perturbação estética e quando esta for importante para o desempenho do posto de trabalho

0,05-0,15

0,16-0,20

1.2.2 — Artrose da articulação temporomaxilar:

- Unilateral
- Bilateral

0,25-0,30

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 será:

- Afastamento entre 21 mm e 30 mm
- Idem, entre 11 mm e 20 mm
- Idem, entre 0 mm e 10 mm

0,05

0,10

0,20

1.2.4 — Perda de segmentos (mutilações):

1.2.4.1 — Vastas mutilações:

- Perda facial da mandíbula (maxilar inferior)
- Perda total da mandíbula (maxilar inferior)
- Perda parcial de um maxilar superior, com conservação do esqueleto nasal
- Perda de um maxilar superior com comunicação buconasal
- Perda de um maxilar superior com perda extensa da mandíbula (maxilar inferior)
- Perda dos dois ossos maxilares superiores e respectiva arcada dentária, da abóbada palatina e do esqueleto nasal

0,10-0,20

0,30-0,40

0,20-0,25

0,26-0,30

0,31-0,40

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 será 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 resultará do somatório das perdas calculadas pelas alveolas 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 na relação causa-efeito, ou seja, na relação estreita entre a lesão e os riscos relacionados com o trabalho e o ambiente onde este decorre.

A identificação do factor ou factores de cancerígenese é de índole estatística e epidemiológica. Esta identificação não é estática e por isso a listagem dos agentes de cancerígenese vai-se completando à medida que avançam os conhecimentos epidemiológicos e de fisiopatologia.

Em Portugal são conhecidas como substâncias cancerígenas as constantes da legislação aplicável:

- Decreto-Lei n.º 479/85, de 13 de Novembro;
- Decreto-Lei n.º 273/89, de 12 de Agosto;
- Decreto-Lei n.º 284/89, de 24 de Agosto;
- Decreto-Lei n.º 348/89, de 12 de Outubro.

Além dos factores de cancerígenese 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 (factores de cancerígenese legalmente reconhecidos);
- Importância e interferência de factores de co-cancerígenese;
- Duração de exposição aos diversos factores de cancerígenese;
- O tipo de lesão: benigna ou maligna (do ponto de vista histológico).

B) Etiologia. — Actualmente, não está cientificamente demonstrada a relação causa-efeito 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 isotópos 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 pela citologia, histologia, imunologia e 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 ambiente do local de trabalho e a sua relação estreita com a eclosão da doença ou lesão. Daqui a dificuldade em estabelecer o nexo de causalidade (relação causa-efeito) 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 período 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, da relação causa-efeito é imprescindível, o que nem sempre é fácil porque, no que respeita à cancerígenese 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 radionuclidos, a dose e a duração da exposição devem ser suficientes para os culpabilizar pelas lesões malignas (dose terapêutica ou exposições repetidas, ao longo dos anos, com fins diagnósticos). As doses inferiores e as exposições pouco duradouras só serão 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 não põem, em princípio, 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 dever-se-á ter 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). No caso de doença oncológica crónica, enquanto este estado se mantiver, é de proceder como para os tumores benignos.

Todavia, a avaliação das incapacidades deverá ser sempre personalizada, levando em conta a localização, o grau de malignidade e o insucesso imediato ou diferido das terapêuticas.

III — Guião para exame pericial

Quando for de caracterizar o cancro profissional e de avaliar a incapacidade que determina, aconselha-se o seguinte guião:

1 — Identificar a área profissional que, pelas suas características — instalações e objectivos — comporta o contacto do trabalhador com agentes ou factores cancerígenos, nomeadamente agentes químicos, físicos ou biológicos.

2 — Identificação dos riscos:

Cálculo do risco;
Avaliação do risco;
Aceitação do risco;
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:

Decreto-Lei n.º 479/85, de 13 de Novembro;
Decreto-Lei n.º 273/89, de 12 de Agosto;
Decreto-Lei n.º 248/89, de 24 de Agosto;
Decreto-Lei n.º 348/89, de 12 de Outubro;

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 de co-cancerígenese:

4.1 — Tabaco — tipo e número de cigarros;
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 previsivelmente cancerizável.
6 — Identificação de lesões pré-cancerosas ou cancro clínico:
6.1 — Órgão ou sistema;
6.2 — Comprovação histológica, radiológica ou biológica;
6.3 — Duração dos sinais ou sintomas clínicos;
6.4 — Lesão loco-regional;
6.5 — Lesão sistemática — localização de metástases.
7 — Terapêuticas efectuadas:
7.1 — Cirurgia — deformação ou mutilação;
7.2 — Deficiência anatómica ou funcional (transitória);
7.3 — Sequelas definitivas.
8 — Recidiva de cancro profissional:
8.1 — Local;
8.2 — Metástases;

8.3 — Doença intercorrente.

9 — Sobre o risco de cancro profissional ou a sua emergência clínica, há que considerar, com maior pormenor, o seguinte:

9.1 — Alguns cancros são conhecidos como sendo devidos à influência do trabalho (não, necessariamente, reconhecidos como profissionais):

a) Cancro do lábio;
b) Cancro da língua;
c) Cancro da faringe;
d) Cancro do intestino delgado;
e) Cancro da vesícula;
f) Cancro melanoma;
g) Cancro da mama;
h) Cancro do colo do útero;
i) Cancro do ovário;
j) Cancro dos órgãos genitais masculinos, além da próstata;
k) Cancro do globo ocular;
l) Cancro da tiróide;

9.2 — Alguns cancros são, possivelmente, atribuídos à ocupação (não, necessariamente, reconhecidos como profissionais):

a) Cancro da boca;
b) Cancro do esófago;
c) Cancro do estômago;
d) Cancro do cólon e recto;
e) Cancro do pâncreas;
f) Cancro do rim;
g) Cancro do uréter e uretra;
h) Cancro linfomas Hodgkin ou não Hodgkin;

9.3 — Todos estes tumores para serem reconhecidos como profissionais implicam a demonstração da relação causa-efeito para poderem ser enquadráveis no n.º 2 da base xxv da Lei n.º 2127.

IV — Tabela de Incapacidades

Não pode haver mais que critérios genéricos cuja graduação e aplicabilidade depende de cada caso, onde serão conjugados e ponderados os factores de cancerígenese e os co-factores de cancerígenese. Apenas como orientações médias 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, compulsar o respectivo capítulo da Tabela;
- 2) Na doença oncológica crónica (tumor maligno com cura clínica), proceder como para os tumores benignos;
- 3) Nos tumores malignos sem metástases e permitindo uma razoável vida de relação, é de atribuir uma incapacidade até 80 %;
- 4) Nos tumores malignos com insucessos terapêuticos e com curta esperança de vida, a incapacidade oscilará entre 80 % e 100 %;
- 5) Na reactivação da doença oncológica com metástases generalizadas e nos tumores malignos com curta esperança de vida, a incapacidade será sempre de 100 %;
- 6) Nos casos da alínea anterior, quando a vida de relação for difícil e a vítima necessitar do apoio de terceira pessoa para os actos diários da vida, a incapacidade será corrigida com a sua multiplicação pelo factor 1,5.

