



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

FRANCISCO MANUEL LUCAS

***AVALIAÇÃO MÉDICO-LEGAL EM DIREITO CIVIL E
EM DIREITO DO TRABALHO DAS
ARTROPLASTIAS TOTAIS DA ANCA E DO JOELHO
(ARTIGO DE REVISÃO)***

ÁREA CIENTÍFICA DE ORTOPEDIA/MEDICINA LEGAL

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO VIEIRA
PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA**

SETEMBRO DE 2011

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Trabalho com vista à atribuição do Grau de Mestre no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina

FRANCISCO MANUEL LUCAS

**Avaliação médico-legal em Direito Civil e em Direito do Trabalho das artroplastias totais da anca e do joelho
(Artigo de revisão)**

Área científica de Ortopedia/Medicina Legal

**Trabalho realizado sob a orientação de:
Professor Doutor Duarte Nuno Vieira
Professor Doutor Fernando Fonseca**

Setembro de 2011

Resumo:

Com o envelhecimento progressivo da população, tem crescido muito o número de pessoas com artroplastias totais da anca e joelho. Esta situação constata-se quer em indivíduos fora do mercado de trabalho, quer em indivíduos com vida laboral activa. No domínio do Direito de Trabalho e Civil, ainda é causa de controvérsia a avaliação e determinação da incapacidade dos sinistrados vítimas de acidentes de viação ou de trabalho, que tem implantadas artroplastias.

Com este trabalho pretende-se efectuar uma revisão científica sobre a *legis artis* no domínio da Medicina Legal e da Ortopedia, bem como a elaboração de normas de procedimento na avaliação e atribuição de incapacidades.

Abstract:

With the progressive aging of the population the number of people with total hip and knee arthroplasty has grown tremendously. This is true for individuals outside the labor market as well as for individuals with active working life. In the field of Labour and Civil Law, the evaluation and determination of the inability of injured victims of car accidents or work, who has implanted arthroplasty is still controversial.

This work aims to conduct a scientific review of *legis artis* in the domain of Legal Medicine and Orthopedics, as well as the development of standards of procedure in the evaluation and award of disability.

Índice

Introdução	4
Visão pessoal da avaliação medico-tabelar em Direito Civil e do Trabalho.....	12
Como avalio medico-legalmente as artroplastias da anca e do joelho.....	14
Avaliação medico-legal das artroplastias totais do joelho sem complicações.....	19
Complicações das artropastias totais do joelho e implicações médico-legais.....	23
Avaliação das sequelas funcionais em artroplastias com complicações.....	26
Problemática da coxartrose e artoplastias da anca.....	27
Coxartrose traumática por simples contusão e imputabilidade médico-legal.....	28
Avaliação clínica e radiológica das artroplastias.....	31
Elementos orientadores para valorizar a artroplastia total da anca.....	34
Complicações das artroplastias totais da anca.....	36
Conclusão	39
Referências bibliográficas.....	44

Introdução

A Constituição da República Portuguesa, consagra no seu artigo 71.º, o direito dos cidadãos portadores de deficiência ao tratamento, reabilitação e integração na sociedade e, no artigo 59.º, n.º 1, alínea f), “o direito à assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional”.

A lei ordinária estabelece nos artigos 483.º e seguintes do Código Civil, quais os requisitos para a indemnização do dano patrimonial e do dano não patrimonial.

E creio que ninguém tem dúvidas de que julgar é difícil. E a dificuldade da avaliação médico-legal do dano, isto é, a avaliação das alterações na integridade psico-física, constitui matéria de particular importância, mas também de assinalável complexidade. A complexidade decorre de factores diversos: dificuldade na interpretação de sequelas; subjectividade que envolvem alguns danos (ex. a dor); impossibilidade de submeter os sinistrados a determinados exames complementares (alergias ou incompatibilidades); inevitáveis reacções psicológicas (reviver a situação); situações de simulação/dissimulação.

Não menos importante, é a complexidade que resulta também da circunstância de serem necessariamente diferentes os parâmetros de dano a avaliar consoante o domínio do direito em que essa avaliação se processa, face aos distintos princípios jurídicos que os caracterizam.

No direito laboral, está em causa a avaliação da incapacidade para o trabalho resultante de acidente de trabalho ou doença profissional que determina perda da capacidade de ganho (o sinistrado é tratado apenas como uma unidade económica ou fonte de rendimento). Em direito do trabalho, há décadas que existe um instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas no domínio das relações de trabalho, a Tabela Nacional de Incapacidades (TNI).

Duas posições em confronto no meio judicial relacionadas com a recém criada tabela em Direito Civil: os que concordam com a tabela, argumentam que se trata de um instrumento que permitirá limitar o campo do arbítrio, fazendo com que as indemnizações, para casos semelhantes, sejam mais aproximadas. Esta corrente de opinião, entende que a tabela tem como finalidade o princípio de igualdade e de justiça. Para sequelas idênticas, percentagem idêntica, reparação idêntica.

No direito civil e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, deve valorizar-se percentualmente a incapacidade permanente em geral, isto é, a incapacidade para os actos e gestos correntes do dia a dia, assinalando depois e suplementarmente o seu reflexo em termos da actividade profissional específica do examinado.

Os que discordam das tabelas, argumentam que a sua existência se insere no movimento de desjudicialização dos litígios consequentes aos acidentes de viação. Haverá prejuízo para os acidentados, não só pela tendência para nivelar por baixo o montante das indemnizações, mas também porque limitará o poder de avaliação e decisão do juiz, no sentido de que não lhe permitirá diferenciar o que deve ser diferenciável. Sendo assim, haverá prejuízo para os sinistrados, pela tendência para nivelar por baixo o montante das indemnizações.

Embora as tabelas tenham um valor meramente indicativo e não imperativo, na prática não é isso que se verifica e Portugal é um País medico-tabelar. As tabelas, permitem ao perito médico um desvio em relação às pontuações previstas nas Tabelas, desde que fundamentado (artigo 2.º, n.º 3, do DL n.º 352/2007, de 23.10), mas fundamentar é difícil...e não é prática. Por maioria de razão, permitem ao juiz uma diferente avaliação da incapacidade daquela que lhe é apresentada pela peritagem médica, já que ela própria é de livre apreciação pelo juiz, isto é, o juiz não está vinculado ao laudo apresentado pelo perito médico, como resulta expressamente do artigo 591.º, do CPC, e do artigo 389.º do C Civil. Acontece que o juiz está obrigado a fundamentar a sua avaliação e decisão, diferente daquela que lhe é apresentada pelo perito médico. É muito difícil ao juiz “desviar-se” daquela concreta avaliação médica baseada nos pontos indicados na tabela, por razões óbvias de menores conhecimentos da ciência médica.

Sou um defensor das tabelas, desde que deixem liberdade ao perito para questionar, rebater, poder ser diferente...Vivo num tempo e que a tendência é para os mais fortes imporem as suas ideias. Os sinistrados serão sempre o elo mais fraco, enquanto pessoas em si, talvez um meio para atingir outros fins. O papel dos peritos deve ser também humanizar. Humanizar a dignidade da pessoa humana, do sinistrado. Conceder dignidade ao sinistrado é humanizar. Promover a pessoa, não a substituir por dinheiro ou por máquinas é dignificar.

Os poderes instituídos, tendem a defender-se com uma regulamentação excessiva, em detrimento de uma avaliação casuística livre, ainda que devidamente fundamentada. A tendência na União Europeia é no sentido da regulamentação... Não estará longe o dia em que todos os Estados Membros se orientaram por uma tabela única de avaliação de incapacidades permanentes, com valores obrigatórios e não indicativos.

Reparação dos danos emergentes em acidente de trabalho e doenças profissionais¹

Em Portugal, a “*justa reparação*” dos trabalhadores, vítimas de acidentes de trabalho ou de doença profissional, e a *reabilitação*, são, direitos constitucionais, consagrados nos artigos 59.º, n.º 1, alínea f) e 71.º da Constituição da República Portuguesa. Na lei ordinária, tais direitos estão basicamente regulados no novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, publicado pela Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro (adiante designada de LAT). Do respectivo articulado ousamos destacar as seguintes linhas de força.

Em matéria de acidentes de trabalho:

1. Atribuição da responsabilidade pela reparação e demais encargos às entidades empregadoras relativamente aos trabalhadores ao seu serviço - (7º da LAT)
2. Imposição aos empregadores da obrigatoriedade de transferir a responsabilidade por danos emergentes de acidente de trabalho para entidades autorizadas a realizar o seguro (art. 79º do LAT).
3. São as seguradoras, que gerem, concorrencialmente, o sistema de protecção infortunistica, sob tutela do Instituto de Seguros de Portugal que zela, designadamente, que as apólices de seguro contenham o núcleo essencial dos direitos que a Lei reconhece aos acidentados do trabalho.
4. Reconhecimento do carácter social dos direitos emergentes de acidentes com índices de protecção acrescidos, designadamente através da obrigatoriedade das pensões serem determinadas numa forma de processo especial que corre nos Tribunais do Trabalho onde são estabelecidas várias medidas que visam acautelar os interesses do sinistrado como sejam os casos da oficiosidade do processo e da concessão de patrocínio pelo Ministério Público.

I. Em matéria de Doenças profissionais

1. Integração das doenças profissionais no âmbito geral da segurança social em que a caracterização, certificação, avaliação, graduação e reparação é da exclusiva

¹ Uma palavra de agradecimento ao Senhor Juiz Desembargador Domingos Morais, junto do Tribunal da Relação de Coimbra e ao Senhor Procuradora da República Carlos Guiné, junto do Tribunal de Trabalho de Coimbra, pela amizade e ensinamentos jurídicos.

responsabilidade do C.N.P.R P – Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais.

2. Que estabelece normas de articulação com outros serviços da segurança social, saúde, emprego e formação profissional com vista a assegurar uma adequada protecção.
3. Facultando-se que doente possa recorrer ao Tribunal do Trabalho quando discorde da decisão do CNPCRCP quer quanto à certificação do evento como doença profissional quer quanto à graduação da incapacidade.

A par destas eventualidades equacionaremos, ainda, os **acidentes de trabalho e doenças profissionais ocorridos ao serviço de entidades empregadoras públicas**, regulamentados no Decreto Lei 503/ 99, de 20/11 que, grosso modo, garantem os mesmos direitos das consagrados no regime geral, mas em que:

1. O organismo ao serviço do qual o sinistro ou doença ocorreu é quem deve suportar as despesas decorrentes do evento, sendo as faltas resultantes de Incapacidade temporária consideradas como exercício efectivo de funções.
2. A verificação e confirmação e avaliação da incapacidade resultante de acidente competem a uma junta médica da iniciativa da CGA,- Caixa Geral de Aposentações – sendo esta a responsável pelo pagamento das pensões.
3. O diagnóstico e a caracterização do evento como doença profissional bem como a atribuição de incapacidade temporária, são da responsabilidade do CNPCRCP e a confirmação e graduação da Incapacidade permanente é da competência da Junta Médica da CGA.
4. Garantindo-se que o interessado possa intentar nos tribunais administrativos acção para reconhecimento de direitos ou interesse legalmente protegido contra os actos ou omissões relativos a tais infortúnios.

II. A indemnização infortunística

A obrigação de indemnização, consiste no dever de reparar os prejuízos provocados por um evento, visa reconstruir a situação que existiria se aquele não se tivesse verificado e cumpre-se pela reconstituição natural, sempre que possível. Ocorrido um acidente de trabalho há que reparar o dano dele resultante, procurando reconstituir o bem atingido tal como se apresentava antes do acidente.

Alheia a qualquer pressuposto de culpa do empregador, esta responsabilidade baseia-se no risco natural inerente á prestação de trabalho por conta de outrem. Basta-se com o

estabelecimento de simples nexos entre o evento e o trabalho. Por razões de justiça distributiva, o risco é imputado ao beneficiário desse trabalho: a entidade patronal.

A restauração do dano emergente de um acidente de trabalho reparte-se em dois géneros de prestações que a lei denomina de prestações em espécie e prestações em dinheiro.

As primeiras, com a finalidade de restabelecer o estado de saúde e a capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e a sua recuperação para a vida activa.

As segundas, com objectivo de compensar o sinistrado pela perda ou redução da capacidade de trabalho ou de ganho resultante do acidente.

III. Prestações em espécie

O sinistrado tem direito às prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do seu estado de saúde e da sua capacidade de trabalho ou de ganho e à recuperação para a vida activa. (cf. art. 23º, alínea a) da LAT) Estas prestações têm por objectivo a reconstituição natural do dano e delas se ocupam os artigos 25º a 46º da LAT - assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os necessários elementos de diagnóstico e de tratamento; assistência farmacêutica, enfermagem, hospitalização e tratamentos termiais, hospedagem, transportes e estadias para observação e tratamentos, fornecimento de ajudas técnicas e outros dispositivos técnicos de compensação das limitações funcionais, reabilitação médica funcional e para a vida activa, reintegração profissional e apoio psicoterapêutico.

Verificado o acidente, o empregador deve assegurar os imediatos e indispensáveis socorros médicos e farmacêuticos ao sinistrado.

A seguradora – para quem a responsabilidade foi transferida por efeito de uma apólice – tem o direito de designar médico assistente ao sinistrado que cuidará dos seus tratamentos e recuperação e determinará as demais prestações em espécie adequadas ao caso.

O sinistrado, por seu lado, deve observar as prescrições clínicas e cirúrgicas do médico assistente sob pena de não ter direito às prestações por danos que forem consequência de injustificada recusa ou deficiente observação de tais prescrições, sem embargo de:

- **poder contestar** as prescrições, mediante conferência médica ou pedindo a intervenção do perito médico do Tribunal na solução de divergências quanto ao tratamento adequado.
- **recusar** cirurgia que ponha perigo a vida
- **escolher cirurgia** em casos de alto risco ou perigo para a vida.

- **optar** por receber o valor correspondente ao valor das ajudas técnicas indicadas pelo médico assistente ou pelo Tribunal, quando pretenda adquirir outro de valor superior.

A reconstituição natural termina com a consolidação - cura clínica - que corresponde ao momento a partir do qual as lesões desaparecem ou se mostram insusceptíveis de modificação terapêutica, sendo então possível verificar um determinado coeficiente de incapacidade permanente que, assim, se constitui em prejuízo definitivo.

O médico assistente emite boletim de alta no qual deve indicar a causa da cessação e, se for o caso, a indicação discriminada da seqüela ou seqüelas resultantes do acidente com determinação do coeficiente de incapacidade.

Se atribuir incapacidade permanente, seja qual for o grau, a seguradora, obrigatoriamente, em oito dias, participa o acidente ao Tribunal do Trabalho da área onde ele ocorreu ou da área da residência do sinistrado. Neste processo, em perícia médica, singular ou colegial, ir-se-á avaliar a incapacidade do sinistrado com vista a determinar-se as prestações em dinheiro - pensão, capital de remição ou subsídios - e fixar os demais direitos decorrentes do déficit funcional permanente.

IV. Prestações em dinheiro

1. O dano e as lesões relevantes

Ao formular acidente de trabalho como o evento que produz directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte - art. 6º, nº 1 da LAT -, o legislador conduz-nos às questões conceptuais do dano e das lesões relevantes específicas da responsabilidade emergente dos acidentes de trabalho.

O **dano** que parece estar mira do legislador será, não tanto, a lesão ou perturbação corporal provocada pelo evento, mas antes, a redução na capacidade de trabalho ou de ganho resultante daquela lesão, perturbação ou doença.

Daí a incapacidade ser determinada em função da natureza e da gravidade da lesão, do estado geral do sinistrado, da sua idade e profissão, bem como da maior ou menos capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível e das demais circunstâncias que possam influir na sua capacidade de trabalho ou de ganho.

Daí, também, se justifique e se compreenda todo um bom número de casos a que a TNI não atribui qualquer desvalorização e muitos outros mais cujo coeficiente de incapacidade está dependente da perturbação funcional que a seqüela ocasiona, concretamente, no posto de

trabalho que o sinistrado tinha antes do acidente. Isto é, a mesma sequela pode ser valorizada diferentemente e varia de acordo com a profissão que o sinistrado habitualmente exercia ao tempo do evento. Releva a capacidade de ganho, permitindo que o perito médico-legal se afaste das instruções consagradas na TNI, se for essa a melhor solução para o caso. (n.º 7 das IGS da TNI).

O dano relevante é, pois, aquele que atinge o conjunto de aptidões funcionais do indivíduo com as quais ele realiza o seu trabalho e lhe potenciam a obtenção de um determinado rendimento. O bem protegido será a integridade produtiva do sinistrado.

Entre **lesões** a considerar na determinação da incapacidade destacamos, em primeiro lugar, as que têm uma relação de causalidade directa com o acidente, presumindo-se consequência deste, a lesão corporal, perturbação ou doença que for reconhecida em local e tempo de trabalho (cf.art. 10º, nº 1 da LAT). Se a lesão tiver manifestação imediatamente a seguir ao acidente, compete ao sinistrado fazer a prova que aquela foi consequência deste. (cf. art. 10º, nº 2 do LAT).

Por outro lado, relevam, igualmente, as lesões que se manifestam no tratamento e que seja consequência desse tratamento. Mais que uma simples relação de ocasionalidade, a lesão tem de ser uma consequência adequada do tratamento (cf. art. 11º, nº5, da LAT).

Mas outras há que poderemos enquadrar numa relação de causalidade indirecta com o acidente (cf.art.11, nº 1. 2 e 3º da LAT)

São as situações de predisposição patológica consistente num estado doentio do organismo humano, produzido por uma anormalidade do metabolismo ou de funções de nutrição que torna o individuo propenso para certas doenças ou para o agravamento dos de outras sob a influência de uma causa ocasional.

A predisposição patológica num acidente não exclui o direito à reparação integral, salvo quando tiver sido ocultada pelo sinistrado.

Quando, por outro lado, a lesão ou doença consecutiva ao acidente for agravada por doença anterior ou quando esta for agravada pelo acidente a incapacidade, avaliar-se-á como se tudo dele resultasse a não ser que por ela o sinistrado esteja a receber pensão ou tenha recebido um capital de remição

Já no caso do sinistrado estar afectado de incapacidade permanente anterior ao acidente, a reparação será a correspondente à diferença entre a incapacidade anterior e a que for calculada, como se tudo fosse imputado ao acidente.

Natureza e graduação das incapacidades e modalidades das prestações

O acidente pode originar incapacidades temporárias ou permanentes para o trabalho cujo coeficiente é fixado por aplicação das regras definidas na tabela nacional de incapacidades em vigor à data do acidente. São as seguintes situações de Incapacidade previstas na LAT, correspondendo-lhe as prestações que seguem - cf art. 48.º, n.º 3, alíneas a) a e) da LAT.

IPA - incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho - quando se verifica uma disfunção total do sinistrado. Nestes casos, o sinistrado tem direito:

- A uma pensão anual e vitalícia igual a 80% da sua retribuição, incluindo os subsídios de férias e de Natal, acrescida de 10% por cada familiar a cargo, até ao limite da retribuição – artigo 48.º, n.º 3, a) da LAT.

- A um subsídio de elevada incapacidade permanente igual a 12 vezes o valor de 1,1 IAS (IAS = 419,22 €)

- A uma prestação suplementar em montante que pode chegar a 12 vezes o valor de 1,1 IAS, paga 14 vezes por ano, quando o sinistrado não puder dispensar a assistência constante de terceira pessoa, situação a determinar pela perícia médico-legal – art. 53º da LAT.

- um subsídio para obras de adaptação da habitação, se necessárias, até ao limite de 12 vezes o valor de 1,1 IAS. – art. 68º da LAT.

IPATH -incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual. No caso da disfunção se reportar apenas ao trabalho normalmente executado pelo sinistrado, este terá um incapacidade absoluta (100%) para o trabalho habitual, associada a uma incapacidade permanente parcial para as restantes profissões. O sinistrado tem direito:

- A uma **pensão** anual e vitalícia compreendida entre 50% e 70% da retribuição, conforme a maior ou menor capacidade funcional residual.

- Ao mesmo subsídio de elevada incapacidade permanente, ponderado de acordo com a incapacidade.

- Prestação suplementar, de acordo como grau de dependência de terceira pessoa.

- Subsídio para obras de adaptação, se necessárias.

IPP – incapacidade parcial permanente - Estando em causa apenas a incapacidade parcial para o trabalho, o direito preenche-se atribuindo uma pensão igual 70% da redução sofrida na capacidade de ganho, podendo revestir a forma de um capital de remição nos casos de IPP inferior a 30% e pensão de montante não superior a 6 vezes o salário mínimo nacional, podendo haver prestação suplementar ou subsídio de elevada incapacidade, este nos casos de IPP a 70% ou superior.

ITA e ITP – incapacidade temporária absoluta ou parcial. Enquanto estiver em tratamento - antes da consolidação - o sinistrado recebe uma indemnização diária igual a 70% da redução sofrida na capacidade de ganho, nos primeiros 12 meses e de 75%, no período subsequente.

Às prestações em dinheiro anunciadas, acrescem as **prestações em espécie** – assistência médica e medicamentosa e ajudas técnicas - desde que se mostrem necessárias e adequadas à reposição do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa.

Visão pessoal da avaliação médico-tabelar em Direito Civil e do Trabalho

A sociedade actual, é caracterizada pela globalização da comunicação, normalização de padrões no comportamento e na actuação. Exige respostas certas, resoluções concretas e imediatas às diversas questões. Mas, como no início do milénio, agarra-se a ícones e outra simbologia mitológica quando não consegue ter as certezas em que acredita.

A elaboração de um relatório médico no âmbito da medicina legal em Direito Civil ou do Trabalho, pressupõe expor de forma sintética e simples a evolução das lesões. Deve objectivar e quantificar a actividade diária desenvolvida qualquer que ela seja. É fruto de numerosas opções e hierarquia de valores nos planos intelectual, familiar, ético, afectivo e humano. Deve fornecer ao juiz uma história sucinta, precisa e de acordo com os parâmetros que se pretendem avaliar, tratamentos, necessidades de adaptação às sequelas resultantes. Não devia limitar-se a aplicar como nos dias de hoje acontece, os valores numéricos porventura cruéis, mas eventualmente necessários de uma tabela.

O pensamento de hoje, tende ou pretende reduzir toda a vivência humana a meros números. Um homem, uma mulher, uma criança, um sinistrado, não é, não devia ser, mais um número...A elaboração do relatório, constitui uma reflexão permanente e uma autocrítica. Traduz de certo modo a experiência e saber adquirido. Eventuais erros cometidos. Devem constituir também um incentivo para um contínuo aperfeiçoamento da minha (nossa) formação como homens, como médicos e como peritos.

Descrever a vida do sinistrado ao longo de vários anos em poucas linhas com vivências e experiências diversas sejam elas pessoais ou profissionais não é um trabalho fácil. O perito corre o risco de omitir aspectos importantes e realçar outros considerados dispensáveis. A descrição do seu percurso deve ou devia procurar reflectir a sua forma de estar na vida.

Enquanto profissional na área da peritagem médica, tento fazer uma tentativa séria e contínua para avaliar a minha competência e minhas limitações. Procuro actuar dentro de critérios rigorosos moral e eticamente correctos, proceder de acordo com a minha consciência.

No trajecto da minha formação profissional como perito médico, percorri degraus sucessivos de conhecimentos a diferentes níveis com a intenção de atingir uma qualificação que me permita conquistar a confiança dos colegas e dos sinistrados. Questiono-me constantemente acerca do bom ou mau desempenho enquanto clínico e enquanto perito. O meu bom desempenho enquanto clínico e perito, exige ciência e arte: ciência fundamentada em conhecimentos de natureza biológica ou tecnológica e conhecimentos de natureza jurídica. Arte, entendida como a forma de lidar com o sinistrado.

Enquanto perito, se conseguir juntar conhecimentos, delicadeza, humanidade, estética e criatividade, cada passo é sem dúvida um acto artístico. Também como pessoa, o contacto quotidiano com o sinistrado e com a sua dor, confronto-me com maior necessidade de interpretação e meditação sobre o sentido do sofrimento...

É verdade que a minha visão enquanto perito deve ser eminentemente técnica. Eu pergunto ao Júri - Já algum de vós se sentou numa cadeira de rodas ? Já se imaginaram uma vida inteira sem mãos, sem pernas, sem hoje, sem amanhã...sem poesia...? Em determinadas situações (paraplégico em cadeira de rodas) pela sua complexidade, confesso que a minha visão e actuação, talvez não tenha sido só técnica, mas também tendencialmente social.

Embora a função do perito seja escutar, observar, meditar, compreender e depois explicar para fazer compreender, questionar, recusar...também deve contribuir para ajudar a “levantar” o sinistrado. O perito deve ter senso clínico, bom senso, sólida formação clínica, especialização específica (médica e jurídica) e actualização permanente.

O momento da medicina, não é um momento que eu plenamente goste ou me entusiasme. Tudo tende para ser tabelado. Tabela-se a lesão, tabela-se a doença, tabela-se o tratamento, tabela-se a sequela. Tabela-se, tabela-se...e o médico/perito fica muito satisfeito porque tabelou o sinistrado com x% de Incapacidade.

Como dizia “Alfred Whitemead”, as ideias não são para guardar, alguma coisa tem de ser feita com elas. O que eu aprendi, o que eu penso...não é para guardar, tenho o dever de ensinar, tenho o direito de manifestar. Para que nos serve o conhecimento se não transmitirmos o que aprendemos?

Fala-se muito em consentimento informando. Será que o sinistrado tem direito a ser informado pelo perito? O perito tem o dever de informar o sinistrado? Esclarecimento da avaliação? O relatório devia ser esclarecido? O relatório devia ser explicado?

O que dizem as nossas Tabelas em relação a avaliação médico-legal das artroplastias totais da anca e do joelho?

A TNI no Cap. I 10.2.4 b) refere: Cap. I 10.2.4 - Perda de segmentos (resseção ou amputação): b) Com artroplastia: quando o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem défices anteriores e estiver comprometida a actividade profissional, a incapacidade a atribuir tende para um coeficiente máximo.....0,15 - 0,45

Cap. I 12.3 - Perda de segmentos (amputação ou desarticulação): a) Artroplastia: quando a endoprótese tiver êxito e o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem défices anteriores e estiver comprometida a actividade profissional, a incapacidade a atribuir tende para um coeficiente máximo.....0,15 - 0,40

A Tabela em Direito Civil refere: relativamente às endopróteses, justifica por si só uma taxa de 5%. Se o resultado funcional não for satisfatório não se justifica esta taxa complementar. No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite o da amputação.

A tabela de Direito Civil, contrariamente à TNI, não faz uma referência directa a valorização das artroplastias.

O artigo Mc 0601 refere Anca (de acordo com o compromisso da marcha 30 a 35).

O artigo Mf 1301 refere Artrodese pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor) 1 a 10.

Como avalio medico-legalmente as artropastais totais da anca e do joelho

As artroplastias totais da anca e joelho, embora tenham provas dadas quanto à funcionalidade e grau de satisfação pessoal, passarão sempre por uma solução de compromisso “risco/benefício”. A avaliação clínica e médico-legal das artroplastias totais da anca e do joelho, não está de momento, solidamente baseadas em evidências científicas. A ciência conseguiu criar a ilustração médica e anatómica e introduzir rigor científico no conhecimento do desconhecido. No mundo da peritagem, o perito tem que contar com a eventual simulação

do sinistrado. Sendo assim, esse rigor na avaliação clínica e radiológica, nem sempre consegue encontrar paralelismo com o rigor científico.

Para avaliação clínica dos resultados das artroplastias, tem sido usadas várias escalas. Para avaliar as artroplastias da anca, as escalas mais usadas são: escala de Merle d'Aubigné e escala de Harris.

A escala de Merle d'Aubigné contempla os parâmetros: dor, mobilidade e marcha. A escala de Harris avalia: dor, marcha, atividades diárias, deformidades e mobilidade.

A escala de Harris é a mais utilizada, mas à semelhança das outras, padece dos mesmos inconvenientes. O questionário não tem base científica e as respostas tem uma enorme variabilidade individual. Quando muito, podemos equivaler essas respostas à medicina baseada na evidência. O valor máximo da pontuação são 100 pontos. Considera-se um resultado excelente, quando a pontuação se localiza entre os 90-100 pontos; bom entre os 80 e 90 pontos; regular entre 70 e 80 pontos e mau abaixo dos 70 pontos.

Para avaliação das artroplastias totais do joelho duas classificações [3] são comumente utilizadas. A classificação do Hospital for Special Surgery de Nova York (H.S.S.) e a escala International Knee Society (I.K.S.). Ambas são bastante similares variando sobretudo na cotação e valoração relativa dos parâmetros. Adoptei a escala I.K.S. por ser mais divulgada e porque alia a anatomia e a função. A *Escala I.K.S.* está [3], contida entre 0 e 200 pontos. A avaliação morfológico-funcional varia entre 0/100 pontos e a avaliação funcional também varia entre 0/100 pontos.

A escala I.K.S caracteriza: dor, arco de movimento, estabilidade, flexo e alinhamento. A função avalia o comportamento do indivíduo na: marcha, subir e descer escadas e auxílio com bengala ou canadianas.

A quantificação dos resultados é de importância fundamental na avaliação clínica. Contudo, a aplicabilidade dessas escalas na medicina legal não tem correspondência prática. Na minha prática diária, valorizo médico-legalmente as artroplastias totais da anca e joelho com base em três pressupostos:

- Avaliação clínica
- Avaliação radiológica
- Idade

Avaliação clínica:

Para a avaliação clínica, as tabelas são importantes como referência e devem contemplar: dor (recurso a analgésicos e sua frequência); mobilidades (flexão inferior a 80° tem implicações com as actividades da vida diária nomeadamente higiene dos pés utilização da sanita); estabilidade; marcha (soube e desce escadas com ou sem auxílio de bengala ou canadianas).

A opinião do doente/sinistrado é de máxima importância para uma avaliação séria quanto à eficácia do resultado funcional. O doente enquanto sinistrado, avalia não só o grau de satisfação, mas pode simular e pretender também obter um ganho secundário, desvirtuando essa opinião. É aqui que o papel do perito é fundamental na ponderação dos dados colhidos. Um questionário de valorização sensível, curto validado e complementado pelo sinistrado seria útil: 1) estado do quadro doloroso; 2) satisfação global 3) estado de saúde geral.

Avaliação radiológica:

Existem vários protocolos da avaliação radiológica. O protocolo de avaliação radiológica seguida na Clínica Mayo (Mayo Clinic Hip Score) parece-nos a mais adequado para adaptar à Medicina-Legal. Os critérios radiológicos contemplam o acetábulo e fémur, totalizando 10 pontos no acetábulo e 10 no fémur.

Valorização radiológica do acetábulo (Mayo Clinic Hip Score) (10 pontos):

Linha radiotransparente cimento/osso incompleta	10 pontos
Linha radiotransparente completa a partir da cirurgia < 1mm	08 pontos
Linha radiotransparente progressiva completa a partir da cirurgia < 1mm	07 pontos
Linha progressiva ou completa > 1mm em qualquer das zonas	04 pontos
Migração	00 pontos

Valorização radiológica do fémur (Mayo Clinic Hip Score):

Linha transparente cimento/osso incompleta	10 pontos
Linha rádio transparente completa a partir da cirurgia	08 pontos
Linha rádio transparente progressiva a partir da cirurgia < 1mm	04 pontos
Afundamento < a 2mm	04 pontos
Afundamento > a 2mm	00 pontos

Considera-se resultado excelente, quando os valores se situam entre 15/20 pontos; resultado bom entre 10/15 pontos; resultado regular entre 5/10 pontos e resultado mau abaixo de 5.

Dado o grau de dificuldade na sua aplicabilidade prática pela generalidade dos peritos, faço uma apreciação pessoal que mais a frente explicarei. A avaliação radiológica medico-legal,

deve contemplar: orientação dos componentes no plano frontal e sagital, dismetrias; fenómenos de osteólise.

Idade:

O factor idade quando falamos em valorização médico-legal das artroplastias é importante pelos reflexos a nível do dano futuro, que é inversamente proporcional à idade. Aplicar artroplastias em jovens, não tem as mesmas implicações médico-legais se aplicadas em idosos, precisamente pela necessidade de eventuais revisões.

Como elaborar o relatório em Direito Civil

Discussão dos diferentes parâmetros de valorização médico-legal do dano. No âmbito do período de danos temporários são valorizáveis os seguintes:

- Défice Funcional Temporário (*corresponde ao período durante o qual a vítima, em virtude do processo evolutivo das lesões no sentido da cura ou da consolidação, viu condicionada a sua autonomia na realização dos actos correntes da vida diária, familiar e social, excluindo-se aqui a repercussão na actividade profissional*).
- Défice Funcional Temporário Total (*anteriormente designado por Incapacidade Temporária Geral Total e correspondendo com os períodos de internamento e/ou de repouso absoluto*).
- Défice Funcional Temporário Parcial (*anteriormente designado por Incapacidade Temporária Geral Parcial, correspondendo ao período que se iniciou logo que a evolução das lesões passou a consentir algum grau de autonomia na realização desses actos, ainda que com limitações*).
- Repercussão Temporária na Actividade Profissional (*correspondendo ao período durante o qual a vítima, em virtude do processo evolutivo das lesões no sentido da cura ou da consolidação, viu condicionada a sua autonomia na realização dos actos inerentes à sua actividade profissional habitual*).
- Repercussão Temporária na Actividade Profissional Total (*anteriormente designada por Incapacidade Temporária Profissional Total, correspondendo aos períodos de internamento e/ou de repouso absoluto, entre outros*).
- Repercussão Temporária na Actividade Profissional Parcial (*anteriormente designada por Incapacidade Temporária Profissional Parcial, correspondendo ao período em que a*

evolução das lesões passou a consentir algum grau de autonomia na realização destas mesmas actividades, ainda que com limitações).

- *Quantum doloris (corresponde à valoração do sofrimento físico e psíquico vivenciado pela vítima durante o período de danos temporários, isto é, entre a data do evento e a cura ou consolidação das lesões).*

- *No âmbito do período de danos permanentes são valorizáveis os seguintes parâmetros:*

- *Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica (refere-se à afectação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, com repercussão nas actividades da vida diária, incluindo as familiares e sociais, e sendo independente das actividades profissionais, corresponde ao dano que vinha sendo tradicionalmente designado por Incapacidade Permanente Geral - nomeadamente no Anexo II do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro, e referido na Portaria nº 377/2008, de 26 de Maio, como dano biológico).*

- *Na situação em apreço é de perspectivar a existência de Dano Futuro (considerando exclusivamente como tal o agravamento das sequelas que constitui uma previsão fisiopatologicamente certa e segura, por corresponder à evolução lógica, habitual e inexorável do quadro clínico).*

- *Repercussão Permanente na Actividade Profissional (corresponde ao rebate das sequelas no exercício da actividade profissional habitual da vítima - actividade à data do evento, isto é, na sua vida laboral, para utilizar a expressão usada na Portaria nº 377/2008, de 26 de Maio, tratando-se do parâmetro de dano anteriormente designado por Rebate profissional). As sequelas descritas que deram origem à incapacidade permanente geral proposta (são compatíveis com o exercício da actividade habitual, mas implicam esforços suplementares; são impeditivas de qualquer actividade profissional; são impeditivas do exercício da actividade profissional habitual, sendo no entanto compatíveis com outras profissões da área da sua preparação técnico profissional; são impeditivas do exercício da sua actividade profissional habitual bem assim como de qualquer outra dentro da sua área de preparação técnico-profissional).*

- *O Dano Estético Permanente (correspondente à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem da vítima quer em relação a si próprio, quer perante os outros).*

- *Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer (corresponde à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades lúdicas, de lazer e de convívio social, que exercia de forma regular e que para ela representavam um*

amplo e manifesto espaço de realização e gratificação pessoal, não estando aqui em causa intenções ou projectos futuros, mas sim actividades comprovadamente exercidas previamente ao evento traumático em causa e cuja prática e vivência assumia uma dimensão e dignidade susceptível de merecer a tutela do Direito, dentro do princípio da reparação integral dos danos; trata-se do dano anteriormente designado por Prejuízo de Afirmação Pessoal).

- Repercussão Permanente na Actividade Sexual (correspondendo à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação; trata-se do dano anteriormente designado por Prejuízo Sexual).

Ajudas técnicas permanentes: ajudas medicamentosas; tratamentos médicos regulares; ajudas técnicas; adaptação do domicílio, local de trabalho ou veículo; ajuda de terceira pessoa.

Avaliação medico-legal das artroplastias totais do joelho sem complicações

A prótese total do joelho (P.T.J.), veio trazer alívio no sofrimento e conseqüente melhoria da qualidade de vida. Contudo, não deixa de ser uma experiência viva, cada vez que se aplica.

Apesar de todos os avanços, a PTJ não é uma solução isenta de complicações [2] sejam elas imediatas ou tardias, que não podem ser menosprezadas. A sua existência data de há mais de um século, mas, verdadeiramente a primeira foi descrita por Th. Gluck no tratamento da artrite tuberculosa. O seu desenvolvimento começou durante os anos 50 com Walldius [4] e sofreu sucessivos melhoramentos até às próteses de charneira e deslizamento actuais. A prótese de deslizamento pode dizer-se que começou com Sir John Charnley nos anos sessenta, pela mão do seu discípulo Gunston a partir dum modelo de metal-polietileno, seguindo os princípios usados na anca. Mais tarde a prótese de deslizamento adquire maturidade com Freeman na Europa e Insall e Peter Walker nos Estados Unidos da América. Os modelos da prótese de charneira e prótese de deslizamento [2], são utilizados prudentemente em casos graves de gonartrose primária ou traumática.

A história moderna das artroplastias do joelho pode dividir-se em três períodos: anos 70 - experimentação, anos 80 – desenvolvimento, anos 90 - reflexão e reavaliação. Nos anos 80, assistimos à consagração e evolução da técnica, sobretudo o conceito de deslizamento. Este desenvolvimento não foi somente à custa dos materiais, mas sobretudo alteração à custa do melhoramento das técnicas cirúrgicas (maior precisão dos cortes e no balanço ligamentar).

Existem vários modelos de próteses cimentadas que deram problemas que foram atribuídos ao cimento “doença do cimento” [7]. Como corolário, apareceram próteses não cimentadas na perspectiva de diminuir a osteólise e subsequente descolamento. As superfícies porosas permitem crescimento do osso, aumentando a fixação ao metal. A preservação ou sacrifício do ligamento cruzado posterior (L.C.P.) é também objecto de contradições e “batalhas”, que ainda não estão resolvidas.

Nos anos 90 assistimos à reflexão e debate. A cirurgia protética do joelho está madura! É tempo de avaliar resultados a longo prazo! Neste período impera o debate.

Preserva-se o ligamento cruzado posterior para melhorar a função e próprioceptividade do joelho operado, mas, as próteses com sacrifício do L.C.P. não têm resultados inferiores. As próteses não cimentadas deveriam dar menos descolamentos e osteólise mas, é precisamente o contrário e apresentam menos osteólises. É rico este debate. Criam-se partidários de uma e outra solução, que actuam por vezes de forma ortodoxa e fundamentalista.

Conhecer estes conceitos são importantes para avaliar uma artroplastia do joelho e poder prever as complicações e as sequelas [5].

A prótese total do joelho tem como grande objectivo resolver as graves consequências da pangenartrose primária ou secundária a traumatismos, ou seja, a dor. Contudo, não é uma técnica isenta de riscos e pode apresentar complicações mais ou menos graves que podem afectar a qualidade do resultado funcional.

A avaliação do desempenho da PTJ deve ser rigorosa. O estabelecimento de cotações permitem analisar os resultados da intervenção cirúrgica e seguir a sua evolução ao longo do tempo. Deve ser entendida e de fácil interpretação por todos os intervenientes num processo de avaliação do dano, dano que a grande maioria não tem especialização ortopédica.

No caso da patologia degenerativa do joelho, há diversas tabelas de avaliação funcional. Todas contemplam: dor, mobilidade articular, estabilidade e utilização funcional do joelho.

Dois classificações [3] são comumente utilizadas para avaliar os resultados da prótese do joelho. A classificação do Hospital for Special Surgery de Nova York (H.S.S.), e a da International Knee Society (I.K.S.). Ambas são bastante similares variando sobretudo na cotação e valoração dos parâmetros referidos anteriormente. Adoptei a escala I.K.S. por ser a mais divulgada.

As artroses pós-traumáticas, têm sido alvo de avaliação pericial do dano em Direito Civil e do Trabalho. A gonartrose levanta questões na escolha do tratamento atribuição da imputabilidade que podem gerar discussões pertinentes. As dificuldades de avaliação e estabelecimento do nexa, aumentam em sinistrados jovens com degradação articular e que

inevitavelmente vão conduzir à “*amputação*” da articulação disfuncional e sua substituição por uma artroplastia total. A essa problemática, acresce a questão também necessária relacionada com a durabilidade dos materiais e subsequente necessidade de reintervenções cirúrgicas que prediz o dano futuro. O dano futuro é todo agravamento do dano[1, 7] que pode prever-se como facto comum e habitual. É a regra na evolução do quadro.

Dadas as dificuldades que o perito pode experimentar na avaliação das incapacidade. médico-legais nas artroplastias do joelho e da anca e suas complicações, a presente revisão bibliográfica pretende reflectir e propor orientações.

Aspectos médico-legais na avaliação das incapacidade nas artroplastias totais do joelho.

O joelho é uma articulação que confere estabilidade e mobilidade. Para avaliar médico-legalmente o valor da Défice Funcional Permanente da Incapacidade Físico-Psíquica de uma prótese total do joelho, parece-me razoável atribuir um valor intermédio entre a incapacidade atribuída a anquilose do joelho “*estabilidade máxima*” e instabilidade crónica que obriga a utilização de ortótese “*instabilidade máxima*”.

Nos critérios de avaliação clínica utilizo a escala International Kne Society (I.K.S.) [3] contida entre 0 e 200 pontos. Uma secção avalia o morfológico-funcional (0 e 100 pontos) outra secção de avaliação funcional também varia entre 0 e 100 pontos.

Escala I.K.S Joelho:

- a) Dor: (0 -50 pontos)
- b) Arco de movimento: (0 - 25 pontos) correspondendo a cada 5°, 1 ponto
- c) Estabilidade: (0 -25 pontos)
 - c1) No plano antero-posterior - 10 pontos
 - c2) No plano frontal - Valgo-varo - 15 pontos

Ao valor da soma aritmética, estabelece deduções específicas para:

- d) Flexo (2 - 15 pontos)
- e) Alinhamento no plano frontal (0 - 20 pontos)

Função (Pretende avaliar o comportamento funcional do indivíduo) na:

- f) Marcha (0 - 50 pontos)
- g) Subir e descer escadas (0 - 50 pontos)

Ao valor da soma destes factores, a escala estabelece deduções específicas para:

- h) Auxílio com bengala ou canadianas (5 - 20 pontos)

Critérios clínicos:

Um indivíduo com gonartrose grau IV no pré-operatório tem em média 46-49 pontos /100 e após um ano de aplicação da prótese, passam para um valor médio situado entre 95 e 100/100 nos melhores casos.

Assim, o Défice Funcional Permanente, pode oscilar num valor médio entre os 15 e 25 pontos. Em função da pontuação na escala I.K.S. e entrando em linha de conta com a observação radiológica, a pontuação de incapacidade mínima corresponde a 15 pontos.

As artroplastias obrigam a controlos clínicos com avaliação radiológica. O protocolo de avaliação radiológica seguida na Clínica Mayo (Mayo Clinic Hip Score), adaptado parece-me o mais adequada para adaptar à avaliação na Medicina-Legal.

Organograma radiológico pessoal adaptado: na radiografia do joelho em carga de face e perfil, radiografia de perfil a 25° de flexão e axial das rótulas a 30° observe:

- Alinhamento (não esquecer o valgo femoral fisiológico 5° a 7°)
- Componente tibial (paralelo ao solo e perpendicular ao eixo da tibia)
- Alinhamento rotuliano em dois planos (observe eventual sub-luxação da tibia relativamente ao fémur. A rótula deve estar centrada na garganta troclear e sem desvios)
- Lise (parcial ou total, estável ou evolutiva). A lise evolutiva pode ir até à fractura ou migração dos implantes. Quando se reabsorve o tecido ósseo proximal, a carga da prótese é suportada na extremidade distal. A sobrecarga na região distal da prótese, constitui o principal mecanismo de fractura.
- Imagens de radiolôcência/descolamento (observe as modificações ósseas e zonas de desmineralização e condensação). Os descolamentos são mais frequentes no prato tibial “*stress shielding*” (o facto da prótese suportar a carga, protege o “*shielding*” o osso desta tarefa. As tensões fisiológicas na tibia são alteradas devido a esse efeito e provocam a reabsorção óssea).

Avaliação radiográfica pessoal nas artroplastias totais de joelho:

- a) *Nível 1 - 0 pontos:* Componentes bem posicionados e radiologicamente bem.
 - b) *Nível 2 - 5 pontos:* mau alinhamento de um dos componentes e/ou imagens de radiolucência num dos planos até 2mm (radiologicamente razoável).
 - c) *Nível 3 - 10 pontos:* os restantes casos (radiologicamente maus).
- O factor de majoração é inversamente proporcional à cotação obtida.

Valorização da artroplastia total do joelho sem complicações

- *Déficé Funcional Temporário Total*

Duração média de internamento 5/8 dias. Inicia mobilização passiva em “aparelho artromotor” ao segundo dia pós-operatório. É desejável que à data da alta possa fazer um arco de movimento 80°/90° de flexão e 0° de extensão. Segue-se um período de recuperação no domicílio ainda de grande dependência, com auxílio de canadianas e colaboração de familiares para higiene dos pés e calçar as meias e sapatos; descer e subir escadas pelo menos 6 meses. Considero um período de Déficé Funcional Temporário Total durante 30 dias.

- *Déficé Funcional Temporário Parcial.*

Período de tempo necessário para a estabilização do acto cirúrgico, recuperação funcional e adquirir autonomia. Seis/doze meses como o tempo médio para a estabilização dos resultados.

- *Quantum Doloris.*

Para uma artroplastia primária sem complicações - Considerável.

- *Dano Estético Permanente.*

Para uma artroplastia sem complicações - Ligeiro/Médio.

- *Déficé Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica.*

Situo-o num valor médio 15/25 pontos, consoante a pontuação na escala I.K.S. e avaliação radiológica, pendo para o valor mínimo ou máximo.

- *Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer*

A graduar de acordo com o desempenho. Normalmente não tem grande actividade.

- *Repercussão Permanente na Actividade Profissional*

Dependente da profissão, normalmente exige esforços acrescidos, mas pode ser considerado incapaz.

- *Repercussão Permanente na Actividade Sexual*

Normalmente não tem implicações no desempenho.

- *Dano futuro.*

É previsível e expectável variando na razão inversa da idade.

Complicações das artropastias totais do joelho e implicações médico-legais

São múltiplas as causas que podem conduzir ao fracasso das artroplastias totais do joelho. Podem ser causas gerais e locais. Causas gerais (trombose e trombo-embolia). Causas locais

(infecção, falência mecânica, falência do aparelho extensor, alterações cutâneas, instabilidade, desgaste do implante e dor residual). As complicações nas artroplastias do joelho vão ter enormes implicações na valorização dos Défices Temporários e nos Défices Permanentes.

A infecção é a complicação mais temida. O tratamento com antibioterapia, artrodese ou amputação, apresenta resultados variáveis com a literatura e a experiência e pela sua murosidade. A escolha da prótese a reimplantar obedece a critérios mecânicos consoante o estado ligamentar e o capital ósseo. As sequelas da infecção, implica questões específicas ligadas à função articular e à avaliação médico-legal e o perito nunca poderá falar em data de consolidação mas sim em estabilização.

A falência mecânica por instabilidade articular, fractura óssea ou do implante, também requer uma escolha criteriosa da prótese. A falência do aparelho extensor sendo possível, é pouco frequente mas altamente incapacitante e decisiva para o insucesso da artroplastia.

Os desalinhamentos femoro-patelares tem diversas causas: componente tibial em rotação interna, mau posicionamento do botão rotuliano e patela baixa. São muito invalidantes e dolorosos e a revisão requer planificação adequada.

As fracturas do implante ou fracturas de fadiga, são complicações tardias. O contacto dinâmico das superfícies desgasta e as partículas migram para a interface do implante com o osso. As reacções biológicas dos tecidos devido à presença de corpos estranhos produzem instabilidades da prótese. Esses corpos estranhos são resultantes do metal, cimento ou polietileno e podem desencadear fenómenos de rejeição a esses corpos estranhos. A presença de macrófagos, linfócitos e histiócitos, conduzem ao aumento de citocinas que por um lado estimulam a reacção osteoclástica e por outro diminuem a acção osteoblástica. As partículas de metal cobalto e crómio, são tóxicas para as células. O titânio e o polietileno são fagocitados com posterior produção de citocinas. O período de maior risco corresponde à implantação da prótese, dado que diminui a capacidade imunológica local sem alteração da capacidade geral. A inactivação dos receptores de adesividade entre a bactéria e as células hospedeiras, exige tempo Essa grande adesividade entre o corpo estranho metálico e a bactéria constituindo como que um “*santuário imunológico*”.

O descolamento asséptico, outra complicação frequente das artroplastias, deve-se na maioria dos casos, ao desgaste do polietileno. A formação de partículas subsequente ao desgaste dinâmico das superfícies e consequente migração para a interface da prótese com o osso, atinge os vários componentes tibial, femoral, patelar ou ambos. A conjugação destes factores conduz ao descolamento e à falência da prótese que se traduz radiologicamente por: radiolucência ou imagem radio-transparente na interface prótese-osso. A osteólise é uma

imagem cavitária de lise óssea, que também pode corresponder a má captação das superfícies. É mais frequente nas próteses não cimentadas e é de facto o grande mecanismo responsável pela falência da prótese.

Fracturas do implante na extremidade da haste femoral, resultam da natureza repetitiva e dinâmica dos esforços aplicados à prótese e transmitidos ao osso circundante. O mecanismo de rotura progressivo deve-se à influência de micromovimentos, reabsorção óssea e desenvolvimento de tecido fibroso na interface. Quando as tensões atingem localmente níveis superiores aos do limite de resistência na ligação da interface, a separação do osso da prótese pode ocorrer de imediato. Por outro lado, fendas no cimento que vão aumentando devido à natureza dinâmica das cargas, provoca numa fase mais tardia instabilidade da prótese. Dor, rigidez na flexão ou extensão, rótula baixa ou sub-luxação, são também complicações.

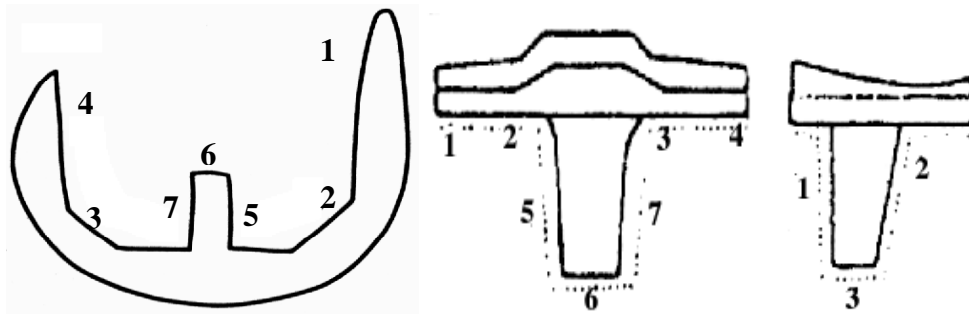
Sempre que aplicamos um implante, “amputamos uma articulação e implantamos num ecossistema próprio um corpo estranho”. Como diz o Sr. Prof. Fernando Judas “*violamos uma articulação*”. Nunca haverá uma artroplastia perfeita para substituir essa “amputação”, que por diferentes motivos pode tornar-se uma articulação altamente disfuncional. Como é fácil de deprender “cada implante que se aplica é como que uma experiência viva cuja duração e futuro não é possível prever com rigor”.

Objectivos da artroplastia do joelho

Objectivo primeiro da aplicação da prótese total do joelho: marcha indolor e sem apoio, tornando um joelho estável sem bloqueios; mobilidade do joelho com um arco de movimento situado num valor médio entre os 0° de extensão e 110° de flexão, descer escadas sem dificuldades (90° são suficientes para subir). Alguns factores podem modificar as expectativas: sobrecarga ponderal, insuficiência venosa, alteração das partes moles (cicatrizes antigas), rigidez pós-operatória (diminuição da flexão/extensão) com graves implicações ao descer escadas.

Sendo o descolamento das artroplastias uma das complicações mais frequentes do joelho, a vigilância anual impõem-se. A análise sistemática da migração é considerado o método mais eficaz de avaliação no sucesso dos implantes. A presença de linhas radiolcentes no plano frontal e sagital, constitui um indicador de que a prótese pode evoluir para o descolamento. É possível através do controlo radiológico, determinar a progressão da instabilidade da prótese: As linhas radiolcentes são monitorizadas e medidas, em sete zonas na tíbia e no fémur. Esta

técnica determina a instabilidade e permite monitorizar e observar o descolamento e a remodelação óssea.



- 1 - Zonas de interesse femoral de perfil
- 2 - Zonas de interesse tibial de face
- 3 - Zonas de interesse tibial de perfil

Dado que a medição destes parâmetros é difícil, arbitro uma escala categorial de três Níveis:

- a) *Nível 1 – 0 pontos*: componentes bem posicionados.
- b) *Nível 2 – 5 pontos*: mau alinhamento de pelo menos um dos componentes e/ou imagem de radiolucência num dos planos > 2mm.
- c) *Nível 10 pontos*: componentes mal posicionados, descolamentos graves, fracturas.

Avaliação das sequelas funcionais em artroplastias com complicações

Quando ocorrem complicações nas artroplastias, todos os parâmetros de caracterização do dano se agravam. Implicam maior sofrimento físico e moral e ao valor base então atribuído (15 a 25 pontos), como vários ítems na devida proporção. Partindo do princípio que numa prótese total do joelho de primeira intenção com 100 pontos na escala I.K.S. e sem alterações radiológicas arbitrei 20 pontos, quando existem complicações, acrescento alguns factores de majoração e utilizo a seguinte metodologia, agrupando as sequelas em três graus:

- “*Moderada/Média*” - complicações ligeiras ou insignificantes.
- “*Grave*” - complicações importantes.
- “*Muito Grave*” - complicações muito sérias.
- “*Sequela Moderada/Média*” - prótese com um índice de funcionalidade, permite subir e descer escadas sem apoio, amplitude de movimento na flexão 100° e extensão 0°, dor ligeira ou esporádica sem recurso a analgésicos, pontuação I.K.S. 90/00 pontos e radiologicamente bem implantada, arbitro uma incapacidade de 15 a 25 pontos.

- “*Sequela Grave*” - o sinistrado refere dores, limitação da flexão inferior a 70° ou flexum inferior a 10°, dores que justifica o uso de analgésicos esporádicos, sinovite, hidrartrose de repetição, perímetro de marcha limitado com ajuda de canadiana ou bengala, sobe e desce escadas com dificuldade, I.K.S. 60 e 80 pontos; mau alinhamento que antevê falência da prótese, valorizo em 30 a 35 pontos.

- “*Sequela Muito Grave*” – o sinistrado caminha dificilmente com auxílio de duas canadianas ou andarilho ou nem consegue, joelho instável doloroso, sinais de infecção, artrodese disfuncional; pontuação I.K.S inferior a 50 pontos; imagem radiográfica de osteólise ou descolamento grave, afundamento em todos os componentes (falência da prótese). Valorizo em 35/40 pontos ou equiparo a amputação pelo joelho.

A variável *dano futuro* tem aqui todo o cabimento dado que permite a reabertura do processo. Se a reabertura dos processo se tornar efectiva, a figura do dano futuro tenderá a desaparecer (o futuro não existe). Parece-me bem a reabertura do processo.

Problemática da coxartrose e artoplastias da anca

A coxartrose é uma afecção articular, caracterizada pela destruição lenta e progressiva da cartilagem articular, acompanhada por hipertrofia e esclerose óssea sub-condral. Mais antiga na terra que o próprio homem, foram encontradas lesões artrósicas em esqueletos de dinossauros e no homem de Java. Estima-se que atinja 5/10 por cento da população [11] e aos 70 anos, 85% dos seres possuam osteoartrose diagnosticável e 100% com alterações radiológicas. A coxartrose manifesta-se quando rompe o equilíbrio fisiológico entre a resistência dos tecidos articulares e a solicitação mecânica.

A coxartrose é um processo degenerativo comum, responsável por incapacidade considerável que se manifesta sob a forma de dor, rigidez e limitação das mobilidades da anca.

A etiologia da coxartrose primária, permanece é incerta [12]. Embora sendo multifactorial, há factores em comum: idade, obesidade, factores hormonais e genéticos, Na coxartrose secundária coexistem vários factores: alterações congénitas, genéticas, doenças auto-imunes e sexualmente transmitidos, traumatismos violentos da anca ou micro traumatismos de repetição, superfícies articulares instáveis, sequelas de fracturas antigas, doenças inflamatórias ou infecciosas.

Para alguns autores, a verdade da osteoartrose não está na cartilagem mas no osso sub-condral que apresentando-se mais rígido e menos depressível expõe a cartilagem às forças de impacto conduzindo à sua destruição. Esta teoria é interessante para efeitos médico-legais.

A dor na virilha é o sintoma principal na coxartrose que irradia pela face anterior da coxa até ao joelho, justificada pela irritação do nervo obturador. Pode confundir-se com ciática, embora a dor nesta patologia normalmente irradie para a região nadegueira. A limitação das mobilidades da anca e claudicação na marcha está presente numa fase mais avançada. O membro posiciona-se em flexão, adução e rotação externa. As rotações são as mobilidades primeiramente atingidas. Se o perito solicitar ao sinistrado que faça elevação do membro inferior deitado a 30° da marquesa, se não conseguir sustê-lo, estamos em presença de patologia da anca com alto grau de probabilidade.

Na observação radiográfica, consoante o grau de coxartrose vamos encontrar: estreitamento da interlinha articular, esclerose óssea sub-condral com localizações diferentes dos osteófitos e gêodes.

Classificação da coxartrose:

- 1- Normal
- 2- Remodelado (osteófitos, esclerose, gêodos)
- 3- Pré-artrose (estreitamento interlinha < 50%)
- 4- Artrose (estreitamento interlinha > 50%)

Coxartrose traumática por simples contusão e imputabilidade médico-legal

A coxartrose traumática subsequente a pequenos traumatismos da anca interessa sobremaneira para a avaliação médico-legal. Evolui clinicamente em três fases.

1. A dor surge imediatamente ou poucas semanas após o traumatismo (curta duração, algumas semanas ou prolonga-se por meses).
2. A dor pode ocorrer um intervalo livre de vários meses (até 5 anos).
3. A dor pode tornar-se crónica na coxartrose instalada ou constituída.

Pierre Lucas [13] propôs um conjunto de condições no sentido de imputar a coxartrose subsequente a simples contusão da coxa sem fractura nem luxação da anca. Passados 15 anos o aparecimento de coxartrose após traumatismo prévio da anca minor, foram aceites por peritos na maioria dos casos [14,15]. Sempre que algumas condições estejam reunidas

independentemente da idade, pode ajuizar-se pelo nexó de causalidade. Imputabilidade da coxartrose [13] por simples contusão directo ou indirecto na coxa:

1. Contusão directa (no grande trocãter); movimento forçado brutal ou choque indirecto violento contra a região inguinal; contusão indirecta (choque do joelho contra o tablier do automóvel ou traumatismo semelhante transmitido através da diáfise femoral).
2. Dor imediata na anca ou diferida mas passageira que alivia com o repouso.
3. Coxartrose somente no lado contundido.
4. Coerência entre o momento do traumatismo e o desenvolvimento da coxartrose.
5. Sujeito indeme de coxopatia (sem factores desencadeantes).

As condições atrás referidas colocam algumas reflexões. A contusão na articulação coxo-femoral indirecta pode passar despercebida num politraumatizado com lesões complexas. O registo de simples equimose na região da anca ou face externa da coxa ou joelho raramente são feitos no boletim clínico ². À entrada do serviço de urgência a dor na anca pode não existir quando o sinistrado está em tracção/suspensão e privado do uso dos membros, ou ser mascarada com lesões mais graves. A dor diferida na região coxo femoral ou no joelho, tem grande valor médico-legal quando surge nos dois meses subsequentes ao traumatismo.

A unilateralidade da coxartrose é o habitual. Excepcionalmente podemos imaginar uma coxartrose após contusão da anca ou joelhos bilateral. Segundo a literatura, poderemos imputar o surgimento de coxartrose subsequente traumatismo minor directo ou indirecto na anca nessas circunstâncias. Difícil é também ao perito ajuizar os agravamentos da coxartrose. Reumatologistas utilizam uma escala funcional para seguimento das coxopatias [16] baseada na; dor, perímetro da marcha, dificuldades na vida quotidiana e desempenho sexual.

Os sinais radiológicos de coxartrose nem sempre traduzem um paralelismo com a dor, pelo que não podem ser decisivos, a não ser naqueles casos de evolução rápida para coxartrose destrutiva pós-traumática. Na coxartrose comum o estreitamento da interlinha articular aumenta 0,22 milímetros por ano em média. O agravamento rápido é raro e corresponde a 1% - 2% das situações [17].

Por defeito de escalas bem estabelecidas, o perito pode recolher junto do médico assistente, local de trabalho, familiares ou amigos dados anteriores ao acidente que permitam reconstituir de forma aproximada a funcionalidade do sinistrado antes do traumatismo.

A evolução natural para coxartrose é geralmente muito lenta. Nas situações duvidosas proponho metade do défice funcional permanente.

² O preenchimento dos registos clínicos raramente está vocacionado para a avaliação médico-legal.

Artroplastia total da anca e suas implicações medico-legais

O conceito de substituição da articulação da anca não é novo. Com efeito, no século passado várias tentativas foram feitas para resolução do problema da coxartrose.

A artroplastia da anca, constitui uma verdadeira revolução na história da Medicina. Antes de atingir a perfeição actual, a artroplastia da anca [18,19,20,21,22,23] foi tentada com interposição muscular, fáschia lata e ouro. Foi de facto Smith-Peterson de Boston em 1939 quem primeiro propôs a interposição de uma cúpula metálica e realizou os primeiros estudos da artroplastia da anca. Fabricou calotes esféricas em ligas de crómio, cobalto e molibdénio. Após as publicações de Venable e Stuck em 1974, o uso destas ligas sofreu um significativo desenvolvimento. Em 1991 Morrey demonstrou a compatibilidade dos tecidos em contacto com o implante.

Inicialmente a prótese de Smith não permitia a correcção de alterações ósseas anatómicas. Um avanço notável na sua funcionalidade deve-se ao aparecimento da endoprótese cervical. Atingem o auge em 1943 com a reconstrução da cabeça femoral. Morrey em 1991 substituiu as ligas de crómio-cobalto por acrílico e levantou outras questões. O acrílico embora não levantasse problemas de biocompatibilidade, sofria um acelerado desgaste devido ao atrito com o acetábulo e descolamentos precoces, conduziram ao seu abandono. Surgiram então as artroplastias intramedulares constituídas por uma haste com um colar que possibilitavam a reconstituição do tecido ósseo circundante. A haste femoral metálica e a cabeça constituída por material sintético sofria um grande desgaste. Para evitar esse inconveniente Christiansen passou a usar cabeças em aço polido em ligas metálicas de crómio-cobalto-molibdénio extremamente resistentes ao desgaste (Morrey, 1991).

O grande desenvolvimento na evolução da prótese total da anca surge em 1970 com Sir John Charnley com o uso de metilmetacrilato para fixação dos componentes, porventura o acontecimento mais relevante. A grande vantagem consistiu na obtenção de boa fixação dos componentes da prótese ao tecido ósseo, evitando os macromovimentos na interface osso-implante. Vários estudos culpabilizaram o cimento pelos efeitos colaterais e como sendo o principal responsável pelos descolamentos.

Os anos 70 foram marcados por uma série de próteses não cimentadas e pela técnica de cimentação de segunda geração. Em 1971 e 1983 (Ring) retomou a investigação. A haste do fémur era fixa no canal por interferência “press-fit” e a cúpula acetabular roscada. Foram usadas as primeiras ligas de titânio no fabrico da haste e plástico na cúpula que resultaram num profundo fracasso. Ring substituiu por ligas de crómio-cobalto que também fracassaram

devido às reacções biológicas produzidas pelas partículas de metal. Finalmente Mckee propõem com êxito a utilização de polietileno para a cúpula acetabular. Resolvida a problemática da fixação, a investigação centrou as suas preocupações na rigidez do material. Tal interesse foi despoletado pelo “stress shielding” que conduzia a reabsorção óssea na região do calcar devido à diferença de rigidez entre a prótese metálica e o osso (Griss et al. 1978). Surgiram assim em 1973 as próteses de Robert Mathys para minorar esse fenómeno. Independentemente do material usado, as complicações mais temidas e comuns das artroplastias da anca continuam a ser os descolamentos. Cada técnica apresenta as suas vantagens e desvantagens. Estima-se que ao fim de 5 anos, 5% das cúpulas cimentadas estão descoladas, aumentando para 10% ao fim de dez anos. Nos implantes biológicos o maior problema reside na dor femural. Daí alguns autores preconizarem as próteses híbridas (acetábulo não cimentado, haste femoral cimentada).

O progresso da artroplastia total da anca será sempre fruto de uma pesquisa inter-disciplinar orientada por quatro objectivos: comportamento osso-implante; reacção do tecido ósseo às solicitações mecânicas; pesquisa de novos materiais; pretensões do doente/sinistrado.

Avaliação clínica e radiológica das artroplastias

Com a crescente aplicação de artroplastias, houve necessidade da comunidade ortopédica falar a mesma linguagem com a finalidade de avaliar os resultados. Em 1988 foi criada uma Comissão de Avaliação em Munique [24] que propôs o IDES³. Posteriormente em 1948 no Congresso da SICOT realizado em Amsterdão, Merled’Aubigné [25] apresentou o sistema de classificação para avaliação da anca baseado em três parâmetros: dor, marcha e mobilidade.

Classificação de Merled’Aubigné

Mobilidade

- _ Todos os movimentos conservados (soma das mobilidades atinge 260°) 6 - pontos
- _ Mobilidades entre 160° e 260° - 5 pontos
- _ Mobilidades entre 100° e 160° - 4 pontos

³ Sistemas de Documentação e Avaliação

- _ Mobilidades entre 60° e 0° - 3 pontos
- _ Mobilidades entre 30° e 60° - 2 pontos
- _ Anquilose da anca em boa posição - 1 ponto
- _ Anquilose da anca em má posição - 0 pontos

Dor

- _ Ausência de dor 6 pontos
- _ Dores ligeiras e intermitentes - 5 pontos
- _ Dores depois da marcha - 4 pontos
- _ Dores vivas mas toleráveis - 3 pontos
- _ Dores na marcha dificultando toda a actividade - 2 pontos
- _ Dores vivas dificultando o sono - 1 ponto
- _ Dores vivas e contínuas - 0 pontos

Estabilidade de marcha

- _ Marcha normal - 6 pontos
- _ Marcha sem bengala ou muleta mas com ligeira claudicação - 5 pontos
- _ Marcha limitada mas sem bengala ou muleta - 4 pontos
- _ Marcha limitada mas com bengala ou muleta - 3 pontos
- _ Marcha com duas muletas - 2 pontos
- _ Marcha com muletas axilares - 1 ponto
- _ Marcha impossível - 0 pontos

Posteriormente surgem novas classificações, nomeadamente a de Harris, que introduziu algumas alterações, sendo hoje a mais divulgada pela comunidade internacional.

Escala de Harris

Dor (44 pontos)

- . Ausente 44 - pontos
- . Ligeira , esporádica, não altera a actividade - 40 pontos
- . Leve, acalma com aspirina - 30 pontos
- . Intensa com grande limitação - 20 pontos
- . Incapacidade absoluta, dor na cama - 0 pontos

Função (47 pontos)

Marcha

- . Claudicação: (não, ligeira, leve, moderada, intensa) - 11 pontos
 - . Ajuda: (nenhuma, bengala para passear, bengala a maior parte do tempo, uma muleta, duas bengalas, duas canadianas) - 7 pontos
 - . Distância caminhada: (limitada, 600metros, 200/300 metros, só em casa, cama/salão) - 11 pontos
- Actividades diárias (14 pontos)
- . Escadas: (com normalidade, com corrimão, dificilmente, impossível) - 4 pontos
 - . Calçar-se: (com facilidade, com dificuldade, impossível) – 4 pontos
 - . Sentar-se: (1 hora em qualquer assento, ½ hora em assento alto, impossível sentar-se cómodo) - 5 pontos.
 - . Acesso ao transporte público: (possível) - 1 ponto
- Grau de mobilidade – pontos x 0,05

Posteriormente, foi publicado pelo Comité IDES-SICOT da Sociedade da Anca na Revista de JBJS em Fevereiro de 1989 [26], um consenso acerca da terminologia clínica e radiológica para avaliar a funcionalidade da anca. A funcionalidade do doente no pré e no pós operatório foram baseados na: qualidade da marcha, dor e mobilidades da anca. A classificação IDES admite 5 parâmetros para a dor e mobilidade.

Para o perito médico-legal, os critérios de avaliação radiográfica são mais objectivos que a avaliação clínica. Os descolamentos podem ser avaliados medindo a migração dos implantes nas radiografias (comparadas com as anteriores) feita sobre um decalque especial. As diferenças ao nível da cúpula traduzem eventuais migrações, desgaste do polietileno e inclinações. As alterações na haste femoral, traduzem eventuais instabilidades.

De facto, quando avalio as artroplastias da anca baseado exclusivamente em elementos clínicos, não há possibilidades de comparar com um indivíduo normal. Contudo, um indivíduo com coxartrose grau IV no pré-operatório tem em média 8-10 pontos em 18 possíveis e passa para 18 passado um ano de aplicação da prótese. Assim, o Défice Funcional Permanente pode oscilar num valor médio entre os 15 e 20 pontos.

Critérios radiológicos [13] para avaliação das artroplastias totais da anca: o doente/sinistrado deve submeter-se a controlos periódicos, sendo que a documentação pós-operatória serve de referência. O desgaste da cúpula caracteriza-se pela ascensão progressiva do centro da cabeça. O desgaste atinge 2 a 3 milímetros [13] ao fim de 10/15 anos. Uma posição alta identifica o desgaste no pólo superior do polietileno.

Critério radiológico de descolamento: imagem radiotransparente completa qualquer que seja a espessura a nível da cavidade cotiloideia. A nível femoral aparecimento de lise radiotransparente evolutiva. As incidência de face da bacia, projecções oblíquas e axiais do acetábulo, aumentam a sensibilidade para a observação do descolamento. Procurar também modificação da posição dos componentes que traduzem a migração e pesquisar pequenas fracturas no cimento.

Critérios de suspeição de descolamento: lise evolutiva 6 meses após a intervenção cirúrgica; hipodensidade focal do acetábulo ou da interface metal-osso; reabsorção endosteal da cortical femoral do cimento; deslocamento vertical ou horizontal da cúpula ou migração da haste femoral com a mobilização forçada; fractura dos componentes da prótese.

Cotação radiológica pessoal: sabendo da dificuldade na aplicabilidade e utilização das escalas referidas, estabeleci uma metodologia própria para simplificar e objectivar os resultados nas artroplastias. Na radiografia da bacia com coxo-femorais de face avalio:

- Orientação dos componentes, cimentação, dismetria (valorizo superior a 0,5cm).
- Comportamento da interface/osso (imagens de radiolocência/descolamento)
- Analiso lises (parciais ou totais, estáveis ou evolutivas)
- Observo (migração dos componentes, modificações ósseas, zonas de desmineralização e condensação. A reabsorção do tecido ósseo a nível do calcar transfere as cargas da prótese para a extremidade distal e são uma ameaça real de fractura.

Utilizo uma escala com o máximo de 10 pontos assim distribuídos:

- a) “Nível 1 - 0 pontos” implantes correctamente posicionados
- b) “Nível 2 - 5 pontos” mau alinhamento de um dos componentes e/ou imagem de radiolucência num dos planos até 2mm
- c) “Nível 3 - 10 pontos” restantes casos (descolamentos graves, luxações)

Elementos orientadores para valorizar a artroplastia total da anca

- *Défi ce Funcional Temporário Total*

Tempo médio de internamento 5/8 dias. Iniciar levante às 24 horas. Ao 2º dia marcha com apoio de canadianas. Segue-se um período de recuperação no domicílio ainda de grande dependência. Em média 3 semanas

- *Défi ce Funcional Temporário Parcial.*

Período de recuperação no domicílio ainda de grande dependência (evitar sentar-se em cadeiras baixas ou cruzar as pernas; colocar suporte na sanita para ficar mais elevada; dormir com almofada entre as pernas até ao 6º mês pós-operatório; entrar e sair da cama pelo lado bom sempre com almofada entre as pernas; quando dormir de lado, dormir para o lado bom; para calçar objectos no chão utilizar pega auxiliar; pedir colaboração a familiar para higiene dos pés e calçar as meias e sapatos; ao descer e subir escadas deve colocar as duas canadianas no degrau pelo menos 2 meses).

Trata-se pois de período de tempo necessário para a estabilização do acto cirúrgico e para o sinistrado adquirir autonomia. As preocupações relativas à substituição total da anca deverão ser cumpridas durante toda a vida em todas as actividades da vida diária, incluindo as relações sexuais. São necessários seis a doze meses para estabilização do quadro.

- *Quantum Doloris.*

Para uma artroplastia primária sem complicações - Considerável.

- *Défi ce Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica.*

Situa-o num valor médio entre 15/20 pontos que varia em função da clínica (escala Harris ou Merle d'Aubigné) e pontuação radiológica.

- *Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer*

Variável com o desempenho individual (normalmente não praticam)

- *Repercussão Permanente na Actividade Profissional*

O seu enquadramento deve ser feito de acordo com o desempenho e profissão, sendo certo que nas profissões que exijam trabalhar de cócoras, sentar-se baixo e subir e descer andaimes, está contra indicada.

- *Dano Estético Permanente.*

Relaciono com as características da cicatriz e da marcha. Para artroplastia sem complicações - Ligeiro/Médio.

- *Repercussão Permanente na Actividade Sexual*

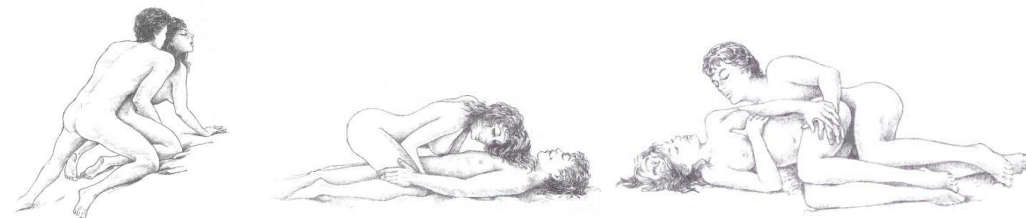
A grande maioria dos sinistrados é capaz de retomar segura e agradavelmente as relações sexuais, após a substituição da anca. Os sinistrados cuja função sexual já estava comprometida antes de serem operados devido à dor e à dificuldade de mobilização da anca, normalmente, após a cirurgia deixam de ter dor e ficam com maior capacidade de movimentação. No entanto, são necessárias algumas semanas antes de se sentir confortável para o poder fazer.

Geralmente é seguro retomar as relações sexuais, aproximadamente seis semanas após a cirurgia, tempo necessário para que a ferida operatória e os músculos envolventes da anca recuperem. Se recuperar depressa será capaz de retomar mais cedo, desde que não tenha dor. As precauções relativas à substituição total da anca deverão ser cumpridas durante todas as actividades de vida diária, incluindo as relações sexuais.

Deve respeitar as posições recomendadas nas ilustrações seguintes:



Posições a evitar: flexão excessiva da anca (o joelho próximo do tórax), adução (a perna próxima do centro do corpo) e a rotação interna (os dedos do pé voltados para dentro). A maioria dos sinistrados, preferem retomar as relações sexuais numa posição passiva, por baixo. Esta posição requer menos energia. Quando a sua anca estiver recuperada poderá retomar um papel mais activo. Depois de alguns meses, os doentes podem retomar a actividade sexual em qualquer posição confortável.



- *Dano futuro.*

É previsível e expectável, variando na razão inversa da idade.

Complicações das artroplastias totais da anca

São múltiplas as causas que podem contribuir para o fracasso [27,28,29,30] das artroplastias totais da anca. Podem ser complicações precoces ou tardias: luxações, fracturas, descolamentos, infecção...

- A luxação é uma complicação comum. Ocorre sobretudo no período pós-operatório, sendo que o mau posicionamento dos componentes é a causa primeira.

- As fracturas são mais frequentes nas próteses de revisão no fémur. Janelas para remoção do cimento ou rimagem exagerada do canal fragilizam a cortical. A não solicitação óssea da haste femoral, provoca uma desmineralização óssea a nível do calcar “stress-shielding”.

- Os descolamentos resultam de factores biomecânicos ou biológicos. A relação entre a lise e o poder de fixação não é perfeitamente clara. Hodgkinson [31] demonstrou que as cúpulas acetabulares sem demarcação, estavam sólidamente fixadas. Por outro lado, 94% de todos os implantes acetabulares que apresentavam uma lise radiotransparente completa qualquer que fosse a espessura descolada, todas as cúpulas estavam migradas. A extensão da lise é considerada um critério mais importante que a espessura. O autor conclui que há uma relação directa entre a lise radiológica e o descolamento da cúpula acetabular. Uma lise radiotransparente contínua qualquer que seja a espessura é um diagnóstico virtual de descolamento. Seja qual for a explicação, o resultado prático traduz-se por uma reabsorção trabecular da interface cimento/osso e interposição de membrana. A resposta macrofágica ao polietileno, provoca reabsorção óssea. Num estudo realizado [32] sobre próteses com 15 a 20 anos de evolução, observam-se 32% de cúpulas com sinais de descolamento e 22,5% com migração. Protusões acetabulares graves ou descolamentos provocam graves destruições do fundo do acetábulo.

A libertação de partículas tem sido a grande preocupação para os diferentes materiais e a corrosão na interface cabeça-colo, pode originar rotura dos componentes. A osteólise provoca erosão endosteal focal, resultante de partículas de desgaste do polietileno, metal, ou cimento. A dificuldade de revisão das próteses cimentadas é universalmente reconhecida. A perda de capital ósseo é das complicações mais frequentes. O resultado da cirurgia não será tão mau se for realizada em tempo útil. A extracção do cimento é tarefa difícil e pode levar o cirurgião a ter que efectuar gestos difíceis e perigosos, destruindo o pouco e fraco suporte ósseo. Janelas ósseas fragilizam o fémur e aumentam as hemorragias.

Os defeitos acetabulares podem ser: segmentares, periféricos, centrais, cavitários, do rebordo superior, anterior e posterior. A reconstituição com suporte ósseo adequado para o implante protésico é a condição indispensável para que a durabilidade da artroplastia.

Classificação de Chandler para as perdas de substância óssea do acetábulo.

1. Perda de substância do rebordo (anterior, superior, posterior)
2. Perda de substância intra-cotiloideia da parede
3. Protusão do muro interno
4. Perfuração do muro externo
5. Perda de substância combinada.

Restabelecer o centro de rotação da cabeça é o grande objectivo da reconstrução do acetábulo para oferecer melhor qualidade de vida ao sinistrado. No preenchimento dos grandes defeitos segmentares e cavitários são utilizados enxertos ósseos alógenos. Graves perdas de substância óssea no fémur proximal tentam o cirurgião na procura de osso de melhor qualidade distalmente. Wagner em 1991 desenvolveu uma prótese da haste longa não cimentada cuja estabilidade é suportada na diáfise em zona de “osso saudável”. O fémur fragilizado pode ser reforçado por enxerto e cerclages.

Uma outra técnica mais elegante foi desenvolvida por Ling d’Exeter em 1984. Após extracção do cimento, encontramos um terreno árido de osso fragilizado. A esclerose óssea contra-indica a cimentação directa. O enxerto em grânulos é colocado e impactado ao longo do canal atrofico e é introduzida uma haste ligeiramente sobredimensionada. Após a impactação, cimenta-se definitivamente a prótese sobre o enxerto.

É difícil e ilusório avaliar radiologicamente a consolidação dos enxertos. Será sempre da responsabilidade do cirurgião aconselhar ao paciente os cuidados pós operatórios. Carga total será sempre desaconselhada 6/8 semanas se o doente colaborar.

O prognóstico das revisões totais da anca à distância depende da capacidade de osteo-integração dos enxertos e fixação. A sobrevida é inferior à cirurgia de primeira intenção e os sucessos são sempre relativos. Para Charnley, a duração da cirurgia de revisão na anca aos 10 anos de sobrevida é 50%. O prognóstico nas cirurgias de múltiplas revisões piora substancialmente a sobrevida.

Valorização das sequelas nas artroplastias da anca com complicações

Quando surgem complicações nas artroplastias totais da anca, todos os parâmetros de caracterização citados na artroplastia primária terão que ser agravados, uma vez que implicam maior sofrimento físico e moral.

Factores de majoração na artroplastia total da anca com complicações:

- Se o sinistrado refere dores, limitação das mobilidades na flexão inferior a 70° ou flexum inferior a 10°, anca dolorosa com recurso esporádico a analgésicos, perímetro de marcha limitado com ajuda de canadianas, sobe e desce escadas com dificuldade, pontuação de na escala de Merle d’Aubigné 13 a 15 pontos e mau posicionamento de um dos componentes o que faz pressupor falência da prótese a médio/longo prazo, valorizo em 25 pontos.
- Se o sinistrado marcha dificilmente com duas canadianas ou marcha impossível, anca instável e muito dolorosa sinais inflamatórios, (Girdestone doloroso), uso continuado de

analgésicos, Se a anca é muito dolorosa com uso continuado de analgésicos, pontuação na escala de Merle d'Aubigné inferior a 10 pontos, imagens radiográficas de osteólise/descolamento muito graves (falência da prótese), valorizo em 35-45 pontos. Pontualmente por analogia equiparo a amputação pala coxa.

Conclusão

Como nenhuma ciência se basta a si própria, o papel do perito é essencial e fundamental para um bom desempenho da Justiça. O perito médico é o Arquitecto da decisão do Juiz. Se a Justiça é lenta, em parte se deve ao perito. Se o perito avalia incorrectamente as sequelas, não exijam “justiça” ao juiz.

No que respeita à percentagem da valorização medico-legal nas artroplastias totais do joelho e da anca em Direito de Trabalho, não me merece nenhum reparo em especial. O mesmo não direi em relação à valorização dos défices nas artroplastias totais do joelho e da anca em Direito Civil. A tabela em Direito Civil, não é específica em relação aos Défices Funcionais Temporários e Permanente.

Escreveu um dia Franklin Roosevelt “o grau de maturidade democrática de uma sociedade, pode aferir-se pela forma como trata os seus deficientes, isto é, aquelas pessoas que são portadoras de qualquer tipo de dano corporal. Como os nossos sinistrados merecem o melhor, através de um organograma pessoal pretendo dar um pequeno contributo para uma avaliação mais justa. Os valores aqui propostos são resultantes da minha experiência clínica na Unidade do Joelho e da Anca dos Hospitais da Universidade de Coimbra e da minha participação no Gabinete Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Coimbra.

Organograma pessoal para avaliar a artroplastia total do joelho

- Défice Funcional Temporário Total - 30 dias.....
- Período de Défice Funcional Temporário Parcial - 180/365 dias.....
- Período de Repercussão Temporária na Actividade Profissional Total fixável em 180/365 dias.....
- *Quantum doloris* fixável no grau 5/7.....

- Déficit Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica fixável em 15/25 pontos e admito a existência de Dano Futuro
- Repercussão Permanente na Actividade Profissional: as sequelas descritas que deram origem ao Déficit Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica na PTJ, embora sendo variável, normalmente implicam esforços acrescidos ou incapacidade para a profissão.....
- Dano Estético Permanente fixável no grau 2/7.....
- Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer – dependente do grau de desempenho. Normalmente não se aplica.....
- Repercussão Permanente na Actividade Sexual - normalmente sem implicações com o desempenho
- Ajudas medicamentosas: tratamentos de fisioterapia e analgésicos em SOS.....

Organograma pessoal para avaliar a artroplastia total do joelho com complicações

- Déficit Funcional Temporário Total - aos 30 dias base como os restantes períodos
- Período de Déficit Funcional Temporário Parcial - aos 365 dias base, como os períodos necessários para o tratamento das complicações
- Período de Repercussão Temporária na Actividade Profissional Total: normalmente é total ou exige esforços acrescidos.....
- *Quantum doloris* fixável no grau 6/7: dependente dos tratamentos e evolução
- Déficit Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica – 35/45 pontos sendo de admitir Dano Futuro.....
- Repercussão Permanente na Actividade Profissional: dependendo da profissão, normalmente está incapaz para o desempenho ou exige esforços acrescidos
- Dano Estético Permanente fixável no grau 3/7 - dependente das cicatrizes e características da marcha (claudicante)
- Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer: normalmente não aplica.....

- Repercussão Permanente na Actividade Sexual: normalmente sem implicações
- Ajudas técnicas permanentes: pode necessitar analgésicos em SOS, auxiliares de marcha e tratamentos de fisioterapia

Organograma pessoal para avaliar a artroplastia total da anca

- Défice Funcional Temporário Total - 30 dias.....
- Período de Défice Funcional Temporário Parcial - 180/365 dias.....
- Período de Repercussão Temporária na Actividade Profissional Total - 180/365 dias.....
- *Quantum doloris* - 5/7.....
- Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica: 15/25 pontos, sendo de admitir a existência de Dano Futuro
- Repercussão Permanente na Actividade Profissional: as sequelas descritas que deram origem ao Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica, de acordo com o desempenho, pode ser incapaz ou exigir esforços acrescidos
- Dano Estético Permanente grau 2/7
- Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer - normalmente não aplico.....
- Repercussão Permanente na Actividade Sexual: grau 4/7.....
- Ajudas técnicas permanentes: canadianas; adaptação do domicílio (elevador de sanita); tratamentos de fisioterapia e analgésicos em SOS.....

Organograma pessoal para avaliar a artroplastia total da anca com complicações

- Défice Funcional Temporário Total - (aos 30 dias base da artroplastia primária, como os restantes períodos de internamento)
- Período de Défice Funcional Temporário Parcial - 365 dias base, acrescidos do tempo necessário para a estabilização

- Período de Repercussão Temporária na Actividade Profissional Total - aos 365 dias base, somo os períodos de tratamento necessários para tratamento das complicações...
- *Quantum doloris* fixável no grau 6-7/7.....
- Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica fixável em 35/45 pontos e admito a existência de Dano Futuro
- Repercussão Permanente na Actividade Profissional: as sequelas descritas que deram origem ao Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica - normalmente implicam esforços acrescidos ou incapacidade para a profissão
- Dano Estético Permanente fixável no grau 3/7, podendo variar de acordo com as cicatrizes e características da marcha
- Repercussão Permanente nas Actividades Desportivas e de Lazer ?/7, dependente das actividades, mas normalmente não tem cabimento
- Repercussão Permanente na Actividade Sexual - 5/7.....
- Ajudas técnicas permanentes: analgésicos em SOS; meios auxiliares (canadianas); adaptação do domicílio, local de trabalho ou veículo (elevador de sanita)

Uma pausa

De quando em vez, por uma necessidade imperiosa de sobrevivência, refugio-me nesse meu mundo Transmontano de criança. E são tão raros esses momentos que habitam o meu pensamento, em que ribeiros, plátanos, rouxinóis, madressilvas, libelinhas, gaiteiros..., possuem o exacto tamanho dos pensamentos, que sinto uma vontade imensa e humilde de ajoelhar-me diante de tanta e tão miracolosa perfeição. Sejam (quais forem) os momentos, são sempre bons antes da linguagem dos anjos ou dos poetas. Eu parto à procura do silêncio...

Ao longo do tempo, mudei alguns conceitos de vida pessoal e profissional, também o desempenho de perito incluído, naturalmente. A rigidez dos conceitos são bons mas se aplicados na pedra. No ser humano, o conceito de rigidez deve ser diferente.

Enquanto cidadão participativo e como “perito” dos sinistrados, devo fazer tudo o mais simplesmente possível, mas não mais simplesmente que isso, para que alguém os ouça. Não porque eu tenha vontade que ouçam os sinistrados, mas por vontade ou desejo dos

verdadeiros sinistrados que foram “injustiçados”. Aqui fica o meu apelo... aqui fica por interposta pessoa a recusa de aceitação... recusa não em aceitar orientações, mas recusa na eventual revolta que irá dentro do sinistrado quando foi mal tratado nos serviços da seguradora, eventual indiferença do perito perante tamanho sofrimento... E não deixa de ser curioso...quando procuro a revolta nos sinistrados apenas encontro resignação...nenhum sinistrado reivindicou o direito a ser esclarecido da sua desvalorização...

Na vida, caminhamos muito e reflectimos pouco. É preciso parar e reflectir!...raramente pensamos no que temos ou naquilo que somos, mas naquilo que nos falta. Choramos constantemente o que já terminou e não nos felicitamos, porque aconteceu.

O momento da “observação clínica” que eu vivo e para onde caminha, não é um momento que particularmente me entusiasme. Também já me habituei a tudo aquilo que é humano é estranho. Tenho as minhas reservas quanto ao que acontece se é por uma boa razão. No fundo, a vida do sinistrado pode ser como desenhar uma sombra sem lápis. Tal como eles “sinistrados”, também me habituei a ser pouco exigente com a vida, pois os melhores momentos podem ocorrer quando menos esperamos. Como sustentava Goett “o amor não são prazeres breves e localizados mas uma vocação de força ardente”.

Qualquer artroplastia, será sempre uma solução de compromisso risco/benefício, que substituiu uma articulação amputada. Tenho para comigo, por melhor e mais justa que seja a valorização de uma sequela dessa natureza, será sempre preferível ser perito com articulação, a sinistrado com artroplastia.

Referências bibliográficas

1. Albuquerque M. Revista Portuguesa do Dano Corporal. Novembro; 1995; Ano IV Nº 5.
2. Aubriot JH. Classification des prothèses du genou. Conception des prothèses articulaires: Expansion Scientifique Française; 1993; ISBN: 2-7046-1409-1.
3. Aubriot JH. Évaluation fonctionnelle des résultats de la chirurgie du genou. Pathologie du genou de l'adulte: Expansion Scientifique Française; 1992; ISBN: 2-7046-1400-8.
4. Insall JN. Knee arthroplasty: then, now, and tomorrow. Current Concepts in primary and revision total knee arthroplasty: Lippincott - Raven; 1996.
5. Insall JN, Haas SB. Complications of total knee arthroplasty. Surgery of the Knee: Churchill Livingstone; 1993; ISBN: 0-443-08734-2.
6. Moreland JR. Mechanisms of failure in total knee arthroplasty. Clin Orthop. 1988; 226: 49-64.
7. Oliveira e Sá F. Clínica Médico-Legal da Reparação do dano Corporal em Direito Civil 1992 nº. 59740/92 APADAC
8. Marin, A.; Le Préjudice Professionel. Journal de Méd. Légale - Droit Médical, 29 - 6, 465.
9. Nicourt, B.; Fournier, C.; (1984). Le Préjudice Professionel. Dans le cadre du Droit comum. Revue Francaise du Damage Corporel, 10, 361.
10. Lucas, P.; Brochier, J.; Castaux, P.; Minez, R.; Tehman, M.; (1984). Principes Médico-Légaux en matière d'endoprothèses. Revue Francaise du Damage Corporel, 10, 348.
11. Cassan P., Lequesne M., La necrose de la tête fémoral par contusion et ses problèmes médico-légaux. Rev. Franc. D.C. (JERM), 1983, 87-94.
12. Ficat P. Idiopathic bone osteonecrosis of the femoral head. J. Bone Joint Surg., 67 B, 3-9, 1985.
13. Lucas P. La Hanche traumatique. Volume 2, 1995 Editions Juridoc, Bruxelles 427-435.
14. Floquet J., Application des critères d'imputabilité de Lequesne et Cassan en matière de coxopathie pós-contusive. A propos d'une expertise judiciaire civile. Mémoire pour l'attestation d'études universitaires de réparation juridique du dommage corporel. Collège de Méd. légale, fac. Alexis Carrel, Lyon, 1990.
15. Gédéon P., Mazières B., Ficat P., Un nouveau modèle d'arthrose expérimental: la contusion du cartilage. Étude expérimentale et clinique. Ver. Rhum. Mal. Ostéoartic., 1978.
16. Lequesne M., Sanson M., Gérard P., Méry C., Indices algofonctionnelles pour le suivi des arthroses de la hanche et du genou. Ver. Rhum. Mal. Ostéoartic., 1990.
17. Maldague B. Malghem J., Le diagnostic radiologique de la nécrose aseptique post-traumatique de la tête fémoral. Acta Orthoped. Belg., 1984, 50, 324-342.
18. Adamsbaum C., Assoun J.; Bernageau J., Cartillier J. C., Chevrot, Vanel D., L'Imagerie ostéo-articulaire pos-thérapeutique. Getroa, Opus XIX, Sauramps Médical, 1992.
19. Jasty M. J., Floyd W. E., Shiller A. L., Goldring S. R., Harris W. H., Localized osteolysis in stable, non-septic total hip replacement. J. Bone and Joint Surg. 68^A: 912-919, 1986.

20. Lemaire R. faut-il cimenter les prothèses ? In: *“La coxartrose”* Journées 4 et 5 décembre 1992. Département d'Orthopédie Traumatologique AHIE. Université Libre de Bruxelles.
21. Mansat C., Blaimont P. Trente ans d'expérience dans l'arthroplastie de la hanche. In *“La coxartrose”* Journées 4 et 5 décembre 1992. Département d'Orthopédie Traumatologique AHIE. Université Libre de Bruxelles.
22. Montagne P. les prothèses totales de hanche: historique, modèles et problèmes actuels. Petit lexique. In L'Imagerie oséoarticulaire pós-thérapeutique. Getroa Opus XIX, 57-63, 1992.
23. Muller M. E.. Lessons of 30 years of total hip arthroplasty. Clin. Orthop. 228, 12-21, 1988.
24. Muller M. E. et. Al., Report of the SICOT Standing Committee on Documentation and Evaluation, IDES 1993, International Orthopaedics Supplement (1995).
25. Augigné M., Traitement chirurgical de la coxarthrie. SICOT 4^o Congrès, Amsterdam, 1984; 240-247.
26. Johnston R. C. Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. J. Bone Joint Surg. 1990 72-A: 161-168.
27. Arama T., Andre S., et Postel M. Les luxations de prothèses totales. In *“Arthroplastie totale de hanche”*. Postel M., Kerboul M., Evrard J., Courpied J. P., Springer Verlag, Edit. 78-80, 1985.
28. Charnley J., low friction arthroplasty of the hip. Springer Verlag Editor.
29. Anderson G.B.J., Freeman M.A.R., Swanson S.A.V. Loosening of the cemented acetabular cup in total hip replacement. J. Bone and Joint Surg. 54B, 590-599, 1972.
30. Dussault R.G., Goldman A.B., Ghelman B. Radiologic diagnosis of loosening and infection in hip prostheses. J. Can. Assoc. Radiol. 28: 119-123, 1977.
31. Hodgkinson J. P., Shelley P. Wroblewski B. M. The correlation between the roentgenographic appearance and operative findings at the bone-cement junction of the socket in Charnley low friction arthroplasties. Clin. Orthop. 228: 105, 1988.
32. Wroblewski B. M. 15-21 year results of the Charnley low-friction arthroplasty, Clin. Orthop. 211: 30, 1986.