

Universidade de Coimbra



Curso de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses  
Faculdade de Medicina  
Universidade de Coimbra

**Análise da divergência na proposta de  
incapacidades permanentes  
em exames médicos singulares e  
em exames por junta médica**

Rui Miguel da Costa e Silva  
Coimbra  
2013





Universidade de Coimbra  
Faculdade de Medicina



Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP  
Gabinete Médico-legal de Torres Vedras

Título:

**Análise da divergência na proposta de incapacidades permanentes em exames médicos singulares e em exames por junta médica.**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses

Coordenador:

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Orientador:

Mestre Maria Isabel da Costa Antunes

Co-orientador:

Prof. Doutor Francisco Manuel Andrade Corte Real Gonçalves

Autor:

Rui Miguel da Costa e Silva

Curso académico 2010/2012

Coimbra

2013



---

*“Talvez o maior problema que o Direito enfrenta nos nossos dias  
seja precisamente o não ter sido concebido,  
nem estar preparado para, por junto,  
fazer as vezes (sem o ser, e não podendo sê-lo)  
da igreja, da família, da vizinhança, da velha escola, ou, numa  
outra perspectiva, da religião, da moral, da etiqueta, mesmo de  
alguma instrução e educação e quicá cultura.  
E também, e quicá acima de tudo,  
suprir um enorme déficit de bom senso que  
jamaís a tecnocracia pode fornecer.”  
Não falemos já em bom gosto, que tal seria pedir demais.*

*Paulo Ferreira da Cunha*

*(Cunha, Silva, & Soares, História do Direito, 2005)*

---



## Análise da divergência na proposta de incapacidades permanentes em exames médicos singulares e em exames por junta médica

**Rui Miguel da Costa e Silva**

Estrada de Vale de Óbidos s/n  
Águas Férreas, Apartado-251  
2040-406 Rio Maior, Portugal  
+351966711995

[ruimiguelcostasilva@gmail.com](mailto:ruimiguelcostasilva@gmail.com)

### Resumo

<b>Objectivo</b>	Analisar a divergência entre as propostas de avaliação formuladas em exame médico singular e em exame por junta médica, nas situações de não conciliação, em clínica forense do Direito do Trabalho
<b>Método</b>	Estudo observacional de tipo descritivo assente em investigação comunitária longitudinal numa amostra não probabilística, de conveniência (n=178 casos). A amostra foi seleccionada da população alvo constituída pelos casos avaliados pela nova TNI, no âmbito das actividades forenses do GMLTV no período compreendido entre 2008 a 2010.
<b>Resultados</b>	A clínica forense em direito do trabalho representou 31% da actividade pericial do GMLTV, com um total de 2148 exames médico-legais, Os sinistrados do género masculino são maioritários (71%). A média etária da amostra é de 45,2 anos. O grupo profissional mais atingido foi o dos operários, artífices e trabalhadores similares (35% dos sinistrados). A maioria dos acidentes (79%) ocorreu nas instalações do empregador, devido a quedas (37%) e a movimentos excessivos (21%). As regiões do corpo mais atingidas foram os membros superiores (39%) e os inferiores (29%), sendo as lesões mais frequentes as luxações, entorses, roturas e distensões, que ocorreram em 52% dos acidentes. A taxa de não conciliação na amostra foi de 33%, com a seguradora a ser a parte mais vezes não conciliada (67%). A avaliação em exame por junta médica divergiu do exame médico singular em 111 casos (62%), alterando o coeficiente da IPP (76%) que viu o seu valor diminuir (87%) em média 0,0416.
<b>Conclusões</b>	As partes não se conciliaram em 33% dos casos. O exame por junta médica alterou em 62% dos casos a proposta de avaliação formulada em exame médico singular. O coeficiente de IPP foi o parâmetro mais frequentemente alterado.
<b>Palavras chave</b>	Exames Médicos; Acidentes de Trabalho; Incapacidade Permanente

# Analysis of divergence in the proposal of permanent incapacities in singular medical examinations and in examinations by medical board

**Rui Miguel da Costa e Silva**

Estrada de Vale de Óbidos s/n  
Águas Férreas, Apartado-251  
2040-406 Rio Maior, Portugal  
+351966711995

[ruimiguelcostasilva@gmail.com](mailto:ruimiguelcostasilva@gmail.com)

## Abstract

<b>Aim</b>	To analyze the divergence between the evaluation proposals made in singular medical examination and in examination by medical board, in non conciliatory situations, in forensic clinic of Labour Law
<b>Methods</b>	Observational study of descriptive type, based on longitudinal communitarian research in a non-probabilistic sample, of convenience (n = 178 cases).  The sample was selected among the target population formed by evaluated cases through the new TNI, in what concerns forensic activities of GMLTV, in the period between 2008 and 2010.
<b>Results</b>	The forensic clinic in Labour Law represented 31% of expert activity of the GMLTV, in a total of 2148 medico-legal examinations performed.  The masculine gender (71%) represents the majority of casualties. The average age of the sample is 45.2 years. The most affected professional group was the laborers, craftsmen and similar workers (35% of the casualties).  The majority of accidents (79%) occurred in the premises of the employer, due to falls (37%) and to excessive movements (21%). The body regions hardest hit, were the upper limbs (39%) and lower limbs (29%), while the most common lesions are dislocations, strains, ruptures and over distensions, which occurred in 52% of the accidents.  The rate of non conciliation in the sample was 33% , with the insurance company to be the more often non conciliated part (67%). The evaluation in examination by medical board diverged from singular medical examination in 111 cases (62%), changing IPP coefficient (76%), which saw its value decreasing in 87%, on average 0,0416.
<b>Conclusion</b>	In 33% of the cases the parties didn't conciliate.  The examination by medical board changed the proposal of assessment produced in singular medical examination, in 62% of the cases.  The IPP coefficient was the parameter more frequently altered.
<b>Key words</b>	Medical Examinations; Work accidents; Permanent impairment



## A todos, o meu agradecimento

*"É possível que um homem viva sozinho,  
mas não creio que isso seja felicidade"*

*Benjamin Franquílín*

Porque as coisas urgentes não nos deixam tempo para as coisas importantes, entre os afazeres profissionais e as preocupações de uma família em construção, este projecto esperou 20 anos.

Mas a inquietação intelectual que o motivava foi crescendo, até o tornar inevitável.

E foi entre o marulhar das ondas do índico, na Ilha de Moçambique, o bulício urbano da cidade da Beira, minha terra natal, e os ruídos da savana, na Gorongosa, que ele se materializou neste escrito, em viagem pelas minhas memórias de África, comemoração do meu meio século de existência, homenagem a meus pais.

Mas este trabalho não teria sido possível sem o estímulo, contributo e participação de um grupo alargado de "compagnes de route" a quem não posso deixar de prestar o devido agradecimento.

- A todos os professores, e colegas, do curso de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, pela camaradagem, e sentido de ajuda, que transformaram a caminhada neste longo e, por vezes, difícil caminho, num desafio estimulante.
- Aos responsáveis do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, Gabinete Médico-legal de Torres Vedras e Tribunais do Trabalho de Caldas da Rainha e de Torres Vedras, pela disponibilidade e colaboração.
- À Mestre Maria Isabel da Costa Antunes e ao Professor Doutor Francisco Manuel Andrade Corte Real Gonçalves, a quem devo a honra de se terem disponibilizado para orientar este trabalho.
- À Dr.<sup>a</sup> Ascensão Rebelo, pela amabilidade e disponibilidade manifestados.
- Ao Luís e à Sónia do Gabinete Médico-legal de Torres Vedras, pelo imprescindível trabalho de bastidores na recolha de dados, sem o qual nada teria sido possível.
- À minha família pelo incentivo, e apoio permanente, sem o qual este projecto nunca teria passado de uma (boa?) intenção.
- Aos que, de alguma forma, enriqueceram este trabalho com as suas, sugestões, críticas e opinião esclarecedora.

Kanimambo



## Índice Geral

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b> .....	<b>5</b>
	Saúde e trabalho, conceitos e sua inter-relação.....	9
	Trabalho e sinistralidade .....	16
	Reparação do dano em direito do trabalho .....	26
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>41</b>
	Objectivo da investigação .....	41
	Desenho do estudo .....	42
	Seleção da amostra .....	42
	Instrumento de recolha de dados .....	43
	Procedimentos formais e éticos .....	44
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
	Actividade do GMLTV no triénio 2008 a 2010 .....	47
	Análise dos dados processuais .....	52
	Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	53
	Análise das incapacidades.....	56
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>63</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>77</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>79</b>
	<b>Índice de abreviaturas</b> .....	<b>I</b>
	<b>Conceitos e definições</b> .....	<b>II</b>
	<b>Índice de figuras</b> .....	<b>III</b>
	<b>Índice de tabelas</b> .....	<b>IV</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>V</b>
	Anexo1 .....	I
	Anexo 2.....	I
	Anexo 3.....	I
	Anexo 4.....	I
	Anexo 5.....	I



## 1. INTRODUÇÃO

*"Se, a princípio, a ideia não é absurda,  
então não há esperança para ela."*

*Albert Einstein*

---

O presente trabalho decorreu da necessidade, repetidamente sentida ao longo da nossa prática médico-legal, em conhecer a frequência, e as razões, da não conciliação das partes, sinistrados e seguradoras, face às propostas de valorização do dano corporal em direito do trabalho, formuladas em exame médico singular realizado pelos peritos ao serviço do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP), compreender a sua natureza e avaliar a sua dimensão.

Foi com surpresa que identificamos um vazio de investigação, e publicações, nesta matéria, contrastando com a dimensão das manifestas preocupações públicas, e publicadas, sobre o fenómeno da sinistralidade laboral e seus impactos, pessoais e socioeconómicos. Nesta, como noutras matérias, a dimensão das preocupações, traduzida na produção de extensos normativos legais, não tem correspondência na avaliação dos resultados da sua aplicação, face às intenções vertidas na lei.

Acresce que, em matéria de avaliação do dano corporal, a aplicação do direito assenta na apreciação indirecta das provas pelo julgador, apresentadas na forma de relatórios periciais produzidos pelos peritos médicos. Estes avaliam o dano corporal imputável ao evento traumático, conceptualização médica, e traduzem-no em linguagem passível de leitura normativa, conceptualização jurídica.

Nesta demanda, são considerados os parâmetros que formatam o actual modelo de dano corporal em direito do trabalho: a sua delimitação enquanto acidente de trabalho, o nexo de causalidade entre mecanismo accidental, lesão produzida e dano emergente, a evolução temporal, tratamentos efectuados e complicações ocorridas, a fixação da data da alta / consolidação das lesões e a avaliação das sequelas, temporárias e permanentes, imputáveis ao acidente. Ponderam-se a influência de vulnerabilidades individuais, pré-existentes, concomitantes e supervenientes,

integrando-se a expectativa de necessidades futuras, considerando a evolução esperada face à evidência científica disponível.

Como corolário da avaliação as sequelas permanentes são interpretadas num quadro normativo que, no essencial, as reduz a um valor numérico, o coeficiente de Incapacidade Permanente Parcial (IPP), fracção da unidade que representa a perda de capacidade de ganho do ser humano, considerando um conjunto de critérios estruturais/anatómicos, funcionais/fisiológicos e estéticos/imagem, expressos na designada Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNIAT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro.

Este modelo institui uma avaliação parcial do dano, determinada pela filosofia subjacente ao regime de reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, assente no princípio da responsabilidade objectiva, onde os danos não patrimoniais são excluídos do objecto da reparação, objecto que se limita aos danos patrimoniais e, mesmo assim, só considera destes, "... a redução da capacidade de ganho ou a morte."

Ao perito médico questiona-se em que medida as lesões e sequelas corporais, imputáveis ao acidente de trabalho, diminuem anatómica, funcional e esteticamente, o ser humano sinistrado, e que esse prejuízo seja expresso em termos de redução da capacidade de ganho, traduzido num coeficiente numérico, a IPP. Aqui opera-se uma verdadeira mudança de fase, com a leitura jurídica a interpretar, directa e matematicamente, este valor de redução da capacidade de ganho como fracção da retribuição, devida ao sinistrado, à data de ocorrência do acidente.

Considerando esta arquitectura de avaliação médico-legal do dano em sede de direito do trabalho, onde uns, os sinistrados, vêem as suas limitações serem reduzidas a uma percentagem do seu salário, e outros, as seguradoras, as vêem como perdas para o negócio, facilmente se antevêem motivos para insatisfação.

Conhecer, e compreender, o fenómeno da não conciliação com as propostas de IPP formuladas em exame médico singular, de onde surge o ruído que gora a expectativa das partes e as remete para contencioso, impõe-se como via para melhoria dos procedimentos de avaliação do dano e, numa abordagem sociojurídica, permite questionar a eficácia da lei, adequando-a às necessidades e expectativas da sociedade.

É neste contexto de avaliação médico-legal do dano corporal em direito do trabalho que elegemos como objectivo geral da nossa investigação a análise da divergência entre a proposta de avaliação do dano formulada em exame médico singular e a proposta de avaliação em exame por junta médica, nas situações de não conciliação, no âmbito da actividade pericial do Gabinete Médico-legal de Torres Vedras (GMLTV), em clínica forense do Direito do Trabalho.

Para concretizar este objectivo, desenhamos uma investigação observacional de tipo descritivo, definindo como população alvo as perícias em clínica médico-legal do trabalho realizados no GMLTV no triénio de 2008 a 2010, avaliadas pela nova Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), Anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro. Como base amostral tomamos todos os casos da população alvo com exame médico singular concluído nos anos civis de 2008, 2009 e 2010, e com exame por junta médica concluído até final do ano civil de 2011.

Na fundamentação teórica abordamos a forma como a evolução dos contextos económicos, científico-tecnológicos, políticos, jurídicos, sociais e culturais, redimensionou as relações laborais e se repercutiu na saúde dos trabalhadores e das populações. Caracterizamos o fenómeno infortunistico, dando corpo à dimensão da sinistralidade laboral, a nível global, no espaço europeu e a nível nacional. Expusemos as razões que determinam a necessidade social de reverter e compensar os danos produzidos pelos acidentes de trabalho, analisando, de forma crítica, o actual modelo de avaliação do dano corporal em direito do trabalho.

Na apresentação dos resultados caracterizamos a amostra do ponto de vista sociodemográfico e a sinistralidade envolvida, quantificamos os tempos de tramitação médico-legal dos processos e analisamos a frequência e natureza da divergência, quantificando as diferenças entre IPP proposta em exame médico singular e em exame por junta médica.

O nosso trabalho pretende ser um contributo para o conhecimento das principais características do fenómeno da não conciliação em clínica forense do Direito do Trabalho, procurando pistas para a sua compreensão, na esperança que possa servir à melhoria do desempenho de uns para satisfação de todos e, quiçá, seja útil a quem tem de pensar o nosso sistema de avaliação médico-legal.





## 2. FUNDAMENTAÇÃO

*"O mundo tornou-se perigoso, porque os homens aprenderam a dominar a natureza antes de se dominarem a si mesmos."*

*Albert Schweitzer*

---

A evolução dos contextos económicos, científico-tecnológicos, políticos, jurídicos, sociais e culturais, em constante mudança e acelerado processo de globalização, tem condicionado alterações profundas nos valores e nas responsabilidades sociais, e individuais, assim como nos conceitos de saúde e nos factores que a influenciam.

Conceitos como "Qualidade de Vida", "Promoção e Protecção da Saúde", "Prevenção e Segurança", "Preservação do Ambiente", "Crescimento Sustentável", vêm assumindo uma importância crescente em todos os sectores da organização social, nomeadamente no mundo do trabalho, preocupações exemplarmente expressas nas estratégias defendidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001a) (OMS, 2001b).

Estes conceitos corporizam uma visão sistémica e holística, o paradigma bio-psico-social do ser humano, visão inovadora adoptada na definição de saúde da OMS apresentada em 1948<sup>1</sup>, onde *"... a realização pessoal e profissional encontra na qualidade de vida do trabalho, particularmente a que é favorecida pelas condições de segurança, higiene e saúde, uma matriz fundamental para o seu desenvolvimento."*<sup>2</sup>.

No entanto, as preocupações com as relações entre saúde e trabalho não são recentes, permitindo os elementos de análise histórica recuar até à antiguidade clássica, encontrando-se referências a problemas de saúde associados às condições de trabalho, nomeadamente as que os escravos enfrentaram nas minas de Cartagena (Hernández F. G., 2005).

---

<sup>1</sup> Estado de completo bem-estar físico mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade. A saúde é um recurso para o dia-a-dia, não um objectivo de viver. É um conceito positivo que realça os recursos pessoais e sociais bem como as capacidades físicas. Um entendimento compreensivo da saúde implica que todos os sistemas e estruturas que governam as condições sociais, económicas e o ambiente físico, devem ter em conta as implicações das suas actividades, relativamente ao seu impacto, no bem-estar e saúde e colectiva. (OMS, 1988).

<sup>2</sup> Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

Com a revolução industrial que, a partir do século XVIII, se estendeu a toda a Europa, opera-se uma progressiva substituição do trabalho manual pelo uso de máquinas, condicionando uma reestruturação nas relações e condições laborais, “...num período marcado pelo triunfo das concepções económicas, políticas e sociais do liberalismo.” (Graça, 2000).

Esta reestruturação transformou o mundo do trabalho num ambiente hostil e perigoso para o trabalhador, alienado pela maquinização dos meios de produção e exposto a condições laborais (materiais, ambientais organizacionais e psicossociais) altamente nocivas para a saúde. As consequências desta nova realidade, traduzidas em acidentes de trabalho e doenças profissionais, foram gerando uma consciencialização social e política para a necessidade imperativa de melhoria das condições de segurança e saúde no trabalho (SST).

Com génese na revolução francesa, emerge um novo ideário impulsionado pela extensão do pensamento científico ao domínio do social, recusando a ordem natural e/ou divina, introduzindo a noção de contrato social em substituição da noção de dever religioso nas relações da sociedade com o cidadão, atribuindo a responsabilidade pela regulação dessas relações ao estado (Graça, 2000).

Se, inicialmente, esta tomada de consciência teve a sua expressão na acção de influentes reformadores sociais, empregadores filantropos, médicos humanistas e políticos liberais<sup>3</sup>, os ventos reformistas acabaram por sedimentar a protecção social e o princípio da assistência enquanto serviços públicos, abrangendo aspectos como a assistência na doença e nos acidentes de trabalho, o sistema de saúde público e a regulação das condições de trabalho, sendo a Alemanha de Bismark o primeiro país a concretizar este modelo (Graça, 2000).

Este movimento culminou na criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919, e da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 que, actualmente, integram a Organização das Nações Unidas (ONU) como organismos especializados em questões do trabalho e da saúde, respectivamente (ONU, 2012).

A realidade laboral das últimas décadas tem-se caracterizado por uma terciarização das actividades económicas, assistindo-se a um novo redimensionamento das relações laborais, marcado, entre outros fenómenos, por alterações na organização do trabalho (níveis de responsabilidade, duração,

---

<sup>3</sup> Citamos, entre outros, Samuel Greg (1758-1834), Robert Pell (1788-1850), Robert Owen (1771-1885), Michael Sadler (1780-1835), Anthony Cooper (1801-1885), Robert Baker (1803-1880), Charles Dickens (1812-1870).

ritmos e exigência das tarefas), exposição a novos agentes de risco (factores de risco psicossociais e seus impactos na saúde, em particular na saúde mental), emprego precário e aumento do trabalho feminino, entre outros (DETEFP, 2001).

Esta nova realidade é, actualmente, regulada por um quadro normativo assente no texto da Constituição da República Portuguesa, Lei Constitucional n.º 1/2001 de 12 de Dezembro, em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, assegurando como direitos fundamentais o direito à vida e à integridade física, assim como o direito ao trabalho “... em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da actividade profissional com a vida familiar;” (Art.º 58) e à “... prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde.” (Art.º 59).

São ainda reconhecidos como direitos fundamentais o direito à segurança social, incumbindo ao estado proteger “... os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.” (Art.º 63), e o direito à saúde, assegurado pelo serviço nacional de saúde e pela “... criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.” (Art.º 64).

Estes direitos fundamentais, constitucionalmente assegurados, são regulados por um conjunto de diplomas legais, relevando em matéria de trabalho a Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro, aprovando o Código do Trabalho (CT), e a Lei n.º 105/2009 de 14 de Setembro, que regulamenta e altera o CT, na redacção dada pela Lei n.º 23/2012 de 25 de Junho, em vigor a partir de 1 de Agosto de 2012.

É nestes diplomas que se institui o regime geral da prevenção e reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, onde o direito dos trabalhadores à prestação do trabalho em condições de segurança e saúde se institui num dever do empregador, tendo em conta os princípios gerais de prevenção (Art.º 281 do CT).

A prevenção, dever intransferível do empregador, é regulamentada no quadro legal que define a organização e funcionamento das actividades de segurança e saúde no trabalho, aprovado pela Lei

n.º 102/2009 de 10 de Setembro, assente na premissa de um desenvolvimento económico resultado, e resultando, na humanização do trabalho e na prevenção dos riscos profissionais.

Quando a prevenção falha e o risco se materializa na forma de acidente de trabalho ou doença profissional, aos trabalhadores, e aos seus familiares, é assegurado o direito à reparação dos danos emergentes, estando o empregador obrigado a transferir a responsabilidade pela reparação para entidades legalmente autorizadas a realizar esta actividade securitária, assim como a assegurar ao trabalhador afectado, ocupação em funções compatíveis (Art.º 283 do CT).

Apesar dos esforços desenvolvidos nas últimas décadas, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012 estimou que, diariamente, 1 milhão de trabalhadores sofra um acidente no local de trabalho e que 5500 morra de acidente ou de doença relacionada com o trabalho (DGS, 2009). Os impactos pessoais, sociais e económicos desta realidade são elevadíssimos, estimando-se que o custo anual dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto Global, incluindo este número os gastos com o tratamento e indemnização dos sinistrados, as perdas de tempo de trabalho e as interrupções da produção (DGS, 2009).

Os acidentes de trabalho que, em conjunto com a sinistralidade rodoviária, constituem um dos fenómenos sociais mais traumatizantes e incapacitantes, emergem como um desvio, uma rotura na ordem natural do quotidiano de trabalho, produzindo um dano pessoal tridimensional, corporal, funcional e situacional (Magalhães T. , 1998), que resulta numa multiplicidade de impactos ao nível da saúde e da qualidade de vida do trabalhador sinistrado (Fabela & Sousa, 2012).

É neste contexto que o normativo legal da reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais em vigor, Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro (LATDP)<sup>4</sup> e Decreto-lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro, Anexo I (TNI)<sup>5</sup>, pretendem atingir a equidade e o “*suum*”, a coisa justa, pois se assim não suceder uma lei nem sequer é lei “*lex injusta non est lex*” (Cunha, Silva, & Soares, 2010).

Considerando que a prova pericial médico-legal para avaliação do dano corporal em sede de direito do trabalho constitui, no actual figurino e prática judicial, elemento decisivo no processo de reparação

---

<sup>4</sup> Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro, Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

<sup>5</sup> Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, publicada no Anexo I do Decreto-lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro.

e cálculo da indemnização do trabalhador sinistrado, espera-se que, com a sua intervenção, o perito médico contribua para que a lei, para além de lei, possa ser (mais) justa.

### **Saúde e trabalho, conceitos e sua inter-relação.**

O conceito de saúde tem verificado evolução ao longo dos tempos e, se no passado, o quadro conceptual da saúde assentava em pressupostos físicos negativos (corpo e doença) e numa abordagem finalista de matriz sobrenatural (forças ocultas e desígnios divinos), este evoluiu para uma abordagem explicativa assente em pressupostos materiais (empíricos e científicos), sendo actualmente entendido como um conceito positivo, holístico e ecológico, onde o ser humano emerge como realidade uma bio-psico-social em interacção com os ecossistemas onde se insere e as outras espécies que, com ele, neles coabitam.

Podemos então considerar a saúde como *“...um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena actividade funcional”* (Rey, 1999), traduzindo a capacidade do indivíduo em produzir respostas adaptativas face à acção de agentes nocivos (internos ou externos), repondo a sua homeostasia bio-psico-social.

A doença surge como expressão da incapacidade para produzir tais respostas adaptativas, ocorrendo numa envolvente circunstancial que pode influir a favor ou contra a saúde. Esta incapacidade pode ser absoluta, quando resulta da actuação de agente com nocividade superior ao intervalo de respostas homeostáticas possíveis, ou relativa, por diminuição da capacidade adaptativa do hospedeiro.

A perda de homeostasia pode surgir após uma primeira exposição ao agente nocivo (conceptualização de acidente) ou após exposição cumulativa (conceptualização de doença). Em qualquer dos casos, o problema de saúde resultante pode evoluir, naturalmente ou após procedimentos terapêuticos, para a cura (reposição da homeostasia com recuperação do potencial de saúde), para a consolidação (novo estado de equilíbrio homeostático com diminuição do potencial de saúde) ou para a morte (extinção do organismo enquanto entidade viva).

A declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) constituiu um marco histórico ao reconhecer a necessidade de intervenções integradas e globais para a promoção da saúde, assente num modelo patogénico e negativo da saúde, com intervenções reactivas visando tratar a doença.

Esta visão reactiva da saúde foi ultrapassada na Carta de Ottawa (OMS, 1986) emergindo a promoção da saúde como processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos, e das comunidades, para gerirem a sua saúde, aderindo ao conceito introduzido em 1974 por Marc Lalonde, atribuindo a doença à conjugação de quatro factores: inadequação dos serviços de saúde, estilos de vida e comportamentos de risco, poluição ambiental e factores bio-fisiológicos (Lalonde, 1981).

A saúde passa a ser entendida como um recurso para a vida cuja obtenção, e manutenção, não é responsabilidade exclusiva do sector da saúde, mas sim uma responsabilidade partilhada por todos, podendo ser apontados como “...condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”<sup>6</sup>.

Este modelo salutogénico e positivo da saúde pressupõe um reforço do poder dos indivíduos e das comunidades, permitindo-lhes assumir o controlo dos seus próprios destinos através de decisões informadas e responsáveis. Para a sua concretização foram propostas intervenções a três níveis:

- a) Desenvolvimento de competências pessoais, e sociais, através da melhoria da informação e educação para a saúde, permitindo o reconhecimento dos factores que a determinam. Deste modo, os indivíduos, e as populações, ficam mais capazes de fazer opções responsáveis para uma vida saudável;
- b) Criação de ambientes favoráveis, numa abordagem socio-ecológica da saúde, considerando indissolúveis os elos entre a população e o seu meio, assegurando a conservação dos recursos naturais do planeta, numa perspectiva de responsabilidade global. Neste contexto, a forma como a sociedade organiza o trabalho, e as condições em que este é realizado, constitui uma das determinantes major para uma vida saudável;
- c) Reorientação das políticas de saúde, reforçando a acção comunitária, inscrevendo a saúde como objectivo prioritário em todos os sectores e a todos os níveis. Tal implica um conjunto de abordagens complementares nomeadamente a nível das políticas sociais e de saúde, assim como medidas legislativas, fiscais e mudanças organizacionais.

---

<sup>6</sup> Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, Ottawa, Canada, 21 de Novembro de 1986.

Em 1981, a OIT promulga a Convenção C155 «Occupational Safety and Health Convention», complementada, em 1985, pela Convenção C161 «Occupational Health Services Convention», afirmando o primado da prevenção e estabelecendo que *“The aim of the policy shall be to prevent accidents and injury to health arising out of, linked with or occurring in the course of work, by minimizing, so far as is reasonably practicable, the causes of hazards inherent in the working environment.”*

As recomendações de Adelaide (OMS, 1988) sobre políticas públicas saudáveis, afirmaram a saúde como um direito humano fundamental e um sólido investimento social num mundo em processo dinâmico de mudança tecnológica, com as suas complexas interações ecológicas e as crescentes interdependências internacionais. Consideraram, no entanto, que *“...as políticas promotoras de saúde só serão eficazes se os recursos do ambiente forem preservados e se forem desenvolvidas estratégias ecológicas a nível local, regional e nacional. Torna-se, assim, necessário que os governos se comprometam a todos estes níveis»*.

A importância da preservação do meio ambiente enquanto determinante essencial da saúde foi expressa na Declaração de Sundsvall (OMS, 1991), reconhecendo que, ambientes cada vez mais degradados são uma ameaça à saúde, onde *“...toda a informação disponível indica que não será possível sustentar a qualidade de vida, para os seres humanos e para todos os seres vivos, sem que ocorram drásticas mudanças nas atitudes e nos comportamentos a todos os níveis no sentido de se administrar e preservar o ambiente”*, propondo como caminho a seguir *“...fazer do ambiente – ambiente físico, social, económico e político – um ambiente sustentável para a saúde e não de destruição da mesma”*.

A declaração de Jacarta (OMS, 1997) estabeleceu novos paradigmas de saúde para o século XXI, reforçando a necessidade de se promover a responsabilidade social para com a saúde, aumentar os investimentos no fomento da saúde, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde tendo por base organizacional as *“Localidades para a Saúde”* e de se proteger o meio ambiente, assegurando o uso sustentável dos recursos.

A nível da UE, as preocupações com os impactos do trabalho na saúde estão bem patentes na declaração do Luxemburgo (ENWHP, 1997), importando o conceito de promoção da saúde para o local de trabalho, enquanto esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e da sociedade em

geral, visando melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho. O conceito de promoção da saúde no local de trabalho aqui defendido, vem ampliar o âmbito tradicional da Saúde Ocupacional, como *“...uma estratégia nova e integrada que visa prevenir a doença no trabalho (incluindo as doenças profissionais, a má gestão do stress, os acidentes e outras lesões e as doenças relacionadas com o trabalho) e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora”*.

A declaração do México (OMS, 2000) colocou a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, tendo como objectivo principal a criação de ambientes físicos, laborais e sociais, globalmente favoráveis, permitindo às pessoas viverem saudavelmente, através de decisões informadas e responsáveis. Estas políticas exigem um compromisso para com a saúde e o desenvolvimento social, assente numa estratégia que passa por tornar os diversos ambientes humanos, em ambientes promotores de saúde<sup>7</sup>.

O mundo laboral é considerado parte integrante destas estratégias e, nesse sentido, todos os sectores relacionados com o trabalho, nomeadamente a agricultura, a indústria, o comércio, os serviços, a educação, precisam de encarar a saúde como um factor essencial na formulação das suas políticas, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas, tendo sempre como preocupação as consequências que daí advêm para a saúde.

A promoção da saúde nos locais de trabalho é reforçada pela declaração de Lisboa (OMS, 2001), que enfatiza o problema específico das pequenas e médias empresas, cerca de 99% das empresas do espaço europeu e empregando mais de dois terços da população trabalhadora europeia, existindo *“...um consenso generalizado na União Europeia de que as pequenas e médias empresas representam um contributo major para o crescimento, a competitividade, a inovação e o emprego”*.

A Declaração de Barcelona (OMS, 2002) definiu como meta da promoção da saúde no local de trabalho alcançar *“trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis”*, assumindo o trabalho como determinante fundamental da saúde, a par de outros factores, nomeadamente, o comportamento e o estilo de vida pessoais, os sistemas de saúde, os factores sociais e económicos, o meio ambiente e os factores biológicos. Os relatores foram ao ponto de afirmar que o *“...mundo laboral e a forma*

---

<sup>7</sup> Ambiente promotor de saúde é um conceito que abrange os aspectos físicos e socioeconómicos do ecossistema onde nos inserimos. Engloba o local onde habitamos e a comunidade envolvente, o local onde trabalhamos e onde passamos os nossos tempos livres, permitindo a expressão das nossas capacidades (Warr, 1987)



*como o trabalho está actualmente organizado nas nossas sociedades constituem factores de determinação social que, além de fulcrais, são provavelmente os mais importantes para a saúde [...onde...] o aumento das perturbações, ao nível da saúde mental, só encontra explicação nos crescentes factores psicossociais e na sobrecarga de stress psicossocial no local de trabalho”.*

Na carta de Bangkok (OMS, 2005), todos os sectores socioeconómicos são chamados a subscrever o compromisso para com a promoção da saúde, em particular o sector privado. Este, para além do cumprimento das suas obrigações legais, é encorajado a assegurar a saúde e segurança no trabalho, a promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e das comunidades, assumindo as suas responsabilidades sociais enquanto requisito de boas práticas de gestão. Para tal é estabelecida uma estratégia de cooperação entre todos os parceiros sociais, reforçando programas para a criação de locais saudáveis (cidades, vilas, escolas, hospitais) e de estilos de vida saudáveis (combate ao alcoolismo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, entre outros).

As estratégias de promoção da saúde no local de trabalho traduziram-se, a nível dos estados membros da UE, na adopção de normativos legais uniformizados pela transposição de directivas comunitárias, relevando-se a Directiva n.º 89/391/CEE do Conselho de 12 de Junho, alterada pela Directiva n.º 2007/30/CE, do Conselho de 20 de Junho, relativas à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.

Os objectivos estratégicos definidos nestas directivas encontram-se transpostos para o direito interno, Lei nº 102/2009 de 10 de Setembro. De acordo com esta regulamentação, compete ao empregador organizar as actividades de SST assegurando: condições de trabalho adequadas, prevenção e controlo dos riscos profissionais, certificação da aptidão profissional dos trabalhadores, vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores, informação e formação destes, em matéria de SST.

A comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, realizada em 2007 (Comissão Europeia, 2007), reforça, e amplia, a estratégia delineada em Lisboa (WHP, 2001), onde os Estados Membros tinham reconhecido que *“...garantir a qualidade e a produtividade no trabalho pode contribuir significativamente para a promoção do crescimento económico e do emprego”*, concluindo que a *“...ausência de uma protecção eficaz da saúde e da segurança no trabalho pode resultar em absentismo decorrente de acidentes de trabalho e de doenças profissionais e levar a incapacidades permanentes de origem*

*profissional, o que reveste uma dimensão humana impossível de negligenciar e um considerável impacto económico”.*

Assim, e para o período de 2007 a 2012, a saúde e segurança no trabalho, são considerados dos aspectos mais importantes, e mais desenvolvidos, nas políticas da União Europeia (UE) relativas ao emprego e aos assuntos sociais, visando garantir a qualidade e a produtividade no trabalho, reduzir o absentismo, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, contribuindo desta forma para a promoção do crescimento económico e do emprego.

A necessidade duma nova abordagem assentou nas conclusões da avaliação à estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho 2002-2006, onde, pese embora os progressos registados, os resultados do quarto inquérito europeu sobre as condições laborais revelaram que muitos trabalhadores continuam a considerar o trabalho que exercem uma ameaça à sua saúde ou segurança.

Concluíram então que as políticas nacionais, e comunitárias, devem contribuir para criar ambientes de trabalho e serviços de saúde que garantam o bem-estar no trabalho, maximizem a capacidade de trabalho e permitam aos trabalhadores participarem plenamente, e de forma produtiva, na vida profissional até uma idade mais avançada, prevenindo o abandono prematuro da vida activa, quer por doença, quer por acidentes de trabalho.

Assim, considerando os ganhos já conseguidos na EU-15, redução de 17% nos acidentes de trabalho mortais e da incidência de acidentes de trabalho com ausência superior a 3 dias em 20%, foi estabelecido como objectivo uma redução em *“...25% da taxa total de incidência de acidentes no trabalho na EU-27 até 2012, através do reforço da protecção da saúde e da segurança dos trabalhadores enquanto factor determinante para o êxito da estratégia de crescimento e emprego.”*

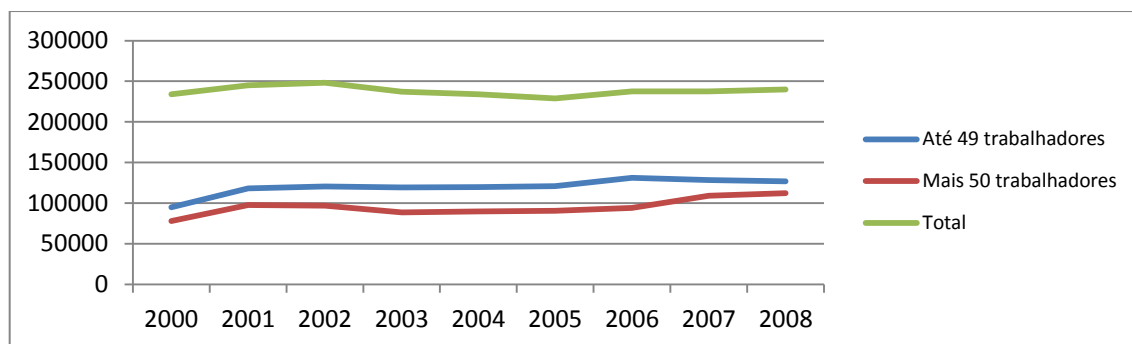
No âmbito das políticas e linhas de orientação delimitadas nesta estratégia foi publicado o Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009 – 2012 (DGS, 2009), tendo como *“...objectivos estratégicos não só assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização profissional”*, considerando que, em Portugal, *“...o fardo das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho é muito relevante, ainda que subavaliado”*.

A necessidade de conjugar esforços no sentido da promoção da saúde nos locais de trabalho é reforçada pela estrutura empresarial portuguesa onde 85% das empresas são microempresas

(menos de 10 trabalhadores), o que leva a que muitas não disponham de suficientes conhecimentos e competências em matéria de SST, factor agravado pelo baixo nível de habilitações dos trabalhadores, com 87% a possuírem o nível secundário ou inferior. Assim, é definido como objectivo geral, “...melhorar a qualidade do trabalho e de vida dos trabalhadores em todos os sectores de actividade, assegurando ganhos em saúde evidenciáveis” e “...proteger e promover a saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho”, tendo sido eleito como um dos seus objectivos específicos “...conhecer a incidência e a gravidade dos acidentes de trabalho, a sua caracterização e evolução ao longo do tempo” (Tabela 1)

Nº Trabalhadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 a 9	42587	51128	54276	56030	56375	56541	63195	58195	55872
10 a 19	21543	27142	28217	27359	27162	27011	29478	29160	30447
20 a 49	30736	39920	38101	35816	36137	37276	38442	41010	40539
50 a 99	21363	27621	26261	24215	23298	25175	25921	28491	28143
100 a 249	23240	27409	26966	24434	24596	26334	26761	30674	30594
250 a 499	12142	15819	14559	13853	14330	13896	14333	18785	16372
> a 500	21086	26595	28981	25959	27511	24975	26898	31123	37258
Ignorado	61221	29302	30736	29556	24700	17676	12364	2382	793
Total	234192	244936	248097	237222	234109	228884	237392	237409	240018

**Tabela 1 - Acidentes de trabalho por dimensão de empresa** (adaptado de GEP, 2010)



**Figura 1- Acidentes de trabalho versus dimensão da empresa** (adaptado de GEP, 2010)

A globalização económica, associada à introdução de novas tecnologias, novas formas de produção e de trabalho, teve implicações profundas sobre a mão-de-obra, as relações socio-laborais e as condições de trabalho, impondo um “...novo paradigma do trabalho que resulta do aumento da competitividade, da produtividade e lucratividade, à custa do factor social” (Hespanha, 2001).

Esta nova realidade impôs uma flexibilização do mercado de trabalho e das relações laborais, com as empresas a ajustarem os recursos aos imperativos do mercado, levando a uma “descontextualização”

e “recontextualização” das “noções de tempo e espaço de trabalho” (Ferreira, 2001). Vivemos naquilo a que alguns autores designam por “sociedade de risco” (Beck, 1992), uma sociedade marcada pela incerteza, pelo surgimento de novos riscos profissionais e pela transformação dos modelos de trabalho, impondo-se a necessidade de investigação que permita compreender o fenómeno e identificar as medidas de prevenção, e reparação, adequadas à promoção e protecção da saúde.

## **Trabalho e sinistralidade**

Na luta pela sobrevivência os seres humanos empreenderam, há muito, um processo de transformação do seu habitat com o objectivo de assegurar meios de subsistência e de melhorar as condições de vida, invertendo, de certa forma, o processo de selecção natural, assente na adaptação dos seres vivos ao seu habitat.

Estas actividades de criação, transformação e produção, actualmente entendidas como trabalho<sup>8</sup> e que constituem um traço diferenciador da nossa espécie (Hernández F. G., 2005), permitiram ganhos imensos na qualidade de vida e na criação de riqueza, mas acrescentaram novas situações traumáticas, nomeadamente os acidentes rodoviários e todas as que estão associadas ao desenvolvimento tecnológico (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003), com os inerentes impactos negativos na saúde, facto reconhecido desde há muito<sup>9</sup>.

Para o homem primitivo o trabalho era essencialmente manual e centrava-se na busca de alimentos, na procura de abrigos e na defesa contra agressores, onde as ocorrências infortunistas, e danosas, constituíam um acontecimento “natural”. De recolector passou a agricultor e a pastor, ao uso das mãos acrescentou a utilização de instrumentos e ferramentas. Ao constante crescimento das populações, e das suas necessidades, respondeu o espírito criador do homem com novos inventos, da pedra lascada ao fogo, da alavanca à roda, da utilização da tração animal ao aproveitamento das forças da natureza (hídrica e eólica).

Com a revolução industrial os seres humanos iniciaram a construção de uma nova realidade de trabalho, e de vida, caracterizada pela entrada das máquinas nos meios de produção, máquinas

---

<sup>8</sup> “Actividade do homem aplicada à produção, criação, entretenimento; actividade humana de transformação da natureza; ocupação actividade que representa uma carga.” (Larousse, 2012) Trabalho palavra com origem no latim *tripalium*, designava objecto de três paus utilizado na agricultura e como instrumento de tortura.

<sup>9</sup> Papiros egípcios da construção das pirâmides, referem problemas de saúde relacionados com o trabalho.

tecnologicamente rudimentares e pouco amigáveis na sua utilização, impondo ritmos e cargas de trabalho elevadas, por novas formas de energia (vapor, combustão, electricidade), e por locais de trabalho insalubres e nocivos.

O confronto dos seres humanos com esta nova realidade resultou num aumento dos problemas de saúde e dos “*acidentes*”<sup>10</sup> relacionados com o trabalho, gerando uma verdadeira catástrofe social. Figuras importantes da época como Thomas Percival (1784), Philippe Patissier (1822), Charles Thackerh (1831), Louis Villermé (1840) e Edwin Chadwick (1841), entre muitos, publicaram trabalhos onde expunham os impactos dessa realidade, questionando a dimensão moral do progresso industrial, considerando os custos humanos envolvidos (Hernández F. G., 2005).

Foi este contexto socioeconómico que fez emergir a consciência social para a necessidade de uma justa equidade nas relações de trabalho, onde os objectivos da empresa não podem assumir um valor absoluto mas devem ser relativizados, passando a integrar os direitos dos trabalhadores. Emergiram então os conceitos de segurança e saúde no trabalho, inicialmente com preocupações assistenciais e indemnizatórias, paradigma que evoluiu na segunda metade do séc. XX para o primado da prevenção e da protecção, onde a “*...ocorrência de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais constitui um indicador da existência de disfunções nos locais de trabalho e/ou nas respectivas envolventes*” (IGT, 2005).

A crise petrolífera dos anos 70 provocou um retrocesso nos ganhos obtidos em matéria de SST, nomeadamente ao nível de prevenção de riscos profissionais e na protecção da saúde dos trabalhadores, com o conseqüente agravamento dos indicadores da sinistralidade laboral.

Três referências marcam a resposta a esta situação: (1) a publicação do “relatório Robens” no Reino Unido (1972) que perspectivou a reforma da ordem jurídica inglesa e influenciou a de outros países; (2) a adopção, em 1981, pelos membros da OIT, da Convenção nº 155 sobre a segurança, a saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho; (3) a adopção, em 1989, pelo Conselho das Comunidades Europeias da Directiva nº 89/391/CEE relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores (Roxo, 2012).

---

<sup>10</sup> Acontecimento casual ou inesperado; contingência; acaso; acontecimento repentino e desagradável; desastre; desgraça (<http://www.portoeditora.pt/espacolingua/portuguesa/dol/dicionarios-online/>, 2012)

Hoje, as preocupações com a segurança e saúde são transversais aos vários contextos de vida, pessoal, profissional e social, inserindo-se num grupo alargado de preocupações, abrangendo as condições de trabalho, a qualidade de vida, o crescimento sustentável, a responsabilidade social e a protecção e preservação do meio ambiente. No entanto, e apesar dos avanços conseguidos, os acidentes de trabalho continuam a produzir vítimas, mantendo-se no topo das preocupações das instituições e organizações nacionais, e internacionais, que lidam com o problema.

Segundo a OIT, 6300 trabalhadores morrem diariamente vítimas de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho, num total de mais de 2,3 milhões de mortes anuais em 317 milhões de acidentes, com perdas económicas estimadas em cerca de 4% do PIB mundial (OIT, 2012). Segundo os dados estatísticos publicados pelo EUROSTAT, referentes a 2007, 3,2% dos trabalhadores foram vítimas de acidente de trabalho na EU-27, o que corresponde a 6,9 milhões de pessoas, estimando-se em 67 milhões os dias de paragem profissional (Eurostat, 2010). No mesmo período, e segundo a mesma fonte, morreram 5580 trabalhadores em acidentes de trabalho.

Em Portugal, a informação estatística sobre acidentes de trabalho está enquadrada pelo regime jurídico constante da Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro, que não inclui os acidentes ocorridos na Administração Pública, subscritores da Caixa Geral de Aposentações, regulados pelo Decreto-Lei nº 503/99 de 20 de Novembro.

Um primeiro conjunto de informação que interessa conhecer para compreender o fenómeno da sinistralidade laboral nacional, diz respeito à dimensão e composição do nosso tecido empresarial, à incidência de acidentes por sector de actividade e por dimensão da empresa, e à sua distribuição geográfica no território nacional.

No que se refere à dimensão do nosso parque empresarial, considerando as empresas não financeiras, as com menos de 10 trabalhadores representavam 95,8% no total de 1095250 empresas em 2010 (representavam 91,7%, num total de 392516 empresas em 1990) (PORDATA, 2012).

Numa primeira análise dos dados disponíveis, verificamos que a sinistralidade anual total, acidentes de trabalho mortais e não mortais, apresenta oscilações que, apesar da tendência decrescente da última década, ainda apresenta valores absolutos acima dos registados em 1995. Já no que se refere aos acidentes de trabalho mortais a tendência de redução é nítida (Tabela 2).

Ano	Acidentes trabalho							
	Total	Mortais	Sector de actividade económica					
			Primário		Secundário		Terciário	
			Total	Mortal	Total	Mortal	Total	Mortal
1985	233.217	348	nd	Nd	nd	nd	Nd	Nd
1990	305.512	203	nd	Nd	nd	nd	Nd	Nd
1995	204.273	232	nd	Nd	nd	nd	Nd	Nd
2000	234.192	368	8.881	33	141.418	192	76.850	115
2005	228.884	300	8.105	28	129.431	174	89.509	95
2009	217.393	217	7.670	19	107.657	120	100.837	77

Tabela 2 – Total de acidentes de trabalho por sector económico (adaptado de GEP/MTSS, PORDATA, 2012-07-06)

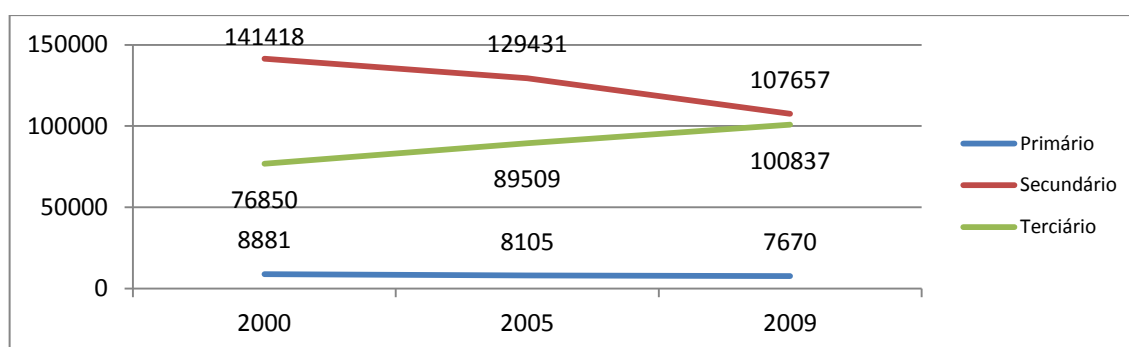


Figura 2 - Evolução do total de acidentes de trabalho por sector de actividade

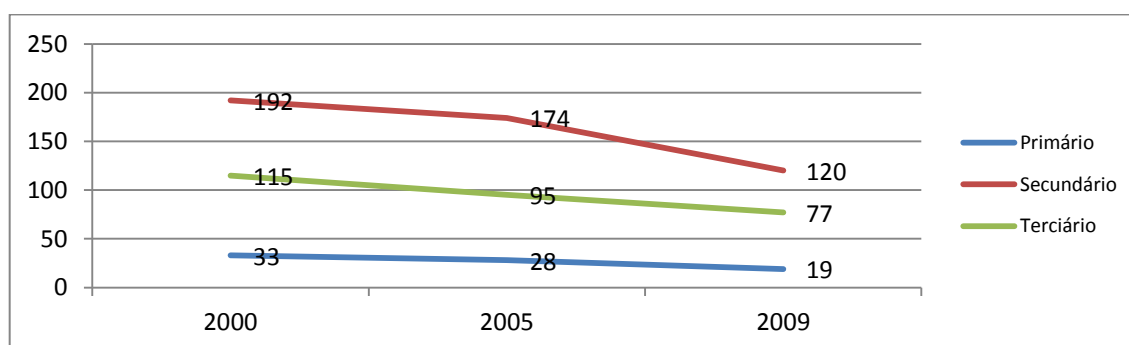


Figura 3 - Evolução dos acidentes mortais por sector de actividade

Estas oscilações são tanto mais preocupantes quando é certo o movimento de terciarização da actividade económica e a perda de peso (também em número de trabalhadores), dos sectores primário e secundário, considerados intrinsecamente mais perigosos, sendo expectável uma tendência decrescente (Roxo, 2012)

Releva-se o aumento dos acidentes totais do sector terciário que, praticamente, igualaram os do sector secundário, tendência já detectada no relatório Acidentes de Trabalho 2008 onde se constata ter sido nas actividades administrativas e serviços de apoio que a sinistralidade teve maior impacto,

tendo ocorrido cerca de 12525 acidentes por cada 100000 trabalhadores, registo mais de duas vezes superior à taxa global de incidência de acidentes de trabalho (GEP, 2011).

A análise da sinistralidade por actividade económica revela, no período 2000 / 2008, que a actividade económica com maior sinistralidade foi a Industria transformadora, representando 32,5 a 37,5% dos acidentes de trabalho, seguida da construção, com 20 a 23% dos acidentes, e do comércio por grosso e a retalho, contribuindo com 13,7 a 15,9% dos acidentes. No que se refere a acidentes mortais, e para o mesmo período temporal, o ranking é dominado pela construção que, isolada, é responsável por um terço dos acidentes mortais (GEP, 2011).

No entanto, a tendência de redução dos índices de sinistralidade verificada na última década, em particular dos acidentes de trabalho mortais, não é acompanhada pela diminuição de custos com os cuidados de saúde, apresentando os encargos do sector dos seguros um crescimento constante ao longo da década (os dados disponíveis não permitem avaliar o peso directo dos custos da sinistralidade laboral) (Tabela 3).

Ano	PIB %	Rácio por habitante	Total Milhares €	Público	Privado	
					Total	Seguros
2000	8,6	1070,1	10.942.953	7.598.246	3.344.707	386.564
2005	9,8	1430,4	15.110.540	10.548.582	4.561.992	666.037
2009	10,2	1623	17.256.222	11.657.122	5.599.100	787.445
2010*	Provisórios	1653,4	17.534.675	11.795.706	5.738.969	806.877
2011**	Previstos	1584,5	16.727.732	10.953.226	5.774.506	835.862

**Tabela 3 - Evolução da despesa com cuidados de saúde** (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA em 2012-07-17)

Em 2003, o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, estimou que o impacto socioeconómico dos acidentes de trabalho ascendeu a 609 milhões de euros (303 milhões de euros de custos em espécie e 306 milhões em pensões de incapacidade e morte) e a 613 milhões de euros em perdas potenciais de produção (CRPG, 2005).

No que se refere à distribuição geográfica dos acidentes de trabalho, os dados disponíveis revelam que os distritos do Porto, Lisboa, Aveiro Braga e Leiria num total de 18 distritos, com uma população de 6129337 habitantes, 57% da população residente (Portal de Saúde Pública, 2007), contribuíram para 65% do total de acidentes registados em 2008, relevando a subida da sinistralidade na última década em Braga, Leiria, Coimbra, Faro, Setúbal, Ilhas e no estrangeiro (GEP, 2011) (Tabela 4).



<b>Distrito</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Aveiro	27456	30968	30596	28520	27074	25524	27620	28527	27352
Braga	19739	21787	22759	23529	21576	20651	22067	22040	21634
Leiria	16041	19340	19066	18797	18138	17806	16782	17060	18096
Lisboa	41476	38890	42346	36926	41122	40717	42306	42668	42341
Porto	53898	55392	56420	53564	51339	48868	50304	49541	48170
Outros	64224	70736	70857	68074	66122	65756	68275	66328	71421
Ilhas	6656	5658	5954	5880	6575	6659	6912	7072	7147
Estrangeiro	1674	1568	750	1631	2119	2666	3144	4191	3875
<b>Total</b>	<b>234192</b>	<b>244936</b>	<b>248097</b>	<b>237222</b>	<b>234109</b>	<b>228884</b>	<b>237392</b>	<b>237409</b>	<b>240018</b>

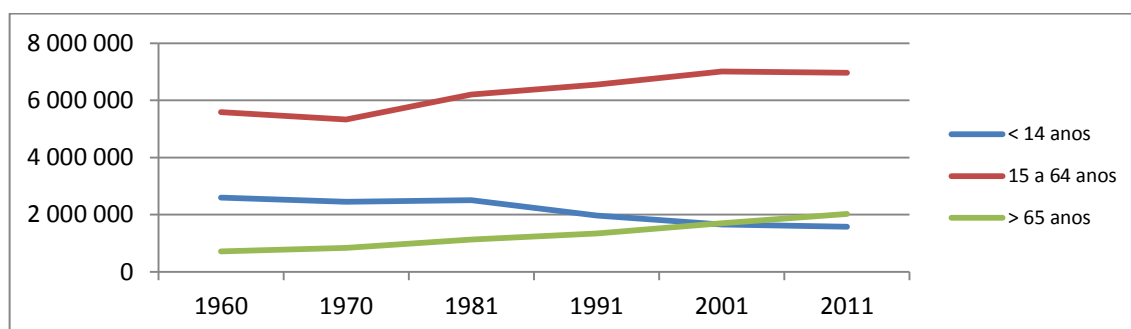
**Tabela 4 - Distribuição geográfica dos acidentes de trabalho** (adaptado de GEP, 2010)

No que se refere à distribuição da sinistralidade laboral ao longo do ano, os dados do já referido relatório, período 2000 a 2008, revelam uma diminuição significativa da sinistralidade nos meses de Agosto e Dezembro, que se pode explicar por estes serem meses preferenciais para o gozo do período de férias, coincidindo com os períodos de férias escolares, o verão e a época natalícia.

Um segundo conjunto de informação que importa conhecer, para a caracterização da sinistralidade em Portugal, diz respeito à dimensão e composição da população portuguesa, com os dados provisórios, publicados pelo INE, referentes aos Censos de 2011, a quantificar a população residente em 10.561.614 habitantes. (Tabela 5).

<b>Ano</b>	<b>Sexo</b>		<b>Grupo etário</b>			<b>Total</b>	<b>Taxa %</b>
	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>&lt; 14</b>	<b>15 a 64</b>	<b>&gt;65</b>		
<b>1981</b>	4.737.715	5.095.299	2.508.673	6.198.883	1.125.458	9.833.014	1,243
<b>1991</b>	4.756.775	5.110.372	1.972.403	6.552.000	1.342.744	9.867.147	0,034
<b>2001</b>	5.000.141	5.355.976	1.656.602	7.006.022	1.693.493	10.356.117	0,489
<b>2011*</b>	5.047.387	5.514.227	1.572.546	6.966.564	2.022.504	10.561.614	0,197

**Tabela 5- População residente** (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA em 2012-07-17) \* Dados provisórios



**Figura 4 – Evolução da população residente em Portugal por grupo etário**

Verifica-se o envelhecimento da população residente, com diminuição consistente no grupo etário de idade inferior a 15 anos desde a década de 80 (25,5% em 1981, 14,8% em 2011) e aumento no grupo etário com mais de 65 anos (11,4% em 1981, 19,1% em 2011), traduzindo um aumento da esperança média de vida à nascença de 71 anos em 1980 para 79,5 anos em 2010 (PORDATA, 2012).

A evolução demográfica na última década, aponta para uma estabilização do efectivo da população em idade activa, com uma proporção estabilizada entre géneros, representando os homens 52,5% do efectivo e as mulheres 47,5%, em 2010.

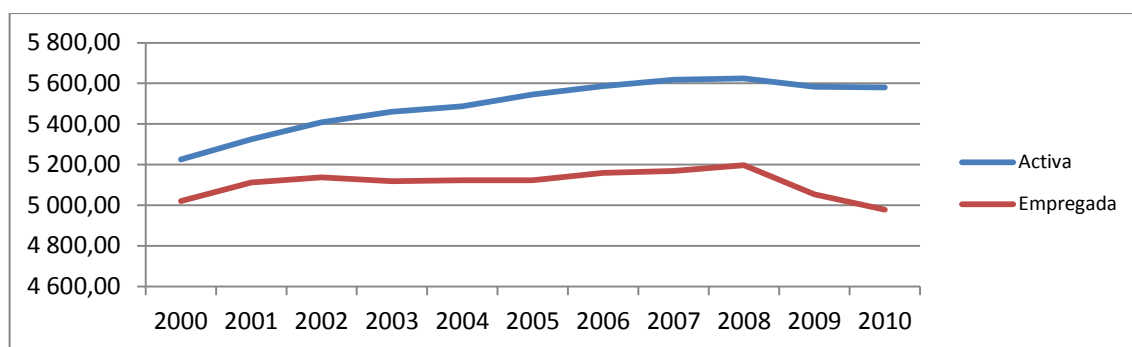
Se atendermos ao índice de sustentabilidade, em 1980 tínhamos 5,5 activos por idoso, com os dados provisórios a apontarem para 3,4 activos por idoso em 2011, sendo expectável uma diminuição da população em idade activa nos próximos anos, considerando a tendência decrescente verificada no grupo etário abaixo dos 15 anos e o aumento da população acima dos 65 anos (PORDATA, 2012).

A empregabilidade da população em idade activa, no mesmo período temporal, apresenta uma tendência consistente para a sua diminuição, com um máximo de 96% de empregabilidade em 2000 caindo para 89% em 2010. Esta diminuição foi mais pronunciada nos homens que em 2000 representavam 55% da população activa empregada, para em 2010 representarem 53% dessa população (PORDATA, 2012).

Verifica-se um agravamento rápido da situação nos últimos dois anos, tendência que se deve manter, considerando as previsões da OCDE para um agravamento da taxa de desemprego em Portugal, que deve atingir um valor da ordem dos 16% em 2013 (OCDE, 2012) (Tabela 6)

Ano	População idade activa			População empregada			Taxa
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	
<b>2000</b>	2.854,5	2.371,9	5.226,4	2.765,2	2.255,7	5.020,9	0,96
<b>2002</b>	2.937,8	2.470,0	5.407,8	2.816,4	2.320,9	5.137,3	0,949
<b>2004</b>	2.957,0	2.530,8	5.487,8	2.784,2	2.338,6	5.122,8	0,933
<b>2005</b>	2.963,5	2.581,3	5.544,9	2.765,4	2.357,2	5.122,6	0,923
<b>2006</b>	2.984,4	2.602,9	5.587,3	2.789,7	2.369,8	5.159,5	0,929
<b>2007</b>	2.986,0	2.632,2	5.618,3	2.789,3	2.380,4	5.169,7	0,92
<b>2008</b>	2.991,4	2.633,4	5.624,9	2.797,1	2.400,7	5.197,8	0,924
<b>2009</b>	2.948,9	2.633,9	5.582,7	2.687,6	2.366,5	5.054,1	0,905
<b>2010</b>	2.931,8	2.648,9	5.580,7	2.644,5	2.333,6	4.978,2	0,892

**Tabela 6 - População activa versus empregada 2000 a 2010** (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA 2012-07-17)



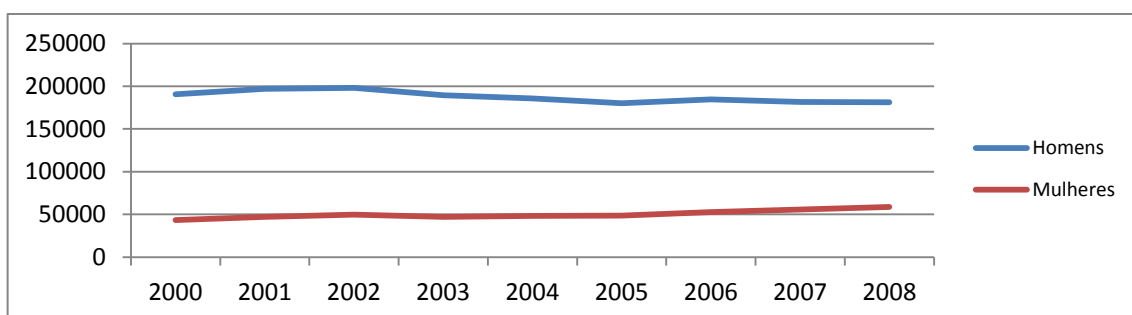
**Figura 5 - Evolução da população em idade activa versus empregada (2000 a 2010)**

No que se refere aos trabalhadores sinistrados os dados disponíveis no período 2000 / 2008 (GEP, 2011), permitem a sua caracterização quanto ao género, grupo etário, nacionalidade, situação profissional e grupo profissional.

Cotejando a distribuição por género da população activa e empregada com os dados da sinistralidade, impressiona a desproporção entre géneros, com uma incidência de acidentes no género masculino (76% dos sinistrados em 2008) duas vezes e meia superior à do género feminino (24% dos sinistrados em 2008). No entanto, a sinistralidade do género masculino, apresentam uma tendência decrescente, verificando-se o oposto com os sinistrados do género feminino, representando as mulheres 18% em dos sinistrados em 2000 e 24% dos em 2008 (Tabela 7).

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Masculino	190560	197089	197989	189473	185812	180107	184764	181693	181328
Feminino	43420	47106	49688	47180	48071	48540	52628	55716	58690

**Tabela 7 - Acidentes de trabalho por género** (adaptado de GEP, 2010)

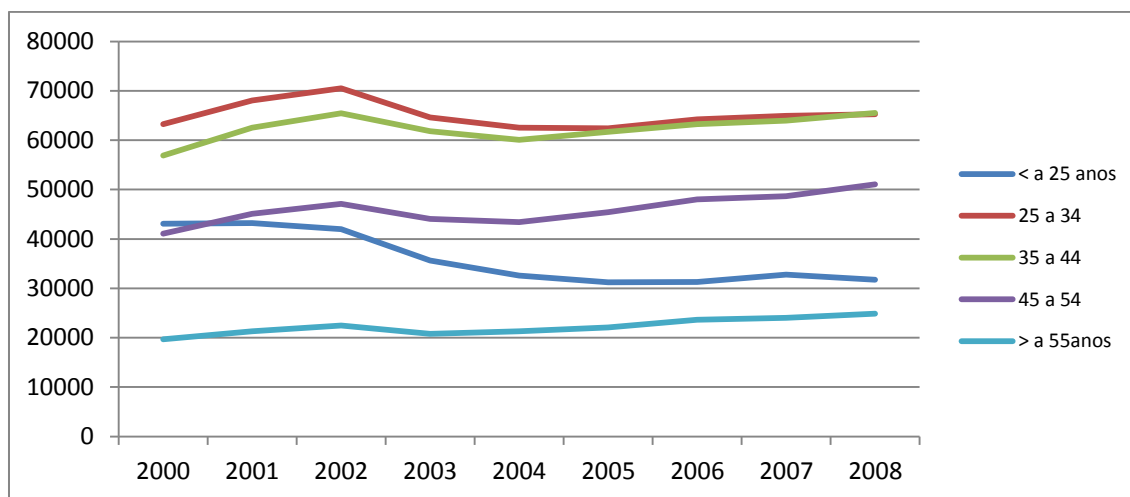


**Figura 6 - Evolução da sinistralidade por género 2000 – 2008**

Quanto à evolução da sinistralidade por grupos etários, verificamos um aumento mais pronunciado da sinistralidade nos grupos acima dos 35 anos e redução nos grupos etários mais jovens, em linha com a diminuição dos activos e da empregabilidade nos grupos mais jovens (PORDATA, 2012) (Tabela 8).

Idade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
< 18 anos	5074	4565	4073	2984	2324	1832	1689	1571	1445
18 a 24	37989	38643	37903	32645	30233	29372	29613	31226	30296
25 a 34	63244	68054	70516	64622	62519	62398	64196	64983	65230
35 a 44	56909	62554	65467	61789	60054	61721	63264	63955	65539
45 a 54	41055	45079	47094	44084	43393	45396	48036	48647	51071
> 55 anos	19691	21318	22459	20784	21305	22057	23653	24035	24884
Total	234192	244936	248097	237222	234109	228884	237392	237409	240018

**Tabela 8 - Sinistralidade por grupo etário 2000-2008** (adaptado de GEP, 2010)



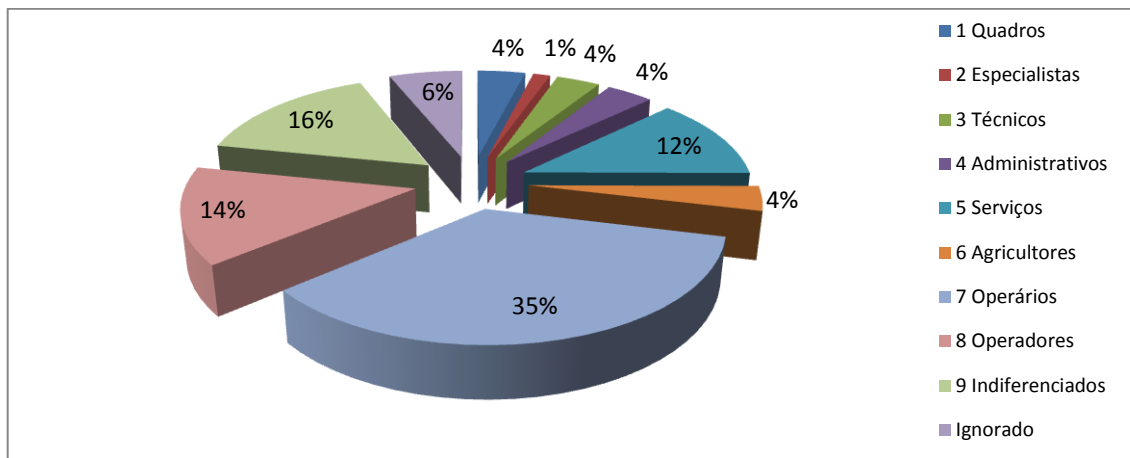
**Figura 7 - Evolução da sinistralidade por grupo etário 2000-2008**

Considerando a idade, os dados indicam um envelhecimento da população sinistrada em concordância com a evolução demográfica da população, com uma média etária estimada de 35,4 anos, em 2000, e de 38,6 anos, em 2008 (Tabela 8).

No que se refere à nacionalidade, os dados do período 2000-2008, revelam uma ligeira variação, com os trabalhadores de nacionalidade portuguesa representando 90,6% dos sinistrados em 2000, e 93% em 2008 (máximo de 93,7% em 2002), sendo os restantes sinistrados estrangeiros ou de nacionalidade ignorada, onde o grupo com maior representatividade é o dos cidadãos de outro país da EU. Os trabalhadores de nacionalidade brasileira apresentam a maior taxa de mortalidade por acidentes de trabalho, o dobro da dos trabalhadores nacionais (GEP, 2011).

Quanto à situação profissional e no período considerado, 80,9% (2000) a 92% (2008) dos trabalhadores sinistrados são trabalhadores por conta de outrem. Quanto à sinistralidade por grandes grupos profissionais, o grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares, é o grupo mais atingido, representando 43,2% (2000) a 35,6% (2008) dos acidentes registados.

No entanto, em conjunto com o grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, foram os grupos que registam redução da sinistralidade no período 2000/2008 (GEP, 2011).



**Figura 8 - Sinistralidade por grupos profissionais 2008** (adaptado de GEP, 2010)

Outro conjunto de informação que importa analisar, refere-se às causas e circunstâncias em que ocorrem os acidentes de trabalho, aos locais de trabalho, actividade desenvolvida, factores desviantes e à modalidade de contacto do acidente.

Quanto ao local de ocorrência, 48,6% (2001) a 44% (2008) dos acidentes ocorreram em zonas industriais, com 37% dos acidentes mortais a ocorrerem em estaleiros de construção, local onde ocorrem entre 23,7 (2001) a 20% (2008) do total dos acidentes. Quanto à actividade, dominam as actividades com utilização de ferramentas (28%), movimentos excessivos (23%) e transporte manual (22%) (GEP, 2011).

No que se refere aos factores desviantes envolvidos na génese dos acidentes, considerando o ano de 2009, o movimento do corpo (26,6%) e a perda de controlo de máquina, meios de transporte e ferramentas (23,8%) são as principais causas de sinistralidade, seguidas das quedas de pessoas (18,5%). Quanto ao tipo de contacto envolvido na produção da lesão, o constrangimento físico (26,9%) e o esmagamento por objectos (24,6%) são as formas mais frequentes, seguidas por acidentes onde o sinistrado é atingido por objectos (GEP, 2012).

Quanto às consequências dos acidentes, os dados permitem caracterizar a natureza da lesão e a região do corpo atingida. No período considerado, as feridas e lesões superficiais constituem as lesões mais frequentes, ocorrendo em 52,4% dos acidentes, com as concussões e lesões internas a constituírem a lesão mais frequente nos acidentes mortais, 29% das mortes em 2008 (GEP, 2011).

As extremidades superiores, lesadas em 36,2% dos acidentes em 2008, são a região do corpo mais atingida, seguidas das extremidades inferiores (23,7%), cabeça (14,6%) e tronco (13,5%). Os politraumatismos são a lesão mais frequente nos acidentes mortais, causa de 36,7% das mortes em 2008, seguidos dos traumatismos cranianos (20%) e torácicos (17,3%) (GEP, 2011).

Os dados disponíveis indicam uma oscilação na incidência dos acidentes de trabalho durante a última década com uma diminuição consistente dos acidentes de trabalho mortais. Apesar dos esforços desenvolvidos, a sinistralidade ainda se mantém a níveis semelhantes aos de 1995, atingindo a população activa que tem tendência a envelhecer, com custos económicos e sociais crescentes. Esta realidade, considerando os seus impactos humanos, os custos socioeconómicos directos e indirectos, justifica e impõe, políticas que visem, a um tempo, a prevenção dos acidentes de trabalho, a reparação e a reintegração dos sinistrados na vida activa, em termos profissionais e sociais.

## **Reparação do dano em direito do trabalho**

O “Tao” de Lao-Tsé, nas suas diversas formas e formulações é sempre o caminho, a harmonia do percurso humano face ao curso do natural (Kia-Hway & Grynepas, 1980). A “Rta”, do hinduísmo, é a ordem, a correcção, a honradez, a rectidão com a qual toda a acção humana se tem de harmonizar (Spiegel, 1989).

Quando o *Tao* segue um percurso desviante e choca, acidentalmente, com o curso natural, ou quando a acção humana não se harmoniza com a *Rta*, por comissão, omissão ou negligência, os danos consequentes podem ser irreversíveis<sup>11</sup>.

Irreversíveis mas não irreparáveis<sup>12</sup>.

A necessidade, e a possibilidade, social e económica, de reverter ou compensar os danos resultantes dos desvios ao Tao ou à desarmonia com a Rta, constituem um avanço civilizacional que se perde na memória dos tempos, hoje enquadrado pelo Direito, nas suas mais diversas formas de responsabilização civil, criminal, laboral e social.

---

<sup>11</sup> Reversível, enquanto capacidade/possibilidade de reverter um processo até ao seu ponto de partida.

<sup>12</sup> Reparável, enquanto capacidade/possibilidade de compensar/remediar situação irreversível.

O acidente, epistemologicamente entendido como um acontecimento súbito e inesperado, não planeado que produz danos e prejuízos, é resultado de condições naturais ou de “*fenómenos socialmente construídos*” (Green, 1997), ocorrendo de forma aleatória, ou seja emerge como um desvio da normalidade.

Uma das características da inteligência humana é a capacidade de projectar as suas acções no tempo com vista a atingir objectivos previamente definidos, a capacidade de, conhecendo as condições iniciais e as leis que regem o universo, antecipar o futuro, isto é simular o futuro e arquitectar uma estratégia (Kaku, 2011). Quando a sequência de eventos decorre como o previsto, entendemos tal como o normal curso dos acontecimentos, quando a realidade se desvia do cenário antecipado estamos perante o inesperado, o aleatório, o acidental.

O acidente, enquanto acontecimento imprevisível, resulta então das limitações humanas em abarcar todas as condições iniciais e compreender todos os segredos do universo, numa perspectiva determinística. Estas limitações são de duas ordens, uma quantitativa e outra qualitativa. Mostra-se humanamente impossível conhecer todas as condições iniciais e compreender todas as relações e interacções possíveis numa realidade hipercomplexa e caótica, a limitação quantitativa.

Compensamos esta limitação fazendo escolhas, ou seja seleccionando as “*variáveis críticas*” das condições iniciais. Mas estas escolhas seguem uma lógica própria, influenciada por factores sociais, culturais e factores pessoais, a experiência de vida prévia, e aquilo a que chamamos intuição. A cada uma das variáveis seleccionadas atribuímos uma ordem de importância e, com base nesta escolha selectiva, ponderada e individualizada, construímos a “*realidade inicial*” e antecipamos a “*realidade futura*”, sendo esta a limitação qualitativa.

O trabalho, parte integrante da vida dos seres humanos inseridos numa sociedade produtiva, é experiência essencial que ocupa mais de um terço do tempo de vida e que, para além da criação e obtenção de riqueza, gera benefícios intrínsecos tais como satisfação e realização pessoal, auto-estima e estatuto social (Rogers, 1994). O trabalho, como todas as outras realidades em que se movimenta o ser humano, é contaminado por imprevistos, alguns dos quais configuram acidentes.

O conceito de acidente de trabalho é uma construção de natureza legal, delimitado no Art.º 8 da Lei 98/2009 de 4 de Setembro (LATDP), como o acidente que ocorre na intercepção de duas esferas, a

esfera espacial (local de trabalho) e a esfera temporal (horário de trabalho), com as ampliações previstas no Art.º 9, e que produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.

A LATDP define um conjunto de condições que descaracterizam o acidente enquanto acidente de trabalho, nomeadamente se dolosamente provocado pelo trabalhador, se resultar de negligência grosseira ou privação do uso da razão do sinistrado (Art.º 14), que excluem a responsabilidade do empregador na sua reparação, nomeadamente motivos de força maior (Art.º 15) ou situações especiais (Art.º 16) e que reduzem essa responsabilidade, nomeadamente acidente provocado por terceiros (Art.º 17). Também estão previstos cenários onde há agravamento da responsabilidade do empregador, como no caso do acidente resultar de actuação culposa deste (Art.º 18).

São clássicas referências históricas às Tábuas de Nippur, ou Leis de Ur Namur (Cueto, 2001), e ao Código de Hammourabi, baseado na Lei de Talião, como os primeiros registos humanos onde se aborda o problema da reparação do dano (Geerts, 1962), mas são de raiz judaica as atuais concepções sobre os parâmetros de avaliação do dano, atribuindo-se ao rei dinamarquês Knud, ano mil da nossa era, o uso de uma tabela de indemnizações análoga às da actualidade (Sá F. O., 1992).

Remonta ao Direito Romano, com a Lex Aquilia (286.A.C), o início da protecção contra os acidentes de trabalho fundada no conceito de culpa, base para tornar efectiva a responsabilidade pelo acidente. Inicialmente destinada a compensar os donos dos escravos afectados pelo acidente é, posteriormente, ampliada pela concepção de uma “*actio utilis*” aos homens livres.

Já nesse tempo se assumia a dicotomia entre dano patrimonial e dano extrapatrimonial, com o dano corporal do escravo, mercadoria que tinha um determinado valor patrimonial, passível de indemnização canónica. Ao homem livre não era devida indemnização pelo dano corporal, mas reconhecia-se o direito a indemnização por cuidados médicos e diminuição da sua capacidade produtiva, configurando os conceitos atuais de dano e de IPP em sede de Direito do Trabalho (Sá F. O., 1992)

É na Alemanha que, nos finais do século XIX, se desenha um sistema de saúde público enquadrado na construção de um Estado-Providência, promulgando as primeiras leis de protecção social nomeadamente, seguros de doença (1883), de acidente de trabalho (1884), de velhice (1889) e legislação sobre condições de trabalho (1889-91). Este movimento foi acompanhado pela Nova



Zelândia (1898), o império austro-húngaro (no final do século), a Noruega (1909), a Suécia (1910) e a Inglaterra (1897, 1906, 1911-12) (Graça, 2000).

Este movimento sofreu um forte impulso com a criação da OIT, em 1919, levando à adopção de políticas de protecção social na maioria dos países industrializados. Portugal acompanhou essa tendência e, em 1895, promulga a primeira lei sobre higiene e segurança do trabalho, no sector da construção e obras públicas, que procura garantir protecção dos trabalhadores, com a responsabilidade dos acidentes de trabalho a recair sobre a pessoa encarregada da direcção da obra. No entanto só em 1905 é emitida a primeira apólice de seguros contra acidentes resultantes do trabalho, pela Equitativa, no Porto, apesar da inexistência de legislação regulando a reparação dos acidentes de trabalho.

Em 1906 é apresentado, no Parlamento, um projecto de lei acerca de indemnizações a operários por desastres de trabalho, mas só em 1913 é estabelecida, pela primeira vez em Portugal, a responsabilidade patronal pelos acidentes de trabalho, em certas actividades industriais, podendo essa responsabilidade ser transferida para as seguradoras, responsabilidade essa fundamentada na *"teoria do risco profissional"*, Lei nº 83, de 24 de Julho. A legislação é revista em 1917, Lei nº 801, de 3 de Setembro, e em 1919 com a criação do seguro social obrigatório contra desastres no trabalho, incluindo as *"doenças profissionais"*, Decreto nº 5637, de 10 de Maio (Graça, 1999).

A Lei nº 1942, de 27 de Julho de 1936, revoga toda esta legislação, adoptando o princípio da responsabilidade objectiva do empregador no que se refere aos acidentes de trabalho, estabelecendo um conjunto de normas que, ainda hoje, formatam a legislação sobre reparação de acidentes de trabalho. Esta legislação foi revista pela Lei nº 2127, de 3 de Agosto de 1965, que se manteve em vigor até 1997, data em que foi aprovado o novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro.

Actualmente, em Portugal, o direito à reparação dos danos resultantes da exposição a agentes perigosos no local de trabalho, quando dela resultem acidentes de trabalho ou doenças profissionais, é um direito consagrado na Lei constitucional n.º 1/2001 de 12 de Dezembro (Art.º 59), inserindo-se no âmbito do direito à segurança social, (Art.º 63) e Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, aprovando as bases gerais do sistema de segurança social (Artigos 52 e 107).

O enquadramento geral do regime jurídico da prevenção e reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, encontra-se definido nos Art.º 281 a 284 do CT, aprovado pela Lei n.º 7/2009 de 12 de Dezembro, na redacção dada pela Lei n.º 23/2012 de 25 de Junho.

O regime de responsabilidade adoptado na prevenção e reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais é um regime misto (Art.º 283 do CT), com a protecção das doenças profissionais garantida pelo regime geral da segurança social, promovendo a socialização do risco. A prevenção e reparação dos acidentes de trabalho permanece na esfera da responsabilidade privada do empregador, assente no risco objectivo a que sujeita os trabalhadores durante e nas actividades de trabalho, não decorrendo do apuramento de responsabilidade subjectiva, negligente ou dolosa. Como forma de assegurar a reparação, existe a obrigatoriedade dos empregadores em transferirem a responsabilidade da reparação para as entidades seguradoras, estabelecendo contractos de seguro, de acordo com o regime geral definido no artigo 284.º do CT, com remissão para a Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro<sup>13</sup> (LATDP).

O regime legal em vigor (LATDP) materializa a reparação do dano imputável a acidentes de trabalho através de prestações em espécie (Art.º 25), com o objectivo de reverter o dano, restabelecendo o estado de saúde e a capacidade produtiva do sinistrado, anterior ao acidente, e prestações em dinheiro (Art.º 47), com o objectivo de compensar a redução da capacidade produtiva, temporária ou permanente, consequência de lesões ou subsistência de sequelas imputáveis ao acidente, após se esgotarem as possibilidades dos adequados, e necessários, cuidados de saúde.

Quando um ser humano é vítima de um evento do qual resultem lesões corporais ou na saúde, independentemente das circunstâncias em que este ocorre, acidental ou não, no decurso da prestação de trabalho ou outras, o dano pessoal emergente é uno, com repercussões bio-psico-sociais, patrimoniais e não patrimoniais.

---

<sup>13</sup> Os trabalhadores que exercem funções públicas, independentemente do seu enquadramento no regime geral de segurança social ou no chamado regime de protecção social convergente, têm a responsabilidade da reparação dos acidentes em serviço assegurada nos moldes definidos no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro que, no seu conjunto, garante o direito às mesmas prestações e adopta os mesmos conceitos, designadamente respeitantes à caracterização ou descaracterização do acidente e à qualificação da doença profissional. Este não transfere a responsabilidade para as entidades seguradoras, salvo em casos devidamente justificados, desde que mais vantajosos e que salvaguardem a totalidade dos direitos definidos no Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro.

Os trabalhadores independentes são obrigados a estabelecer contractos de seguro de acidentes de trabalho com entidades seguradoras, de acordo com o regime geral definido no Decreto-lei n.º 159/99 de 11 de Maio, por remissão do Art.º 184 da Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro.

Assim, o dano corporal emergente constitui um dano base (Dias, 2001) que, alterando o anterior estado da vítima, desvia o natural percurso de vida, gerando uma multiplicidade de impactos a nível pessoal, familiar e socioprofissional.

Nesta perspectiva, o dano pessoal é entendido como um dano composto, onde se integram duas realidades, uma estática, outra dinâmica. O dano resultante da agressão corporal, atentando à vida, à integridade física, à saúde, é um dano de valor igual para todos os seres humanos, a realidade estática do dano. Os impactos pessoais deste dano na realidade única que representa cada ser humano, são diversos e individualizáveis, em função da forma como cada um disfruta a vida com as capacidades e bens de que dispõe, a realidade dinâmica do dano (Dias, 2002).

Historicamente, em sede de Direito do Trabalho, o ser humano tem sido encarado como um factor de produção, o “*homo faber e economicus*” (Pinto, 2007), sendo o bem tutelado a sua capacidade produtiva, resultando o direito à reparação da redução na capacidade de trabalho ou de ganho, ou da sua extinção por morte, imputável ao acidente de trabalho (Art.º 8 da LATDP). A reparação do dano institui-se então como uma reparação parcial, não se assumindo, como em sede de Direito Civil, como reparação integral do dano, nos seus aspectos patrimoniais<sup>14</sup> e extrapatrimoniais<sup>15</sup>, nas suas realidades estática e dinâmica.

Para além de parcial, a reparação é limitada e redutora. É parcial porque só considera as repercussões do acidente de trabalho na capacidade produtiva do ser humano enquanto trabalhador, na medida em que se verifique redução ou extinção dessa capacidade. É limitada porque, mesmo no que se refere à capacidade produtiva, só considera os lucros cessantes não considerando os lucros emergentes e, dos lucros cessantes, só considera os decorrentes da relação contratual de trabalho na qual ocorreu o acidente, não considerando os lucros cessantes de outras fontes de rendimentos onde o trabalhador aplicava a sua capacidade produtiva. É redutora na medida em que a capacidade produtiva, calculada com base na retribuição anual ilíquida normalmente devida ao sinistrado, à data do acidente (Art.º 71 da LATDP), vai ser reduzida consoante a natureza da incapacidade, IPA (80%), IPATH (50 a 70%), IPP (70%), ITA (70 a 75%) e ITP (70%) (Art.º 48 da LATDP).

---

<sup>14</sup> Dano patrimonial ou económico, danos com projecção directa e imediata nos interesses económicos e materiais da vítima e, como tal, facilmente referenciáveis em termos pecuniários (Sá F. O., 1992).

<sup>15</sup> Dano extrapatrimonial ou mão económica, dano que resulta dos prejuízos vividos e sentidos pela vítima mas que, normalmente, não implicam uma perda económica óbvia (Sá F. O., 1992)

Concluimos então que, em sede de Direito do trabalho, é adoptada uma concepção produtivista do ser humano trabalhador que esgota a sua individualidade na sua força de trabalho e o seu corpo na sua função instrumental (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2012), onde a reparação dos danos emergentes se materializa em duas vertentes distintas.

Uma visando restabelecer o estado de saúde afectado pelo acidente, a recuperação da capacidade de ganho, a reabilitação e reintegração profissional. Outra visando compensar a perda de capacidade trabalho e de ganho, temporária ou permanente, ou a morte, onde o cálculo das prestações em dinheiro se fundamenta em dois critérios major: (1) a retribuição auferida pelo sinistrado à data do acidente e (2) o coeficiente de incapacidade, temporária ou permanente (Art.º 19 da LATDP), imputável às lesões e sequelas produzidas pelo acidente de trabalho, calculado de acordo com a tabela nacional de incapacidades (TNI) por acidentes de trabalho e doenças profissionais (Art.º 20 e 21 da LATDP) aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro.

Assim, quando por exigência da lei, ocorre um processo emergente de acidente de trabalho, considerando o disposto no Decreto-Lei n.º 295/2009, de 13 de Outubro, alterando e republicando o Código de Processo de Trabalho (CPT), este adquire natureza urgente, iniciando-se a instância com o recebimento da participação (Art.º 26). No caso de ter resultado do acidente incapacidade permanente (Art.º 101), ou existirem outras circunstâncias atendíveis (Art.º 102), o Ministério Público solicita ao INMLCF, IP a realização de perícia médica.

A perícia médica requerida, realizada na forma de exame singular e eventual exame por junta médica, deve respeitar o disposto no Art.º 105 do CPT e nas recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático, normas aprovadas pelo Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., em 03-04-2010, e ratificadas pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos ([anexo1](#)).

A perícia é concretizada na forma de relatório onde, o perito médico, deve indicar o resultado da sua observação clínica, incluindo o relato do evento fornecido pelo sinistrado e a apreciação circunstanciada dos elementos constantes do processo, a natureza das lesões sofridas, a data de cura ou consolidação das lesões, as sequelas e as incapacidades resultantes, ainda que sob reserva de confirmação ou alteração do seu parecer após obtenção de outros elementos clínicos ou auxiliares de diagnóstico.

É com os elementos fornecidos pelo processo, designadamente o resultado da perícia médica e as circunstâncias que possam influir na capacidade geral de ganho do sinistrado, que o Ministério Público promove o acordo de conciliação das partes, uma vez assegurada a sua legalidade (Art.º 109 CPT).

Nas situações em que uma das partes não se conforma com o resultado da perícia médica, na fase conciliatória do processo para efeitos de fixação de incapacidade para o trabalho, pode interpor petição (Art.º 117) ou contestação (Art.º 129), fundamentadas, requerendo a realização de perícia por junta médica (Art.º 138), onde intervêm três peritos, dois representando cada uma das partes, sinistrado e seguradora, e um perito do INMLCF, IP, sendo a junta presidida pelo juiz (Art.º 139).

A avaliação médico-legal, em sede de Direito do Trabalho, compreende dois momentos, o exame e a perícia (Magalhães & Antunes, 2012), que ocorrem de forma sequencial. O exame consiste na recolha sistematizada, objectiva e rigorosa, de informação clínica e outra, que permita a identificação e descrição das lesões e dos danos, temporários e permanentes, imputáveis ao acidente. A perícia consiste na interpretação médico-legal dos elementos de informação colhidos no exame e na valoração dos parâmetros que compõem o dano, tendo por referencial a TNI, instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas no específico domínio das relações do trabalho.

Estes parâmetros de avaliação do dano podem ser enumerados considerando a evolução cronológica do acidente de trabalho, cronologia que é marcada por duas datas, a data do acidente e a data de consolidação médico-legal das lesões, datas que delimitam dois períodos, o período dos danos temporários e o período dos danos permanentes.

A data do acidente, momento em que ocorre o acontecimento danoso, coincide, na maioria dos casos, com a manifestação das lesões corporais por ele produzidas, lesões que, no entanto, poderão surgir diferidas no tempo.

O actual enquadramento legal estabelece a presunção denexo de causalidade entre traumatismo e dano, sempre que as lesões se manifestem imediatamente após o acidente de trabalho, libertando o sinistrado do ónus de prova (Art.º 10 da LATDP). No entanto, o pressuposto jurídico da responsabilidade pela reparação do dano é a existência de nexo causal entre traumatismo e dano, existindo sempre a necessidade da sua apreciação médico-legal no sentido de se verificar a imputabilidade do dano a um determinado evento traumático.

Aqui cruzam-se duas leituras distintas da mesma realidade, a das filosofias jurídicas de causalidade e a das concepções médicas de imputabilidade. A teoria da “causalidade adequada”<sup>16</sup> é a predominantemente aceite na doutrina jurídica portuguesa, teoria que exclui o nexo de causalidade quando os danos resultam de “*desvios fortuitos*”, quando ocorre uma evolução extraordinária, imprevisível e anormal (Sá F. O., 1992).

As actuais concepções de “imputabilidade médica”<sup>17</sup>, permitindo estabelecer uma relação de causa efeito entre o traumatismo, as lesões e as sequelas, assentam nas condições propostas em 1925 por Muller e Cordonier, revistas em 1986 por Barrou e Nicourt (Rousseau, 1993): (1) Natureza adequada do evento para produzir a lesão ou sequela evidenciada, (2) Certeza diagnóstica, com adequação da lesão ou sequela à etiologia em causa, (3) Adequação entre a região atingida e a sede da lesão ou sequela, (4) Adequação temporal entre a ocorrência do evento e a produção da lesão ou sequela, (5) Verossimilhança científica no encadeamento anatomo-clínico da lesão ou sequela (6) Exclusão da pré-existência do dano relativamente ao evento e (7) Exclusão de uma causa estranha ao evento na produção da lesão ou sequela.

Considerando as configurações que cada uma das condições de imputabilidade médica pode adquirir em cada acidente, e as combinações possíveis, o nexo de causalidade afirma-se em três dimensões: (1) admissibilidade, (2) relação e (3) responsabilidade. Quanto à admissibilidade o nexo causal pode ser certo ou hipotético (não consente o seu estabelecimento com segurança, sucedendo todavia que o perito médico também o não pode afastar formalmente). Quanto à relação causal, esta pode ser directa ou indirecta (quando a filiação patogénica entre a causa e o efeito apesar de não ser evidente admite explicação fisiopatológica). Quanto à responsabilidade, esta pode ser total ou parcial (situações de concausalidade onde o dano é parcialmente imputável ao trauma, concorrendo para o efeito final o estado anterior, causas intercorrentes ou supervenientes) (Vieira & Corte-Real, 2008).

A valoração do estado anterior depende do ramo do direito em que é apreciada e, em sede de Direito do Trabalho, o Art.º 11 da LATDP regula que a predisposição patológica do sinistrado não exclui o direito à reparação, salvo quando esta tiver sido intencionalmente ocultada.

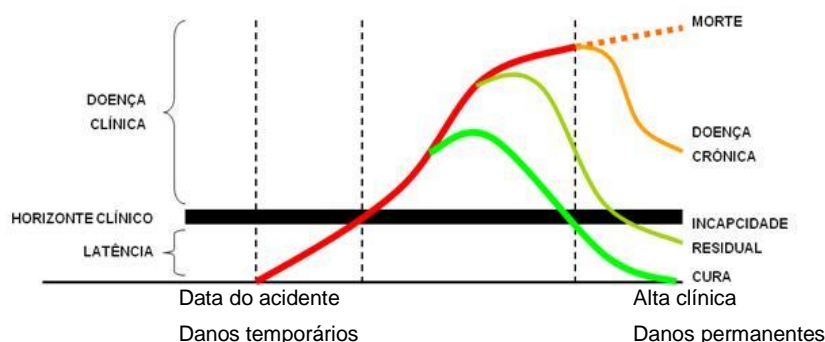
---

<sup>16</sup> A teoria da causalidade adequada – pelo menos na sua formulação mais generalizada – parte da situação real posterior ao facto e, normalmente, ao dano, e afirma a conexão entre um e outro, desde que seja razoável admitir que o segunda decorreria do primeiro, pela evolução normal das coisas (Jorge, 1968)

<sup>17</sup> (...) é o elemento que permite admitir cientificamente a existência de uma ligação entre um qualquer evento e um estado patológico (...) a explicação dos mecanismos fisiopatológicos que permitiram às lesões iniciais gerar lesões temporárias ou permanentes, apesar, por exemplo, dos eventuais tratamentos (Vieira & Corte-Real, 2008).

Também dispõe que se a lesão ou doença consecutiva ao acidente for agravada por lesão ou doença anterior, ou quando esta for agravada pelo acidente, a incapacidade é avaliada como se tudo resultasse do acidente, salvo se, pela lesão ou doença anterior, o sinistrado já tenha sido indemnizado nos termos da LATDP. Nesta situação, a reparação corresponde à diferença entre a incapacidade anterior e a que for calculada como se tudo fosse imputado ao acidente.

O outro momento, a data de consolidação médico-legal<sup>18</sup>, correspondendo na LATDP à alta clínica (Art.º 35), é o momento em que as lesões deixaram de sofrer uma evolução regular medicamente observável – seja pelo facto de terem estabilizado definitivamente, seja porque não são susceptíveis de sofrer modificações senão após um longo período de tempo - não sendo necessários mais tratamentos, a não ser para evitar um agravamento, e em que é possível apreciar a existência de sequela (s) (Magalhães, Corte-Real, Santos, & Vieira, 2010). Esta data marca o fim do período de danos temporários e as sequelas que lhe subsistem são consideradas como danos permanentes.



**Figura 9 - Evolução clínica de um sinistrado**

Danos temporários são os danos que se manifestam no período de convalescença, período em que o sinistrado é sujeito aos necessários, e adequados, cuidados médicos, recuperando das lesões produzidas pelo acidente (prestações em espécie). Durante este período, e até à alta clínica / data de consolidação das lesões, o sinistrado pode manter a sua capacidade produtiva (sem incapacidade – SI), desenvolvendo normalmente a sua actividade profissional. Pode, no entanto, ocorrer redução (incapacidade temporária profissional parcial – ITPP) ou extinção da sua capacidade produtiva (incapacidade temporária profissional absoluta - ITPA), situações em que é credor de indemnização (prestações em dinheiro).

<sup>18</sup> A cessação dos cuidados médicos pode ocorrer por morte, consolidação das sequelas ou curadas lesões. A cura pode ocorrer com recuperação total do potencial de saúde ou recuperação parcial, situação onde, apesar de não se manifestarem ou percepcionarem limitações, o potencial de saúde foi delapido com estreitamento da reserva fisiológica, estabelecendo-se um novo ponto de equilíbrio homeostático abaixo do horizonte clínico.

Após a alta clínica, nas situações onde não ocorreu a cura das lesões produzidas pelo acidente e estas se consolidaram em sequelas, duas realidades são tuteladas em sede de Direito do Trabalho, as dependências e as incapacidades permanentes. As dependências correspondem a um conjunto diversificado de necessidades determinadas pelas sequelas imputáveis ao evento traumático, nomeadamente, ajudas medicamentosas e técnicas, tratamentos médicos regulares, adaptação do domicílio, do local de trabalho ou do veículo, ajuda de terceira pessoa. A satisfação destas necessidades permite, ao sinistrado, um máximo de autonomia nas situações de vida diária, profissional e social (Magalhães & Antunes, 2012).

Nas situações em que as sequelas determinem diminuição permanente da capacidade produtiva o sinistrado é credor de indemnização (prestações em dinheiro), variável em função da natureza e magnitude da redução que pode ser absoluta (incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho – IPA), relativa (incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual – IPATH) ou parcial (incapacidade permanente parcial – IPP) (Art.º 19 da LATDP).

O cálculo do montante das prestações em dinheiro devidas ao sinistrado por incapacidade permanente, como anteriormente referido, fundamenta-se na retribuição auferida pelo sinistrado à data do acidente e no coeficiente de incapacidade permanente imputável às sequelas produzidas pelo acidente de trabalho, coeficiente calculado tendo por referencial a TNI (Art.º 20 e 21 da LATDP). Se a determinação da retribuição auferida pelo sinistrado à data do acidente é responsabilidade do Ministério Público (Art.º 99 CPT), a proposta do coeficiente de incapacidade, a designada IPP, constitui a pedra de toque da perícia médico-legal em direito do trabalho.

Um evento traumático, acidente de trabalho ou outro, é causador de lesões orgânicas, biológicas, no corpo que, caso não curem com *“restitutum ad integrum”*, configuram o conceito de dano corporal ou dano na saúde. Este dano base constitui o pressuposto essencial para se admitir a existência de danos patrimoniais, nomeadamente diminuição ou perda da capacidade produtiva, ou de danos não patrimoniais (Dias, 2001). A identificação e valoração do dano corporal, enquanto diminuição do normal estado de saúde, impõe-se como o momento chave, e obrigatório, da avaliação do dano pós-traumático em qualquer área do direito.

As filosofias subjacentes à avaliação do dano pós-traumático variam com a latitude jurídica em que são apreciadas, reparação integral do dano, abrangendo danos patrimoniais e não patrimoniais, em



sede de direito civil, reparação parcial em sede de direito do trabalho, onde só são elegíveis danos patrimoniais e destes, a perda ou diminuição da capacidade produtiva e a morte. As metodologias de parametrização dos danos também variam, desde as que utilizam tabelas na sua valoração (Portugal, Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo, Itália) às que, no outro extremo, procedem à apreciação judicial discricionária fundada em perda de ganhos concretos (Alemanha) ou na observância da jurisprudência (Inglaterra e Irlanda) (Dias, 2002).

A utilização de tabelas, apesar do seu carácter abstracto, instrumental e meramente indicativo, é defendida pelos que, assente em bases científicas e médico-legais, consequentemente datadas pelo contexto sociocultural (Dias, 2002), buscam na objectivação do valor jurídico da pessoa humana forma de evitar a discricionariedade e conferir alguma normatividade, e certeza, à quantificação do dano corporal (Ribeiro V. , 1993). A sua utilização é reforçada pelo princípio, irrefutável num estado de direito, de que o “*valor homem*” é igual para todos os seres humanos, com propostas no sentido do dano corporal ser considerado um dano independente, um *tertium genus*, e críticas apontando esta configuração como não fazendo sentido dado as consequências lesivas do dano corporal confluírem no binómio patrimonial/não patrimonial (Dias, 2001).

O regime jurídico em vigor em sede de direito do trabalho move-se num circuito processual razoavelmente bem definido no que toca aos peritos (Sá F. O., 1993), a quem é pedida a identificação e quantificação do dano corporal, enquanto alteração na integridade psicofísica, diminuição do estado normal de saúde. Esta avaliação é feita tendo como referencial a TNI, publicada no anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, concluindo com proposta quantificada num coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, seqüela final gerada pela lesão inicial.

Considerando as Instruções gerais da TNI, no seu 1º§, pretende-se que a IPP proposta na perícia médico-legal, expresse as limitações na integridade psicofísica e anatomo-funcional do sinistrado, filosofia subjacente à construção da TNI (Sá F. O., 1993).

Como forma de resolver o problema da compensação em dinheiro, a designada “*monetização do dano*”, é proposto um salto qualitativo, uma verdadeira mudança de fase, com a leitura jurídica a interpretar o coeficiente da IPP proposta pelo perito, como representando a perda de capacidade produtiva. São clássicas as referências a exemplos onde pequenas disfunções geram grandes

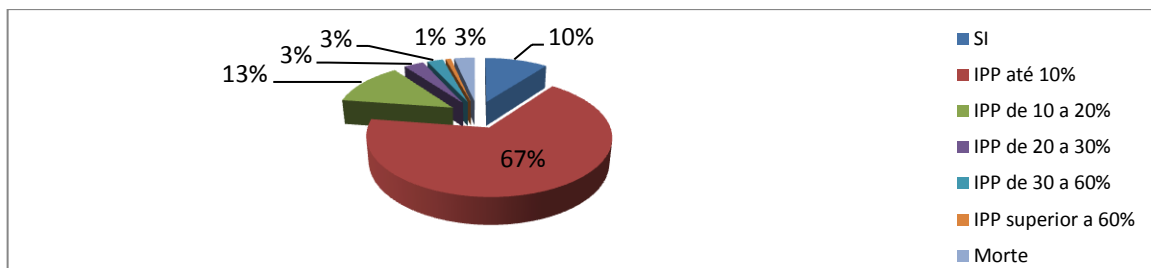
incapacidades (o dedo do pianista) e onde grandes disfunções são compatíveis com capacidade produtiva normal (a perna do telefonista). É possível identificar na TNI um conjunto de correctores que pretendem mitigar as eventuais injustiças resultantes da normalização de realidades diversas, onde a mesma perda funcional pode gerar impactos distintos na capacidade produtiva de indivíduos diferentes em actividades profissionais diversas.

Desde logo o 5º§ das instruções gerais, considerando eventual bonificação em função das possibilidades de reconversão, ponderadas as efectivas possibilidades de reabilitação profissional do sinistrado face às suas aptidões e à sua capacidade restante, em função da idade e da afectação do aspecto físico. O 6º§ propondo ajuste individualizado nos coeficientes com intervalo de variação, em função do estado geral e de saúde do sinistrado, das actividades desenvolvidas e da idade, e o 7º§ admitindo que, em circunstâncias excepcionais, o perito se afaste dos valores previstos na TNI, fundamentando de forma clara as razões dessa proposta, indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente que, em princípio, se aplicaria à situação concreta em avaliação. Como forma de assegurar uma correta avaliação da incapacidade prevê, o 10º§, que seja tida em consideração a informação referente a inquérito profissional e análise do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível.

Mas se a TNI pretende quantificar a perda da capacidade de ganho na medida do prejuízo funcional imputável ao acidente, esta acolhe aspectos da integridade psicofísica sem repercussão apreciável na capacidade de ganho, nomeadamente a anosmia, a estética da pirâmide nasal e, situação mais evidente, os órgãos da reprodução. Por outro lado, para além do sinistrado, vítima primária do acidente, a LATDP reconhece um conjunto de vítimas secundárias (Art.º 57) credoras de pensão em caso de morte do sinistrado.

Apesar de todos estes ajustamentos, uma das consequências de uma tabela que transforma prejuízos funcionais em perdas de capacidade de ganho, amplamente documentada na literatura, é o facto de, na maioria das pequenas incapacidades (IPP até 10%) não se verificar efectiva perda de capacidade produtiva e ganho. Por outro lado, nas grandes incapacidades (IPP superior a 30%), dada a forma parcial, limitada e redutora como se processa o cálculo das prestações em dinheiro, as indemnizações, não asseguram um adequado ressarcimento da perda de capacidade de ganho imputável ao acidente (Dias, 2001) (Sá F. O., 1993).

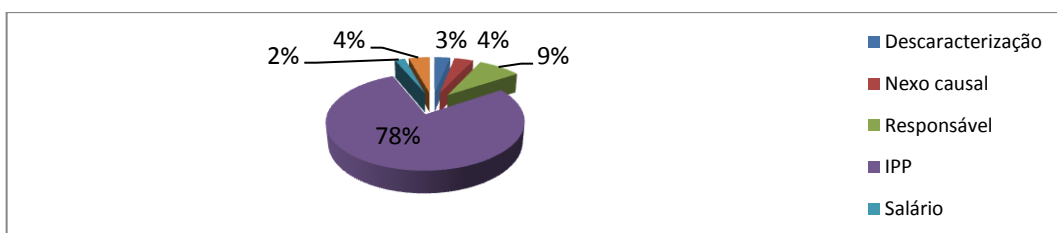
Se considerarmos que as pequenas incapacidades representam a maioria das sequelas imputáveis aos acidentes de trabalho (67%), facilmente se compreende que as prestações em dinheiro que lhes são devidas esgotem os recursos disponíveis, em prejuízo dos grandes incapacidades (11%).



**Figura 10 - Dimensão do dano, 2006** (Fonte, DG PJ)

Constituindo a prova pericial um meio de prova susceptível de ser confrontado com outros e sujeito à livre apreciação do julgador, vem sendo identificada uma crescente pericialização das decisões judiciais, com a IPP a ser decisiva na fixação das prestações em dinheiro devidas aos sinistrados e uma menorização da restante prova produzida (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2012).

Não admira pois que o primeiro motivo de não conciliação das partes seja a proposta de IPP formulada em exame médico singular em fase de conciliação representando, em 2006, 78% das não conciliações, segundo os dados publicados pela Direcção Geral da Política da Justiça (DG PJ, <http://www.dgpj.mj.pt/sections/home>).



**Figura 11 - Motivos de não conciliação, 2006** (Fonte DG PJ)



### 3. METODOLOGIA

*“A teoria, acaba sempre, mais cedo ou mais tarde,  
assassinada pela experiência.”*

*Albert Einstein*

---

O processo de investigação científica permite-nos adquirir conhecimentos, procurar respostas para interrogações que, pela sua relevância, merecem esse esforço de investigação. É um processo que assenta numa metodologia própria, num plano lógico desenhado para obtenção das respostas às questões colocadas ou para verificação das hipóteses formuladas. A metodologia é então um conjunto de directivas, condicionadas pela natureza da investigação, que permite colher e analisar os dados, e controlar as variáveis em estudo (Fortin, 2003).

A metodologia seguida neste trabalho é aqui apresentada, descrevendo-se os procedimentos adoptados, considerando os objectivos da investigação, o desenho do estudo nomeadamente a definição da população alvo e amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos formais e éticos.

#### **Objectivo da investigação**

Elegemos como objectivo geral da nossa investigação, analisar a divergência nas propostas de incapacidade permanente (IP) formuladas em exame médico singular e em exame por junta médica, nas situações de não conciliação em clínica forense do Direito do Trabalho, no âmbito da actividade pericial do GMLTV.

Como objectivos específicos definimos:

- a. Determinar a frequência de não conciliação das partes, sinistrado e seguradora, com a proposta formulada em exame médico singular realizado pelos peritos do GMLTV;
- b. Identificar a (s) parte (s) não conciliada (s) com a proposta formulada em exame médico singular realizado pelos peritos do GMLTV;

- c. Quantificar a frequência de divergência entre a proposta de IP formulada no exame médico singular e a formulada no exame por junta médica;
- d. Analisar a natureza dessa divergência;
- e. Avaliar a dimensão da divergência entre o coeficiente de IPP formulado em exame médico singular realizado pelos peritos do GMLTV e o coeficiente de IPP formulado em exame por junta médica na fase de contencioso.

Como objectivos secundários consideramos

- a. Analisar a actividade desenvolvida pelo GMLTV no triénio de 2008 / 2010;
- b. Determinar o peso da actividade em clínica forense do trabalho;
- c. Avaliar do contributo de cada um dos tribunais do trabalho, Caldas da Rainha (TTCLD) e Torres Vedras (TTTVD), para a actividade em clínica forense do trabalho do GMLTV;
- d. Descrever a participação dos peritos médicos do GMLTV nas actividades do gabinete, nomeadamente em clínica médico-legal do trabalho;
- e. Caracterização sociodemográfica da amostra;
- f. Analisar a sinistralidade da amostra.

## **Desenho do estudo**

O presente trabalho configura um estudo de natureza exploratória, não experimental, do tipo observacional e descritivo (Ribeiro J. L., 1999), assente num processo de investigação comunitária longitudinal. O desenho da investigação é do tipo comparativo e correlacional, propondo-se comparar grupos organizados com base na distribuição de algumas variáveis, e analisar relações entre elas.

## **Seleção da amostra**

Considerando o objectivo geral da nossa investigação, elegemos como universo de trabalho as perícias médico-legais para avaliação do dano em clínica forense do Trabalho, realizadas no GMLTV no triénio 2008 a 2010 (n=1505). Atendendo às limitações deste trabalho, nomeadamente os recursos disponíveis e o seu horizonte temporal, assim como a entrada em vigor da nova TNI, seleccionamos como universo de trabalho as perícias médico-legais para avaliação do dano em clínica forense do

Trabalho abrangidas pela nova TNI, Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, Anexo I (n=569). Definimos como população-alvo os exames médicos singulares onde as partes não se conciliaram (n=186), com avaliação do dano em exame por junta médica, na fase de contencioso.

A nossa proposta inicial tinha como base amostral todos os casos da população-alvo<sup>19</sup> concluídos nos anos civis de 2008 e 2009. Considerando que muitos casos concluídos no ano de 2008 correspondiam a acidentes de trabalho onde a avaliação do dano teve como referencial a anterior TNI, publicada em anexo ao Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, estendemos o nosso estudo aos casos da população alvo com exame médico singular concluído nos anos civis de 2008, 2009 e 2010. Da nossa população-alvo, seleccionamos uma amostra não probabilística de conveniência (Maroco & Bispo, 2003), com um n=178 casos, utilizando os seguintes critérios de selecção:

1. Unidade de referência: processo de avaliação do dano em clínica forense do Trabalho, por acidente de trabalho ocorrido após 21 de Janeiro de 2008, tendo por referencial a TNI publicada no anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro;
2. Âmbito geográfico: peritagens realizadas na área de actuação do GMLTV;
3. Período de referência: processos de avaliação do dano em clínica forense do Trabalho por exame médico singular, concluídos nos anos civis de 2008, 2009 e 2010;
4. Critério de inclusão: proposta de avaliação de incapacidade permanente formulada pelos peritos do GMLTV não conciliada pelas partes, com avaliação da incapacidade permanente em exame por junta médica, na fase de contencioso;
5. Critério de exclusão: avaliação da incapacidade permanente em exame por junta médica não concluído até final do ano civil de 2011.

## **Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi construído expressamente para esse efeito, sendo estruturado em cinco partes ([Anexo 2](#)):

1. Identificação do processo: número de ordem, tribunal do trabalho onde corre a acção, codificação do inquérito pelo tribunal do trabalho;

---

<sup>19</sup> Uma população é um conjunto de elementos ou sujeitos com características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2003), e sobre os quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2005).

2. Identificação do sinistrado: nome, género, idade, profissão;
3. Caracterização do acidente de trabalho: data do acidente, local onde ocorreu; forma do acidente, agente material, zona do corpo atingida, lesão produzida, data da alta clínica;
4. Fase de conciliação: codificação do exame, tipo de exame, perito que o realizou, data de realização, data de conclusão, natureza da incapacidade permanente, coeficiente de IPP atribuído, resultado da tentativa de conciliação, parte não conciliada;
5. Fase de contencioso: data do exame, data da conclusão, decisão, parte vencida, existência de divergência na avaliação da IP, natureza e dimensão dessa divergência.

## **Procedimentos formais e éticos**

Iniciamos a nossa investigação procedendo ao levantamento dos exames médicos singulares em clínica forense do direito do trabalho, realizados no âmbito da actividade pericial do GMLTV. Para tal socorremo-nos das listagens geradas pelos serviços de contabilidade do INMLCF, IP, por serem as que mais fielmente identificam a actividade pericial desenvolvida no GMLTV. A coincidência entre o descritivo contabilístico e descritivo médico-legal quanto ao tipo de exame (único e concluído<sup>20</sup>, preliminar<sup>21</sup>, intercalar<sup>22</sup> e final<sup>23</sup>), facilitou a ordenação dos casos.

Utilizando a mesma fonte, procedemos ao levantamento dos exames por junta médica onde participaram os peritos do GMLTV. Aqui, o descritivo contabilístico não diferencia o tipo de exame por junta médica realizado (único e concluído, preliminar, intercalar e final), atribuindo um número sequencial independentemente do tipo de exame realizado. Para ultrapassar essa dificuldade, foi organizada listagem dos casos registados pelos serviços de contabilidade do INMLCF, IP ordenados pelo nome do sinistrado e foram solicitadas aos Tribunais do Trabalho da área de actuação do GMLTV, Caldas da Rainha (TTCLD) e Torres Vedras (TTTVD), listagens das acções que transitaram para contencioso por não conciliação das partes.

---

<sup>20</sup> Exame único e concluído, quando o perito, na primeira observação, considera estar na posse de toda a informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano e elabora o respectivo relatório.

<sup>21</sup> Exame preliminar, quando o perito considera não dispor da informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano, solicitando essa informação e requerendo novas observações.

<sup>22</sup> Exame intercalar, quando, após exame preliminar, ainda não considera estarem reunidas as condições para concluir o processo de avaliação, expondo as razões e condições necessárias a essa conclusão.

<sup>23</sup> Exame final, quando o perito considera estar na posse de toda a informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano e elabora o respectivo relatório.



Cruzando as duas listagens, a dos tribunais e a do GMLTV, tendo por referência o nome dos sinistrados e o número do processo, foi possível construir a nossa base amostral, excluindo exames por junta médica referentes a casos não avaliados em exame singular no GMLTV e juntas médicas onde não participaram os peritos do GMLTV.

Uma vez construída a base amostral, considerando a informação requerida na investigação, procedemos à recolha dos dados por consulta directa dos relatórios de exame médico singular e de exame por junta médica, arquivados no GMLTV. Esta informação foi revista e confirmada por consulta directa do respectivo processo junto dos TTCLD e TTTVD. Como forma de garantir a fiabilidade, tanto a colheita como o registo dos dados, foram realizadas directamente pelo autor.

Os dados recolhidos foram processados numa base de dados construída utilizando o programa Microsoft EXCEL®, versão 2010, para ambiente Windows™.

O projecto de investigação de mestrado que esteve na base deste trabalho ([Anexo 3](#)), foi submetido a apreciação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo merecido aprovação e ratificação ([Anexo 4](#)), e parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina ([Anexo 5](#)).

Os dados apresentados neste trabalho foram agrupados e estatisticamente tratados de forma anónima, não contendo elementos que permitam a identificação do sinistrado ou do processo a que reportam.



## 4. RESULTADOS

*“Um erro é tanto mais perigoso quanto mais verdade contém.”*

*Henri Amiel*

A apresentação, tratamento e análise dos dados, constituem o momento chave, indispensável ao processo de investigação. Organizamos a apresentação dos resultados na forma que nos pareceu facilitar a sua análise e interpretação. Os valores percentuais foram arredondados para a unidade mais próxima.

### Actividade do GMLTV no triénio 2008 a 2010

Na actual organização médico-legal o INMLCF, IP é a instituição nacional de referência na área científica da medicina legal e das ciências forenses, tendo “... *por missão assegurar a prestação de serviços periciais médico-legais e forenses, a coordenação científica da actividade no âmbito da medicina legal, e de outras ciências forenses, bem como a promoção da formação e da investigação neste domínio, superintendendo e orientando a actividade dos serviços médico-legais e dos profissionais contratados para o exercício de funções periciais.*”<sup>24</sup>

INMLCF, IP Recursos Humanos	Delegação Sul	Delegação Centro	Delegação Norte	Total
Dirigentes	6	10	6	22
Médicos especialistas em Medicina Legal e outros	118	106	104	328
Especialistas superiores em Medicina Legal	12	12	10	34
Técnicos superiores	8	9	7	24
Informática	3	3	2	8
Técnicos de diagnóstico, terapêutica e enfermagem	4	9	9	22
Técnicos ajudantes Medicina legal	19	28	20	67
Assistente técnico	23	34	24	81
Assistente operacional	4	6	5	15
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>217</b>	<b>187</b>	<b>601</b>

**Figura 12 - Quadro resumo dos efectivos do INMLCF, IP em Dez. 2010 (INML, IP, 2011)**

<sup>24</sup> Decreto-Lei n.º 123/2011 de 29 de Dezembro, Art.º 16

Considerando o disposto na Portaria n.º 522/2007, de 30 de Abril, a actividade do INMLCF, IP assenta nas delegações, entidades que respondem por áreas territoriais definidas: a Delegação do Norte com sede na cidade do Porto, a Delegação do Centro em Coimbra, e a Delegação do Sul, com sede na cidade de Lisboa (Art.º 3). Cada delegação é gerida e coordenada pelo Director da Delegação que, em articulação com os serviços centrais do INMLCF, IP, assegura as actividades que lhes estão atribuídas, encontrando-se organizada nos seguintes serviços técnicos: Serviço de Patologia Forense, Serviço de Clínica Forense, Serviço de Toxicologia Forense e Serviço de Genética e Biologia Forense.

Complementando a actividade das delegações na sua área de influência geográfica, funcionam os Gabinetes Médico-legais, a saber: Almada (ainda não instalado), Angra do Heroísmo, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Cascais (ainda não instalado), Castelo Branco, Chaves, Covilhã, Évora, Faro, Figueira da Foz, Funchal, Guarda, Guimarães, Leiria, Penafiel, Ponta Delgada, Portalegre, Portimão, Santa Maria da Feira, Santarém (ainda não instalado), Santiago do Cacém, Setúbal, Tomar, Torres Vedras, Viana do Castelo, Vila Franca de Xira<sup>25</sup>.

Quanto às actividades desenvolvidas pelo INMLCF, IP, no âmbito das suas múltiplas competências, analisamos a actividade pericial, nomeadamente as perícias tanatológicas e de clínica forense, tendo-se constatado um aumento do número de perícias realizadas em 2010 (INML, IP, 2011).

<b>Peritagens INMLCF, IP</b>	<b>Delegação Norte</b>	<b>Delegação Centro</b>	<b>Delegação Sul</b>	<b>Total</b>
<b>Tanatologia</b>				
Entrados	919	357	1223	2499
Realizados	787	318	1040	2145
Entregues	826	435	1017	2278
<b>Clínica forense</b>				
Entrados	15342	3495	6414	25251
Realizados	12730	3355	7482	23567
Entregues	13048	3090	7321	23459
<b>Psiquiatria</b>				
Entrados	1356	2069	1827	5252
Realizados	310	981	540	1831
Entregues	303	883	317	1503

**Figura 13 - Quadro resumo da actividade pericial do INMLCF, IP em 2010**

<sup>25</sup> [http://www.inml.mj.pt/inml.html#/SOBRE\\_O\\_INML/GABINETES\\_MEDICO-LEGAIS](http://www.inml.mj.pt/inml.html#/SOBRE_O_INML/GABINETES_MEDICO-LEGAIS), em 2012-06-12

Na área da Delegação Norte realizaram-se um total de 66517 peritagens com uma pendência de 0,8% na entrega de relatórios, na área da Delegação Centro 57724 peritagens com uma pendência de 1% e na área da Delegação Sul 62455 peritagens com uma pendência de 2,6%, particularmente determinada pela pendência dos relatórios de autópsia.

No que se refere ao período em que decorreu o nosso estudo, triénio 2008-2010, a actividade pericial realizada pelo INMLCF, IP, apresentou a seguinte evolução (informação gentilmente fornecida pela Dr.<sup>a</sup> Ascensão Rebelo).

<b>INMLCF, IP</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Tanatologia forense</b>	5936 (4,1%)	7601 (4,2)	7948 (4,3%)
<b>Clínica forense</b>	72490 (50%)	74517 (41,7%)	72931 (39,5%)
Penal	41691	43650	43441
Trabalho	22413	25178	23387
Civil	5351	3312	3369
<b>Toxicologia forense</b>	41421 (28,6)%	67425 (37,7%)	74597 (40,4%)
<b>Genética forense</b>	10634 (7,3)%	11810 (6,6%)	10566 (5,7%)
<b>Anotomo-patologia</b>	12939 (8,9%)	15619 (8,7%)	16559 (8,9%)
<b>Psiquiatria forense</b>	636 (0,4%)	1486 (0,8%)	1831 (1%)
<b>Total</b>	144692	178458	184432

**Figura 14 - Actividade do INMLCF, IP no triénio 2008/2010**

A análise deste quadro identifica um aumento da actividade pericial do INMLCF, IP, devido principalmente ao aumento de perícias em toxicologia forense, com estabilização do total das perícias em clínica forense que, em sede de direito do trabalho, verificam oscilação sem tendência definida. Desagregando a informação referente às perícias realizadas em clínica médica forense, por delegação e gabinetes, considerando as perícias solicitadas, efectuadas e entregues, temos uma taxa média de execução de 93% nas delegações e de 97% nos gabinetes.

O Gabinete Médico-legal de Torres Vedras (GMLTV), sediado na cidade de Torres Vedras, é instalado pelo Despacho n.º 1086/2008, publicado no DR, 2 série, nº 6, 9/1/2008, funcionando, desde Março de 2008, nas instalações do Centro Hospitalar de Torres Vedras. Tem como coordenador o Dr. Frederico Manuel Capitão Pedrosa (Assistente Graduado de Medicina Legal), tendo ao serviço oito peritos médicos, num total previsto de doze vagas para peritos médicos.

A sua área de intervenção abrange as comarcas de Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Mafra, Peniche, Rio Maior e Torres Vedras, área territorial onde se sediam dois Tribunais do Trabalho, um em Caldas da Rainha, outro em Torres Vedras. Esta área de intervenção corresponde a uma extensão de 1687,5 km<sup>2</sup> com uma população residente de 276574 habitantes<sup>26</sup>.

A actividade pericial do GMLTV no triénio 2008/2010, envolveu a realização de exames de clínica forense no âmbito do direito penal, direito do trabalho e direito civil, e perícias tanatológicas, num total de 7261 perícias. Nem todas estas peritagens foram realizadas nas instalações do GMLTV, nomeadamente os exames por junta médica em clínica forense do trabalho, que se realizam nos respectivos tribunais do trabalho, em Caldas da Rainha e Torres Vedras.

GMLTV	2008	2009	2010	Total
<b>Trabalho</b>	756	796	596	2148 (30%)
<b>Penal</b>	1281	1413	1755	4449 (61%)
<b>Civil</b>	16	40	31	87 (1%)
<b>Tanatologia</b>	161	181	226	568 (8%)
<b>Total</b>	2223	2430	2608	7261

Tabela 9 - Actividade forense do GMLTV 2008/2010<sup>27</sup>

As perícias em clínica forense do trabalho representaram, no triénio considerado, 30% da actividade pericial do GMLTV, sendo a actividade pericial dominada pelas peritagens em clínica forense penal (61%). Se considerarmos só a actividade em clínica forense, as perícias em sede de direito do trabalho representam 32% dos exames realizados.

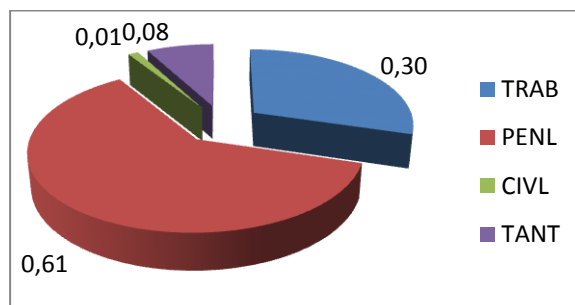


Figura 15 - Avaliação do peso relativo das peritagens no GMLTV

<sup>26</sup> Informação recolhida dos sites oficiais das câmaras municipais respectivas, tendo por base o censo de 2001.

<sup>27</sup> Informação recolhida junto do secretariado do GMLTV, com base nos mapas contabilísticos.

A análise da actividade pericial, no período considerado, identifica um aumento das peritagens em clínica forense penal (↑37%) e das peritagens tanatológicas (↑40%), com diminuição das peritagens em clínica forense do trabalho em 2010 (↓21%). As peritagens em clínica forense civil constituem uma actividade com expressão residual representando, apenas, 1% da actividade do GMLTV.

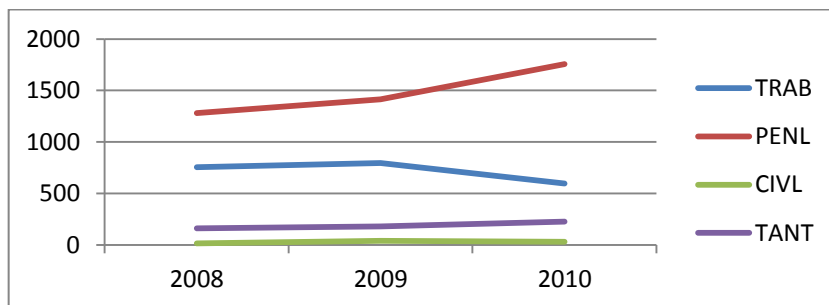


Figura 16 - Evolução temporal da actividade forense 2008/2010

A realização das perícias em clínica forense do trabalho verifica uma distribuição muito assimétrica entre os peritos ao serviço do GMLTV, com dois dos peritos a realizarem 76% dos referidos exames singulares.

Peritos	Exames médicos do trabalho			
	2008	2009	2010	Totais
FT	1	3	7	11
FP	8	0	4	12
MA	312	303	222	837
MR	0	9	18	27
MS	34	0	0	34
RM	106	69	35	210
RG	51	92	79	222
RS	244	320	231	795
<b>Total</b>	<b>756</b>	<b>796</b>	<b>596</b>	<b>2148</b>

Tabela 10 - Exames do trabalho por perito 2008/2010

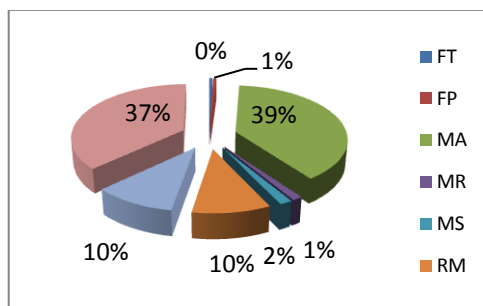


Figura 17 - Contribuição relativa dos peritos 2008/2010

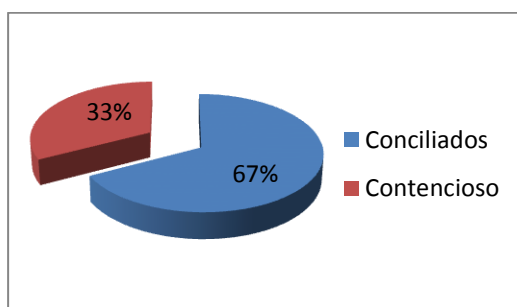
## Análise dos dados processuais

Os 2148 exames periciais em clínica forense do trabalho realizados no GMLTV, correspondem a 1505 processos por acidentes de trabalho instruídos pelos tribunais do trabalho, com 1000 exames na dependência de 714 processos instruídos pelo Tribunal do Trabalho de Caldas da Rainha (47%) e 1148 exames na dependência de 791 processos instruídos pelo Tribunal do Trabalho de Torres Vedras (53%).

Destes 1505 processos, 936 reportam a acidentes de trabalho onde a avaliação do dano corporal foi realizada tendo por referencial a anterior TNI, publicada em anexo ao Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, com 569 processos avaliados de acordo com a nova TNI publicada no anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, representando 38% dos processos por acidente de trabalho sujeitos a avaliação no triénio 2008 a 2010, constituindo o nosso universo de trabalho.

Dos 1505 processos por acidente de trabalho sujeitos a exame médico singular no GMLTV, identificamos 423 processos onde as partes não se conciliaram com a proposta de avaliação do dano formulada, representando uma taxa de não conciliação global de 28%.

Dos 936 processos avaliados pela antiga TNI, 237 processos evoluíram para contencioso, representando uma taxa de não conciliação de 25%. Dos 569 processos que constituem o nosso universo de trabalho, identificamos uma população alvo de 186 casos em que as partes não se conciliaram com a proposta de avaliação do dano formulada no exame singular, representando uma taxa de não conciliação de 33%. Após aplicação dos critérios de selecção, extraímos uma amostra de 178 casos, representando 95,7% da população alvo, com 68 processos a transitaram em contencioso no TTCLD (38%) e 110 processos no TTTVD (62%).



**Figura 18 - Taxa de conciliação e não conciliação na amostra, 2008 - 2010**



Dos 178 casos da nossa amostra, em 110 casos os acidentes ocorreram em 2008, 60 casos ocorreram em 2009 e 8 casos ocorreram em 2010. O período de IT<sup>28</sup> da nossa amostra apresentou uma duração média de 250 dias (mínimo de 15 e máximo de 691 dias), com uma espera média de 152 dias entre a data da alta clínica e a realização do exame médico singular (máximo de 679 dias), com 11 casos onde a avaliação médico-legal se iniciou antes da alta clínica pela seguradora.

Nos 178 casos sujeitos a exame médico singular, em 139 casos a avaliação foi concluída no dia do exame com entrega do relatório pericial, único e concluído, com os restantes 39 casos a verificarem uma demora média, na conclusão da avaliação e entrega do relatório final, de 225 dias (máximo de 689 dias).

No que se refere aos exames por junta médica, em 166 casos a avaliação foi concluída no dia de realização do exame, com os restantes 12 casos a verificarem uma demora média, na conclusão da avaliação e entrega do relatório, de 118 dias (máximo de 350 dias).

Se considerarmos o tempo decorrido desde a data de realização do primeiro exame médico singular e a data de conclusão do exame por junta médica, o período de tramitação médico-legal demorou em média 274 dias (mínimo de 63 dias, máximo de 917 dias). O tempo decorrido desde a data do acidente de trabalho até à conclusão da avaliação em exame por junta médica, nas situações em que as partes não se conciliaram, foi em média de 658 dias (mínimo 38 dias, máximo de 1356 dias). Se considerarmos a data da alta clínica/consolidação médico-legal, o tempo decorrido até à conclusão da avaliação em exame por junta médica, nas situações em que as partes não se conciliaram, foi em média de 407, com máximo de 1145 dias.

### **Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra**

A análise da distribuição por géneros identifica 51 casos (29%) com sinistrados do género feminino e 127 casos (71%) com sinistrados do género masculino, para uma realidade do GMLTV, no triénio considerado, onde os sinistrados do género feminino representam 24,5% dos processos por acidente de trabalho em linha com a sinistralidade do país, onde as mulheres representam 24% dos sinistrados (2008). Os trabalhadores de nacionalidade não portuguesa, com 13 casos, representam 7%.

---

<sup>28</sup> Período de IT é o tempo, em dias, entre a data do acidente e a data de alta clínica/consolidação médico-legal.

Quanto à distribuição etária da amostra, obtivemos uma média etária de 45,2 anos (44 anos nas mulheres e 45,5 anos nos homens), com 51% dos sinistrados de idade igual ou superior a 45 anos.

Idade	GMLTV		2008	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
< 18 anos	0	0%	1445	0,5%
18 a 24	10	5,5%	30296	12,5%
25 a 34	25	14%	65230	27,5%
35 a 44	52	29,5%	65539	27,5%
45 a 54	46	26%	51071	21,5%
> 55 anos	45	25%	24884	10,5%

Figura 19 - Estrutura etária da amostra com referência a 2008

O grupo profissional com maior representatividade foi o grupo (7) Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (35%), considerando a Classificação Nacional de Profissões (CNP)<sup>29</sup>, codificados com referência ao primeiro dígito.

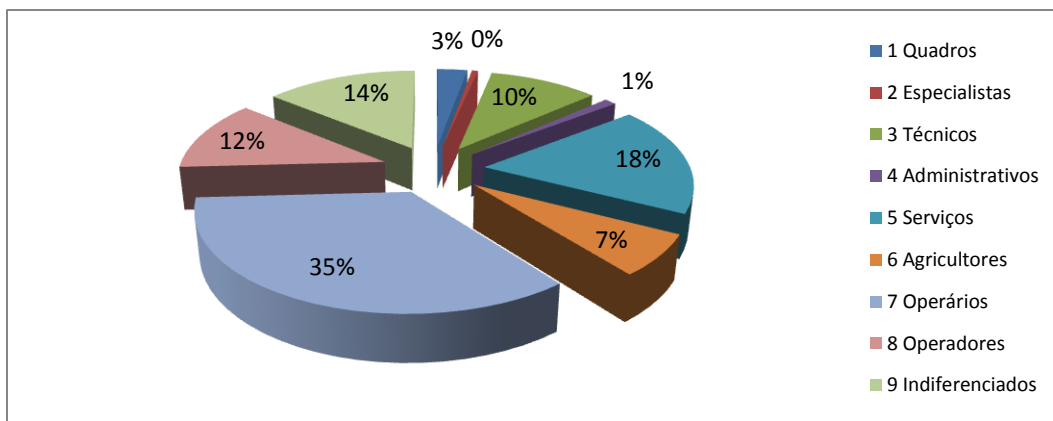


Figura 20 - Caracterização da amostra por grupo profissional

Quanto à caracterização da sinistralidade, considerando o local de ocorrência, a esmagadora maioria ocorreu nas instalações do empregador (114 casos = 79%).

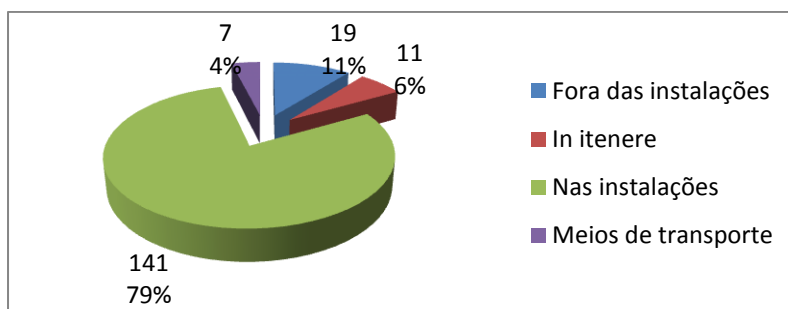


Figura 21 - Sinistros segundo o local de ocorrência

<sup>29</sup> CNP – Classificação Nacional de profissões, 2012-04-14 disponível em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf>

Quanto à forma do acidente predominam as quedas de pessoas (65 casos = 37%), os esforços e movimentos excessivos (38 casos = 21%)

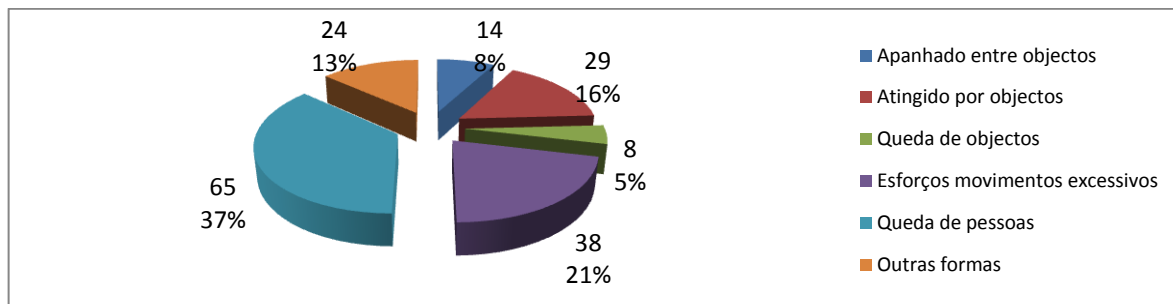


Figura 22 - Sinistro segundo a forma de ocorrência

O ambiente de trabalho (51 casos = 29%) e os materiais e substâncias de trabalho (35 casos = 20%) foram os agentes materiais mais frequentes na nossa amostra.

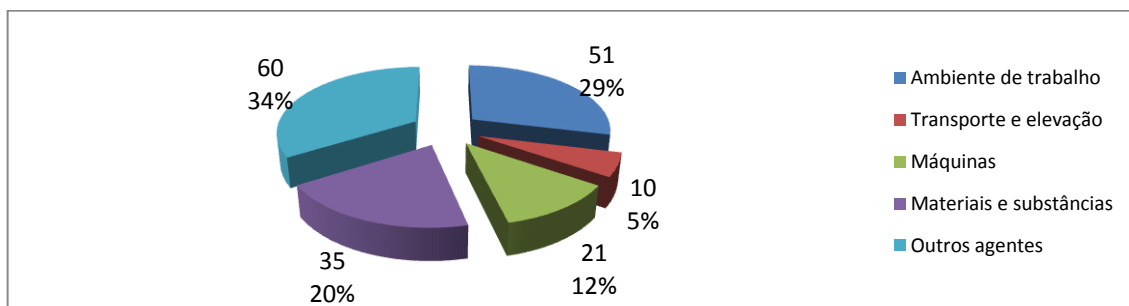


Figura 23 - Sinistros segundo o agente material

As regiões corporais mais frequentemente atingidas nos acidentes da nossa amostra foram os membros superiores (70 casos = 39%), seguidos dos membros inferiores (52 casos = 29%) e das costas/coluna (31 casos = 18%).

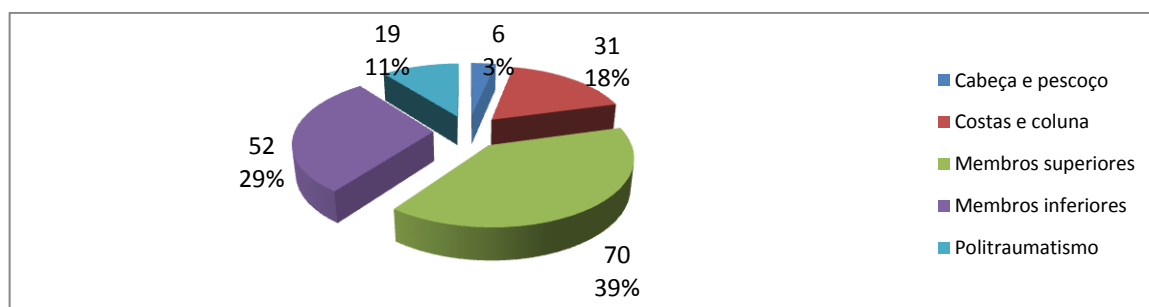


Figura 24 - Sinistros segundo região do corpo atingida

As luxações, entorses, roturas e distensões foram as lesões mais frequentemente identificadas (93 casos = 52%) seguidas das fracturas (49 casos = 28%).

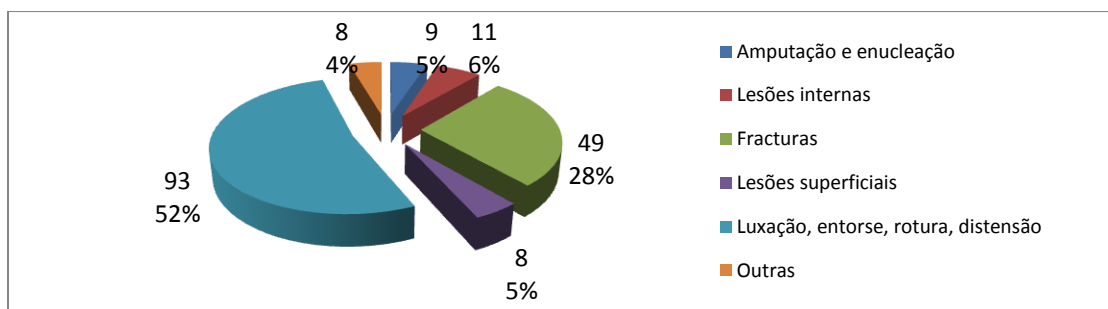


Figura 25 - Sinistros por lesão produzida

### Análise das incapacidades

Analisando a natureza das propostas de incapacidade formuladas em exame médico singular, nos 178 casos onde as partes não se conciliaram, em 166 casos (93%) o acidente consolidou com sequelas que levaram à formulação de propostas de IP, com 5 casos a justificarem proposta de IPATH. Em 12 casos (6,7%) a avaliação pericial não identificou sequelas valorizáveis face à TNI, concluindo com atribuição de SI.

Nos 166 casos onde foi proposto um coeficiente de IPP, as chamadas “pequenas incapacidades” (IPP até 0,10) com 112 casos representam 67%, e as grandes incapacidades (IPP superiores a 30%), com 7 casos, representam 4%.

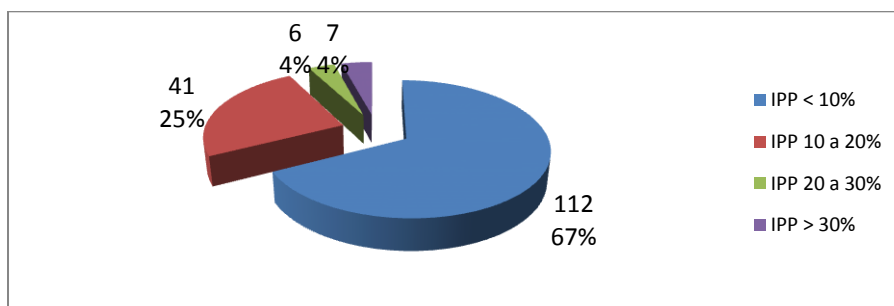


Figura 26 – Dimensão das IPP propostas em exame singular

O factor de bonificação previsto no §5 das Instruções gerais da T.N.I, anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro, foi aplicado em 54 casos (30,3%). A aplicação fundamentou-se em 44 casos na idade do trabalhador, igual ou superior a 50 anos à data de consolidação médico-legal das lesões. Nos restantes 10 casos, numa das outras razões prevista no referido parágrafo.

Nos 178 casos de não conciliação que constituem a nossa amostra, em 107 (60%) casos a não conciliação foi responsabilidade isolada da seguradora, em 32 (18%) casos do sinistrado e em 39

(22%) casos, de ambas as partes. Com tal, a seguradora não se conciliou com a proposta formulada em exame médico singular em 146 casos, o que representa uma taxa de não conciliação de 82%, e o sinistrado a não se conciliou em 71 casos, o que representa uma taxa de não conciliação de 40%.

Dos 178 casos em que as partes não se conciliaram, a avaliação do dano formulada em exame por junta médica manteve a proposta de avaliação do exame médico singular em 67 casos (38%), alterando-a em 111 casos, representando uma taxa de divergência de 62%.

Nos 67 casos onde o exame por junta médica manteve a proposta do exame médico singular, em 56 casos o acidente resultou em sequelas que levaram à formulação de propostas de IPP, com os restantes 11 casos a merecer proposta de SI. Nos 56 casos onde foi considerada IPP, em 14 casos foi aplicado o factor de bonificação considerando a idade do sinistrado e, em 3 casos, foi considerada IPATH. O quadro seguinte analisa a evolução da IPP destes casos, em contencioso.

<b>Proposta do exame singular</b>		<b>Proposta do exame por junta médica</b>	
<b>SI = 11 casos</b>		<b>SI = 11 casos</b>	
Parte não conciliada	0 casos ambas 0 casos seguradora 11 casos sinistrado	Decisão unanimidade	4 casos
		Decisão maioria	7 casos
		Parte vencida	0 casos seguradora 7 casos sinistrado
		Decisão judicial	0 casos
<b>IPP = 56 casos</b>		<b>IPP = 56 casos</b>	
Parte não conciliada	16 casos ambas 23 casos seguradora 17 casos sinistrado	Decisão unanimidade	27 casos
		Decisão maioria	21 casos
		Parte vencida	16 casos seguradora 5 casos sinistrado
		Decisão judicial	8 casos

**Tabela 11 - Análise das situações sem divergência**

Considerando os 67 casos onde a avaliação final após realização de exame por junta médica manteve a proposta formulada em exame médico singular, a não conciliação pelo sinistrado ocorreu em 44 casos e pela seguradora em 39 casos. Identificamos uma situação onde a proposta de IPP, não conciliada pelo sinistrado, foi mantida em decisão por maioria no exame por junta médica, tendo como parte vencida a seguradora. Nas restantes situações a parte não conciliada ou decidiu por unanimidade ou foi vencida pela maioria, tendo-se identificado 8 casos onde a decisão final foi judicial, aderindo à proposta do perito do GMLTV, nomeado pelo tribunal.

Nos 111 casos onde ocorreu divergência, em 110 casos a avaliação em exame médico singular propôs coeficiente de IPP, com proposta de SI em 1 caso. Nos 110 casos onde foi considerada IPP, em 40 casos foi aplicado o factor de bonificação, 30 dos quais considerando a idade do sinistrado, e em 2 casos foi proposta IPATH. O quadro seguinte analisa a evolução da IPP em contencioso.

Proposta do exame singular		Proposta do exame por junta médica	
<b>SI = 1 caso</b>		<b>SI = 1 caso</b>	
Parte não conciliada	0 casos ambas 0 casos seguradora 1 caso sinistrado	Decisão unanimidade	1 caso
		Decisão maioria	0 casos
		Parte vencida	0 casos seguradora 0 casos sinistrado
		Decisão judicial	0 casos
<b>IPP = 110 casos</b>		<b>IPP = 110 casos</b>	
Parte não conciliada	23 casos ambas 84 casos seguradora 4 casos sinistrado	Decisão unanimidade	96 casos
		Decisão maioria	14 casos
		Parte vencida	11 casos seguradora 3 caso sinistrado
		Decisão judicial	0 casos

**Tabela 12 - Análise das situações com divergência**

Considerando os 111 casos onde a avaliação em exame por junta médica alterou a proposta formulada em exame médico singular, a não conciliação pelo sinistrado ocorreu em 27 casos (20%) e pela seguradora em 107 casos (80%). Em duas situações não conciliadas pela seguradora, a avaliação em exame por junta médica, teve como parte vencida o sinistrado. Nas restantes situações, a parte não conciliada ou decidiu por unanimidade ou foi vencida pela maioria, não se tendo identificado casos onde a decisão final foi judicial.

No que se refere à natureza da divergência entre as propostas de avaliação em exame médico singular e em exame por junta médica, foi possível identificar uma diversidade de situações, considerando os parâmetros de avaliação do dano em sede de direito do trabalho (Tabela 13).

Como principal motivo de divergência temos o valor do coeficiente da IPP, alterado isoladamente em 85 casos (76%), seguido do factor de bonificação, alterado em 23 casos, e 11 casos onde a divergência incidiu nas sequelas imputáveis ao acidente.

Nos 111 casos onde ocorreu divergência, o coeficiente da IPP diminuiu em 97 casos (87%), aumentou em 11 (10%) casos e, apesar de alteração em outros parâmetros, a IPP manteve-se em 3 casos.

Nas 97 situações em que a IPP diminuiu, o sinistrado não se conciliou com a proposta do exame médico singular em 17 casos, com a seguradora a não se conciliar em 96 dos casos. Nos 11 casos em que a IPP aumentou o sinistrado não se conciliou com a proposta do exame médico singular em 8 casos, com a seguradora a não se conciliar em 10 dos casos.

O valor do coeficiente da IPP diminui em média 0,0416 (máximo 0,293, situação em que a diminuição foi devida a alteração nas sequelas imputáveis ao acidente). Nos 11 casos em que o valor do coeficiente de IPP aumentou, o aumento foi em média de 0,033 (máximo 0,09).

<b>Proposta do exame singular</b>	<b>Decisão após exame por junta médica</b>
SI = 1 caso	IPP
IPP = 70 casos	
IPP = 1 caso .....	Afastado nexos de causalidade
IPP = 1 caso .....	Altera data consolidação e IPP diminuiu
IPP = 7 casos .....	Altera as sequelas imputáveis
	IPP diminuiu = 4 casos
	IPP aumentou = 3 casos
IPP = 59 casos .....	Mantem sequelas imputáveis
	IPP diminuiu = 54 casos
	IPP aumentou = 5 casos
IPP = 1 caso .....	IPP com correção por idade superior a 50 anos
IPP = 1 caso .....	IPP com IPATH
IPP bonificada = 40 casos	
IPP bonificada = 4 casos .....	Altera sequelas imputáveis mantendo bonificação
	IPP diminuiu = 3 casos
	IPP aumentou = 1 caso
IPP bonificada = 1 caso .....	IPP diminuída por anterior IPP mantendo bonificação
IPP bonificada = 11 casos .....	Mantendo bonificação
	IPP diminuiu = 10 casos
	IPP aumentou = 1 caso
IPP bonificada = 22 casos .....	Perda de bonificação
	Mantem IPP = 9 casos
	IPP diminuiu = 12 casos
IPATH bonificada = 2 casos .....	Mantem bonificação
	Perda de IPATH = 1 caso
	Diminuição da IPP = 1 caso

**Tabela 13 - Análise da natureza da divergência**

Nos 146 casos onde a seguradora não se conciliou, a avaliação em exame por junta médica manteve a proposta em 39 casos (27%) e divergiu em 107 casos (73%).

<b>Seguradora não conciliada = 146</b>	<b>Natureza da divergência</b>
<b>Junta médica manteve proposta = 39 casos</b> Decisão unanimidade    18 casos  Decisão maioria    15 casos Parte vencida    15 casos seguradora 0 casos sinistrado  Decisão judicial            6 casos	
<b>Junta médica divergiu da proposta = 107 casos</b>  Decisão unanimidade    93 casos       Decisão maioria    14 casos Parte vencida    11 casos seguradora   3 casos sinistrado	Descaracterização do acidente = 1 caso Alterou data alta e IPP diminuiu = 1 caso IPP diminuiu por IPP anterior = 1 caso Altera as sequelas imputáveis = 7 casos IPP diminuiu = 5 casos IPP aumentou = 2 casos IPP alterada mantendo bonificação = 69 casos IPP diminuiu = 66 casos IPP aumentou = 3 casos IPP alterada e perda de bonificação = 13 casos IPP diminuiu = 13 casos IPATH perdeu bonificação = 1 caso  Altera as sequelas imputáveis = 3 casos IPP diminuiu = 1 caso IPP aumentou = 2 casos IPP alterada = 8 casos IPP diminuiu = 5 casos IPP aumentou = 3 casos  IPP alterada mantendo bonificação = 1 caso IPP diminuiu = 1 caso IPP alterada e perda de bonificação = 2 casos IPP diminuiu = 2 casos

**Tabela 14 - Decisão e divergência na não conciliação da seguradora**



Nos 71 casos onde o sinistrado não se conciliou, a avaliação em exame por junta médica manteve a proposta em 44 casos (62%) e divergiu em 27 casos (38%).

<b>Sinistrado não conciliado = 71</b>	<b>Natureza da divergência</b>
<p><b>Junta médica manteve proposta = 44 casos</b></p> <p>Decisão unanimidade      24 casos</p> <p>Decisão maioria      13 casos</p> <p>    Parte vencida      1 casos seguradora                                     12 casos sinistrado</p> <p>Decisão judicial              7 casos</p>	
<p><b>Junta médica divergiu da proposta = 27 casos</b></p> <p>Decisão unanimidade      21 casos</p> <p>Decisão maioria      6 casos</p> <p>    Parte vencida      5 casos seguradora</p> <p>                                    1 casos sinistrado</p> <p>Decisão judicial      0 casos</p>	<p>Altera as sequelas imputáveis = 2 casos</p> <p>    IPP diminuiu = 1 casos</p> <p>    IPP aumentou = 1 casos</p> <p>IPP alterada= 8 casos</p> <p>    IPP diminuiu = 7 casos</p> <p>    IPP aumentou = 1 casos</p> <p>IPP perde bonificação = 8 casos</p> <p>IPP alterada e perda de bonificação = 1 casos</p> <p>    IPP diminuiu = 1 casos</p> <p>IPP com bonificação = 1 casos</p> <p>IPP com IPATH = 1 caso</p> <p>SI passa a IPP = 1 caso</p> <p>Altera as sequelas imputáveis = 2 caso</p> <p>    IPP aumentou = 2 casos</p> <p>IPP alterada = 2 casos</p> <p>    IPP diminuiu = 1 caso</p> <p>    IPP aumentou = 1 casos</p> <p>IPP passou a SI = 1 caso</p>

**Tabela 15 - Decisão e divergência na não conciliação do sinistrado**



## 6. DISCUSSÃO

*"A imaginação é mais importante que a ciência, porque a ciência é limitada, ao passo que a imaginação abrange o mundo inteiro."*

*Albert Einstein*

---

No actual conceito ecológico, a saúde, enquanto “...estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena actividade funcional”, emerge como um recurso essencial para a vida cuja obtenção, e manutenção, não é, nem pode ser, considerando as suas determinantes, uma responsabilidade individual, mas sim uma responsabilidade socialmente partilhada.

Os contextos económicos, científico-tecnológicos, políticos, jurídicos, sociais e culturais que constituem os ecossistemas humanos, acrescentaram aos riscos naturais os chamados riscos “socialmente construídos”, propiciando um conjunto de situações, e de oportunidades, com capacidade para diminuir o estado de saúde, sendo experiência de vida comum a todos os seres humanos, desde a mais tenra idade, a vivência dos impactos que tais processos patológicos geram.

O trabalho, conjunto das actividades de criação, transformação, produção e serviços, é parte integrante e essencial da vida dos seres humanos pois, ocupando mais de um terço do tempo de vida, para além da obtenção dos meios de subsistência e criação de riqueza, promove a satisfação e realização pessoal, a auto-estima e o estatuto social. O mundo do trabalho, considerando todas as suas vertentes e, em particular, as condições materiais que o caracterizam, constitui determinante major da promoção e manutenção da saúde, assim como do desenvolvimento do ser humano.

Factores como a globalização económica, a flexibilização do mercado de trabalho e das relações laborais, a introdução de novas tecnologias e de novas formas de trabalho, tendo como paradigma o aumento da competitividade, da produtividade e do lucro, mudaram o mundo do trabalho e geraram novos riscos profissionais, estimando a OIT que 6300 trabalhadores morrem diariamente vítimas de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho, num total de mais de 2,3 milhões de mortes anuais em 317 milhões de acidentes, constituindo uma catástrofe humanitária a que se associam perdas económicas estimadas em cerca de 4% do PIB mundial.

Neste contexto, os acidentes de trabalho enquanto acontecimentos disruptores da normalidade quotidiana de vida e de trabalho, emergem como eventos traumáticos geradores de danos pessoais que resultam numa multidimensionalidade de impactos ao nível da saúde e qualidade de vida do trabalhador sinistrado, impondo uma reactualização das memórias individuais e colectivas, e da consciência vivida dos riscos que se enfrentam diariamente nas actividades de trabalho (Granjo, 2012).

Assumindo o primado da prevenção, uma vez ocorrido o sinistro, há que proceder à sua investigação, identificando as causas e promovendo a sua eliminação, prevenindo a sua repetição. No entanto, impõe-se a necessidade de reparação dos danos pessoais imputáveis ao acidente, reparação que pode ser estruturada a três níveis: (1) recuperação do estado de saúde e da capacidade de ganho; (2) indemnização pelas perdas sofridas, nomeadamente as patrimoniais; (3) reabilitação do indivíduo, otimizando a reintegração socioprofissional e a sua qualidade de vida, reintegração que continua a ser o parente pobre da reparação (Sousa, 2012).

A criação e acumulação de riqueza nos chamados países do primeiro mundo, Europa Ocidental e América do Norte, permitiram a construção de sistemas de protecção social com condições objectivas para concretizar em direitos de cidadania os valores da individualidade, nomeadamente o direito à saúde e segurança no trabalho, cabendo ao estado o dever de os assegurar, directa ou indirectamente. É no âmbito dos sistemas de protecção social que as responsabilidades individuais, expressão dos graus de liberdade comportamental assentes em decisões (que se pretendem) informadas, têm vindo a ser, tendencialmente, convertidas em responsabilidades do colectivo, socializando os riscos e os prejuízos das situações danosas emergentes.

Esta socialização dos danos emergentes de riscos individualmente assumidos, tem ocorrido a vários níveis da realidade humana, com doenças de grande impacto na saúde pública, tais como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardio e cerebrovasculares, e doença pulmonar obstrutiva crónica, recebendo protecção social, embora exista o conhecimento, e a consciência, de como os comportamentos e estilos de vida individuais influenciam os processos patológicos, com os comportamentos aditivos, envolvendo mecanismos patológicos multifactoriais (factores genéticos, ambientais e socioculturais) a serem conceptualizados como doenças, levando a molduras legais mais reabilitadoras que punitivas, e fenómenos como a sinistralidade laboral e rodoviária, a serem entendidos como risco social objectivo.

Consideramos que esta socialização dos riscos individuais constitui um salto civilizacional qualitativo gigantesco, pois a individualidade de um ser humano só expressa e adquire significado no seio do colectivo, colectivo esse que molda de forma indelével essa individualidade, dando sentido à nossa humanidade, imperfeita mas solidária.

Tal socialização dos riscos, poderá, para alguns (muitos?), representar uma renúncia ao “*sacrossanto dogma da culpa*”, leitura que assenta numa dinâmica de natureza determinística, em que o dever de reparação decorre, e fica pendente, do apuramento da responsabilidade por acção, comissão ou omissão, dolosa ou negligente, do agente.

Outras dinâmicas são possíveis e, porventura, mais adequadas a um mundo globalizado, interdependente, hipercomplexo e caótico, que nos coloca, a todos, numa verdadeira “*sociedade da incerteza*” face à qual nos temos, individualmente, de autodeterminar, tomando decisões e assumindo, consciente ou inconscientemente, riscos que, nalgumas situações, irão produzir consequências danosas.

Uma dinâmica que vem ganhando força, propõe que a reparação decorra da necessidade imposta pelo dano emergente do evento, nomeadamente em acidentes de trabalho e acidentes rodoviários. Esta dinâmica faz uma leitura separada do problema colocado pela vítima, a necessidade da reparação do dano que atingiu um ser humano, considerando as suas múltiplas dimensões, e do problema levantado pelo responsável, a necessidade da sua punição, enquanto medida de reeducação, pessoal e colectiva, promovendo a justiça.

No caso dos acidentes de trabalho o actual edifício jurídico assume uma das versões possíveis de socialização do risco, o princípio do risco objectivo, considerando os danos emergentes como resultado intrínseco da actividade económica, não dependendo a reparação do dano do apuramento de eventual responsabilidade, negligente ou dolosa, de pessoa colectiva ou individual, constituindo um dever objectivo do empregador que deve integrar esse risco no risco global do negócio.

Aqui, entendemos que o papel do estado adquire importância capital e irrenunciável, assumindo as suas responsabilidades na imposição do primado da prevenção e na definição da moldura legal da reparação. Assim, ao empregador é atribuído como dever primeiro, e intransferível, o dever de prevenção, assegurando e promovendo a segurança, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e das

comunidades. Nas situações em que o risco da actividade se materializa em acidentes de trabalho, o empregador assume o dever de reparação, responsabilidade transferida para as seguradoras como forma de garantir os recursos necessários à sua efectivação. Subsidiariamente, o estado assegura a reparação nas situações de ausência, ou insuficiência, do empregador, através do Fundo de Acidentes de Trabalho<sup>30</sup>, gerido pelo Instituto de Seguros de Portugal<sup>31</sup>.

Mas, se este é considerado um avanço civilizacional muito significativo, acaba por ver o seu alcance diminuído se atendermos ao facto de, em sede de direito do trabalho, só se terem tutelado, como danos elegíveis, a perda da capacidade de trabalho ou a morte, uma tutela parcial e limitada aos lucros cessantes na relação contratual de trabalho onde ocorreu o acidente, e que ainda é reduzida a uma percentagem da retribuição anual ilíquida devida ao sinistrado à data do acidente, consoante a natureza da sua incapacidade permanente.

Ora, o sinistrado, ser humano vítima de acidente de trabalho, vivencia as lesões e as sequelas produzidas pelo acidente como um todo nas suas repercussões bio-psico-sociais, na multiplicidade dos impactos a nível pessoal, familiar e socioprofissional, que alteram, irreversivelmente, o seu percurso de vida. Independentemente de considerações filosófico-jurídicas e racionalizações conceptuais, esperar que alguém que vivencia essa realidade danosa se sinta “compensado” com o regime jurídico em vigor, consideramos ser uma espera sem sentido.

Atendendo à dimensão da sinistralidade laboral que a nível global e nacional, apesar dos esforços desenvolvidos, se revela uma verdadeira catástrofe humanitária e socioeconómica, é expectável que as seguradoras, entidades para quem é transferida a responsabilidade pela reparação assumindo os seus custos, não encontrem nesta área de negócio motivos de satisfação.

Foi neste contexto, onde se reconhecem muitos e fortes motivos de insatisfação, que desenvolvemos a nossa investigação, analisando a dimensão e natureza da não conciliação das partes, sinistrado e seguradora, face às propostas de incapacidade permanente formuladas em exame médico singular, no âmbito dos processos de acidentes de trabalho avaliados no GMLTV, no triénio 2008 a 2010, a que se

---

<sup>30</sup> O FAT foi criado pelo Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de Abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 185/2007, de 10 de Maio, substitui o Fundo de Actualização de Pensões de Acidentes de Trabalho.

<sup>31</sup> O Instituto de Seguros de Portugal, de acordo com o respectivo Estatuto, Decreto-Lei n.º 289/2001, de 13 de Novembro, é uma pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, tendo-lhe sido reconhecida a natureza de entidade administrativa independente pela Lei Orgânica do Ministério das Finanças.

aplicou a TNI publicada no anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, diploma a quem reconhecemos como principal mérito ter publicado, em separado, a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, anexo I, e a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, anexo II, dotando o edifício jurídico português do primeiro instrumento dirigido à avaliação do dano pós-traumático neste domínio específico do direito.

O GMLTV, integrado na Delegação do Sul do INMLCF, IP, instalado pelo Despacho n.º 1086/2008, publicado no DR, 2 série, nº 6, 9/1/2008, funciona desde Março de 2008 nas instalações do Centro Hospitalar de Torres Vedras, na cidade de Torres Vedras, concentrando as actividades médico-legais das comarcas de Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Mafra, Peniche, Rio Maior e Torres Vedras, incluindo dois Tribunais do Trabalho, um em Caldas da Rainha e outro em Torres Vedras.

A sua instalação e funcionamento, para além de eventuais economias de escala resultantes da concentração das actividades numa só instalação, permitiu a supervisão da actividade dos peritos médicos pelo INMLCF, IP, com ganhos qualitativos que reputamos de muito significativos. No entanto, e também aqui, este salto qualitativo é limitado pela forma de contratação dos peritos médicos, colocados por concurso documental, celebrando contractos de prestação de serviços, na modalidade de avença, com a duração de três anos. Este tipo de contrato, a termo certo e sem garantias de renovação, não cria condições para sedimentação da experiência profissional necessária à construção de um sólido referencial técnico e científico, nem estimula o investimento na aquisição de formação e na melhoria das competências profissionais. No caso do GMLTV a situação é agravada pelo excessivo (e injustificado?) número de vagas postas a concurso, doze (12), considerando a dimensão da actividade desenvolvida e a realidade de outros gabinetes médico-legais em funcionamento.

Na esfera das competências que lhe estão atribuídas incluem-se a realização de perícias em pessoas para e avaliação dos danos provocados na integridade psicofísica, em sede de direito penal, civil e do trabalho, assim como a realização de perícias tanatológicas. Em 2010 o GMLTV realizou 2608 peritagens, o que representa 1,4% da actividade do INMLCF, IP, sendo que destas 596 foram no âmbito da clínica forense do trabalho, o que representa 2,5% da actividade do INMLCF, IP, nesta área de actuação.

As perícias em clínica forense do trabalho, 2148 exames realizados no âmbito de 1505 processos por acidentes de trabalho, representaram, no triénio considerado, 32% da actividade pericial em clínica

forense do GMLTV, estando em linha com o peso desta actividade forense no INMLCF, IP, durante o período considerado.

Não nos é possível adiantar eventuais factores explicativos para a diminuição, em 21%, no volume das peritagens em clínica forense do trabalho, verificada em 2010, mas desde já se excluem motivos imputáveis ao GMLTV, dado não ter esgotado a sua capacidade, nem termos conhecimento de quaisquer outras razões internas.

A assimetria verificada na distribuição das perícias em clínica forense do trabalho pelos peritos ao serviço do GMLTV, com 76% dos exames realizados por dois dos oito peritos do quadro, resulta de decisão da coordenação do GMLTV, visando otimizar a resposta às diversas solicitações forenses. Foi também tido em consideração o facto destas perícias permitirem a sua programação, o que não ocorre com as perícias em sede de direito penal e de tanatologia, e a necessidade de organizar os recursos humanos considerando a eventualidade de contencioso, situação onde o perito interveniente em exame singular não pode integrar a junta médica. Também foi considerada a disponibilidade manifestada pelos peritos, nomeadamente em se deslocarem aos tribunais do trabalho, de Caldas da Rainha e Torres Vedras, para integrar as referidas juntas médicas.

A aplicação dos critérios de selecção ao nosso universo de trabalho (n=569 processos), resultou numa amostra de 178 casos, representado 95,7% da população alvo (n=186 casos), correspondendo a uma taxa global de não conciliação de 33%, significativamente superior à verificada nos casos onde, aplicando a anterior TNI, num universo de 936 processos ocorreram 237 casos de não conciliação, representando uma taxa global de não conciliação de 25%.

Considerando que a nova TNI foi alvo de ajustamentos, resultantes do trabalho técnico-científico desenvolvido e do cotejo com o preconizado em várias tabelas europeias, não perdendo de vista os valores da justiça, igualdade, proporcionalidade e boa-fé, nem descurando o pressuposto da humanização do processo de avaliação das incapacidades, que deve ter sempre em conta o facto do dano laboral atingir a pessoa muito para além da sua capacidade de ganho.

Considerando que foram ouvidos um conjunto alargado de parceiros sociais, nomeadamente representantes de diversos ministérios, de organismos e serviços públicos, da Associação Portuguesa de Seguros, dos tribunais do trabalho, da Associação Nacional dos Deficientes



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

Tendo em atenção estes considerandos, não seria expectável um aumento da taxa global de não conciliação, muito menos com a dimensão observada no nosso estudo. Investigar se este aumento constitui, ou não, fenómeno generalizado e consolidado no tempo, e quais as razões que o explicam, não estando dentro dos horizontes do nosso trabalho, é uma investigação que se impõe, sob pena de termos em vigor uma lei que não cumpre a missão que levou à sua aprovação.

A distribuição dos 178 casos da amostra no intervalo temporal do nosso estudo, com 110 casos referentes ao ano de 2008, 60 casos ao de 2009 e 8 casos ao de 2010, numa leitura menos cuidada, poderia indiciar tendência para diminuição das não conciliações mas, considerando o período de IT, com uma duração média de 250 dias, e uma demora média de 152 dias entre a data da alta clínica e a realização do exame médico singular, concluímos que muitos casos referentes a acidentes ocorridos em 2009 e 2010, serão avaliados em anos posteriores ao limite temporal do nosso estudo.

Outro dado processual relevante, resulta da análise da demora na conclusão da avaliação médico-legal onde, apesar de em 139 casos as avaliações em exame singular terem sido concluídas no dia do exame com entrega do relatório pericial, único e concluído, e de em 166 casos os exames por junta médica terem concluído a avaliação no dia de realização do exame, o tempo decorrido desde a data de realização do exame médico singular inicial e a data de conclusão do exame por junta médica, o período de tramitação médico-legal, foi em média de 274 dias.

Esta demora, responsabilidade partilhada pelo conjunto de atores intervenientes no processo, com motivações e justificações diversas que não cabe aqui analisar, tem um peso significativo na duração média dos processos em 1ª instância que, no triénio do nosso estudo foi de 12 meses (DGPJ, Estatísticas da justiça, 2011). Aqui poderá residir um primeiro motivo de insatisfação por parte do sinistrado pois, desde a data do acidente de trabalho até à decisão final, após conclusão da avaliação em exame por junta médica, decorreram, em média, 658 dias.

As características sociodemográficas da amostra estão em linha com a realidade da sinistralidade laboral em Portugal, onde os trabalhadores vítimas de acidente de trabalho são predominantemente

do género masculino (71%), desproporção que se estranha se considerarmos que os efectivos da população em idade activa apresentam, na última década, proporção estabilizada entre géneros, representando os homens 52,5% dos efectivos e as mulheres 47,5% (2010). Esta realidade levanta algumas questões que carecem de resposta para a sua compreensão, nomeadamente terem as mulheres uma cultura e práticas de segurança diferentes das do homem (?) ou desempenharem os homens trabalhos de maior risco (?), nomeadamente na construção civil e na indústria pesada.

Quanto à distribuição etária dos sinistrados da amostra, com uma média etária de 45,2 anos, apresentam envelhecimento superior ao verificado para a população sinistrada em geral que, em 2008, apresentava média etária estimada em 38,6 anos. Identificamos 13 casos (7%) onde o sinistrado não tinha nacionalidade portuguesa, percentagem que iguala o peso dos estrangeiros na casuística nacional (GEP, 2011).

Não nos foi possível identificar directamente o sector de actividade com maior representatividade na nossa amostra mas, considerando os grupos profissionais com maior peso, nomeadamente o dos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (35%), os Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem (12%) e os Trabalhadores não qualificados (14%), o sector secundário emerge como o mais representado na amostra, estando em linha com a realidade nacional onde, apesar da diminuição dos acidentes neste sector durante a última década, este representa 50% do total de acidentes registados em 2009.

Quanto à caracterização dos acidentes de trabalho, a amostra revelou como local onde ocorre a maioria dos acidentes a instalação do empregador (75%), dado esperado se tivermos em conta os parâmetros que definem o conceito legal de acidente de trabalho, com as quedas (37%) representando a forma de acidente mais frequente, forma que na casuística nacional aparece em segundo lugar precedida pela perda de controlo de máquinas.

Quanto às consequências dos acidentes, as regiões corporais mais atingidas foram os membros superiores (39%) e inferiores (29%), estando em linha com a casuística nacional. No que se refere às lesões produzidas, as luxações, entorses, roturas e distensões foram as mais frequentes (52%) seguidas das fracturas (28%), não reproduzindo o panorama nacional onde as feridas e lesões superficiais representam 52% das lesões produzidas pelos acidentes de trabalho.

Este constitui, também, um cenário esperado, pois a evolução expectável, e normal, das feridas e lesões superficiais é para a cura sem incapacidade permanente. Tendo em atenção o nosso universo de trabalho, sinistrados onde as lesões consolidaram com sequelas geradoras de incapacidade permanente, este é um universo que selecciona as lesões de maior gravidade.

Considerando que as regiões e funções mais atingidas nos acidentes de trabalho integram o aparelho locomotor, instrumento essencial ao desenvolvimento das actividades de trabalho, e que a reparação do dano visa, na sua essência, compensar prejuízos funcionais que gerem redução da capacidade de trabalho ou de ganho, as lesões que atingem o aparelho locomotor são as que apresentam maior potencial de prejuízo funcional, não sendo de estranhar o peso da sua representatividade na amostra.

O regime legal em vigor em sede de direito do trabalho, considerando o bem tutelado, materializa a reparação em duas vertentes, as prestações em espécie e as prestações em dinheiro. As prestações em espécie ao terem como objectivo reverter o dano restabelecendo o estado de saúde e a capacidade produtiva do sinistrado, anteriores ao acidente, assumem o primado da reparação. Nesta perspectiva, as prestações em dinheiro, compensando a redução da capacidade produtiva, temporária ou permanente, consequência das lesões e das sequelas imputáveis ao acidente, constituem o aspecto subsidiário, mas não menos importante, da reparação. Assim, as perícias em clínica forense do trabalho, são determinadas por situações onde, “esgotadas” as possibilidades dos adequados, e necessários, cuidados de saúde, não foi possível restabelecer o estado de saúde, a capacidade produtiva e de ganho do sinistrado.

Ao longo da nossa experiência temos sido frequentemente confrontados com sinistrados que, no decurso da perícia, referem não pretenderem ser indemnizados em dinheiro mas sim ficar curados e, também com frequência, verificamos que essa expectativa, face às lesões produzidas pelo acidentes e aos limites da medicina, não se mostra razoável. Mas essa expectativa é geradora de insatisfação no sinistrado que se considera diminuído, e é cobrada em sede de avaliação do dano, onde a IPP se assume como elemento chave no cálculo da prestação em dinheiro.

Apontamos como factor de perturbação, a lei atribui à seguradora, e não ao sinistrado, a indicação do médico assistente, salvo em situações excepcionais nela previstas, condição que gera um contexto de desconfiança na relação médico-doente, nem sempre ultrapassado no decurso do período de convalescença. Não fazendo parte deste estudo, nem tendo conhecimento de trabalhos que abordem

este tema, temos percebido na nossa experiência pericial que a falha neste relacionamento transforma a relação médico doente numa relação desumanizada, remetida ao contexto técnico, colocando o médico assistente numa situação desconfortável onde a sua prática irá ser apreciada pelo sinistrado não no contexto de uma obrigação de meios mas no de uma obrigação de resultados.

A avaliação pericial do dano corporal em clínica forense do trabalho apresenta um circuito razoavelmente bem definido no que se refere a tramitação processual, aos formalismos do exame e aos parâmetros a avaliar, dispõe de um referencial a TNI, anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, e conclui com uma proposta quantificada num coeficiente expresso em percentagem, contexto que permite uma sistematização, e codificação, da informação, facilitadora de investigação.

Dos casos em fase de conciliação, após conclusão do exame médico singular, 166 casos mereceram proposta de IPP, com 5 desses casos a justificarem proposta de IPATH e, em 12 casos, foi proposta situação final de SI. Três aspectos relevam da análise desta fase conciliatória:

- I. A seguradora como a parte que mais vezes não se conciliou com a proposta de avaliação formulada em exame médico singular (146 casos = 82%).

Considerando o perfil sociodemográfico e profissional da nossa amostra, nomeadamente os grupos profissionais maioritários, é plausível concluir que os salários dos sinistrados não sejam de montantes elevados. Atendendo à dimensão da maioria das IPP propostas e à fórmula redutora com que é calculada a prestação em dinheiro devida ao sinistrado, seria legítimo esperar que a parte não conciliada fosse maioritariamente o sinistrado. O cenário revelado indica-nos o contrário.

- II. Dimensão do coeficiente das IPP propostas que em 112 casos foi inferior a 0,10 (67%) e em 7 casos superior a 0,30 (4%).

Encontra-se amplamente documentado na literatura o facto da maioria das IPP sujeitas a avaliação do dano em direito do trabalho ser inferior a 10%, situações onde habitualmente não se verifica efectiva perda de capacidade produtiva e ganho. Esta pode, eventualmente, ser a explicação para a baixa taxa de não conciliação dos sinistrados, não ocorrer efectiva diminuição dos rendimentos do trabalho mantendo as actividades profissionais que exerciam

antes do acidente, onde a prestação em dinheiro, para além de um direito, configura uma folga no “*orçamento familiar*”, como nos confundiram alguns.

Esta explicação também colhe como justificativo para a elevada taxa de não conciliação por parte das seguradoras que, conhecedoras dessa realidade, tentam reduzir o valor das prestações, minimizando as perdas do negócio (?).

- III. Aplicação do factor de bonificação em 54 casos (30%), 44 dos quais fundamentados na idade do sinistrado ser superior a 50 anos á data da consolidação médico-legal das lesões.

Verificamos que em 71 sinistrados com idade igual ou superior a 50 anos á data da consolidação médico-legal das lesões, não foi aplicado qualquer factor de bonificação em 25 casos, contrariando as instruções gerais da TNI. A lei em vigor apresenta redacção que se considera clara, ao dispor no §5 das instruções gerais que “*devem ser observadas as seguintes normas*”. Ora um dever é sinónimo de obrigação e, por esse motivo, na nossa prática aplicamos o referido factor sempre que o sinistrado “*tiver 50 anos ou mais quando não tiver beneficiado da aplicação desse factor.*” Aqui a lei deixou um inexplicável vazio ao não definir o momento a considerar para contagem da idade, com a recomendação do INMLCF, IP a apontar esse momento como sendo o da data de consolidação médico-legal das lesões.

Analisando os dados em fase de contencioso, dos 178 casos da nossa amostra, em 67 casos (38%) a avaliação em exame por junta médica manteve a proposta formulada em exame médico singular, e em 111 casos (62%) a avaliação em exame por junta médica alterou a proposta de avaliação formulada em exame médico singular. Podemos então concluir que, considerando o universo de trabalho (n=569 processos) a proposta de avaliação formulada em exame médico singular, formatou a decisão judicial na fixação da avaliação do dano em 458 processos (80%).

Nos 67 casos em que a avaliação proposta em exame médico singular foi mantida, o sinistrado foi a parte mais vezes não conciliada (44 casos), incluindo 11 dos 12 casos com proposta de SI. Releva-se o facto de em 31 casos a decisão da junta médica ter sido unanime, com 8 casos sem maioria onde a decisão judicial aderiu à proposta do perito nomeado pelo tribunal e que integra o GMLTV.

Apesar da dimensão casuística, somente 8 casos onde a decisão judicial aderiu à proposta do perito nomeado pelo tribunal e que integra o GMLTV, este é um dado expectável para quem participa em

exames por junta médica em tribunal do trabalho. Isto porque as divergências na avaliação normalmente cursam com o extremar de posições entre os peritos das partes, sinistrado e seguradora, esgrimindo fundamentações muitas vezes irreconciliáveis, e por vezes antagónicas, levando a que, quem tem como função decidir, adira a uma posição não comprometida.

Nos 111 casos onde a avaliação proposta em exame médico singular foi alterada em junta médica, a parte maioritariamente não conciliada foi a seguradora (107 casos = 80%). Nos 97 casos em que o valor do coeficiente de IPP diminuiu, a taxa de não conciliação da seguradora foi de 99% (96 casos).

Este é um facto que nos merece reflexão e comentário. A maioria das situações que transitam em contencioso são situações de pequenas incapacidades resultantes de sequelas que afectam o aparelho locomotor. Por outro lado, desde a data de realização do exame médico singular inicial e a data de conclusão do exame por junta médica decorre, em média, um período de 274 dias. Assim, uma primeira explicação para a diminuição do coeficiente de IPP identificada, assenta na distância temporal que separa os dois momentos de avaliação e na eventual recuperação, reabilitação, adaptação, que pode ocorrer em 274 dias.

Outra explicação possível assenta nos diferentes contextos em que decorrem as avaliações em exame singular e em exame por junta médica. No exame médico singular estamos num contexto onde o perito, que não deixa de ser médico, está perante o sinistrado e é confrontado com a sua versão dos factos. Faz parte da nossa experiência pessoal a consciência de, em algumas (muitas?) situações, este contexto favorecer uma relação que acaba por sensibilizar o perito para situação de vida, e não só de trabalho, do sinistrado, com a consequente tradução na proposta de avaliação. Este contexto já não se verifica no exame por junta médica, realizado num ambiente impessoal, e ritualizado, onde estão presentes três peritos médicos, e intervêm não médicos, nomeadamente o juiz e o funcionário administrativo que secretaria a junta, e onde, na maioria dos casos, o que se pede aos peritos é que respondam aos quesitos formulados pelas partes.

Cruzando os dados disponíveis, verificamos que a seguradora não se conciliou com a proposta de avaliação formulada no exame médico singular em 146 casos, com esta avaliação a ser alterada em 107 casos (73%) pelo exame por junta médica, onde ocorreu diminuição no valor do coeficiente de IPP em 97 casos, numa média de 0,0416. Considerando as pretensões desta parte, seguradora, podemos afirmar que a não conciliação obteve uma taxa de sucesso de 66%.

Nos 71 casos em que o sinistrado não se conciliou com a avaliação proposta em exame médico singular esta foi alterada em 27 casos (38%) pela avaliação em exame por junta médica, tendo ocorrido aumento do valor do coeficiente de IPP em 11 casos, aumento que apresenta um valor médio de 0,033. Considerando as pretensões desta parte, podemos afirmar que a não conciliação obteve uma taxa de sucesso de 15%.

Um dado gerador de perplexidade prende-se com os 23 casos em que o exame por junta médica alterou a aplicação do factor de bonificação previsto no §5 da TNI, com 22 casos onde foi removida a sua aplicação e 1 caso em que esta bonificação foi atribuída. Dos 22 casos onde a bonificação foi removida, em 12 casos o sinistrado tinha idade igual ou superior a 50 anos, proposta ratificada pelo magistrado que presidiu à junta. Ora, das situações passíveis de aplicação do factor de bonificação previstas no §5 da TNI, a idade não carece de apreciação discricionária ou de fundamentação médico-legal para se ponderar a aplicação de bonificação. É um dado objectivo, sobre o qual existe a omissão legal em fixar o momento para a sua determinação.

Consideramos que existem dois momentos passíveis de serem utilizados para esse fim, a data de consolidação das lesões, adoptada pelo INMLCF, IP, e a data do acidente. Visto a lei nada dispor nesse sentido, considerando uma ou outra data na determinação da idade do sinistrado, tal não justifica a dimensão da não aplicação / remoção do factor de bonificação pela idade. Temos percepcionado que esta postura se deve a uma leitura discricionária da aplicação da bonificação neste parâmetro, à semelhança do que ocorre com os outros parâmetros. Urge, a bem da justiça, que se fixe, sem ambiguidades, o momento para determinação da idade do sinistrado e se afirme, inequivocamente, a discricionariedade, ou não, da sua aplicação.

Questão diferente prende-se com a filosofia subjacente á bonificação da variável idade pois, sendo esta uma variável crítica para qualquer ser humano, adquire particular relevância no contexto laboral. Aqui duas linhas de pensamento podem ser tidas em consideração. Uma que olha a idade como determinante da empregabilidade, considerando que mantêm uma relação inversamente proporcional. Outra que a entende como fonte de riqueza, numa relação directamente proporcional.

O actual quadro jurídico da reparação dos acidentes de trabalho atribui bonificação se o sinistrado tiver idade igual ou superior a 50 anos. Ora, este é um grupo etário que já cumpriu pelo menos dois terços da sua vida produtiva e onde, na maioria das profissões, o trabalhador se encontra no auge do

seu desempenho ou já o ultrapassou, estando a 15 anos da idade legal da reforma. É então um grupo onde o acidente ao gerar danos, estes limitam, seguramente, a capacidade de ganho mas não o potencial de progressão profissional, limitação essa que irá gera efeitos num horizonte temporal máximo de 15 anos.

Os danos emergentes de um acidente de trabalho que afecte um jovem, particularmente se as sequelas condicionarem IPP elevada, têm potencial para gerar de perdas de capacidade de ganho e limitações de progressão profissional, situação agravada pelo facto dessas perdas e limitações serem, por si só, uma forte determinante da empregabilidade, situação que irá afectar um horizonte temporal de décadas de vida activa. Não se ignora aqui, o facto de a capacidade de recuperação da saúde e readaptação profissional, declinar com a idade.

Considerandos que a idade não deveria ser variável de bonificação automática, qualquer que seja a linha de corte definida, pois será sempre possível encontrar fortes argumentos a favor e contra. Como tal entendemos que, apesar dos coeficientes de bonificação não serem cumulativos, nos casos em que não se verifica nenhuma das outras situações previstas no 5§ da TNI, a idade deveria ser factor de bonificação ponderado em termos de empregabilidade, de potenciais perdas de capacidade de ganho e de progressão profissional.

Reconhecemos que esta posição retira alguma certeza jurídica na apreciação deste factor de bonificação e que leva a avaliação para o domínio do chamado dano futuro. No entanto, estamos convictos que permitiria uma maior individualização da avaliação do dano, aproximando a avaliação da real dimensão do dano imputável ao acidente de trabalho, no respeito pelos limites do bem tutelado, a capacidade produtiva do sinistrado.



## 7. CONCLUSÕES

*“Quando a felicidade falha,  
a existência torna-se uma louca e lamentável experiência.”*

*George Santayana*

---

Considerando o desenho da nossa investigação, observacional e descritivo, e o objectivo geral definido, análise da divergência entre as propostas de avaliação do dano formuladas em exame médico singular e em exame por junta médica, nas situações de não conciliação, no âmbito da actividade pericial do GMLTV, em clínica forense do trabalho, concluímos:

1. No universo de estudo considerado, processos por acidente de trabalho com o dano avaliado tendo por referencial a nova TNI, período de 2008 a 2010, a taxa de não conciliação foi de 33%.
2. A não conciliação foi responsabilidade isolada da seguradora em 60% dos casos, do sinistrado em 18% e de ambas as partes em 22% dos casos
3. Nas situações em que a seguradora não se conciliou, a avaliação foi alterada em 73% dos casos, com diminuição no valor do coeficiente de IPP em 66% dos casos.
4. Nas situações em que o sinistrado não se conciliou, a avaliação foi alterada em 38% dos casos, com aumento no valor do coeficiente de IPP em 15% dos casos.
5. A avaliação por junta médica alterou em 62% dos casos a proposta formulada em exame médico singular, sendo o coeficiente de IPP o parâmetro mais frequentemente alterado (76%).
6. Nas situações onde o coeficiente de IPP foi alterado, este diminuiu em 87% dos casos, num valor médio de 0,0416, e aumentou em 10% dos casos, num valor médio de 0,033.
7. Nos casos em que foi removida a aplicação do factor de bonificação, em 12 casos os sinistrados tinham idade igual ou superior a 50 anos.

8. O período de tramitação da avaliação médico-legal foi, em média, de 274 dias (período compreendido entre a data do primeiro exame médico singular e a conclusão da avaliação em exame por junta médica).
9. A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra revelou uma maioria de sinistrados do sexo masculino (71%), uma idade média de 45,2 anos, onde os trabalhadores estrangeiros representavam uma minoria (7%). O grupo profissional mais representado na amostra foi o dos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (35%), estimando-se que o sector com maior peso seja o secundário.
10. Quanto à caracterização da sinistralidade, verificamos que a maioria dos acidentes ocorreu nas instalações do empregador (75%), com os acidentes a resultarem de quedas (37%), esforços e movimentos excessivos (21%), devido a factores relacionados com o ambiente (29%), e contacto com materiais e substância do trabalho (20%).
11. Quanto às consequências, os membros superiores (39%) e inferiores (29%) foram as regiões corporais mais atingidas, com as lesões do aparelho locomotor a dominarem o quadro clínico.
12. A actividade do GMLTV é dominada pelas perícias em clínica forense penal (61%) com as perícias em clínica forense do trabalho representando 30% da actividade, as perícias tanatológicas 8% e as perícias em clínica forense civil a terem uma expressão residual (1%).

## BIBLIOGRAFIA

---

- Portal de Saúde Pública. (31 de 12 de 2007). Obtido em 10 de 09 de 2012, de [http://www.saudepublica.web.pt/http://www.saudepublica.web.pt/02-Epidemiologia/021-Demografia/PopRes\\_Distrito-GrEtario-Sexo\\_2007.htm](http://www.saudepublica.web.pt/http://www.saudepublica.web.pt/02-Epidemiologia/021-Demografia/PopRes_Distrito-GrEtario-Sexo_2007.htm)
- Beck, U. (1992). *Risk Society, Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Cabral, F., & Veiga, R. (2002). 3.4 História da saúde e segurança do trabalho na Europa. In F. Cabral, & R. Veiga, *Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Comissão Europeia. (2007). *Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho. Estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012*. Obtido de <Http://Eur-Lex.Europa.Eu/Lexuriserv/Lexuriserv.Do?Uri=CELEX:52007DC0062:PT:NOT>
- CRPG. (2005). *Acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal - Das práticas actuais aos novos desafios*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Cueto, C. H. (2001). *Valoración médica del dano corporal* (2º Edição ed.). Barcelona: Masson.
- Cunha, P. F., Silva, J. A., & Soares, A. L. (2005). *História do Direito*. Coimbra: Almedina.
- Cunha, P. F., Silva, J. A., & Soares, A. L. (2010). *História do Direito. Do direito romano à cosntituição europeia*. Coimbra: Almedina.
- DETEFP. (2001). *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- DGPJ. (25 de 10 de 2011). *Estatísticas da justiça*. Obtido em 05 de 09 de 2012, de [www.siej.dgpj.mj.pt/http://www.siej.dgpj.mj.pt/webeis/index.jsp?username=Publico&pgmWindowName=pgmWindow\\_634828362630000000](http://www.siej.dgpj.mj.pt/http://www.siej.dgpj.mj.pt/webeis/index.jsp?username=Publico&pgmWindowName=pgmWindow_634828362630000000)
- DGPJ. (s.d.). <http://www.dgpj.mj.pt/sections/home>. Obtido em 2012
- DGS. (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS. (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2009-2012*. Lisboa: DGS.
- Dias, J. A. (Novembro de 2001). Algumas considerações sobre o chamado dano corporal. (APADAC, Ed.) *Revista portuguesa do dano corporal*, 11, pp. 37-75.
- Dias, J. A. (Novembro de 2002). Como avaliar os danos corporais. (APADAC, Ed.) *Revista portuguesa do dano corporal*, 12, pp. 15-48.
- Editora, P. (30 de 08 de 2012). <http://www.portoeditora.pt/espacolinguaportuguesa/dol/dicionarios-online/>. Obtido de <http://www.portoeditora.pt/http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/acidente>
- ENWHP. (1997). The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. *European Network for Workplace Health Promotion*. Luxemburgo.
- Eurostat. (10 de 08 de 2010). *Health and safety at work in Europe (1999–2007)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Fabela, S., & Sousa, J. (2012). Os impactes socioeconómicos no âmbito dos acidentes de trabalho. Representações, práticas e desafios à gestão das organizações de trabalho. In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes, *Impacto social dos acidentes de trabalho*. (p. 99). Vila do Conde: Civeri Publishing.
- Ferreira, A. C. (2001). Para uma concepção decente e democrática do trabalho e dos seus direitos. Repensar o direito das relações laborais. In B. S. Santos, *Globalização, fatalidade ou utopia?* (p. 274). Porto: Edições Afrontamento.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Geerts, A. (1962). *Líndemnisation des lésions corporelles à travers les siècles*. Paris: Librairie Technique, Librairie de la Cour de Cassation.
- GEP. (2011). *Acidentes de Trabalho 2000 - 2008*. Obtido de <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/acidentes/index.php#qp>
- GEP. (15 de 06 de 2012). *Estatísticas em síntese. Acidentes de trabalho 2009*. Obtido de <http://www.gep.msss.gov.pt/http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/at2009sintese.pdf>
- Graça, L. (1999). [www.ensp.unl.pt/lgraca/](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/). Obtido em 20 de 08 de 2012, de [http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia1\\_legis\\_laws.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia1_legis_laws.html)
- Graça, L. (2000). [www.ensp.unl.pt/lgraca/](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/). Obtido em 19 de 06 de 2012, de [www.ensp.unl.pt/http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos23.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos23.html)
- Granja, P. (2012). Reintegrando o acidente. De Sines a Maputo. In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes, *Impacto social dos acidentes de trabalho*. (p. 347). Vila do Conde: Civeri Publishing.
- Green, J. (1997). *Risk and misfortune. The social construction of accidents*. London: Routeldge.
- Hernández, F. G. (2005). *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson.
- Hernández, F. G. (2005). Tratado de medicina del trabajo. In F. G. Hernández, *Tratado de medicina del trabajo*. (p. 3). Barcelona: Masson.
- Hespanha, P. (2001). Mal – estar e risco social num mundo globalizado: Novos problemas e novos desafios para a teoria social. In B. d. Santos, *Globalização, Fatalidade ou Utopia?* (pp. 163-196). Porto: Edições Afrontamento.

- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário, 2ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- IGT. (2005). *A Inspeção do Trabalho e os Inquéritos de Acidente de Trabalho e Doença Profissional*. Lisboa: GabIGT.
- INML, IP. (2011). *Relatório de actividades 2010*. Coimbra: INML, IP.
- Jorge, F. P. (1968). *Ensaio sobre os pressupostos da responsabilidade civil*. Lisboa: Cadernos de Ciência e Técnica Fiscal.
- Kaku, M. (2011). *A física do futuro. Como a ciência moldará o mundo nos próximos cem anos*. Lisboa: Bizâncio.
- Kia-Hway, L., & Grynpsas, B. (1980). *Philosophes taoistes*. Paris: Gallimard.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services.
- Larousse, E. (30 de 08 de 2012). <http://www.larousse.fr>. Obtido em 30 de 08 de 2012, de <http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/travail/98505>
- Magalhães, T. (1998). *Avaliação tridimensional do dano corporal: Lesão, Função, Situação.Sua aplicação médico-legal*. Coimbra: Almedina.
- Magalhães, T., & Antunes, I. (2012). Acidentes de trabalho. Avaliação médico-legal dos danos na pessoa. In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes, *Impacto social dos acidentes de trabalho*. (pp. 265-287). Vila do Conde: Civeri Publishing.
- Magalhães, T., Corte-Real, F., Santos, J. C., & Vieira, D. (2010). Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, pp. 53-61.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- OCDE. (18 de 07 de 2012). [www.oecd.org](http://www.oecd.org). Obtido de [http://www.oecd.org/document/41/0,3746,en\\_33873108\\_33873764\\_45270249\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/41/0,3746,en_33873108_33873764_45270249_1_1_1_1,00.html)  
[http://www.oecd.org/document/41/0,3746,en\\_33873108\\_33873764\\_45270249\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/41/0,3746,en_33873108_33873764_45270249_1_1_1_1,00.html)
- OIT. (06 de 07 de 2012). *global/topics/safety-and-health-at-work*. Obtido de [www.ilo.org](http://www.ilo.org): <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>
- OMS. (1978). [www.euro.who](http://www.euro.who). Obtido em 27 de 07 de 2012, de <http://www.euro.who.int/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, Canada.
- OMS. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. *2nd International Conference on Health Promotion*. Adelaide South Australia: OMS.
- OMS. (1988). *Glossário da Promoção da Saúde*. Génève: OMS.
- OMS. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. *Third International Conference on Health Promotion*, Sundsvall, Sweden: OMS.
- OMS. (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century*. Jacarta: OMS.
- OMS. (2000). Health Promotion: Bridging the Equity Gap. *The Fifth Global Conference on Health Promotion*. Cidade do México: OMS.
- OMS. (2001). Declaração de Lisboa Sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho nas Pequenas e Médias Empresas. *2.ª Conferência Europeia da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Trabalho*. Lisboa: OMS.
- OMS. (2001a). *Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système plus performant*. Génève: WHO.
- OMS. (2001b). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Génève: WHO.
- OMS. (2002). Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe. *3rd European Conference on Workplace Health Promotion*. Barcelona: European Network for Workplace Health Promotion.
- OMS. (2005). New Bangkok charter for health promotion adopted to address rapidly changing global health issues. *6th Global Conference on Health Promotion*. Bangkok, Thailand: OMS.
- ONU. (19 de 06 de 2012). *ONU*. Obtido de <http://www.un.org/es/aboutun/structure/>
- Pereira, J. B. (1995). Conceitos e organização da Medicina Legal. *Administração, n.º 29, vol. VIII*, pp. 577-586.
- Pereira, M., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático. Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: CLIMSPSI.
- Pessoa, J. (1969). *Ensaio sobre os pressupostos da responsabilidade civil*. Lisboa: Ciência e técnica fiscal.
- Pinto, J. B. (2007). *Notas sobre o dano corporal e a periciamédico-legal*. Coimbra: Verbo Jurídico.
- PORDATA. (27 de 08 de 2012). Obtido de <http://www.pordata.pt/Portuga>:  
<http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+empregada+total+e+por+grupo+etario-31>
- PORDATA. (17 de 07 de 2012). <http://www.pordata.pt>. Obtido de <http://www.pordata.pt/Portugal>
- PORDATA. (12 de 08 de 2012). <http://www.pordata.pt>. Obtido de <http://www.pordata.pt/Portugal/Numero+de+individuos+em+idade+activa+por+idoso+segundo+os+Censos-734>
- PORDATA. (12 de 08 de 2012). <http://www.pordata.pt>. Obtido de <http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Emprego+e+Mercado+de+Trabalho-3>
- Rey, L. (1999). *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, V. (Março de 1993). A visão do docente. *As incapacidades permanentes em acidentes de trabalho*, pp. 3-4.
- Rogers, B. (1994). *Enfermagem do trabalho. Conceitos e prática*. (W. B. Company, Ed.) Loures: Lusociência, Lda.
- Rousseau, C. (Março de 1993). L'imputabilité médicale. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, pp. 9-14.
- Roxo, M. (2012). Cenário macrossocial e evolução do quadro legislativo. In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes, *Impacto social dos acidentes de trabalho* (pp. 07-28). Vila do Conde: Civeri Publishing.
- Sá, F. O. (1992). Capítulo I - Apontamento histórico. In F. O. Sá, *Clínica Médico-legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil*. (pp. 17-20). Coimbra: APADAC.
- Sá, F. O. (1992). Caracterização do dano e nexos de causalidade. In F. O. Sá, *Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em direito civil*. (pp. 43-47). Coimbra: APADAC.
- Sá, F. O. (1992). Caracterização do dano e nexos de causalidade. In F. O. Sá, *Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em direito civil*. (pp. 33-43). Coimbra: APADAC.
- Sá, F. O. (Março de 1993). Novos rumos e uma nova metodologia pericial médico-legal. *Revista portuguesa do dano corporal*, pp. 46-57.
- Santos, B. S., Gomes, C., & Ribeiro, T. (2012). Acidentes de trabalho nos tribunais portugueses. In H. V. Neto, & J. A. Areosa, *Impacto social dos acidentes de trabalho* (pp. 227-264). Vila do Conde: Civeri publishing.
- Sousa, J. (2012). Reabilitação e reintegração das vítimas de acidente de trabalho. Por uma nova filosofia e estratégia de intervenção. In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes, *Impacto social dos acidentes de trabalho*. (pp. 409-419). Vila do Conde: Civeri publishing.
- Spiegel, F. (1989). *Revolta contra o mundo moderno*. Lisboa: Dom Qixote.
- Verlag Dashofer. (s.d.). *Módulo:02 - Informações Gerais, História da saúde e da segurança do trabalho*. (A. António, Editor) Obtido em 20 de 08 de 2012, de <http://higiene-seguranca-trabalho.dashofer.pt>: <http://higiene-seguranca-trabalho.dashofer.pt/?s=modulos&v=capitulo&c=14090>
- Vieira, D. N., & Corte-Real, F. (2008). Nexos de causalidade em avaliação do dano corporal. In D. Vieira, & J. A. Quintero, *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. (pp. 61-84). Coimbra: Biblioteca Seguros.
- Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- WHP. (2001). Declaração de Lisboa Sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho nas Pequenas e Médias Empresas. 2.<sup>a</sup> Conferência Europeia da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Trabalho. Lisboa: WHP.



## Índice de abreviaturas

AT	Acidente de trabalho
CNP	Classificação Nacional de Profissões
CT	Código do Trabalho
CPT	Código de Processo do Trabalho
DGS	Direcção-Geral de Saúde
DP	Doença (s) Profissional (is)
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
GMLTV	Gabinete Médico-legal de Torres Vedras
INE	Instituto Nacional de Estatística
INML, IP	Instituto Nacional de Medicina Legal, IP
INMLCF, IP	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP
IP	Incapacidade Permanente
IPA	Incapacidade Permanente Absoluta
IPATH	Incapacidade Permanente Absoluta para o Trabalho Habitual
IPP	Incapacidade Permanente Parcial
IT	Incapacidade Temporária
ITPA	Incapacidade Temporária Profissional Absoluta
ITPP	Incapacidade Temporária Profissional Parcial
LATDP	Lei dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SI	Sem Incapacidade
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TTCLD	Tribunal do Trabalho de Caldas da Rainha
TTTVD	Tribunal do Trabalho de Torres Vedras
TNI	Tabela Nacional de Incapacidades por AT ou DP
UE	União Europeia

## Conceitos e definições

Acidente, acontecimento casual ou inesperado; contingência; acaso; acontecimento repentino e desagradável; desastre; desgraça (<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/acidente>).

Acidente de trabalho, todo o acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo os actos de violência derivados do trabalho ou com ele relacionados, do qual resulte uma lesão corporal, uma doença ou a morte de um ou vários trabalhadores. São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso do trabalho, isto é, quando exercem uma actividade económica, ou estão a trabalhar, ou realizam tarefas para o empregador. (<http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos> em 2012-04-14).

Condições de trabalho adequadas, as que cumprem as prescrições mínimas previstas na legislação aplicável em matéria de segurança e saúde do trabalho.

Condições de trabalho seguras, quando a magnitude dos perigos existentes não excede os níveis admissíveis de exposição ou onde o risco é aceitável.

Dano patrimonial ou económico, danos com projecção directa e imediata nos interesses económicos e materiais da vítima e, como tal referenciáveis em termos pecuniários (Sá F. O., 1992).

Dano extrapatrimonial ou não económico, dano que resulta dos prejuízos vividos e sentidos pela vítima mas que, normalmente, não implicam uma perda económica óbvia (Sá F. O., 1992)

Efectivo: todos os trabalhadores independentemente do tipo de vínculo, que, em 31 de Dezembro do ano a que se refere o balanço social, se encontram a prestarem serviço na instituição (Ofício circular nº 3162 do DMRS, de 11/03/2004).

Exame único e concluído, quando o perito, na primeira observação, considera estar na posse de toda a informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano e elabora o respectivo relatório.

Exame preliminar, quando o perito considera não dispor da informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano, solicitando essa informação e requerendo novas observações.

Exame intercalar, quando, após exame preliminar, ainda não considera estarem reunidas as condições para concluir o processo de avaliação, expondo as razões e condições necessárias a essa conclusão.

Exame final, quando o perito considera estar na posse de toda a informação necessária a concluir o processo de avaliação do dano e elabora o respectivo relatório.

Perigo, condição, situação ou agente com potencial para produzir um dano na integridade física ou na saúde das pessoas.

Saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade. A saúde é um recurso para o dia-a-dia, não um objectivo de viver. É um conceito positivo que realça os recursos pessoais e sociais bem como as capacidades físicas. Um entendimento compreensivo da saúde implica que todos os sistemas e estruturas que governam as condições sociais, económicas e o ambiente físico, devem ter em conta as implicações das suas actividades, relativamente ao seu impacto, no bem-estar e saúde e colectiva (Glossário da Promoção da Saúde. OMS, 1988).

Trabalho, actividade do homem aplicada à produção, criação, entretenimento; actividade humana de transformação da natureza; ocupação actividade que representa uma carga (<http://www.larousse.fr/encyclopedie>)



## Índice de figuras

Figura 1- Acidentes de trabalho versus dimensão da empresa (adaptado de GEP, 2010) ....	15
Figura 2 - Evolução do total de acidentes de trabalho por sector de actividade .....	19
Figura 3 - Evolução dos acidentes mortais por sector de actividade.....	19
Figura 4 – Evolução da população residente em Portugal por grupo etário.....	21
Figura 5 - Evolução da população em idade activa versus empregada (2000 a 2010).....	23
Figura 6 - Evolução da sinistralidade por género 2000 – 2008.....	23
Figura 7 - Evolução da sinistralidade por grupo etário 2000-2008 .....	24
Figura 8 - Sinistralidade por grupos profissionais 2008 (adaptado de GEP, 2010).....	25
Figura 9 - Evolução clínica de um sinistrado.....	35
Figura 10 - Dimensão do dano, 2006 (Fonte, DGPJ) .....	39
Figura 11 - Motivos de não conciliação, 2006 (Fonte DGPJ) .....	39
Figura 12 - Quadro resumo dos efectivos do INMLCF, IP em Dez. 2010 (INML, IP, 2011) ....	47
Figura 13 - Quadro resumo da actividade pericial do INMLCF, IP em 2010 .....	48
Figura 14 - Actividade do INMLCF, IP no triénio 2008/2010.....	49
Figura 15 - Avaliação do peso relativo das peritagens no GMLTV.....	50
Figura 16 - Evolução temporal da actividade forense 2008/2010.....	51
Figura 17 - Contribuição relativa dos peritos 2008/2010 .....	51
Figura 18 - Taxa de conciliação e não conciliação na amostra, 2008 - 2010.....	52
Figura 19 - Estrutura etária da amostra com referência a 2008 .....	54
Figura 20 - Caracterização da amostra por grupo profissional .....	54
Figura 21 - Sinistros segundo o local de ocorrência .....	54
Figura 22 - Sinistro segundo a forma de ocorrência .....	55
Figura 23 - Sinistros segundo o agente material.....	55
Figura 24 - Sinistros segundo região do corpo atingida.....	55
Figura 25 - Sinistros por lesão produzida.....	56
Figura 26 – Dimensão das IPP propostas em exame singular .....	56

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Acidentes de trabalho por dimensão de empresa (adaptado de GEP, 2010) .....	15
Tabela 2 – Total de acidentes de trabalho por sector económico (adaptado de GEP/MTSS, PORDATA, 2012-07-06) .....	19
Tabela 3 - Evolução da despesa com cuidados de saúde (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA em 2012-07-17) .....	20
Tabela 4 - Distribuição geográfica dos acidentes de trabalho (adaptado de GEP, 2010) .....	21
Tabela 5- População residente (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA em 2012-07-17) * Dados provisórios .....	21
Tabela 6 - População activa versus empregada 2000 a 2010 (adaptado de INE, GEP/MTSS, PORDATA 2012-07-17) .....	22
Tabela 7 - Acidentes de trabalho por género (adaptado de GEP, 2010) .....	23
Tabela 8 - Sinistralidade por grupo etário 2000-2008 (adaptado de GEP, 2010) .....	24
Tabela 9 - Actividade forense do GMLTV 2008/2010 .....	50
Tabela 10 - Exames do trabalho por perito 2008/2010 .....	51
Tabela 11 - Análise das situações sem divergência .....	57
Tabela 12 - Análise das situações com divergência .....	58
Tabela 13 - Análise da natureza da divergência .....	59
Tabela 14 - Decisão e divergência na não conciliação da seguradora .....	60
Tabela 15 - Decisão e divergência na não conciliação do sinistrado .....	61

## **ANEXOS**

- 1- Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito do trabalho.
  
- 2- Instrumento de recolha de dados.
  
- 3- Proposta de projecto de dissertação e de orientação científica.
  
- 4- Aprovação do projecto de investigação de Mestrado.
  
- 5- Parecer da Comissão de Ética da FMUC.



## **Anexo1**

**Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito do trabalho.**



# Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito do Trabalho\*

Teresa Magalhães<sup>1,2,3,4</sup>, Isabel Antunes<sup>5</sup>, Duarte Nuno Vieira<sup>4,6,7</sup>

## 1. Introdução

A deficiente realização de um exame médico-legal e/ou a elaboração pouco cuidada e rigorosa do respectivo relatório pericial, podem colocar em causa o valor médico-legal da perícia. Tendo em consideração este facto e porque compete ao Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), garantir a qualidade das perícias realizadas, elaboraram-se um conjunto de recomendações e orientações, as quais pretendem auxiliar os peritos envolvidos nesta actividade a elaborarem, com correcção e rigor, relatórios periciais de Clínica Forense no âmbito do Direito do Trabalho.

Assim, são objectivos do presente trabalho, ajudar a identificar, descrever, interpretar e valorar os danos temporários e permanentes, nas vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, tendo em vista contribuir, através de uma detalhada e fundamentada análise técnico-científica da situação, para o melhor esclarecimento da Justiça.

O âmbito destas recomendações é, pois, a perícia médico-legal para avaliação do dano na pessoa (classicamente designado por dano corporal), em sede de Direito do Trabalho. Esta directiva aplica-se aos exames periciais

---

\* Normas aprovadas pelo Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., em 3.4.2010 e ratificadas pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos.

<sup>1</sup> Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>3</sup> Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

<sup>4</sup> Centro de Ciências Forenses – Fundação para a Ciência e Tecnologia

<sup>5</sup> Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

<sup>6</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

efectuados nos serviços médico-legais (Delegações e gabinetes médico-legais do INML) e aos exames periciais efectuados por médicos contratados para o exercício de funções periciais junto tribunais.

## 2. Recomendações

Depois da identificação e descrição do dano, no relatório pericial, importará proceder à sua interpretação e valoração (nomeadamente quantitativa) concretizada à luz das normas legalmente definidas para a avaliação do dano na pessoa, tendo em conta o conceito de acidente de trabalho, definido na Lei 98/2009, de 4 de Setembro. Em conformidade com esta Lei, considera-se **acidente de trabalho** aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido:

- a) No trajecto de ida para o local de trabalho ou de regresso deste;
- b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador;
- c) No local de trabalho e fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de actividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho;
- d) no local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa da entidade empregadora para tal frequência;
- e) No local do pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;
- f) No local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de anterior acidente e enquanto aí permanecer para tal efeito;
- g) Em actividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- h) Fora do local ou do tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos.

No âmbito deste conceito, considera-se **local de trabalho** todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador. Considera-se **tempo de trabalho**, para além do período normal de laboração, o que precede o seu início, em actos de preparação ou com ele



relacionados, e o que se lhe segue, em actos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçosas de trabalho.

## 2.1 Exames singulares

Em sede de Direito do Trabalho avaliam-se danos temporários e permanentes, tendo em conta a sua repercussão a nível das capacidades de trabalho e de ganho. A análise (interpretação e valoração) dos diversos parâmetros de dano é feita, nos exames singulares, a nível do capítulo “**Discussão**” do relatório pericial. Neste capítulo devem constar:

### 2.1.1 Danos temporários

#### a) Incapacidade Temporária Profissional Absoluta (ITPA)

Corresponde ao período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional habitual. Integram desde logo este período os tempos correspondentes a internamente em serviço de saúde e os de necessidade de repouso absoluto, sem prejuízo dos decorrentes das especificidades da profissão em causa.

Descreve-se em número de dias de incapacidade, determinados com base na análise dos registos clínicos relativos à situação (hospitalares, do médico assistente, da seguradora, etc.), do quadro clínico concreto, da informação obtida (a partir do sinistrado, familiares, acompanhante, etc.) e das exigências da sua profissão habitual. No caso de não existirem elementos suficientemente esclarecedores (muito particularmente registos clínicos), deve apreciar-se este dano com base no período de tempo de ITPA habitualmente esperável para um quadro lesional similar ao verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respectiva evolução, bem como o tipo e exigências da profissão em causa. Para tal - e a título de referência indicativa - pode recorrer-se a tabelas que facultam uma estimativa temporal deste dano, como por exemplo as de Ramírez (1996) ou de Pérez (2006).

Algumas situações clínicas podem envolver vários períodos de ITPA, decorrentes, por exemplo, de eventuais complicações, recaídas, recidivas ou cirurgias (designadamente para extracção de material de osteossíntese).

Não é aceitável que no relatório pericial – apesar desta avaliação ser retrospectiva e fundada, na maior parte das vezes, nos registos clínicos – sejam automaticamente consignados (aceites) nos capítulos de “Discussão” e “Conclusões”, os períodos de ITPA atribuídos pela Seguradora, se os mesmos não estiverem previamente descritos no capítulo relativo aos “Dados Documentais”. Na eventualidade de um afastamento destes períodos o perito tem, óbvia e obrigatoriamente, de fundamentar o seu parecer.

### b) Incapacidade Temporária Profissional Parcial (ITPP)

Corresponde ao período em que a vítima passou a ter pelo menos 50% da capacidade necessária para desenvolver a sua actividade profissional habitual, ainda que com limitações.

Descreve-se em número de dias e taxas de incapacidade determinados com base na análise dos registos clínicos relativos à situação (hospitalares, do médico assistente, da seguradora, etc.), do quadro clínico concreto, da informação obtida (a partir do sinistrado, familiares, acompanhante, etc.) e das exigências da sua profissão habitual. Também aqui e no caso de não existirem elementos suficientemente esclarecedores (muito particularmente registos clínicos), deve apreciar-se este dano com base no período de tempo de ITPP habitualmente esperável para um quadro lesional similar ao verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respectiva evolução, bem como o tipo e exigências da profissão em causa. Para tal - e a título de referência indicativa - pode recorrer-se a tabelas que facultam uma estimativa temporal deste dano, como por exemplo as de Ramírez (1996) ou de Pérez (2006). Face à dificuldade de que se reveste uma valoração retrospectiva rigorosa de eventuais períodos de incapacidade temporária, bem como a determinação das taxas de incapacidade correspondentes a cada um deles, deve ponderar-se a aceitação dos períodos e das taxas atribuídos pelos médicos que acompanharam o sinistrado. Tal aceitação, não isenta obviamente o perito da descrição dos períodos de ITPP no capítulo dos “Dados Documentais” do seu relatório pericial. Também aqui e uma vez mais, se houver afastamento desses períodos, deve o perito, obrigatoriamente, fundamentar a medida desse afastamento.

Existem habitualmente vários períodos de ITPP, devendo ser a primeira taxa fixada no decurso do primeiro exame médico pelo menos no dobro do coeficiente previsível numa futura situação de incapacidade permanente, sem ultrapassar o coeficiente 1, e sendo reduzida gradualmente (salvo em caso de recaída ou agravamento imprevisto, confirmado por diagnóstico fundamentado), até à alta definitiva com estabilização da situação clínica.

Nota: A incapacidade temporária converte-se em permanente decorridos 18 meses consecutivos, podendo ser requerido exame pericial para (re)avaliar o respectivo grau de incapacidade. Verificando-se que ao sinistrado está a ser prestado tratamento clínico necessário, este prazo pode ser prorrogado até ao máximo de 30 meses, pelo Ministério Público, a pedido da entidade responsável.

## 2.1.2 Danos permanentes

### a) Incapacidade permanente

Corresponde à perda da capacidade de trabalho em resultado de uma ou mais disfunções, como sequela(s) final(ais) da(s) lesão(ões) inicial(ais), sendo a disfunção total designada por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho.

Podem existir diversos níveis de incapacidade permanente: incapacidade permanente parcial (IPP), incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual (IPATH) e incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho (IPA).

É determinada tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida, com particular valorização da actividade profissional), sendo a quantificação dessas sequelas concretizada através da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais (TNI - Anexo 1 do Decreto Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro).

Na utilização da TNI deve atender-se às indicações seguintes:

- Deve valorizar-se não só o dano no corpo como a sua repercussão funcional e situacional, com preponderância das actividades da vida profissional.
- A cada sequela corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que pretende traduzir a proporção da perda de capacidade de trabalho resultante da disfunção. Os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade total.
- Na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista funcional, bem como a idade e a profissão habitual do sinistrado.
- Cada sequela deve ser valorada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos. Não se valorarão as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma independente.
- No caso das sequelas múltiplas recorre-se à utilização da *Regra de Balthazard ou da Capacidade Restante* para obtenção do coeficiente global de incapacidade: 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.
- Em certas situações identificadas nas instruções específicas de alguns capítulos da TNI, a obtenção do coeficiente global de incapacidade

relativo a tais situações resulta da adição aritmética dos valores parciais das incapacidades. São exemplos os casos de anquiloses dos dedos das mãos e os acufenos com a hipoacusia.

- Na determinação do valor final da incapacidade devem, ainda, ser observadas as seguintes normas, para além e sem prejuízo das que são específicas de cada capítulo ou número:
  - a) Os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados, até ao limite da unidade, com a multiplicação pelo factor 1.5, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais (à data da consolidação);
  - 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), que afecte de forma relevante o desempenho do posto de trabalho (não acumulável com a alínea anterior);
  - c) Quando a função for substituída, no todo ou em parte, por prótese, ortótese ou outra intervenção conduzida no sentido de diminuir a incapacidade, deve promover-se a revisão da mesma logo que atinja a estabilidade clínica;  
Quanto às alíneas anteriores, importa assinalar que: 1) a actual TNI não propõe a redução da incapacidade permanente até 15% no caso de aplicação de próteses, podendo antes haver redução das taxas de acordo com as instruções específicas de cada capítulo; 2) o coeficiente de bonificação aplica-se à incapacidade global ou final, segundo a fórmula:  $IG + (IG \times 0.5)$ .
- As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas na Tabela são avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente.
- A TNI não tem carácter vinculativo, uma vez que os peritos podem aumentar ou diminuir o valor da incapacidade global, 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. Da mesma forma, quando a extensão e a gravidade do défice funcional tender para o valor mínimo do intervalo de variação dos coeficientes, os peritos podem fixar o valor de incapacidade global no sentido do máximo valor, tendo em atenção os seguintes elementos:
  - a) Estado geral da vítima (capacidades físicas e mentais);
  - b) Natureza das funções exercidas, aptidão e capacidade profissional;
  - c) Idade (envelhecimento precoce).

- Nos casos em que seja considerado adequado ou conveniente, designadamente nas situações de “handicap” grave, pode o perito solicitar parecer sobre as efectivas possibilidades de reabilitação do sinistrado ao Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (marcando directamente o exame) ou, através do Tribunal envolvido, a outras entidades competentes, designadamente ao Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- 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 que, a não serem presentes ao perito, podem por este ser requeridos, sempre que o entenda conveniente:
  - Inquérito profissional, nomeadamente para efeito de história profissional;
  - Análise do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível (para concretizar e quantificar o agente causal de acidente de trabalho);
  - História clínica, com referência obrigatória aos antecedentes médico-cirúrgicos relevantes;
  - Exames complementares de diagnóstico apropriados.
- Neste sentido, nos casos em que se atribui IPATH, deve ter-se também em consideração a capacidade funcional residual para outra profissão compatível com esta incapacidade, atendendo à idade, qualificações profissionais e escolares e a possibilidade, concretamente avaliada, de integração profissional do sinistrado. Deve ainda ser avaliada a IPP para outra profissão compatível com esta incapacidade.
- Para a valorização das incapacidades, e relativamente a um eventual **estado anterior**, deverá ter-se em consideração o seguinte: quando existe uma incapacidade por acidente de trabalho anterior, o cálculo da incapacidade global relativa ao acidente em avaliação, não é feito relativamente à capacidade integral do sinistrado (100%) mas sim em relação à capacidade restante, tendo em conta a IPP anterior. Assim, essa incapacidade anterior tem, obrigatoriamente, de constar dos capítulos “Antecedentes Pessoais” e “Discussão”. Nestes casos, se houver agravamento do estado anterior na sequência do novo acidente, ou quando o estado anterior agravar as lesões/sequelas devidas ao acidente em causa, a incapacidade avaliar-se-á como se tudo resultasse deste último, a não ser que pela lesão ou doença anterior o sinistrado já esteja a receber pensão ou tenha recebido indemnização em capital. No caso da incapacidade anterior resultar de outra etiologia que não acidente de trabalho, o cálculo da incapacidade global é feito relativamente à capacidade integral do indivíduo (100%).

## b) Dependências

As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas mais frequentemente, enquanto tal, as permanentes.

Estas dependências podem ser relativas a diversos tipos de necessidades:

- Ajudas medicamentosas: correspondem à necessidade permanente de recurso a medicação regular (ex: analgésicos, antiespasmódicos ou antiepilépticos), sem a qual a vítima não conseguirá ultrapassar as suas dificuldades em termos funcionais e nas situações da vida diária;
- Tratamentos médicos regulares: correspondem à necessidade de recurso regular a tratamentos médicos para evitar um retrocesso ou agravamento das sequelas (ex.: fisioterapia);
- Ajudas técnicas: referem-se à necessidade permanente de recurso a tecnologia para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar o dano pessoal (do ponto de vista anatómico, funcional e situacional), com vista à obtenção da maior autonomia e independência possíveis nas actividades da vida diária; podem tratar-se de ajudas técnicas lesionais, funcionais ou situacionais;
- Adaptação do domicílio, do local de trabalho ou do veículo: corresponde à necessidade de recurso à tecnologia a nível arquitectónico, de mobiliário e/ou equipamentos, no sentido de permitir a realização de determinadas actividades diárias a pessoas que, de outra maneira, o não conseguiriam fazer (a não ser com a ajuda de terceiros);
- Ajuda de terceira pessoa: corresponde à ajuda humana apropriada à vítima que se tornou dependente, como complemento ou substituição na realização de uma determinada função ou situação de vida diária. O tipo de ajuda a perspectivar, deve ponderar-se de acordo com a categoria socioprofissional necessária (técnica ou não), número e tipo de terceiras pessoas, sua qualificação e funções, tipo de intervenções (em casa e no exterior), tipo de actividades visadas (vigilância de parâmetros vitais, administração de terapêutica, higiene, vestuário, alimentação, etc.), local das intervenções (domicílio ou estabelecimento adaptado), grau e tipo de ajuda (vigilância, incitação, complemento ou substituição total) e duração e frequência/horário das intervenções (número de horas por dia).

Idealmente esta perícia é multidisciplinar e realizada no meio de vida da vítima (domicílio e local de trabalho), devendo incluir uma avaliação médica (análise das sequelas orgânicas, funcionais e, muito particularmente, situacionais) e uma avaliação das necessidades por técnicos especializados, tendo sempre em conta a capacidade restante e a autonomia com e sem ajudas técnicas.

Estas ajudas, sublinha-se novamente, podem ser temporárias ou definitivas.

Nestes casos, como acima referido, deve o perito solicitar a colaboração do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia ou de outras entidades competentes, designadamente o Instituto do Emprego e Formação Profissional.

## 2.2. Exames de revisão

Os exames de revisão têm lugar sempre que se verifique modificação da capacidade de ganho do sinistrado proveniente de alteração das sequelas por uma qualquer circunstância (melhoria, recaída, recidiva, agravamento, intervenção cirúrgica ou aplicação de prótese ou ortótese). A revisão pode ser requerida uma vez em cada ano civil (nº 3 do artigo 70º da Lei 98/2009).

Estes exames devem seguir as normas apresentadas para os exames singulares.

No relatório deve descrever-se a história clínica relativa à situação actual (no capítulo “História do Evento” do relatório pericial), e documentar-se a mesma, com base nos registos clínicos (a descrever no capítulo “Dados Documentais”), se existirem. Deve proceder-se a uma nova observação do sinistrado e, no caso de dúvida, requerer os exames complementares de diagnóstico considerados necessários para o completo esclarecimento do caso. No capítulo do relatório pericial relativo à “Discussão” não é necessária a referência aonexo de causalidade, bastando referir se se verificou, ou não, alguma alteração relativamente ao quadro clínico anterior. Caso se tenha verificado alguma alteração, deverá o perito indicar se esta se repercute noutros danos e se justifica a atribuição de uma nova data de consolidação. Se for este o caso, deverá atribuir novos períodos de incapacidade temporária. Deverá, ainda, referir-se a eventuais alterações da incapacidade permanente, fundamentando tais alterações.

## 2.3. Juntas médicas

A Junta Médica é constituída por três peritos médicos e presidida pelo Juiz. Reúne-se para dar parecer sobre a avaliação efectuada ao sinistrado, quando requerida pela parte ou partes que não se conformam com o resultado da avaliação médica do exame singular ou de revisão

Devem os peritos do INML que intervierem em Juntas, esforçar-se por entender o resultado do exame singular efectuado, excepcionalmente se afastando dele. Caso, por razões bem claras e clinicamente explicáveis, haja necessidade de se afastar desse valor, deve apresentar a sua fundamentação para o facto, escrita no relatório da Junta.

## Referências

- F. Corte-Real, S. Tavares, C. Cordeiro et al. A Tabela Nacional de Incapacidades e o factor 1,5. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2004; 13(14): 91-106.
- T. Magalhães, I. Antunes, DN. Vieira. A avaliação do dano na pessoa no âmbito dos acidentes de trabalho e a nova tabela de incapacidades. *Prontuário de Direito do Trabalho - Centro de Estudos Judiciários* 2009; 83:147-70.
- Anexo 1, Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro.
- Decreto-Lei nº 503/99 de 20 de Novembro (Art.º 38º).
- Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto.
- Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro.
- Portaria nº 522/2007, de 30 de Abril.

**Resumo:** Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do direito do trabalho

Os autores apresentam as recomendações gerais que aprovaram a nível do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., para a realização de relatórios periciais de Clínica Forense no âmbito do Direito do Trabalho.

**Palavras-Chave:** Relatório pericial; clínica forense; dano corporal; Direito do Trabalho; boas-práticas.

**Summary:** Recommendations to perform clinical forensic medicine reports related with bodily harm assessment in labor law

Authors present the general recommendations which were approved by the Directive Council of the National Institute of Legal Medicine, to perform Clinical Forensic Medicine reports related with bodily harm assessment in Labor Law.

**Key-Words:** Forensic report; clinical forensic medicine; bodily harm; labor law; good-practice.

**Résumé:** Recommandations pour la réalisation de rapports de clinique médico-légale concernant le dommage corporel post-traumatique dans la cadre du droit du travail

Les auteurs présentent les recommandations générales, qu'ils ont approuvé au niveau du Conseil Directive de l'Institut National de Médecine Légale, pour la réalisation de rapports de clinique médico-légale concernant le dommage corporel post-traumatique dans la cadre du Droit du Travail.

**Mots-Clés:** Rapport médico-légal; clinique médico-légale; dommage corporel; droit du travail; bonne-pratiques.

**Pedido de separatas:**

TERESA MAGALHÃES  
imlfmup@gmail.com





O Perito



Instituto Nacional de  
**Medicina Legal**

PORTUGAL [www.inml.mj.pt](http://www.inml.mj.pt)

instituto nacional de medicina legal instituto nacional de medicina legal

**DELEGAÇÃO DO CENTRO**

**Serviço de Clínica Forense**

A Directora de Serviço: Dr<sup>a</sup> Graça Santos Costa

Largo da Sé Nova

3000-213 COIMBRA

Tel.: (+351) 239 854 230 Fax.: (+351) 239 820 549

correio@dcinml.mj.pt

## CLÍNICA FORENSE

### RELATÓRIO DA PERÍCIA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL EM DIREITO DO TRABALHO

Processo nº 200/000000/CR-C-TR

Relatório nº

Data do exame

## PREÂMBULO

### A. ENTIDADE REQUISITANTE

Exame solicitado por Tribunal de Trabalho de Coimbra, no âmbito do  
**Processo/Inquérito nº r** .....

### B. ENTIDADE RESPONSÁVEL

Patronal: .....

Seguradora: .....

### C. IDENTIFICAÇÃO DO EXAMINANDO

Nome: .....

Sexo ..... Data de nascimento: .....

Filiação: e .....

Naturalidade; Nacionalidade: .....

Residência: .....

Estado civil: .....

Identificação: Bilhete de identidade, emitido em .....



CLÍNICA FORENSE

O Perito

Exame realizado

INFORMAÇÃO

A. HISTÓRIA DO EVENTO

O exame foi realizado no âmbito do Processo/Inquérito nº a.....
A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a) .....
À data do acidente, o(a) Examinando(a) tinha anos de idade e . ....
No dia , refere ter sofrido acidente de trabalho: . ....

B. DADOS DOCUMENTAIS

.....
.....

C. ANTECEDENTES

1. Pessoais

.....

ESTADO ACTUAL

A. QUEIXAS

.....

1. A nível funcional, compreendendo este nível as alterações das capacidades físicas ou mentais (voluntárias ou involuntárias), características de um ser humano, tendo em conta a sua idade, sexo e raça, que surgem na sequência das sequelas orgânicas e são influenciadas, positiva ou negativamente, por factores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitectónicas, as ajudas técnicas ou as ajudas humanas), refere:

- Postura, deslocamentos e transferências: sem alterações;.....
- Manipulação e preensão: sem alterações;.....
- Comunicação: sem alterações;.....
- Cognição e afectividade: sem alterações; .....
- Controlo de esfíncteres: sem alterações;.....
- Sexualidade e procriação: sem alterações;.....
- Fenómenos dolorosos: sem alterações;.....
- Outras queixas a nível funcional: sem alterações.....

2. A nível situacional, compreendendo este nível a dificuldade ou impossibilidade de uma pessoa efectuar certos gestos necessários à sua participação na vida em sociedade, em consequência das sequelas orgânicas e funcionais e de factores pessoais e do meio, refere:

- Actos da vida diária: sem alterações;.....
- Vida afectiva, social e familiar: sem alterações;.....
- Vida profissional ou de formação: sem alterações; .....



Box for the name of the Perito (Expert)

O Perito

Exame realizado

**B. EXAME OBJECTIVO**

**1. Estado geral**

O(a) Examinando(a) apresenta-se: consciente, orientado(a), colaborante, com bom estado geral, idade aparente de harmonia com a idade real .....

O(a) Examinando(a) é e apresenta marcha normal, sem apoio nem claudicação

**2. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento**

- .....
- Crânio: sem alterações .....
- Face: sem alterações .....
- Pescoço: sem alterações .....
- Ráquis: sem alterações .....
- Tórax: sem alterações .....
- Abdómen: sem alterações .....
- Períneo: sem alterações .....
- Membro superior direito: sem alterações .....
- Membro superior esquerdo: sem alterações .....
- Membro inferior direito: sem alterações .....
- Membro inferior esquerdo: sem alterações .....

**3. Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento**

- .....
- Crânio: sem alterações .....
- Face: sem alterações .....
- Pescoço: sem alterações .....
- Ráquis: sem alterações .....
- Tórax: sem alterações .....
- Abdómen: sem alterações .....
- Períneo: sem alterações .....
- Membro superior direito: sem alterações .....
- Membro superior esquerdo: sem alterações .....
- Membro inferior direito: sem alterações .....
- Membro inferior esquerdo: sem alterações .....

**C. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

.....

**CONCLUSÕES PRELIMINARES**

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

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....



CLÍNICA FORENSE

O Perito

Exame realizado

**DISCUSSÃO**

1. Os elementos disponíveis admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo a que: .....
2. A data da das lesões é fixável em , tendo em conta os seguintes aspectos: .....
3. ....  
 - .....  
 - .....  
 - .....  
 - .....
4. A incapacidade permanente parcial resultante de acidente(s) anterior(es) é de 0..
5. A incapacidade permanente parcial resultante do acidente actual, tendo em conta as sequelas atrás descritas e a consulta da Tabela Nacional de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (Anexo I, Dec. Lei nº 352/07 de 23 de Outubro), é de XXX%. A taxa atribuída tem em conta o(s) artigo(s) da Tabela referido(s) no quadro abaixo indicado. ....  
 .....  
 .....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

IDADE:	PROFISSÃO:	POSTO DE TRABALHO:
--------	------------	--------------------

RÚBRICA de tabela a que correspondem as lesões ou doenças <small>Cap/nº/Sub.nº/Alínea</small>	Coeficientes previstos na tabela	Coef. Iniciais	Soma directa	Factores de bonificação	Outros factores de correcção	Coef. Arbitrados	Capacid. restante	Desvalorização arbitrada

*Coeficiente de incapacidade permanente parcial resultante do acidente actual:*



CLÍNICA FORENSE

O Perito

Exame realizado

### CONCLUSÕES

- A data da cura/consolidação das lesões é fixável em XXX
- Incapacidade temporária absoluta XXX.....
- Incapacidade temporária parcial Incapacidade permanente parcial fixável em XXX.

COIMBRA,

O(a) Perito(a) Médico(a)  
Dr<sup>ª</sup>

Perita em Medicina Legal

*Este relatório é único e concluído*



## **Anexo 2**

### **Instrumento de recolha de dados.**





## Instrumento de recolha de dados

Base de dados desenhada em Excel® (Microsoft™ versão 2010) para ambiente Windows®, estruturada em cinco partes:

**1º Identificação do processo** (número de ordem, tribunal do trabalho, inquérito).

Designação	Descritivo	Codificação
<b>Número de ordem</b>	Número de ordem do caso, agrupando todos os exames médico-legais (singulares e colegiais) relativos ao mesmo processo de avaliação do dano em clínica forense do trabalho	Numeração sequencial
<b>Tribunal do Trabalho</b>	Identificação do Tribunal do trabalho onde decorre a acção de acidente de trabalho	TTCLD – Caldas da Rainha TTTVD – Torres Vedras
<b>Inquérito</b>	Número de codificação do inquérito, atribuído pelo tribunal do trabalho onde decorre a acção	Codificação atribuída ao processo pelo Tribunal do Trabalho onde corre a acção.

**2º Identificação do sinistrado** (nome, género, idade, profissão).

Designação	Descritivo	Codificação
<b>Nome</b>	Nome do sinistrado.	Conforme expresso nos autos.
<b>Género</b>	Género sexual.	Masculino Feminino
<b>Idade</b>	Idade á data do exame singular	Anos completos
<b>Profissão</b>	Profissão do sinistrado, codificada de acordo com a CNP, Classificação Nacional de Profissões <sup>32</sup> , considerando os grupos profissionais correspondentes ao primeiro dígito.	1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa 2 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas 3 - Técnicos e profissionais de Nível Intermediário 4 - Pessoal Administrativo e Similares 5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores 6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas 7 - Operários, Artífices e Trabalhadores Similares 8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem 9 - Trabalhadores Não Qualificados

<sup>32</sup> CNP – Classificação Nacional de profissões, 2012-04-14 em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf>

**3º Caracterização do acidente de trabalho** (data do acidente, local onde ocorreu, forma, agente material, zona do corpo atingida, lesões imputadas ao acidente, data da alta clínica).

<b>Designação</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Codificação</b>
<b>Data do AT</b>	Data em que ocorreu o acidente	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)
<b>Loça do AT</b>	Considerando o local de ocorrência conforme Portaria nº 1184/2002 de 29 de Agosto, aprovando o modelo do relatório anual da actividade dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho.	Nas instalações. Fora das instalações Nos meios de transporte In itinere
<b>Forma do AT</b>	Acontecimento que deu origem ao acidente, codificado de acordo com a Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais: devidas a acidentes de trabalho, OIT 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho, Genebra, Outubro de 1998, considerando a grupo de codificação correspondente ao primeiro dígito.	1 - Queda de pessoas 2 - Atingido por queda de objectos 3 - Atingido por objectos 4 - Apanhado entre objectos 5 - Esforços ou movimentos excessivos 6 - Exposição contactos com temperaturas 7 - Exposição contacto com electricidade 8 - Exposição contacto com agentes nocivos 9 - Outros acidentes 10 - Não classificados
<b>Agente material</b>	A substância, objecto, produto, equipamento ou o elemento físico com o qual a vítima entrou em contacto e que lhe causou a lesão.  Se existirem várias lesões, registar o agente material que causou a lesão mais grave.  Codificado de acordo com a Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais: devidas a acidentes de trabalho, OIT 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho, Genebra, Outubro de 1998.	1 - Máquinas 2 - Equipamentos de transporte e elevação 3 - Outro equipamento 4 - Materiais, substâncias, radiações 5 - Ambiente de trabalho 6 - Outros agentes 7 - Não classificado
<b>Zona do corpo</b>	A região a corporal onde se manifestam as lesões produzidas pelo acidente.  Codificada de acordo com o Apêndice F da Codificado de acordo com a Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais: devidas a acidentes de trabalho, OIT 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho, Genebra, Outubro de 1998.	1 - Cabeça 2 - Pescoço 3 – Costas e coluna 4 - Tronco e órgãos internos 5 - Membros superiores 6 - Membros inferiores 7 - Todo o corpo ou efeito sistémico 8 - Outros locais 9 - Não especificada
<b>Lesão</b>	A lesão mais grave produzida pelo acidente de trabalho codificada de acordo com a Apêndice E da Codificado de acordo com a Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais: devidas a acidentes de trabalho, OIT 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho, Genebra, Outubro de 1998.	1 - Lesão superficial, ferida 2 - Fractura 3 - Luxação, entorse, rotura, distensão 4 - Amputação e enucleação 5 - Comoção e lesão interna 6 - Queimadura, corrosão, ulceração 7 - Envenenamento, infecção 8 - Outra lesão 9 - Lesão não especificada
<b>Alta</b>	Data em que o médico assistente considerou as lesões curadas ou estabilizadas, consolidadas.	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)

**4º Fase de conciliação** (exame; tipo de exame, perito que o realizou, data de realização, data de conclusão, natureza IP, valorização da IPP; resultado da tentativa de conciliação, parte não conciliada).

<b>Designação</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Codificação</b>
<b>Exame</b>	Codificação do exame médico singular atribuído pelo GMLTV, quando da entrada do pedido de exame pericial pelo tribunal competente.	Ano civil – N° de ordem – Natureza do exame 0000/000000/TV-C-MLTR
<b>Tipo</b>	Tipo de exame médico-legal realizado no decurso do processo de avaliação dos danos imputáveis ao acidente de trabalho.	Singular Junta  Parecer Único e concluído Preliminar Intercalar Final
<b>Perito</b>	Identificação do perito do GMLTV que realizou o exame médico-legal.	FT – Francisco Teixeira FP – Frederico Pedrosa MA – Manuel Albuquerque MR – Manuela Reis MS – Margarida Sabino RM – Romariz Monteiro RG – Rui Garcia RS – Rui Silva
<b>Data</b>	Data em que se realizou do exame médico-legal no GMLTV.	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)
<b>Conclusão</b>	Data de conclusão do exame, considerando a data em que o perito emitiu a decisão final, em exame único e concluído ou em exame final.	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)
<b>IP</b>	Situação final do sinistrado após a alta, em termos de incapacidade permanente.	SI – Sem incapacidade IPP – Incapacidade permanente parcial IPATH – Incapacidade permanente para o trabalho habitual IPAT – Incapacidade permanente para o trabalho
<b>Coeficiente</b>	Valor da IPP proposta em exame médico singular, expressando a diminuição permanente da capacidade produtiva do sinistrado, imputável às sequelas resultantes do acidente	Coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial
<b>Conciliação</b>	Conciliação das partes com a proposta formulada em exame médico singular pelo perito do GMLTV	Sim Não
<b>Parte</b>	Parte não conciliada com a proposta do perito do GMLTV	Sinistrado Seguradora Ambas

**5º Parte – Fase de contencioso** (data do exame, data da conclusão, decisão, parte vencida, existência de divergência, natureza da divergência; dimensão da divergência).

Designação	Descritivo	Codificação
<b>Data</b>	Data do exame por junta médica.	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)
<b>Conclusão</b>	Data em que a junta emitiu proposta de IP	Dia – Mês – Ano (00-00-0000)
<b>Decisão</b>	Forma como a junta votou a proposta IP	Unanimidade Maioria Judicial
<b>Parte</b>	Parte que não aderiu á decisão, considerando o perito representante do sinistrado, da seguradora e o nomeado pelo tribunal.	Sinistrado Seguradora Tribunal
<b>Divergência</b>	Divergência entre a proposta da junta e a proposta formulada em exame singular pelo perito do GMLTV em exame singular	Sim Não
<b>Natureza</b>	Natureza da divergência em relação á proposta formulada pelo perito do GMLTV em exame singular	1 - Nexo de causalidade 2 - Lesões produzidas pelo acidente 3 - Incapacidades temporárias 4 - Data da Alta 5 - Sequelas imputadas ao acidente 6 - Incapacidade permanente 7 - Aplicação de factor de correcção 8 - Considerar IPATH 9 – Outro
<b>Coeficiente</b>	Valor da IPP proposta em exame por junta médica, expressando a diminuição permanente da capacidade produtiva do sinistrado, imputável às sequelas resultantes do acidente	Coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial, de acordo com a TNI, Anexo- do Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro
<b>Varição</b>	Dimensão da variação entre as IPP propostas em exame singular e exame por junta médica	Varição positiva ou negativa.

## **Anexo 3**

**Proposta de projecto de dissertação e de orientação científica.**





N.º de reg.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## CICLOS DE ESTUDO CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

### PROPOSTA DE PROJECTO DE DISSERTAÇÃO E DE ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA

#### Instruções:

1. O estudante preenche os campos 1 a 4 em computador, e recolhe o parecer do orientador e do co-orientador (quando aplicável) bem como a assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso.
2. Anexa ao processo o CV resumido/Ficha curricular do(s) orientador(es) e o(s) formulário(s) da **Comissão de Ética**, disponíveis em <http://www.uc.pt/fmuc/orgaosconsultivos/>, que deverão ser entregues em suporte papel, com as devidas assinaturas, e em suporte digital.
3. Os formulários são entregues, dentro dos prazos estipulados, no Serviços de Gestão Académica da FMUC.
4. A decisão do Conselho Científico, bem como de qualquer outra informação relacionada com a proposta é comunicada ao estudante através de e-mail.

#### TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

1. CURSO DE MESTRADO EM:

#### 2. DADOS DO ESTUDANTE:

Nome (completo):

N.º de aluno:

Morada:

C. Postal:  -  Localidade:

Telef. e/ou telemóvel:  Endereço de e-mail:

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Científico da FMUC,

O(A) estudante supra identificado(a) e abaixo assinado, requer a V.ª Ex.ª a aprovação do projecto de dissertação e de orientação científica, que passa a descrever:

#### 3. PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA

Nome do orientador:

Categoria profissional:

Habilitação académica:

Instituição de origem:

Morada:

C. Postal:  -  Localidade:

Telef. e/ou telemóvel:  Endereço de e-mail:

Nome co-orientador:

Categoria profissional:

Habilitação académica:

Instituição:

Morada:

C. Postal:  -  Localidade:

Telef. e/ou telemóvel:  Endereço de e-mail:

#### 4. PROJECTO DE DISSERTAÇÃO

4.1. TÍTULO: ANÁLISE DAS DIVERGÊNCIAS NA PROPOSTA DE IPP EM EXAMES MÉDICOS SINGULARES E EM EXAMES POR JUNTA MÉDICA



#### 4.2. INTRODUÇÃO (máximo 300 palavras):

As leis, enquanto conjunto de normas jurídicas, são diplomas legislativos que visam regular a vida em sociedade.

Uma das regras da vida em sociedade prende-se com o dever de reparação do dano não só em termos de sanção do lesante como em termos de compensação do lesado.

Quando o dano emergente da acção do lesante configura dano corporal, seja no âmbito do direito penal, cível ou do trabalho, a apreciação da natureza e dimensão do dano assim como o estabelecimento de nexo de causalidade, implica especiais conhecimentos técnico-científicos na área médica.

É com o objectivo de esclarecer a justiça que se realizam as peritagens médico-legais.

No que se refere às peritagens médico-legais na área do trabalho, pretende-se que o perito médico identifique as sequelas imputáveis às lesões produzidas pelos acidente de trabalho e que esclareça o tribunal da dimensão dessas sequelas, expressa numa proposta de incapacidade permanente que tem por base o anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro

No entanto a sua proposta é sujeita à apreciação das partes, sinistrado e seguradora, a quem é reconhecido o direito a discordarem da proposta formulada pelo perito, com possibilidade de uma segunda avaliação do dano por exame por junta médica.

Verificamos que é escassa a análise da existência de eventual divergência entre a proposta formulada pelo exame médico singular e a do exame por junta médica.

Considerando que a melhoria da qualidade das peritagens médicas no âmbito do trabalho realizadas singularmente pelos peritos médicos do INML, passa pela avaliação dos efeitos produzidos junto dos seus destinatários, assim como pela aferição face às propostas dos exames por junta médica, pretendemos analisar a eventual divergência existente entre as duas propostas, determinando a natureza e dimensão dessa divergência.

#### 4.3. RESUMO/ABSTRACT (máximo 150 palavras):

Análise das divergências na proposta de IPP formulada nos exames médicos singulares e nos exames por junta médica, nas peritagens médicas realizadas no âmbito da actividade pericial do trabalho, em que não ocorreu conciliação das partes.

O universo de peritagens analisado engloba todos os exames médicos singulares realizados no âmbito das actividades de peritagem médica do trabalho do Gabinete Médico-Legal de Torres Vedras nos anos civis de 2008 e 2009.

Procede-se à caracterização da actividade do GMLTV.

Procede-se à caracterização dos sinistrados, da tipologia dos acidentes, das lesões produzidas e das sequelas resultantes. pretende-se quantificar o peso de não conciliações face à proposta expressa no exame médico singular, a percentagem de exames por junta médica que divergiram da proposta inicial e do determinar a natureza e dimensão dessa divergência.

#### 4.4. METODOLOGIA (máximo 500 palavras):

O estudo tem como universo todos os acidentes de trabalho sujeitos a exame médico singular, realizado no Gabinete Médico-Legal de Torres Vedras durante os anos civis de 2008 e 2009.

Cada caso será analisado por consulta directa do auto de exame singular, no Gabinete Médico Legal de Torres Vedras, procedendo-se ao levantamento da informação relevante, nomeadamente:

Dados individuais do sinistrado - sexo, idade, área geográfica de residência

Dados profissionais do sinistrado - profissão, vínculo contratual, anos de exercício profissional, actividade económica do empregador.

Dados do acidente - data do acidente, forma do acidente, lesões resultantes, períodos de incapacidade temporária, data da alta, sequelas imputáveis ao acidente, proposta de IPP.

Dados do processo - data início, data de entrada do pedido no GMLTV, data do exame médico singular, data de conclusão da perícia, data da tentativa de conciliação, data da decisão judicial.

A identificação das situações não conciliadas é feita por consulta dos processos judiciais nos Tribunais do Trabalho da área de influência do referido Gabinete, nomeadamente Tribunal do Trabalho de Caldas da Rainha e Tribunal do Trabalho de Torres Vedras.

Nas situações não conciliadas face serão analisados os consequentes exames por junta médica.

Para cada exame por junta médica será realizado levantamento de:

Identificação da parte não conciliada

Conclusões da peritagem - data do acidente, forma do acidente, lesões resultantes, períodos de incapacidade temporária, data da alta, sequelas imputáveis ao acidente, proposta de IPP.

Força da decisão - Unânime, Maioria discriminando a sua constituição.

Dados do processo - data de realização do exame por junta, data da decisão judicial final.

Através de tratamento estatístico dos dados pretende-se quantificar o peso de não conciliações face à proposta expressa no exame médico singular, a percentagem de exames por junta médica que divergiram da proposta inicial e determinar a natureza e dimensão dessa divergência.





**4.5. BIBLIOGRAFIA** (máximo 20 referências):  
 As Incapacidades Permanentes em Acidentes de Trabalho. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 1993; Vol 2, n.º 2, Suplemento n.º 1  
 Gisbert Calabuig, Juan António. Nexo de causalidad en valoración del daño corporal. Rev. Port. Dano Corp. 1997; 6(7):09-35  
 Vieira, Nuno Duarte; Corte Real, Francisco. Nexo de causalidade em Avaliação do Dano Corporal. In: Aspectos práticos de avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Biblioteca Seguros; 2008. p. 62-83.  
 Sá, Fernando Oliveira. Clínica Médico-Legal da reparação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Instituto de Medicina Legal de Coimbra, 1992. p. 43-51  
 Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro: Tabela Nacional de Incapacidades para Avaliação de Incapacidades Permanentes  
 Dias, João António Álvaro - Dano corporal. quadro epistemológico e aspectos ressarcitórios. Coimbra: Almedina, 2001  
 Magalhães T, et al. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2010;19 (20): 53-61  
 Magalhães T, Antunes I, Vieira D. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito do Trabalho. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2010; 19 (20): 69-78.  
 Acidentes de Trabalho - Jurisprudência (2000-2007) Coordenação: Luís Azevedo Mendes; Jorge Manuel Loureiro, 2008  
 Acidentes de trabalho 2008, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), 2010  
 Causas e Circunstâncias dos Acidentes de Trabalho em Portugal, n.º 27, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), 2010  
 Colectânea de Legislação Laboral Luís Manuel Teles de Menezes Leitão Editora: Vida Económica, 2.ª Edição 2010  
 Manual de Direito do Trabalho, Bernardo da Gama Lobo Xavier, Editora: Verbo, 2011  
 Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais – Anotado, Abílio Neto, Editora: Ediforum, 2011  
 Medicina legal y toxicologia, Edición 6, Enrique Villanueva Cañadas; J.A. Gisbert Calabuig, Masson, 2004

**O(A) ESTUDANTE**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**5. PARECER DO ORIENTADOR**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**6. PARECER DO CO-ORIENTADOR**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**7. O COORDENADOR DO CURSO**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**8. PARECER DO GABINETE DE ESTUDOS AVANÇADOS**

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_

**9. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC (documento anexo)**

**10. DESPACHO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA FMUC**

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_



COMISSÃO DE ÉTICA

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO - EXPERIMENTAÇÃO CLÍNICA

**Instruções:** o(a) aluno(a)/investigador(a) deve preencher os campos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 em computador. Posteriormente, assina o formulário e entrega-o na **Divisão Académica** (em caso de se tratar de um projecto de investigação inserido num curso de mestrado e/ou doutoramento) **OU** no **Secretariado Executivo** (em caso de se tratar de um projecto de investigação autónomo) **em PAPEL E EM SUPORTE DIGITAL** JUNTAMENTE com os anexos constantes dos pontos 3 e 4 (se aplicável) e COM OS CONSENTIMENTOS DESCRITOS NO PONTO 11. **Todas as comunicações serão efectuadas via e-mail.**

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)/INVESTIGADOR(A) PRINCIPAL

Nome (completo):   
 Morada:   
 C. Postal:  -  Localidade:   
 Telemóvel:  Endereço de e-mail:

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO(S) CO-INVESTIGADOR(ES) (se aplicável)

Nome (completo):   
 Telemóvel:  Endereço de e-mail:   
 Nome (completo):   
 Telemóvel:  Endereço de e-mail:   
 Nome (completo):   
 Telemóvel:  Endereço de e-mail:

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

Modalidade do projecto:   
 Título do projecto:

Serviço(s) onde o projecto será executado:

Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?   
 Em caso afirmativo indique-os:

Descreva sucintamente os objectivos da investigação:

ATRAVÉS DE TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS PRETENDE-SE QUANTIFICAR O PESO DE NÃO CONCILIAÇÕES FACE À PROPOSTA DE IPP EXPRESSA NO EXAME MÉDICO SINGULAR, A PERCENTAGEM DE EXAMES POR JUNTA MÉDICA QUE DIVERGIRAM DA PROPOSTA INICIAL E DE DETERMINAR A NATUREZA E DIMENSÃO DESSA DIVERGÊNCIA.

3. OUTROS DADOS SOBRE O PROJECTO

A Investigação proposta envolve Exames Complementares   
 Em caso afirmativo, por favor, indique:

Tipo:   
 Frequência:   
 Natureza da amostra:

(NOTA: Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se serão executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes).



**A Investigação proposta envolve Questionários?**

**Em caso afirmativo, por favor, indique:**

A quem são feitos?	Não aplicável
Como será mantida a confidencialidade?	Não aplicável

(NOTA: **Junte 1 exemplar** do questionário que será utilizado).

**4. ENSAIOS CLÍNICOS DE NOVOS FÁRMACOS**

**Tipo de ensaio:**

**Tipo de Fármaco:**

Nome(s) Genérico(s):	
Grupo farmacológico ou terapêutico:	
Aprovação noutros países:	
Aprovação pelo INFARMED:	
Fármaco:	seleccionar
Forma Medicamentosa:	seleccionar
Indicação terapêutica contemplada na investigação:	seleccionar
Posologia contemplada na investigação:	seleccionar
Via de administração contemplada na investigação:	seleccionar
Tipo de Ensaio:	seleccionar
Comparação com placebo:	seleccionar
Comparação com fármaco padrão:	seleccionar
Ensaio com dupla ocultação randomizado:	seleccionar
Ensaio aberto:	seleccionar
Outro tipo (especifique)	

(NOTA: **1 - No caso de medicamentos já aprovados oficialmente junte a bula oficial do produto comercializado.**  
**2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto no qual conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.)**

**5. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO**

(descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique, em particular, se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e a avaliar os possíveis efeitos adversos).

Consideramos que a melhoria da qualidade das peritagens médicas no âmbito do trabalho realizadas singularmente pelos peritos médicos do INML, passa pela avaliação dos efeitos produzidos junto dos seus destinatários, assim como pela aferição face às propostas dos exames por junta médica, proposta que irá formatar a decisão final do tribunal.

**6. DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO**

**Número:**  **As mulheres grávidas são excluídas?**

**Indique como se processará o recrutamento dos doentes:**

**7. CONTROLOS**

**Número:**

**Indique, por favor, como serão escolhidos:**

**8. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO**

O ESTUDO TEM COMO UNIVERSO TODOS OS ACIDENTES DE TRABALHO SUJEITOS A EXAME MÉDICO SINGULAR, REALIZADO NO GABINETE MÉDICO-LEGAL DE TORRES VEDRAS DURANTE OS ANOS CIVIS DE 2008 E 2009.  
 CADA CASO SERÁ ANALISADO POR CONSULTA DIRECTA DO AUTO DE EXAME SINGULAR, NO GABINETE MÉDICO LEGAL DE TORRES VEDRAS, PROCEDENDO-SE AO LEVANTAMENTO DA INFORMAÇÃO RELEVANTE, NOMEADAMENTE:  
 DADOS INDIVIDUAIS DO SINISTRADO - SEXO, IDADE, ÁREA GEOGRÁFICA DE RESIDÊNCIA  
 DADOS PROFISSIONAIS DO SINISTRADO - PROFISSÃO, VÍNCULO CONTRATUAL, ANOS DE EXERCÍCIO



PROFISSIONAL, ACTIVIDADE ECONÓMICA DO EMPREGADOR.  
 DADOS DO ACIDENTE - DATA DO ACIDENTE, FORMA DO ACIDENTE, LESÕES RESULTANTES, PERÍODOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, DATA DA ALTA, SEQUELAS IMPUTÁVEIS AO ACIDENTE, PROPOSTA DE IPP.  
 DADOS DO PROCESSO - DATA INÍCIO, DATA DE ENTRADA DO PEDIDO NO GMLTV, DATA DO EXAME MÉDICO SINGULAR, DATA DE CONCLUSÃO DA PERÍCIA, DATA DA TENTATIVA DE CONCILIAÇÃO, DATA DA DECISÃO JUDICIAL.  
 A IDENTIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES NÃO CONCILIADAS É FEITA POR CONSULTA DOS PROCESSOS JUDICIAIS NOS TRIBUNAIS DO TRABALHO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO REFERIDO GABINETE, NOMEADAMENTE TRIBUNAL DO TRABALHO DE CALDAS DA RAINHA E TRIBUNAL DO TRABALHO DE TORRES VEDRAS. NAS SITUAÇÕES NÃO CONCILIADAS FACE SERÃO ANALISADOS OS CONSEQUENTES EXAMES POR JUNTA MÉDICA. PARA CADA EXAME POR JUNTA MÉDICA SERÁ REALIZADO LEVANTAMENTO DE:  
 IDENTIFICAÇÃO DA PARTE NÃO CONCILIADA  
 CONCLUSÕES DA PERITAGEM - DATA DO ACIDENTE, FORMA DO ACIDENTE, LESÕES RESULTANTES, PERÍODOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, DATA DA ALTA, SEQUELAS IMPUTÁVEIS AO ACIDENTE, PROPOSTA DE IPP.  
 FORÇA DA DECISÃO - UNÂNIME, MAIORIA DESCRIMINANDO A SUA CONSTITUIÇÃO.  
 DADOS DO PROCESSO - DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME POR JUNTA, DATA DA DECISÃO JUDICIAL FINAL. ATRAVÉS DE TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS PRETENDE-SE QUANTIFICAR O PESO DE NÃO CONCILIAÇÕES FACE À PROPOSTA EXPRESSA NO EXAME MÉDICO SINGULAR, A PERCENTAGEM DE EXAMES POR JUNTA MÉDICA QUE DIVERGIRAM DA PROPOSTA INICIAL E DETERMINAR A NATUREZA E DIMENSÃO DESSA DIVERGÊNCIA.

**9. ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES (dietas especiais, medicamentos, radioisótopos, contrastes radiológicos, etc.)**

NÃO APLICÁVEL

**10. RISCO/BENEFÍCIO**

**Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?**

Não aplicável

**Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?**

NÃO APLICÁVEL

**Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?** Não

**Em caso afirmativo, por favor, indique as medidas que serão tomadas para assegurar a confidencialidade:**

NÃO APLICÁVEL

**Os doentes que não aceitarem participar no estudo ficarão, por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes:**

Não

**11. CONSENTIMENTO**

**A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.**

*(Nota: Deverá juntar um exemplar de um "Texto de informação ao doente" e um exemplar de um "Termo de consentimento informado" assinado pelo doente ou pelo seu representante legal.*

**Descreva resumidamente o conteúdo da informação a transmitir ao doente:**

NÃO APLICÁVEL

**A investigação ou estudo envolve:**

Menores de 14 anos:   
 Inimputáveis:

**Em caso afirmativo, por favor, indique as medidas que serão tomadas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais:**

NÃO APLICÁVEL

**12. RELATIVAMENTE AO ESTUDO**

**Data prevista de início: 1/1/2008**

**Data prevista de conclusão: 31/12/2009**



**Pagamento aos doentes:**

Pelas deslocações   
Pelas faltas ao serviço:   
Por danos resultantes da sua participação no estudo:

**Em caso afirmativo, por favor, especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações:**

**Outro tipo de pagamentos (especifique):**

**Do estudo, resulta alguma espécie de benefício financeiro ou outro para o investigador e/ou instituição?**

**Em caso afirmativo, por favor, especifique:**

**Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva de companhia farmacêutica ou outra entidade?**

**Em caso afirmativo, por favor, especifique a entidade:**

**Qual a forma de atribuição dos eventuais direitos de propriedade intelectual constituídos ou reconhecidos?**

Patentes:

Certificados complementares de protecção para medicamentos de uso humano:

Pertencentes em exclusivo ao Investigador:

Pertencentes em exclusivo à Universidade ou a outra entidade:

Pertencentes em regime de contitularidade ao Investigador, Universidade ou a outra entidade:

Não se aplica:

**13. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo assinado(a), declaro por minha honra, na qualidade de investigador(a) principal, que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que durante o estudo serão respeitadas todas as disposições legais em vigor e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e subseqüentes revisões) e da Organização Mundial de Saúde.

Data do pedido de aprovação: 30/05/2011

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**14. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

Reunião de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A Comissão, \_\_\_\_\_

## **Anexo 4**

### **Aprovação do projecto de investigação de Mestrado.**





18/12/11

Gmail - Projectos de Investigação de Mestrado



Rui Miguel Costa Silva &lt;ruimiguelcostasilva@gmail.com&gt;

## Projectos de Investigação de Mestrado

1 mensagem

Sonia Amaral &lt;scbamaral@fmed.uc.pt&gt;

13 de Dezembro de 2011 17:09

Para: anaandradesilva@gmail.com, dimtias@gmail.com, in3s.ferreira@gmail.com, joana\_santus@hotmail.com, mafalda\_frai@hotmail.com, mariana.s.ferreira30@gmail.com, sergiotiagofr@hotmail.com, telmaessantos@gmail.com, Joana Bento Rodrigues <joanabentorodrigues@gmail.com>, angelamedeiros80@gmail.com, topascoal25@hotmail.com, bcortesao@gmail.com, karina\_alves\_7@hotmail.com, cm\_carreira@hotmail.com, mrces@hotmail.com, claudypais@gmail.com, camposg@terra.com.br, horaciochipikita@hotmail.com, inesisabelcoelho@gmail.com, ines\_margarida\_elias@hotmail.com, joanaborges2008@hotmail.com, drjoanobrega@gmail.com, julianoarochate@gmail.com, sanyl@live.com.pt, ines\_gama@hotmail.com, marisaisabelvilela@gmail.com, Marlene Neves <m\_c\_r\_n@hotmail.com>, martaclemente70@hotmail.com, teresaclamos@gmail.com, ana.fv.neves@gmail.com, anaired@gmail.com, gustavo.t.barandas@gmail.com, mendesheena@gmail.com, costamateusdr@gmail.com, marta\_pinto\_@hotmail.com, pcarinaoliveira@gmail.com, ruimiguelcostasilva@gmail.com, vicentericardo@hotmail.com, sofiacn81@hotmail.com, laila\_sofia@hotmail.com, dr.luispsilva@gmail.com, nolascovarao@gmail.com, franciscoftsilva@yahoo.com, ana\_catarina\_marques@msn.com

Cc: Carlos Alberto Fontes Ribeiro <fontes.ribeiro@gmail.com>, António Cabrita <amscabrita@gmail.com>, ferminsg@usal.es, fpereira@fmed.uc.pt, mjmachado@fmed.uc.pt, rodrigofarinha@me.com, diogo.luisa@gmail.com, alice.mirante@gmail.com, helenateixeira@dcinml.mj.pt, dnvieira@inml.mj.pt, mcmendonca@dinml.mj.pt, aneves@dinml.mj.pt, isantunes58@gmail.com, fcoreal@inml.mj.pt, cunhae@antrop.uc.pt, paulo@mat.uc.pt, beatriz.silva@dcinml.mj.pt, ajofe@sapo.pt, aferreira@fmed.uc.pt, parreira@esenfc.pt, jmartins@esenfc.pt, vrodrigues@netcabo.pt, jfcosta@fd.uc.pt, mtdsil@gmail.com, graca.costa@dcinml.mj.pt, cbcastro@fc.ul.pt, sofiaw.as@antrop.uc.pt, diogo.costa@inml.mj.pt, i\_marques@hotmail.com, salmeida@ua.pt, tmaga@med.up.pt, ffonseca@fernandomfonseca.net, carla.teixeira@ibmc.up.pt, 'hgirão@ibili.pt', Paulo Pereira <ppereira@ibili.uc.pt>, jcorreia@ipatimup.pt, absarmento@fmed.uc.pt, Manuela Grazina <mmgrazina@gmail.com>, isoares@ibmc.up.pt, gviscor@ub.edu, celeste@ff.uc.pt, dsn@ineb.up.pt, mbarbosa@ineb.up.pt, Conselho Científico <ccientifico@fmed.uc.pt>, ngarcia@fmed.uc.pt

Exmo(a) Senhor(a),

Cumpe-nos informar V. Exa. que foram aprovados pelo Presidente do Conselho Científico e ratificados em reunião do mesmo órgão em 28 de Novembro deste ano, os Projectos de Investigação de Mestrado e respectivos orientadores dos candidatos constantes do mapa anexo.

Saudações cordiais

Sónia Amaral

STAG – Gestão Académica

Estudos Pós-Graduados

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pólo das Ciências da Saúde - Unidade Central

Contactos: 239 857 735/ 915 771 956

[posgraduado@fmed.uc.pt](mailto:posgraduado@fmed.uc.pt)

Azinhaga de Santa Comba

3000-548 Coimbra



Projectos Investigação Mestrados CC \_ Novembro de 2011.xlsx

17K

## Projectos de Investigação no âmbito de Mestrado

Área do Mestrado	Investigador/Aluno	Tema/Título	Orientadores
Investigação Biomédica	Ana Catarina de Andrade e Silva	Extracellular matrix - A cardiac regenerative niche	Doutores Diana Esperança dos Santos Nascimento, Mário A. Barbosa (INEB) e João Malva (FMUC)
Investigação Biomédica	Diana Isabel Lourenço Matias	Study of the integrin contribution to glioblastoma cell motility	Professores Doutores Maria Celeste Lopes (FFUC) e Ana Bela Sarmento Ribeiro (FMUC)
Investigação Biomédica	Inês Raquel Antunes Ferreira	Effect of intermittent hypobaric hypoxia on induced muscle injury repair in laboratory rats	Doutores Ginês Viscor Carrasco (Univ. Barcelona) e Henrique Girão (FMUC)
Investigação Biomédica	Joana Maria Machado dos Santos	Papel do sistema nervoso periférico e dos neuropeptídeos na modulação da resposta inflamatória associada à osteólise	Doutores Inês Soares Alencastre (INEB) e Henrique Girão (FMUC)
Investigação Biomédica	Mafalda Rita Avó Bacalhau	Análise experimental da patogénicidade de mutações novas no DNA mitocondrial	Professora Doutora Maria Manuela Grazina
Investigação Biomédica	Mariana da Silva Ferreira	Vias de sinalização WNT/B-catenina, Hedgehog e NOTCH e a sua influência em neoplasias hematológicas	Professora Doutora Ana Bela Sarmento Ribeiro e Mestre Ana Cristina Pereira Gonçalves
Investigação Biomédica	Sérgio Tiago de Freitas Ribeiro	Controlo de qualidade da Caderina-E no Cancro	Doutores Joana Rita Simões Correia (IPATIMUP) e Paulo Carvalho Pereira (FMUC)
Investigação Biomédica	Telma Emanuela da Silva Santos	Caracterização dos mecanismos pelos quais as células estaminais mesenquimatosas induzem regeneração no modelo de murinho Twitcher	Doutores Carla Andreia Fidalgo Teixeira (IBMC) e Henrique Girão (FMUC)
Medicina do Desporto	Joana Cristina Sarabando Bento Rodrigues	Actividade física após artroplastia do joelho ou da anca	Professor Doutor Fernando Fonseca (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Ángela Margarida Mendes Medeiros	Enfermeiros nos serviços Médico-Legais	Professora Doutora Maria Cristina Nunes de Mendonça (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	António Francisco Pascoal	Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidente de trabalho. A tabela Nacional de Incapacidades de Angola.	Professora Doutora Teresa Magalhães (FMUP) e Mestre Isabel Antunes (INML-Delegação Coimbra)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Bruno Américo Cortesão Faria	Diatomáceas no contexto da investigação das mortes por afogamento.	Professores Doutores Maria Cristina Nunes de Mendonça (FMUC) e Salomé Fernandes Pinheiro de Almeida (Dep. Biologia UA)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Carina Filipa Pinto Alves	Determinação sexual através de características métricas da mandíbula	Professoras Doutoras Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha (FCTUC) e Helena Maria Sousa Ferreira e Teixeira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Carla Michelle Marques Carreira	Toxicogenómica no contexto forense	Professores Doutores Helena Maria Sousa Ferreira e Teixeira e Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	César Cunha Lares dos Santos	Morte violenta no idoso: Contributo para a caracterização da realidade portuguesa	Dra. Beatriz Simões da Silva (INML - Del. Coimbra) e Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Cláudia Sofia Augusto Pais	Estudo citogenético e molecular em indivíduos com défice cognitivo	Professores Doutores Isabel Maria Marques Carreira e Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Gustavo Lima Campos	A problemática da imputabilidade - estudo comparativo da legislação e da jurisprudência no âmbito penal e processual penal português e brasileiro	Mestre Diogo Paulo Lobo Machado Pinto da Costa (INML-Del. Coimbra) e Professor Doutor Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Horácio Chipikita	Estudo de Magnitude de mortes devidas a asfixia mecânica por constrição do pescoço - Enforcamento, na Cidade de Luanda, Angola, entre Janeiro/05 e Dezembro/10	Professora Doutora Maria Cristina Nunes de Mendonça (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Inês Isabel Ribeiro Coelho	Violência Doméstica na Região de Viseu	Dra. Beatriz Simões da Silva (INML - Del. Coimbra) e Professor Doutor Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Inês Margarida Medeiros Alves Elias	Determinação do sexo através da cavidade glenóide e cabeça do úmero	Professoras Doutoras Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha e Rosa Sofia da Conceição Neto Wasterlain (FCTUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Joana Sebastiana Borges	Contributo para avaliação das mulheres vítimas de violência doméstica em Angola.	Dra. Beatriz Simões da Silva (INML - Del. Coimbra) e Professora Doutora Maria Cristina Nunes Mendonça (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	João Bruno de Freitas Nóbrega	Ética no exercício médico-legal	Dra. Beatriz Simões da Silva (INML Del. Coimbra) e Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Juliana Filipa Fonseca Rochate	Variação temporal de dípteros necrófagos em dois ambientes distintos do Algarve	Doutora Catarina Barros Prado e Castro (FCUL) e Professora Doutora Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha (FCTUC)

Medicina Legal e Ciências Forenses	Maria de Assunção Paulo Afonso	Vítima de violência doméstica no Gabinete Médico Legal de Aveiro em 2009	Professora Doutora Maria Cristina Nunes Mendonça (FMUC) e Dra. Graça Maria Pessa Baptista Santos Costa (INML-Del. Coimbra)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Maria Inês Cruz Gama	Diagnose Sexual da segunda vertebra cervical: Análise métrica	Professoras Doutoradas Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha (FCTUC) e Helena Maria Sousa Ferreira e Teixeira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Marisa Isabel Teixeira Vilela	A Medicina Legal como contributo para o estudo da prevalência da Patologia Hepática na população portuguesa	Professora Doutora Maria Cristina Nunes Mendonça (FMUC) e Dr. Maria Rui Silva (HUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Marlene Cristina do Rosário Neves	Que condenações judiciais podem conduzir à inscrição do perfil genético do(s) autor(es) do(s) crime(s) na base de dados nacional?	Professores Doutores Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC) e José Francisco de Faria Costa (FDUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Marta Clemente	Maus tratos na Infância. O caso de Angola	Professora Doutora Maria Cristina Nunes Mendonça (FMUC) e Dra. Anabela Pereira Neves (INML - Del. Lisboa)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Marta Isabel Massano Pinto	Diagnose sexual da primeira vertebra cervical: Análise morfométrica.	Professoras Doutoradas Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha (FCTUC) e Helena Maria Sousa Ferreira e Teixeira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Mateus Armando da Costa	Contribuição para o novo modelo de organização Médico-Legal em Angola "Aspectos Médico-Jurídico e organizacional"	Dra. Beatriz Simões da Silva (INML - Del. Coimbra) e Professor Doutor Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Paula Carina da Luz Oliveira	Estado anterior no âmbito da avaliação do dano corporal em direito civil e do trabalho. Contributo para a sua caracterização na respectiva da intervenção médico-legal.	Professores Doutores Francisco Corte Real Gonçalves e Duarte Nuno Pessoa Vieira (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Ricardo Filipe Mendes Belo Vicente	Estimativa da idade à morte com base na extremidade medial da clavícula: Uma abordagem bayesiana	Professores Doutores Eugénia Maria Guedes Pinto Antunes da Cunha (FCTUC) e paulo Eduardo Araújo Almeida Neves de Oliveira (ECTUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Rui Miguel da Costa e Silva	Análise das divergências na proposta de IPP em exames médicos singulares e em exames por junta médica Comparação de resultados de taxa de	Mestre Maria Isabel da Costa Antunes e Professor Doutor Francisco Corte Real Gonçalves (FMUC)
Medicina Legal e Ciências Forenses	Sofia Alexandra Ferreira da Conceição	alcoolemia sanguínea determinada em vítimas fatais de acidente de viação com admissão hospitalar: determinação no serviço de urgência vs determinação na presença de uma autópsia médica legal	Professores Doutores Helena Maria Sousa Ferreira e Teixeira e Duarte Nuno Pessoa Vieira (FMUC)
Nutrição Clínica	Francisco Filipe Teixeira da Silva	Efeito da metformina versus modificação do estilo de vida em adolescentes superobesos	Doutora Luísa Diogo (FMUC) e Dra. Alice Mirante (HPC - CHC)
Patologia Experimental	Ana Catarina Maio Marques	Avaliação da capacidade regenerativa em modelos de lesão da medula espinal	Doutora Mónica Mendes Sousa (IBMC) e Professor Doutor António Manuel Silvério Cabrita (FMUC)
Patologia Experimental	Ana Filipa Vicente Neves	Protecção pela Cepfriaaxona num modelo de neurotoxicidade induzida pelo MPTP no murganho	Professores Doutores Carlos Alberto Fontes Ribeiro e Frederico Guilherme Sousa Costa Pereira (FMUC)
Patologia Experimental	Ana Irene Saavedra Mateus Dias	Influência do exercício nos mecanismos de adicção à metanfetamina	Professores Doutores Carlos Alberto Fontes Ribeiro e Frederico Guilherme Sousa Costa Pereira (FMUC)
Patologia Experimental	Gustavo Teixeira Barandas	Alterações testiculares na intoxicação experimental com DMBA (7,12-dimetilbenz[ <i>a</i> ]traceno)	Professor Doutor António Manuel Silvério Cabrita e Mestre Rodrigo Farinha Marques (FMUC)
Patologia Experimental	Luís André Pereira da Silva	Avaliação do masseter no envelhecimento-estudo experimental	Professores Doutores Maria João Pascoal Rodrigues Cesar Machado e António Manuel Silvério Cabrita (FMUC)
Patologia Experimental	Sheena Martina Domingues Mendes	Influência do exercício na neurodegenerescência causada pela metanfetamina no murganho	Professores Doutores Carlos Alberto Fontes Ribeiro e Frederico Guilherme Sousa Costa Pereira (FMUC)
Patologia Experimental	Teresa Conceição Lopes Ramos	Estabelecimento de um modelo in vivo de hematopoiese human a partir de um estroma humano num sistema a 3	Professores Doutores Fermin Sanchez-Guijo (Univ. Salamanca) e António Manuel Silvério Cabrita (FMUC)
Patologia Experimental	Varão Nolasco Dias	Avaliação da acupuntura num modelo experimental de convulsões	Professores Doutores Carlos Alberto Fontes Ribeiro e António Manuel Silvério Cabrita (FMUC)
Saúde Ocupacional	Eulália Sofia Ferreira Dias	Sinistralidade rodoviária nos funcionários da Portugal Telecom (PT)	Professor Doutor Pedro Miguel Santos Parreira (ESENFC) e Mestre António Jorge Correia Gouveia Ferreira (FMUC)
Saúde Pública	Sandra Cristele Mota Antunes	A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns factores com ela relacionados	Professores Doutores José Carlos Amado (ESENFC) e Vitor Rodrigues (FMUC)



## **Anexo 5**

**Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.**



07/12/11

Gmail - FW: Parecer da CE\_Rui Miguel da Costa e Silva



Rui Miguel Costa Silva <ruimiguelcostasilva@gmail.com>

---

## FW: Parecer da CE\_Rui Miguel da Costa e Silva

2 mensagens

Comissão de Ética (CE) <comissaoetica@fmed.uc.pt>  
Para: ruimiguelcostasilva@gmail.com  
Cc: secretpres@inml.mj.pt

6 de Dezembro de 2011 12:14

Grata Bazarra Campos

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina •  
STAG – Secretariado Executivo  
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL  
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236  
E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

---

**De:** Comissão de Ética (CE) [<mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt>]

**Enviada:** quarta-feira, 12 de Outubro de 2011 11:29

**Para:** [ruimiguelcostasilva@gmail.com](mailto:ruimiguelcostasilva@gmail.com)

**Cc:** 'Comissão de Ética (CE)'

**Assunto:** Parecer da CE\_Rui Miguel da Costa e Silva

Exmo. Senhor

Dr. Rui Miguel da Costa e Silva,

Cumpre-nos informar que o projecto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e com o título *“Análise das divergências na proposta de IPP em exames médicos singulares e em exames por junta médica”*, mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da FMUC.

Na presente data segue para o Conselho Científico da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica. Para futuras informações, é favor contactar o STAG – CC através do e-mail [cccientifico@fmed.uc.pt](mailto:cccientifico@fmed.uc.pt).

Cordiais cumprimentos.

Grata Bazarra Campos

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina •  
STAG – Secretariado Executivo  
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL  
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236  
E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC**

Of. Ref<sup>o</sup> **52-CE-2011**

Data 015 / 2011

Exmo Senhor  
Prof. Doutor Manuel Santos Rosa  
Presidente do Conselho Científico da  
Faculdade de Medicina

**Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses.**

**Candidato(a): Rui Miguel da Costa e Silva**

**Titulo do Projecto: "Análise das divergências na proposta de IPP em exames médicos singulares e em exames por junta médica"**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos. 

O Presidente,

  
Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL  
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236  
E-mail: [comissaonetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaonetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)