



**UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**CARLOS ALBERTO MARQUES PEREIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DA LESÃO ORTOPÉDICA NOS ACIDENTES DE  
VIAÇÃO. ANÁLISE, GESTÃO E FIABILIDADE NA REPARAÇÃO DO  
DANO EM DIREITO CIVIL NA APLICAÇÃO DA TABELA NACIONAL  
DE INCAPACIDADES.**

**COIMBRA**

**2010**





**UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**CARLOS ALBERTO MARQUES PEREIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DA LESÃO ORTOPÉDICA NOS ACIDENTES DE  
VIAÇÃO. ANÁLISE, GESTÃO E FIABILIDADE NA REPARAÇÃO DO  
DANO EM DIREITO CIVIL NA APLICAÇÃO DA TABELA NACIONAL  
DE INCAPACIDADES.**

Dissertação de candidatura apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de  
Coimbra, para obtenção do grau de Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

**Orientadora:** Professora Doutora Maria Cristina de Mendonça

**COIMBRA**

**2010**

*Se soubermos que um obstáculo é intransponível, deixa de ser um  
obstáculo para se tornar um ponto de partida.*

*(József Eotvos)*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Universo, que sempre conspirou para que eu realizasse os meus desejos.*

*À Professora Doutora Maria Cristina de Mendonça, da Faculdade de Medicina de Coimbra, pela sua inextinguível amizade, inestimável orientação, apoio, incentivo e exemplo profissional, sem o qual, certamente, este trabalho não teria sido possível. As suas críticas, sugestões e conselhos, reveladores do profundo conhecimento da Medicina Legal e Ciências Forenses, em muito contribuíram para a valorização deste trabalho, a minha sincera gratidão.*

*Ao Senhor Professor Doutor Duarte Nuno, coordenador do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal.*

*Ao Professor Doutor Francisco Corte Real, director da Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, quero agradecer pela confiança em mim depositada, para que pudesse consultar todos os processos em arquivo nos vários Gabinetes Médicos Legais e compilasse os dados essenciais para a elaboração desta Tese.*

*Ao Professor Doutor Francisco Costa Santos, director da Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, quero agradecer, de igual modo, pela confiança em mim depositada, para que pudesse consultar todos os processos em arquivo no Gabinete Médico Legal de Faro.*

*Aos Senhores Coordenadores dos Gabinetes Médico Legais de:, Aveiro, Leiria, Faro, Figueira da Foz e Delegação do Centro, nas pessoas da Dra. Susana, Dra. Luísa Cortesão, Dra. Conceição Roubaco, Dra. Rosário Lemos e Dra. Graça Santos, pela viabilidade do estudo, através da autorização concedida para a aplicação do instrumento de colheita de dados.*

*Um franco agradecimento, de igual modo, a todos os funcionários dos Gabinetes Médico Legais, de Aveiro, Leiria, Faro, Figueira da Foz e Delegação do Centro, que me acolheram de forma sempre simpática e familiar, colaborando ainda no solucionar das mais diversas situações.*

*À amiga Zélia Pedrosa, quero dizer um bem-haja, pela amizade, carinho, disponibilidade e orientação que me proporcionou. O apoio no tratamento estatístico dos dados e a elaboração da estrutura deste trabalho muito me ajudaram na concretização desta tese.*

*A tantos outros amig@s que ainda falta mencionar porque acabei de me aperceber que não são poucos e são todos bons. Há coisas que não precisam ser ditas para se saberem, seja esta uma delas.*

*Obrigado por tudo.....*

## RESUMO

A frequência e violência crescente dos acidentes de viação e o aumento da longevidade humana têm sido factores responsáveis para que a traumatologia e as doenças do foro ortopédico sejam das patologias mais frequentes na prática clínica diária.

O conceito médico-legal de “lesão”, segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), compreende “toda a alteração do equilíbrio bio-psico-social”, que se ajuste á doutrina consignada no Código penal em vigor.

A reparação do dano corporal inscreve-se num capítulo moderno da Medicina Legal que surgiu na sequência de uma das epidemias deste século: o acidente de viação. Este flagelo ocasiona para além de muitos mortos, um número de feridos ainda maior, com sequelas geradoras de grandes e variadas incapacidades. Pela sua natureza socioeconómica, este capítulo do Direito Médico e da Clínica Médico-Legal potencia uma riqueza multidisciplinar que vai desde as premissas jurídicas, que modelam a doutrina da reparação civil do dano corporal, até às múltiplas especialidades médicas envolvidas nas situações concretas do dano. E não interessa apenas tratar adequadamente as vítimas dos acidentes de viação( facultando-lhes uma terapêutica adequada à situação de deficiência transitória), mas também interessa intervir, de forma conhecedora e esclarecida, na justa reparação do dano.

Assim, como parte dos requisitos para a conclusão do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses pela Faculdade de Medicina de Coimbra, foi elaborada uma Dissertação intitulada “Caracterização da lesão ortopédica nos acidentes de viação. análise, gestão e fiabilidade na reparação do dano em direito civil na aplicação da tabela nacional de incapacidades”. Essa dissertação baseou-se na recolha de dados referentes a examinados observados nos gabinetes médico-legais de Aveiro, Faro, Figueira da Foz , Delegação do Centro e Leiria entre 2006 e 2009.

Esta tese constitui não só um momento de enriquecimento individual pela constante reflexão que implica e ter sido um ponto de partida para um conhecimento aprofundado da temática em estudo, mas também constitui um projecto de grande importância no campo forense.

A finalidade primordial deste estudo, pretende ser a comparação da I.P.G. (Incapacidade Permanente Geral), nos anos de 2006-2007e 2008-2009, atribuída aos examinados observados

no âmbito dos exames médico legais de avaliação de dano corporal em Direito civil nas vítimas, de acidentes de viação por choque frontal e de atropelamento, nos locais atrás referidos.

Este estudo passou por três etapas fundamentais, a citar;

- primeiro procedeu-se à consulta de relatórios periciais de avaliação de dano corporal em Direito Civil

- posteriormente , efectuou-se um estudo descritivo desses processos onde foi aplicado o protocolo experimental, como instrumento de recolha de informação

- por fim foi feita a caracterização da vítima de acidente de viação , atendendo as variáveis:

( *gabinete médico-legal, ano civil, sexo, idade, profissão à data do acidente, data do acidente, profissão actual, lesão resultante do acidente, sequelas relacionadas com o acidente, nexo de causalidade, data de consolidação, queixas actuais, quantum doloris, I.P.G, dano futuro, rebate profissional, dano estético, prejuízo de afirmação pessoal, prejuízo de afirmação sexual, data exame final.*)

Assim verificou-se a existência de seiscentos e vinte e oito casos que foram estudados, dos quais 83,8% vítimas de acidentes de viação por choque frontal e 16,2% vítimas de atropelamento.

O género masculino representa 71,1% que contrasta com 28,9% do género feminino.

O grupo etário que mais se salientou com 43%, foi o que se encontra no intervalo de [20-40] anos.

O grupo profissional em evidência é o que se encontra no grupo dos Trabalhadores não Qualificados com 30,4% do total da amostra.

Em relação à caracterização da lesão ortopédica definimo-la de; Lesão ortopédica Tipo 1-A, Tipo 1-B, Tipo 2-A, Tipo 2-B, Tipo 2-C e Tipo 3.

No que se refere à sequela foi caracterizada em; score I, score II ,score III.

Em relação ao acidente de viação temos um total de 25,7% com examinados com lesão Tipo 1-B e sem lesão com 0,2%.

No que respeita ao atropelamento temos examinados com, lesão Tipo 1-B com 33,3% e lesão Tipo 3, com 28,4%

No que se refere à I.P.G. surge-nos uma multiplicidade de valores, face ao qual se atribuíram intervalos de variação que vão de [0-10 [ até ao valor mais elevado no intervalo de [70-80 [.

No âmbito da classificação do Quantum Doloris foi encontrado o valor da escala mais atribuído, o grau 5 (considerável).

Quanto ao rebate profissional o item mais atribuído com 75,8%, foi “Esforços Acrescidos”.



No âmbito do Direito Civil, e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, valoriza-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 examinando.

Como anexo II, o Decreto nº 352/2007 de 23 de Outubro, introduz na legislação nacional uma Tabela Nacional para Avaliação de incapacidades Permanentes em Direito Civil, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, consubstanciado na aplicação de uma tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física.

## **ABSTRAT**

The raising frequency and violence of the traffic accidents and the increasing human longevity are factors that wake traumatology and orthopedic diseases the most frequent pathologies in the daily clinical practice.

The Medical- Legal concept of “lesion”, according to the word Ealth Organization includes every distend of the bio-psico-social balance that adjusts to the doutrine rulled in the present Penal Code.

The body damage repair is subscribed in a modern chapter of the Legal Medicine, whiah has been created to respond to one of the century’s epidemy; the traffic accident.

This flagelo gives origin to many deaths and to a biggen number of wounded, creating sequells with big and varied inhabilities. By ist social economic nature this Meddical Law and Clinical Medico Legal chapter potenciates a multidisciplinary wealth that goes from juridical assumptions, which modelam the doctrine of the civil repair of the body damage.

It’s not only important to treat well the traffic accident victims, giving them proper treatment adjusted to the situation of transitory deficiency, but also to intervene in a knowing and clarifying way so to give a fair repair.

In that way, as part of requisits for the conclusion of the Legal Medicin and Forensic Science Mestry, by the Faculty of Medicine of Coimbra,was created a dissertation named” Characterization of the orthopedic lesion in the traffic accidents ,analysis, management and reliability in the repair of the damage in civil right, in the application of the national board of disaebilities”,for those examined on the medical- legal offices of Aveiro, Faro, Figueira da Foz, and Center Delegation and Leiria, between the years 2006-2009.

This thesis constitute not only a moment of individual enrichment, by the constant reflection that implies and being a starting point for a deeper knowledge of the theme in study, but so also constitutes a project of great importance in the forence field.

The aim of this study is to compare the General Permanent Diseability (GPD) during the years of 2006 – 2007 and 2008 – 2009, assigned to the individuals examined by the forensic in Civil Law in traffic accidents by front collision and running over.

This study has had three important steps, such as :

- Evaluation of the corporal damage pericial reports in Civil law.
- Descriptive study of those reports with the experimental protocol as an instrument of data collection.
- Traffic accident victims caracterization is atending to the following

steps:

-forensic office, civil year, gender, age, occupation at the time of the accident, date of the accident, current occupation, effects of the accident, cause of the accident, date of consolidation, current complains, quantum doloris, GPD, future damage, aesthetic damage, loss of personal and sexual affirmation and final exam date.

There were six hundred twenty-eight cases studied, from which 83,8% were victims of front collision and 12,2% of run over.

The male gender represents 71,1% and 28,9% for female gender.

The age group more important, with 43% had aged between 20 and 40 years old.

The professional group that stands in top are the “non qualified workers”, with 30,4% of the total of the sample.

The orthopedic lesion was defined as Tipe 1-A, tipe 1-B, tipe 2-A, tipe 2-B, tipe 2-C and tipe 3.

The sequel was categorised in score I, score II and score III.

In the frontal collision there were 25,7% of individuals with tipe 1-B lesion and only 0,2% without lesion and 28,4% of tipe 3 lesion.

In the GPD there are multiple breaks that go from 0 and 10 till the highest value break between 70 and 80.

In the quanto doloris classification the step 5 was the most awarded.

In the professional consequence the most value was 75,8% “Increased effort”.

In Civil law the general permanent disability is valued, the incapacity to do the daily actions, marking later and in supplement its result of the specific professional activity of the individual.

As anexo II, the Decret n° 352/2007 of 23 of October, places in the National Legislation a National Table for Permanent Disability Avaluation in Civil law creating a proper avaluation instrument in this specific law domain, consolidating in the application of a medical table with specific value for evaluation and pointing the disability results from changes of the psycho-physical integrity.

## **SIGLAS**

CNP – Classificação Nacional de Profissões

Grupo 1 – Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa

Grupo 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas

Grupo 3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário

Grupo 4 – Pessoal Administrativo e Similares

Grupo 5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores

Grupo 6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas

Grupo 7 – Operários, Artífices e Trabalhadores Similares

Grupo 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem

Grupo 9 – Trabalhadores Não Qualificados

BMJ – Boletim do Ministério da Justiça

CPE – Ciático popliteo externo

ACIP - Advisory Committee on Immunization Practices

ASHSP - American Society of Health-System Pharmacists

FFAMCE - Federação Francesa de associações de médicos-conselheiros peritos em avaliação do dano corporal

TIC – Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil

CEREDOC - Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal

I.P.G.- Incapacidade Permanente Geral

I.T.G.T.- Incapacidade Temporária Geral Total

I.T.G.P. Incapacidade Temporária Geral Parcial

I.T.T.P Incapacidade Temporária Profissional Total

## ÍNDICE

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	21
1 - INTRODUÇÃO .....	22
2 - HISTÓRIA CLÍNICA .....	24
2.1 - Anamnese .....	24
2.2 - Exame Físico .....	25
2.3 - Exames Auxiliares de Diagnóstico .....	25
3 - DOR.....	26
3.1 - Localização.....	26
3.1.1 <i>Dor local</i> .....	27
3.1.2 <i>Dor irradiada</i> .....	27
3.1.3 <i>Intensidade</i> .....	27
3.2 - Tipo .....	28
3.2.1 <i>Dor óssea</i> .....	28
3.2.2 <i>Dor articular</i> .....	28
3.2.3 <i>Dor muscular</i> .....	28
3.2.4 <i>Dor mecânica</i> .....	28
3.2.5 <i>Dor inflamatória</i> .....	29
4 - DEFORMIDADES.....	29
5 - IMPOTÊNCIA FUNCIONAL.....	29
6 - CLAUDICAÇÃO.....	30
6.1 - Por dor.....	30
6.2 - Por deformidade .....	30
6.3 - Por impotência funcional .....	31
7 - TRAUMATOLOGIA - CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	32
DEFINIÇÃO E CONCEITOS.....	32
7.1 - Fractura .....	32
7.1.1 <i>Fractura diafisária</i> .....	32
7.1.2 <i>Fractura metafisária</i> .....	32
7.1.3 <i>Fracturas fisárias</i> .....	33
7.1.4 <i>Fractura articular</i> .....	33
7.1.5 <i>Fractura fechada</i> .....	34
7.1.3 <i>Fractura exposta (aberta)</i> .....	34
7.2 - Luxação .....	35
7.2.1 <i>Luxação(total)</i> .....	35
7.2.2. <i>Sub-luxação.</i> .....	36
7.2.3. <i>Entorse</i> .....	36
7.3 - Causas de Fracturas.....	37

7.3.1	Traumatismo .....	37
7.3.2	Por fadiga ou sobrecarga .....	37
7.3.3	Patológicas .....	38
7.4	- Tipos de Fracturas .....	38
7.4.1	Fractura em ramo verde .....	38
7.4.2	Fractura por compressão ou esmagamento .....	39
7.4.3	Fracturas por avulsão ou arrancamento .....	40
7.5	- Tipo de traço de fractura das diáfises .....	40
7.5.1	Fracturas transversais .....	40
7.5.2	Fracturas oblíquas ou espiróideias .....	41
7.5.3	Fracturas multi-esquirolosas ou cominutivas .....	41
7.6	- Consolidação das fracturas .....	42
7.6.1	Fase de hematoma .....	42
7.6.2	Fase de proliferação celular susperióstica e endóstica .....	43
7.6.3	Fase de calo .....	43
7.6.4	Fase de consolidação .....	43
7.6.5	Fase de remodelação .....	44
8	- DIAGNÓSTICO DAS FRACTURAS .....	44
8.1	- Natureza do acidente .....	45
8.2	- Localização do traumatismo .....	45
8.3	- Localização e intensidade da dor .....	45
8.4	- Limitação funcional .....	45
9	- CLASSIFICAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES .....	46
9.2	- Articulações cartilagosas .....	46
9.3	- Articulações sinoviais .....	47
9.3.1	- Articulações planas .....	48
9.3.2	Articulações esferóide .....	49
9.3.3	Articulações cotiloídes .....	50
9.3.4	Articulações em bisagra .....	50
9.3.5	Articulações condiloídes .....	51
9.3.7	Articulações trocoídes .....	51
9.3.8	Articulações em sela de montar .....	52
10	- Consolidação óssea .....	52
10.1	Características histológicas do calo .....	53
10.1.2	Consolidação primária .....	53
10.1.3	Consolidação secundária .....	54
10.1.4	- A indução .....	55
10.2	- Cura .....	55
	ACIDENTES DE VIAÇÃO - DANO CORPORAL .....	56
	A PERSPECTIVA MEDICO - LEGAL .....	56
	1 - PARÂMETROS DE DANOS EM DIREITO CIVIL .....	60

2 - TERMINOLOGIA MÉDICO - LEGAL.....	63
2.1 - Conceito de lesão em medicina legal.....	63
2.2 - Conceito de “doença”.....	64
2.3 - Sequela.....	64
2.4 - Agravamento.....	67
2.5 - Nexo de causalidade.....	67
2.6 - Cura.....	69
2.7 - Consolidação.....	69
2.7.1 <i>Consolidação Óssea</i> .....	70
2.8 - Estabilização.....	70
2.9 - Atrofia Muscular.....	70
2.10 - Rigidez Articular.....	71
2.11 - Anquilose.....	71
2.12 - Disfuncional.....	71
2.13 - Artrodese.....	72
2.14 - Algodistrofia.....	72
2.15 - Pseudartrose.....	73
2.16 - Calo Vicioso.....	73
2.17 - Aptidões Funcionais.....	74
2.18 - Deficiências.....	74
2.19 - Responsabilidade Civil.....	74
2.20 - Concausas.....	75
2.21 - Incapacidade Temporária.....	75
2.22 - Dor.....	76
2.23 - Dano estético.....	76
2.24 - Rebate profissional.....	77
2.25 - Prejuízo de afirmação pessoal.....	78
2.26 - Prejuízo sexual.....	78
2.27 - Dano futuro.....	79
3 - RESPONSABILIDADE DO PERITO MÉDICO – LEGAL.....	80
4 - METODOLOGIA DO INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL I.P.....	81
4.1 - Informação.....	81
4.2 - Conclusões preliminares.....	82
4.3 - Discussão.....	83
4.4 - Conclusões.....	85
5 - TABELA DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES PERMANENTES EM DIREITO CIVIL.....	86
5.1 - Evolução histórica.....	86
5.2 - O surgir da Tabela Europeia.....	90
5.3 - Vantagens/desvantagens das tabelas em Direito Civil.....	93
PARTE II - OBJECTIVOS.....	96
OBJECTIVOS.....	97

PARTE III- METODOLOGIA.....	98
MATERIAL E MÉTODOS .....	99
1 - METODOLOGIA .....	99
1.1 - Tipo De Estudo .....	100
1.2 - Objectivos Do Estudo .....	100
1.3 – População Alvo e Amostra do Estudo.....	101
1.4 - Variáveis em Estudo e as suas Dimensões.....	102
1.5 - Questões Éticas relacionadas com o Processo De Investigação .....	103
1.6 - Tratamento Estatístico.....	105
RESULTADOS .....	106
CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS RESULTADOS.....	106
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	175
CONCLUSÕES .....	186
PARTE IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192
ANEXOS .....	239

ANEXO 1-FOLHA DE RECOLHA DE DADOS - PROTOCOLO

ANEXO-2-FOLHA COM DADOS DE GRUPOS PROFISSIONISIS SEGUNDO (CNP)

ANEXO 3 – FOLHAS COM DADOS DA EQUIVALÊNCIA DAS LESÕES ORTOPÉDICAS

ANEXO 4- – FOLHAS COM DADOS DA EQUIVALÊNCIA DAS SEQUELAS ORTOPÉDICAS

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELA COMISSÃO COORDENADORA DO CONCELHO CIENTIFICO E COMSSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA PARA ELABORAÇÃO DA TESE

ANEXO 6 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 7- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE MÉDICO LEGAL DE FARO

ANEXO 8- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE

ANEXO 9- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE MÉDICO LEGAL DE LEIRIA

ANEXO 10- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NA DELEGAÇÃO DO CENTRO DO I.N.M.L.I.P

ANEXO 11- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO EXMO SENHOR DIRECTOR DA DELEGALÃO DO SUL DO I.N.ML.I.P.  
MÉDICO LEGAL DA FIGUEIRA DA FOZ



## INDICE GRAFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de examinandos Gabinete Médico-Legal/Total .....	107
Gráfico 2 - Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal.....	108
Gráfico 3 - Percentagem de Examinandos/Sexo/Total.....	108
Gráfico 4 - Percentagem de Examinandos/Grupo Etário/Total.....	110

## INDICE FIGURAS

Figura 1 – Fractura diafisária .....	32
Figura 2 – Fractura fisária .....	33
Figura 3 – Fractura articular.....	33
Figura 4 – Fractura fechada.....	34
<b>Figura 5</b> – Fractura exposta (aberta) .....	34
<b>Figura 6</b> – Luxação .....	35
<b>Figura 7</b> – Subluxação.....	36
<b>Figura 8</b> – Entorse .....	36
<b>Figura 9</b> – Traumatismo de alta energia.....	37
<b>Figura 10</b> – Fractura por fadiga ou sobrecarga .....	37
<b>Figura 11</b> – Fractura patológica(Osteosarcoma) .....	38
<b>Figura 12</b> – Fractura em ramo verde da metafise distal dos ossos do antebraço .....	39
<b>Figura 13</b> – Fractura por compressão ou esmagamento .....	39
<b>Figura 14</b> – Fractura por avulsão ou arrancamento .....	40
<b>Figura 15</b> – Fracturas transversais.....	40
<b>Figura 16</b> – Fracturas oblíquas ou espiróideias.....	41
<b>Figura 17</b> – Fracturas segmentares.....	42
<b>Figura 18</b> – Fracturas multi-esquirolosas ou cominutivas .....	42
<b>Figura 19</b> – Consolidação de fractura – Fase de hematoma.....	42
<b>Figura 20</b> – Consolidação de fractura – Fase de proliferação celular susperióstica e endóstica.....	43
<b>Figura 21</b> – Consolidação de fractura – Fase de calo.....	43
<b>Figura 22</b> – Consolidação de fractura – Fase de consolidação.....	44
<b>Figura 23</b> – Consolidação de fractura – Fase de remodelação .....	44
<b>Figura 24</b> – Sincondrose.....	47
<b>Figura 25</b> – Articulação sinfise .....	47
<b>Figura 26</b> – Articulação plana .....	49
<b>Figura 27</b> – Articulação esferóide .....	49
<b>Figura 28</b> – Articulação em bisagra .....	50
<b>Figura 29</b> – Articulação condiloide.....	51
<b>Figura 30</b> – Articulação trocoide.....	51
<b>Figura 31</b> – Articulação em sela de montar.....	52
<b>Figura 32</b> – Consolidação primária .....	54
<b>Figura 33</b> – Consolidação secundária .....	54
<b>Figura 34</b> – Sequelas anatómicas .....	65
<b>Figura 35</b> – Sequelas funcionais .....	66
<b>Figura 36</b> – Sequelas estéticas.....	66
<b>Figura 37</b> – Rigidez de articulação/disfuncional.....	72
<b>Figura 38</b> – Artrodese .....	72
<b>Figura 39</b> – Algodistrofia.....	73
<b>Figura 40</b> – Pseudartrose.....	73
<b>Figura 41</b> – Calo vicioso .....	74

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Diferentes parâmetros de danos em Direito Civil.....	60
Tabela 2 - N.º Examinando/Gabinete Médico-Legal/Ano .....	106
<b>Tabela 3</b> - N.º Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal.....	107
<b>Tabela 4</b> - N.º Examinandos/Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal.....	109
<b>Tabela 5</b> - N.º Examinandos/Grupo Etário/Sexo.....	110
<b>Tabela 6</b> - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente .....	111
<b>Tabela 7</b> - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Gabinete Médico-Legal .....	112
<b>Tabela 8</b> - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Sexo .....	113
<b>Tabela 9</b> - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Grupo Etário .....	114
<b>Tabela 10</b> - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Ano .....	115
<b>Tabela 11</b> - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Gabinete Médico-Legal/Ano .....	116
<b>Tabela 12</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal/ Tipo de Acidente/Ano .....	117
<b>Tabela 13</b> - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Sexo/Ano .....	118
<b>Tabela 14</b> - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Tipo de Lesão/Ano .....	119
<b>Tabela 15</b> - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo1-A 1-B/I.P.G./Ano .....	120
<b>Tabela 16</b> - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo2-A 2-B 2-C/I.P.G./Ano .....	122
<b>Tabela 17</b> - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo 3/I.P.G./Ano.....	123
<b>Tabela 18</b> - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Sem Lesão/I.P.G./Ano .....	123
<b>Tabela 19</b> - N.º Examinandos/Atropelamento/ Tipo Lesão/I.P.G./Ano .....	125
<b>Tabela 20</b> - N.º Examinandos/Tipo de Sequelas/Tipo de Acidente/ Ano.....	126
<b>Tabela 21</b> - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Tipo de Sequela .....	128
<b>Tabela 22</b> - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional.....	131
<b>Tabela 23</b> - Gabinete Médico-Legal – N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Ano .....	137
<b>Tabela 24</b> - N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Tipo de Sequela .....	138
<b>Tabela 25</b> - Lesão Tipo 1-A N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano...	139
<b>Tabela 26</b> - Lesão Tipo 1-B N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano ...	140
<b>Tabela 27</b> - Lesão Tipo 2-A N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano...	141
<b>Tabela 28</b> - Lesão Tipo 2-B N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano ...	142
<b>Tabela 29</b> - Lesão Tipo 2-C N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano ...	143
<b>Tabela 30</b> - Lesão Tipo 3 N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano .....	144

<b>Tabela 31</b> - Sem Lesão N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano .....	145
<b>Tabela 32</b> - Lesão Tipo 1-A N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano .....	146
<b>Tabela 33</b> - Lesão Tipo 1-B N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano.....	147
<b>Tabela 34</b> - Lesão Tipo 2-A N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano .....	148
<b>Tabela 35</b> - Lesão Tipo 2-B N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano.....	150
<b>Tabela 36</b> - Lesão Tipo 2-C N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano.....	151
<b>Tabela 37</b> - Lesão Tipo 3 N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano.....	153
<b>Tabela 38</b> - Sem Lesão N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano .....	154
<b>Tabela 39</b> - N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Quantum Doloris/Ano .....	156
<b>Tabela 40</b> - N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/Rebate Profissional/Ano .....	158
<b>Tabela 41</b> - N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano.....	159
<b>Tabela 42</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Aveiro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano .....	160
<b>Tabela 43</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Delegação do Centro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano .....	161
<b>Tabela 44</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Faro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano... 162	
<b>Tabela 45</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Figueira da Foz)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano .....	163
<b>Tabela 46</b> - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Leiria)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano 164	
<b>Tabela 47</b> - N.º Examinandos/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano .....	166
<b>Tabela 48</b> - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Aveiro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano.....	168
<b>Tabela 49</b> - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Delegação do Centro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano.....	170
<b>Tabela 50</b> - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Faro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano.....	172
<b>Tabela 51</b> - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Figueira da Foz)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano.....	173
<b>Tabela 52</b> - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Leiria)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano.....	174

## **PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA**

## 1 - INTRODUÇÃO

A frequência e violência crescente dos acidentes de viação e o aumento da longevidade humana têm sido factores responsáveis para que a traumatologia e as doenças do foro ortopédico sejam das patologias mais frequentes na prática clínica diária.

A especialidade médico-cirúrgica que se dedica ao estudo e tratamento das afecções do sistema musculo - esquelético é designada por ortopedia e Traumatologia.

A ortopedia e traumatologia representam o ramo da medicina que se ocupa do estudo, desenvolvimento, conservação e restabelecimento da morfologia e da função das extremidades, da coluna vertebral, bem como das estruturas anatómicas associadas.

O termo “Ortopedia” foi introduzido pela primeira vez no glossário médico por Nicolas Andry, em 1741, no seu livro “Orthopedia ou l’art de prevenir et corriger dans les enfants les defformités du corps”. Esta palavra corresponde à união de dois vocábulos gregos “orthos” que significa direito, sem deformidade, e pais “paidés”, que significa criança.

Andry reproduziu no seu livro uma árvore ligada a uma estaca: esse desenho representa o símbolo da ortopedia, em todo o mundo. Por seu turno “Traumatologia”, palavra de origem igualmente grega, envolve as lesões dos tecidos provocadas por agentes mecânicos, geralmente de causa externa.

Em meados do sec.xx, a ortopedia era pouco mais do que um nome em muitos países, uma vez que as poucas intervenções cirúrgicas que começam a efectuar-se e o nível do Aparelho Locomotor, tinha lugar nos serviços de cirurgia geral .Todavia,a Ortopedia e a traumatologia registaram um desenvolvimento notável, condicionadas por acontecimentos históricos que aceleraram o seu curso a primeira e a segunda guerra mundial afirmando-se, então, como uma especialidades médico-cirúrgicas autónomas, com um território de acção próprio e em contínua evolução<sup>324</sup>.

Os ossos, as articulações e os músculos integram o sistema Musculo-Esquelético, o qual, por um lado, desempenha importantes funções de suporte e protecção do organismo e, por outro, incluiu um sistema de alavancas cujo mecanismo de acção está sujeito às mesmas leis da mecânica. Esses elementos constituem uma unidade do ponto de vista ontogénico, biológica e funcional.

O tecido ósseo não é mais do que uma forma especializada de tecido conjuntivo, constituído por células e por uma matriz extra celular, de natureza sólida, uma vez que esta possui a propriedade de mineralizar.

Quando lesados, os ossos têm capacidade regenerativa, ou seja, o processo de reparação óssea é efectuado através de formação do osso novo e não pela formação de tecido fibroso.

Por outro lado, o sistema Esquelético, enquanto sistema de alavancas, é accionado por músculos, que são os órgãos activos do movimento, mercê dos impulsos ou ordens que recebem do sistema nervoso, através da sua enervação.

Este conjunto constitui uma perfeita unidade funcional que é conhecida pelo nome de Aparelho Locomotor.

Para alcançar o diagnóstico das doenças que afectam o sistema Musculo – esquelético, torna-se necessário colher uma série de dados objectivos e subjectivos que, uma vez analisados no seu conjunto, podem permitir a determinação da natureza concreta do processo mórbido em

causa. Para isso, é recomendado conseguir uma história clínica rigorosa, de forma a evitar a omissão de dados no estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica.<sup>324</sup>

## **2 - HISTÓRIA CLÍNICA**

Recomenda-se conseguir uma história clínica rigorosa, sistematizada, por ordem cronológica, de forma a evitar a omissão de dados que poderão ter a maior importância no estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica.

Assim sendo, a investigação clínica deve incluir:

- Anamnese ou interrogatório (identificar, história da doença actual, antecedentes pessoais e familiares);
- Exame físico ou objectivo,
- Exames auxiliares de diagnóstico (imagiológicos, laboratoriais, biópticos e outros meios de exploração).

### **2.1 - Anamnese**

O interrogatório deve decorrer num clima de confiança e respeito mútuo procurando identificar, desde logo, o motivo principal das queixas da doente.



Torna-se conveniente precisar quando, como e em que circunstâncias começou a manifestar-se a afecção principal.

No motivo da consulta pode estar relacionado com um ou vários dos seguintes sintomas ou sinais: dor, deformidade, impotência funcional e claudicação.

## **2.2 - Exame Físico**

Feita e registada a anamnese, procede-se ao exame físico da região afectada. A exploração física requer um ambiente tranquilo e deve ser realizado com um mínimo de roupa, respeitando, no entanto, o pudor do doente.

No exame físico é útil e clássico seguir uma ordem: inspecção; palpação e percussão; determinação das mobilidades articulares; medição do perímetro e comprimento dos membros; avaliação da potência muscular; avaliação da postura corporal e das suas alterações, exploração da marcha e das suas manifestações patológicas.

## **2.3 - Exames Auxiliares de Diagnóstico**

Conseguida uma anamnese e uma exploração física minuciosas e completas, torna-se possível discutir várias hipóteses de diagnóstico e estabelecer a causa mais provável da afecção/afecções em causa, ou seja, o diagnóstico provisório, o qual deve ser confirmado ou excluído com base nos resultados dos exames complementares de diagnóstico.

Em Ortopedia e Traumatologia, os exames auxiliares de diagnóstico mais frequentemente usados incluem exames imagiológicos: radiografias; tomografia axial computadorizada

(TAC); ressonância magnética nuclear (RMN); ecografia; cintigrafia osteo-articular; densiometria óssea. Exames laboratoriais: gerais, do líquido articular e microbiológicos. Exames biópticos: biópsia óssea, dos tecidos moles e da membrana sinovial. Outros meios de exploração: exames electrofisiológicos e artroscopia<sup>324</sup>.

### **3 - DOR**

Representa o sintoma mais frequente.

Na presença de um quadro doloroso, há que investigar a sua localização, intensidade, tipo carácter, as circunstâncias do seu aparecimento, duração e horário, irradiação, relação com os movimentos e o repouso, a sua resposta favorável ou não aos medicamentos.

A dor pode surgir de forma brusca, no caso de uma fractura traumática, ou ser gradual e insidiosa, como acontece nas afecções articulares de tipo degenerativo – artrose.

#### **3.1 - Localização**

A localização da estrutura ou estruturas anatómicas lesadas que originam a dor constituem um dos maiores problemas de semiologia.

### ***3.1.1 Dor local***

O doente refere dor no mesmo local onde se encontra a causa desencadeante. Trata-se de uma dor concreta e precisa.

Dor referida: a dor é referida num local diferente, embora, geralmente, próxima daquele onde actuou o agente desencadeante. É uma dor imprecisa, mal definida.

### ***3.1.2 Dor irradiada***

Neste caso, a dor estende-se pelo território enervado pelo tronco nervoso que se encontra comprometido pelo agente desencadeante. Apresenta-se como uma dor superficial, com uma distribuição topográfica bem definida e que corresponde às áreas de enervação das raízes afectadas.

### ***3.1.3 Intensidade***

O limiar da sensibilidade à dor varia de pessoa para pessoa, tornando-se difícil comparar as manifestações dolorosas referidas por diferentes doentes. Todavia, as variações da intensidade da dor que ocorrem na evolução de uma afecção, no mesmo doente, são de valorizar. Por outro lado, o estado psicológico do doente influencia, também, a intensidade da dor. Ainda assim, não é raro encontrar em pacientes com problemas laborais, manifestações subjectivas de dor que não encontram justificação, tanto nos resultados objectivos obtidos na exploração física quanto nos exames complementares de diagnóstico (simuladores).

## **3.2 - Tipo**

Pode-se estabelecer três diferentes padrões de tipo de dor.

### ***3.2.1 Dor óssea***

É uma dor constante, surda, intensifica-se, geralmente, durante a noite.

### ***3.2.2 Dor articular***

Está relacionada com a mobilização da articulação afectada, alivia com o repouso e com adopção de posturas antálgicas. A sua intensidade aumenta no início do movimento.

### ***3.2.3 Dor muscular***

Está relacionada com a contracção do músculo afectado sem que, para isso, seja necessário uma mobilização articular.

### ***3.2.4 Dor mecânica***

Pode surgir de manhã, ao acordar, mas é de curta duração, intensifica-se com a marcha, ao fim do dia, e com a sobrecarga articular. Alivia com o repouso e com a medicação e não perturba o sono ao doente, uma vez encontrada a posição antálgica

### **3.2.5 Dor inflamatória**

Intensa ao acordar, por vezes prolonga-se por toda a manhã e à noite, obriga o doente a levantar-se da cama uma ou mais vezes. Não alivia com o repouso e pode ceder incompletamente aos analgésicos e anti - inflamatórios.

## **4 - DEFORMIDADES**

A deformidade, estável ou progressiva, é entendida como uma alteração da anatomia morfológica que pode conduzir a uma alteração da função.

Deve ser valorizada a localização da deformidade, uma vez que, de acordo com as estruturas envolvidas, pode ser melhor ou pior tolerada, tanto do ponto de vista funcional como cosmético ou psicológico.

## **5 - IMPOTÊNCIA FUNCIONAL**

O sistema Músculo-esquelético, entendido como um sistema de alavancas, constituído por um braço da alavanca (osso), um ponto de apoio (articulação) e um sistema produtor de força (músculo), está sujeito a lesões localizadas em qualquer destes níveis. Assim sendo, a impotência funcional ou a limitação da mobilidade articular podem ter origem na falência

mecânica do braço da alavanca, do ponto de apoio ou do sistema produtor da força. Ainda assim, a dor pode também dar lugar a uma inibição motora reflexa que, por sua vez, origina uma impotência funcional, apesar da integridade estrutural do sistema.

## **6 - CLAUDICAÇÃO**

A claudicação ou marcha anormal é a expressão da presença de um ou vários dos fenómenos descritos anteriormente. Assim, pode haver claudicação por dor, por deformidade ou por impotência funcional.

### **6.1 - Por dor**

A claudicação antálgica causa uma alteração no ritmo do passo, com inclinações do tronco para o lado afectado, uma vez que o tempo de apoio sobre a extremidade dolorosa está encurtado.

### **6.2 - Por deformidade**

A claudicação segue modelos bem definidos em relação ao tipo de deformidade, surgindo uma “marcha saudando” ou por outro lado uma “marcha de Trem de Lenburg”.

### **6.3 - Por impotência funcional**

Por exemplo, numa paralisia do nervo ciático poplíteo externo (CPE) observa-se uma marcha em “ste ppage”, com queda ou arrastamento do pé.

Apesar de dispormos, actualmente, de uma maioria de tecnologias científicas para comprovar de forma precisa o diagnóstico, não é menos verdade, porém, que existem situações nas quais não é possível encontrar uma causa que justifique as preocupações ou o sofrimento do doente. Isso deve-se, em grande parte, à complexidade dos fenómenos biológicos e, em consequência, ao conhecimento do médico que é limitado.

Por isso, adjectivos como “funcional”, “histérico” ou “psicogénica” não devem subverter a nossa capacidade para encontrar um diagnóstico. Ao contrário, devem servir como estímulo para tentar alcançar uma interpretação mais acertada do problema, levando em conta que o doente é um todo bio-psico-social.

Temos consciência de que a prática da Medicina continua a ser uma arte: a arte de saber atender, de saber entender e de saber tratar os doentes.

## 7 - TRAUMATOLOGIA - CONSIDERAÇÕES GERAIS

### DEFINIÇÃO E CONCEITOS

#### 7.1 - Fractura

Uma fractura constitui uma rotura, pela perda total ou parcial da continuidade do tecido ósseo ou cartilágneo, devido, geralmente, a uma causa violenta. Por outro lado, a cura da mesma, consiste na restauração da estrutura do tecido original, de forma a readquirir as propriedades biomecânicas que o tecido tinha, antes da fractura ocorrer.

##### 7.1.1 *Fractura diafisária*

É uma fractura que envolve o segmento intermédio dos ossos longos



**Figura 1** – Fractura diafisária

##### 7.1.2 *Fractura metafisária*

É uma fractura que envolve as extremidades dos ossos longos sem compromisso da superfície articular



### ***7.1.3 Fracturas fisárias***

As fracturas que envolvem a cartilagem de crescimento ou fise, são designadas de fracturas fisárias.



**Figura 2** – Fractura fisária

### ***7.1.4 Fractura articular***

É uma fractura que envolve a superfície articular de uma articulação.



**Figura 3** – Fractura articular

### **7.1.5 Fractura fechada**

Uma fractura denomina-se fechada quando a pele está intacta ou, se existem feridas, estas são superficiais e não comunicam com o foco de fractura.



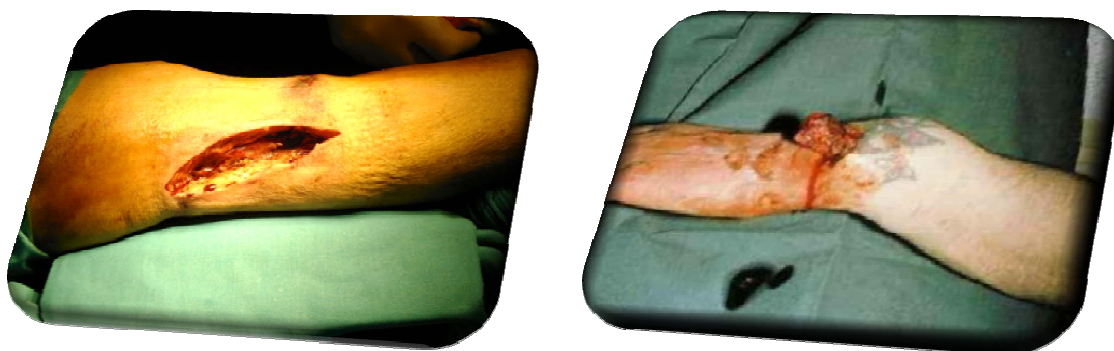
**Figura 4** – Fractura fechada

### **7.1.3 Fractura exposta (aberta)**

Uma fractura denomina-se exposta quando existe uma ferida que comunica com a fractura. Nestas fracturas, o risco de infecção é grande, dada a possibilidade de contaminação por microrganismos provenientes do exterior.

#### **Luxação**

É uma situação clínica em que existe uma perda completa de contacto entre as superfícies articulares de uma articulação.



**Figura 5** – Fractura exposta (aberta)

## 7.2 - Luxação

### 7.2.1 Luxação(total)

É uma lesão em que, concomitantemente, existe fractura e luxação.



**Figura 6** – Luxação

### **7.2.2. Sub-luxação.**

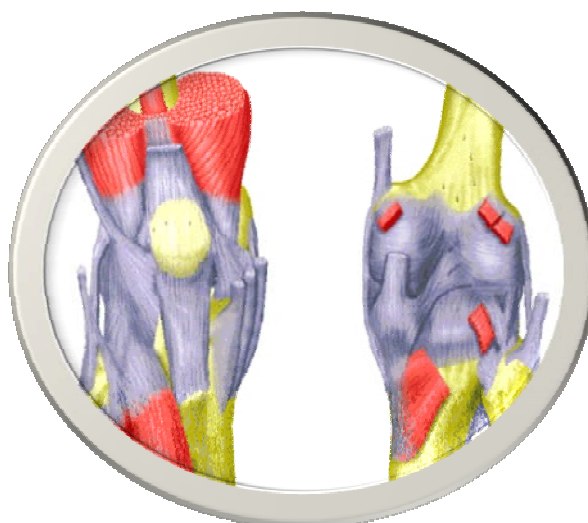
Subluxação é uma situação clínica em que não existe congruência entre as superfícies articulares, no entanto a perda de contacto é parcial.



**Figura 7** – Subluxação

### **7.2.3. Entorse**

Entorse é uma entidade clínica em que há rotura incompleta ou parcial de um ligamento ou conjunto de ligamentos de uma articulação, não afectando, por isso, a sua estabilidade.



**Figura 8** – Entorse

## 7.3 - Causas de Fracturas

### 7.3.1 Traumatismo

Quando são produzidas por um traumatismo brusco (violento) exercido sobre um segmento ósseo de forma directa ou indirecta.



**Figura 9** – Traumatismo de alta energia

### 7.3.2 Por fadiga ou sobrecarga

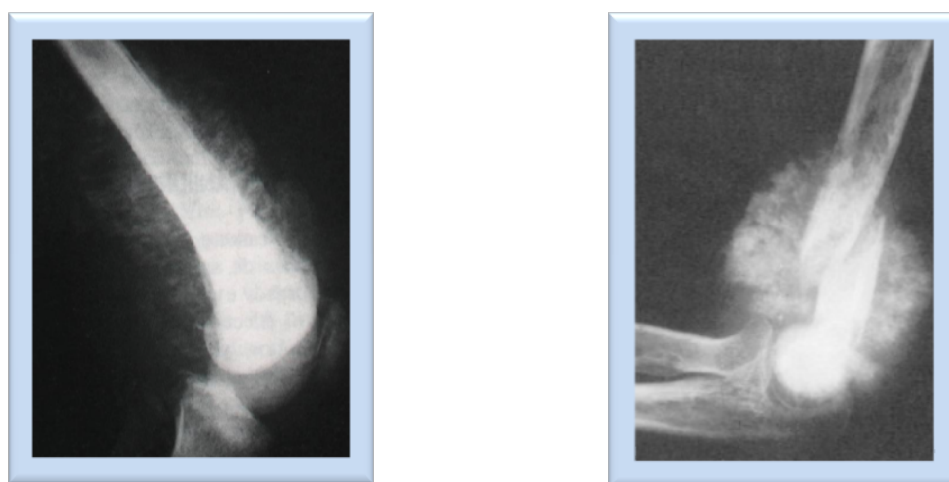
Quando são produzidas por esforços repetidos, marchas prolongadas de ritmos. Geralmente, ocorrem nos metatársicos, diáfise do perônio, diáfise da tibia e colo do fêmur.



**Figura 10** – Fractura por fadiga ou sobrecarga

### **7.3.3 Patológicas**

Quando são produzidas por um traumatismo pequeno, por vezes mínimo, ou mesmo de forma espontânea, num osso debilitado por uma afecção maligna ( tumor primitivo ou metastático).



**Figura 11** – Fractura patológica(Osteosarcoma)

## **7.4 - Tipos de Fracturas**

### **7.4.1 Fractura em ramo verde**

São fracturas das crianças, na idade de crescimento, cujos ossos têm ainda grande maleabilidade e elasticidade. Nestes casos, há uma rotura incompleta da continuidade do osso.



**Figura 12** – Fractura em ramo verde da metafise distal dos ossos do antebraço

#### ***7.4.2 Fractura por compressão ou esmagamento***

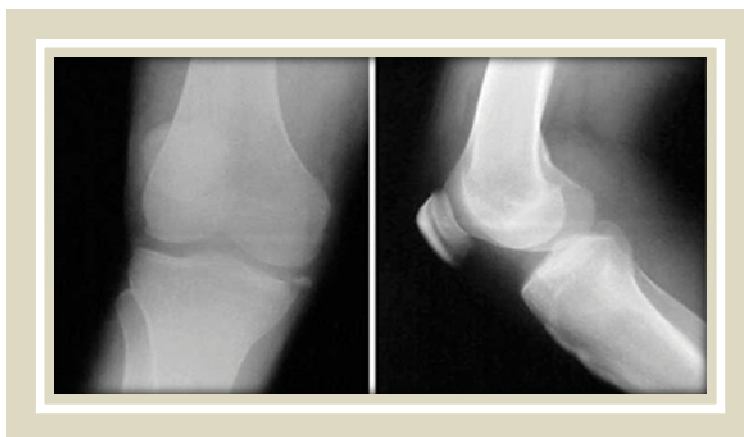
São fracturas que ocorrem em osso esponjoso, como, por exemplo, os calcâneos, corpos das vértebras e extremidades dos ossos longos. Há esmagamento dos ossos e interpenetração dos fragmentos.



**Figura 13** – Fractura por compressão ou esmagamento

### ***7.4.3 Fracturas por avulsão ou arrancamento***

São fracturas provocadas por uma contração violenta de certos músculos que provocam o arrancamento da sua inserção óssea ou por movimentos forçados de articulação que originam o arrancamento da inserção óssea de um ligamento articular.



**Figura 14** – Fractura por avulsão ou arrancamento

## **7.5 - Tipo de traço de fractura das diáfises**

### ***7.5.1 Fracturas transversais***

Neste tipo, o traço de fractura forma aproximadamente um ângulo recto com o eixo da diáfise.

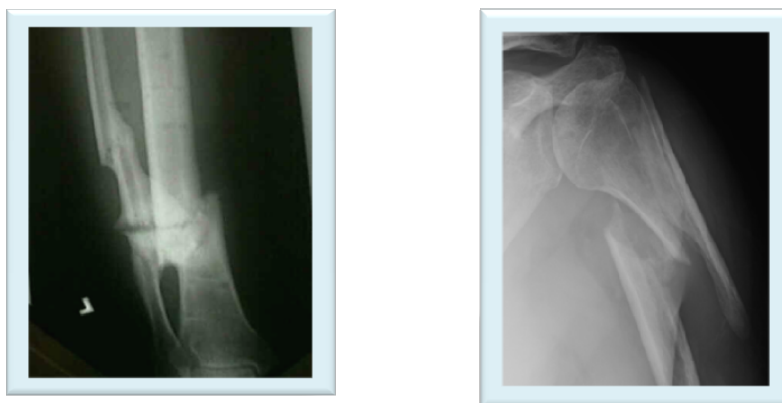


**Figura 15** – Fracturas transversais



### 7.5.2 *Fracturas oblíquas ou espiróideias*

Nestas fracturas, o ângulo formado entre o traço de fractura e o eixo da diáfise é inferior a 90°. Conforme o ângulo podem considerar-se 3 subtipos: oblíquas curtas, quando o ângulo está compreendido entre 45° e 90°; oblíquas longas, quando o ângulo está compreendido entre 15° e 45°; longitudinais, quando o ângulo é inferior a 15°, prolongando-se o traço de fractura em grande extensão para a diáfise.



**Figura 16** – Fracturas oblíquas ou espiróideias

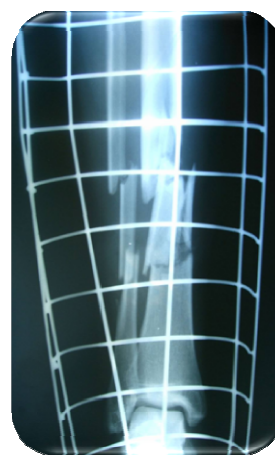
### 7.5.3 *Fracturas multi-esquirolosas ou cominutivas*

São fracturas em que há mais de 2 fragmentos ósseos. Podemos considerar 4 graus de cominuição: grau I, quando há destacamento de apenas um pequeno fragmento que não vai alterar a estabilidade da fractura. Grau II, quando o fragmento destacado é maior, mas ainda permite um contacto entre os corticais dos tipos de fractura, numa extensão superior a 50% da sua circunferência. Grau III, quando o contacto entre as duas corticais é inferior a 50%. Grau IV, quando há perda de todo o apoio circunferencial do osso.

Fracturas com fragmento intermédio, segmentares ou duplas, são aquelas em que há fractura a dois níveis da diáfise.



**Figura 18** – Fracturas multi-esquirolosas ou cominutivas



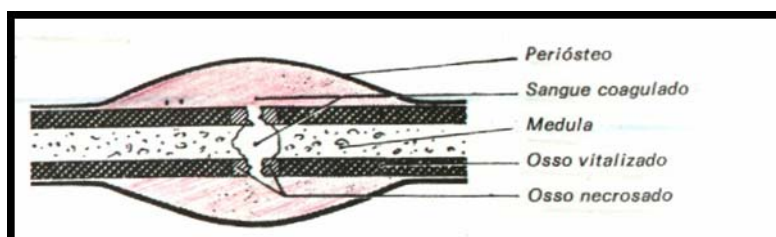
**Figura 17** – Fracturas segmentares

## 7.6 - Consolidação das fracturas

Podemos considerar 5 fases no processo de consolidação das fracturas:

### 7.6.1 Fase de hematoma

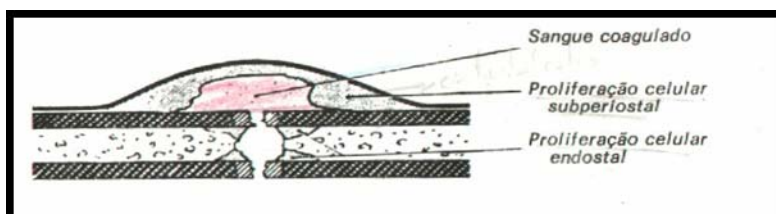
Após qualquer fractura de um osso, há a formação de um hematoma originado pela rotura dos vasos sanguíneos ósseos e dos tecidos moles circundantes.



**Figura 19** – Consolidação de fractura – Fase de hematoma

### 7.6.2 Fase de proliferação celular susperióstica e endóstica

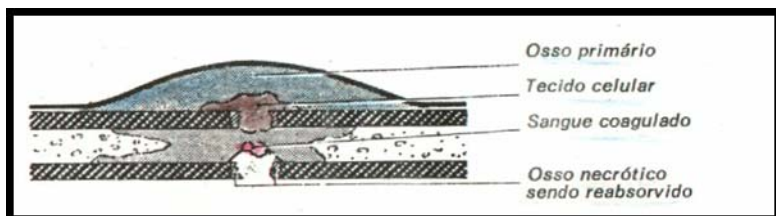
Nesta fase de reparação, há proliferação de células a partir da superfície profunda do perióstico, próximo do foco de fractura. Estas células vão envolvendo os dois tipos ósseos e, progressivamente, criando uma união entre eles.



**Figura 20** – Consolidação de fractura – Fase de proliferação celular susperióstica e endóstica

### 7.6.3 Fase de calo

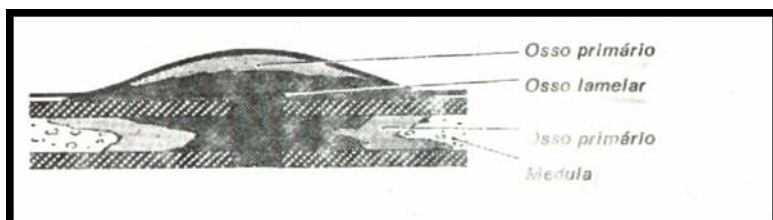
À medida que o tecido celular cresce a partir de cada fragmento, as células sofrem metaplasia e dão origem a osteoblastos e condroblastos.



**Figura 21** – Consolidação de fractura – Fase de calo

### 7.6.4 Fase de consolidação

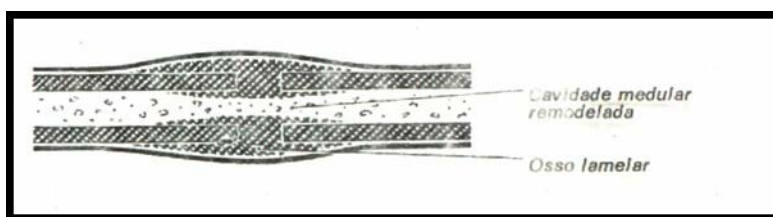
Por acção dos osteoblastos, o calo ósseo imaturo vai aumentando a sua consistência e densidade radiográfica, transformando-se numa estrutura laminar.



**Figura 22** – Consolidação de fractura – Fase de consolidação

#### ***7.6.5 Fase de remodelação***

Por acção dos osteoclastos, o osso sofre um processo de remodelação que leva os sistemas de Havers a disporem-se ao longo das linhas de pressão.



**Figura 23** – Consolidação de fractura – Fase de remodelação

## **8 - DIAGNÓSTICO DAS FRACTURAS**

Quando houve um traumatismo e há suspeita de fractura, a anamnese do doente deve incidir sobre alguns pontos que se devem revestir de grande interesse, como sejam:

## **8.1 - Natureza do acidente**

Por queda, acidente de viação, acidente desportivo, etc.

Intensidade do traumatismo: um traumatismo pequeno pode levar-nos a colocar a hipótese de fractura patológica. Pelo contrário, um traumatismo violento pode originar múltiplas lesões, por vezes graves, que somos obrigados a diagnosticar ou excluir.

## **8.2 - Localização do traumatismo**

Localização do traumatismo e direcção das forças aplicadas de modo a excluir outras fracturas associadas, localizadas à distância.

## **8.3 - Localização e intensidade da dor**

O local de maior intensidade de dor corresponde, habitualmente, ao sítio de fractura.

## **8.4 - Limitação funcional**

A incapacidade para suportar o peso do corpo depois de um acidente tem grande importância. Raramente é possível caminhar depois de uma fractura do fémur ou da tibia.

## **9 - CLASSIFICAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES**

As articulações possuem certos aspectos estruturais e funcionais em comum que permitem classificá-las em três grandes grupos: fibrosas, cartilaginosas e sinoviais. O critério para esta divisão é o da natureza do elemento que se interpõe às peças que se articulam.

### **9.1 – Articulações fibrosas**

As articulações nas quais o elemento que se interpõe às peças que se articulam é o tecido conjuntivo fibroso são ditas fibrosas (ou sinartroses). O grau de mobilidade delas, sempre pequeno, depende do comprimento das fibras interpostas.

Existem três tipos de articulações fibrosas:

- Sutura (Cranio)
- Sindesmose (Membrana tÍbio peroneal),
- Gonfose (Dentes-mandÍbula)

### **9.2 – Articulações cartilaginosas**

São relativamente simples, formadas por osso revestido de cartilagem e encontram-se recobertas por uma cápsula. Isto apenas deixa um potencial espaço articular, o que, sem dúvida, constitui um lugar para a distensão. De uma maneira geral, as articulações cartilaginosas estão localizadas ao longo do esqueleto axial e da parte anterior do tronco.

Nas articulações cartilaginosas o tecido que se interpõe é a cartilagem. Quando se trata de cartilagem hialina, temos as sincondroses; nas sínfises a cartilagem é fibrosa. Em ambas, a mobilidade é reduzida. As sincondroses são raras e o exemplo mais típico é a sincondrose esfeno-occipital que pode ser visualizada na base do crânio. Exemplo de sínfise é a união, no plano mediano, entre as porções púbicas dos ossos do quadril, constituindo a sínfise púbica.

Também as articulações que se fazem entre os corpos das vértebras podem ser consideradas como sínfise, uma vez que se interpõe entre eles um disco de fibrocartilagem - o disco intervertebral.

- Sincondroses – ossos que aderem por cartilagem hialina que, mais tarde, ossifica; Sequência: osso-cartilagem-osso (ex. sacro e cóccix)



**Figura 24** – Sincondrose

- Sínfises ou anfiartroses-existe uma fibrocartilagem espessa interposta; Sequência: osso-cartilagem-disco-cartilagem-osso (ex. articulações entre corpos vertebrais)



**Figura 25** – Articulação sínfise

### 9.3 – Articulações sinoviais

A mobilidade exige livre deslizamento de uma superfície óssea contra outra e isto é impossível quando, entre elas, se interpõe um meio de ligação, seja fibroso ou cartilágneo.

Para que haja o grau desejável de movimento, em muitas articulações, o elemento que se interpõe às peças que se articulam é um líquido denominado sinóvia, ou líquido sinovial.

A articulação sinovial é uma estrutura relativamente simples, formada por uma cápsula revestida com um tecido sinovial fino e que inclui um espaço articular potencial. Dentro da articulação, a inflamação produz-se do enxudado que pode distender a cápsula, e que origina uma tumefacção articular. A maioria das articulações sinoviais são periféricas, excepto algumas articulações sinoviais pequenas na coluna vertebral.

As estruturas periarticulares são importantes para a anatomia e para a função das articulações sinoviais. Essas estruturas são as seguintes:

- cápsula e ligamentos;
- músculos;
- tendões e as suas bainhas tendinosas;
- bolsos e membranas sinoviais;
- osso subcondral;
- periostio do osso cortical associado à articulação.

Por sua vez, as articulações sinoviais foram classificadas de acordo com a forma das superfícies articulares, que vão determinar o tipo e a amplitude da mobilidade articular.

Existem sete tipos de superfícies articulares: plana, esferóide, catiloide, “em bisagra”, condiloide, trocoide, “em selo de montar”;

### **9.3.1 - Articulações planas**

Permitem unicamente movimentos de deslizamento.



Acromio clavicular (monoaxial) o único movimento realizado é o deslizamento. Sacroilíaca: Tipo plana, apenas um eixo de movimento (monoaxial) o único movimento realizado é o deslizamento.



**Figura 26** – Articulação plana

### ***9.3.2 Articulações esferóide***

Também são conhecidas pelo nome de enartrose e estão formados por uma superfície redonda convexa, com uma cavidade côncava em forma de taça. A porção do osso distal da articulação é capaz de realizar uma grande variedade de movimentos, incluindo flexão, extensão, abdução, adução, rotação e circundação. Coxofemoral (ilíaco e fêmur): Tipo esferóide (triaxial). Realiza movimentos de abdução e adução, flexão e extensão, rotação e circundação.



**Figura 27** – Articulação esferóide

### ***9.3.3 Articulações cotiloídes***

São parecidas com as esperóides, porém, as suas superfícies articulares assemelham-se mais a uma elipse do que a um círculo e a mobilidade é mais restrita do que no tipo de articulações anteriores. Permite realizar flexão, extensão, abdução, adução e circunflexão, mas não permite a rotação axial.

Estas articulações subdividem-se, por sua vez, consoante sejam simples ou compostas.

### ***9.3.4 Articulações em bisagra***

Estas articulações, unidas por fortes ligamentos colaterais permitem a mobilidade num único plano (flexão e extensão). São também conhecidas como “diartrose”. Tíbio-femoral: Tipo gínglimo (dobradiça, monoaxial). Movimentos realizados de flexão e extensão.



**Figura 28** – Articulação em bisagra

### ***9.3.5 Articulações condiloídes***

Neste tipo de articulações, um osso articula-se com o outro mediante duas superfícies articulares diferentes (condilos) cujos movimentos não são dissociáveis. Rádio-cárpica: Tipo condilar (biaxial). Realiza movimentos de adução, abdução, flexão e extensão.



**Figura 29** – Articulação condiloide

### ***9.3.7 Articulações trocoídes***

Nestas articulações, a mobilidade está limitada à rotação. A articulação é formada por um processo ósseo em forma de pivô, que gira dentro de um anel, ou por um anel que gira à volta de um pivô ósseo. Radiocubital, proximal/distal, realiza movimentos de pronação e supinação do antebraço.



**Figura 30** – Articulação trocoide

### ***9.3.8 Articulações em sela de montar***



**Figura 31** – Articulação em sela de montar

Possuem superfícies articulares em forma de selo de montar, nas quais uma superfície convexa se articula com uma concavidade, de tal maneira que permite os movimentos de flexão, extensão, abdução e circundução, mas sem permitir a rotação axial. Esterno clavicular, único movimento realizado é o deslizamento

## **10. - Consolidação óssea**

Após a ocorrência de uma fratura, independentemente da sua etiopatogenia, o organismo desencadeia uma série de mecanismos que visam o restabelecimento anatômico e funcional da estrutura óssea, assim como a reparação dos tecidos moles envolventes, de modo a restaurar a função da região.

### ***10.1. Características histológicas do calo***

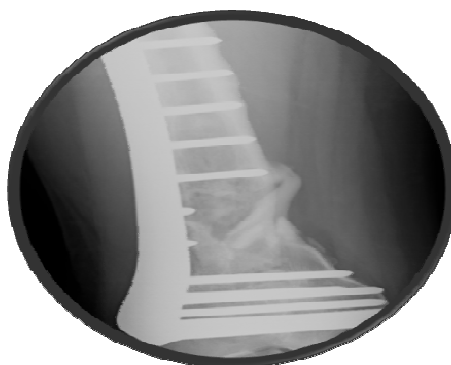
A interrupção da continuidade é seguida por uma consequência de alterações histológicas definidas, com o objectivo de repôr essa continuidade. Numa primeira fase, ocorre a hemorragia no local da fractura. Os mecanismos hemoestáticos são activados e a circulação é interrompida nos locais mais próximos dos topos ósseos, provocando a necrose dessa região (sistemas Haversianos, periostio e medula óssea). Posteriormente, ocorre uma infiltração do sangue nos tecidos circundantes, ficando estes, em poucas horas, edemaciados e friáveis.

Nos estadios iniciais da consolidação, forma-se um novo tecido ósseo em redor e entre os fragmentos, originando autênticas pontes, pelas quais os topos são inicialmente unidos. O calo que se desenvolve em redor dos referidos topos é denominado calo externo e aquele que se forma entre os topos, calo interno.

Nos primeiros dois dias após a fractura, as células osteogénicas existentes na camada profunda do perióstio, proliferam, provocando o afastamento da camada fribrosa da superfície óssea. Ao mesmo tempo, as células osteogénicas que revestem a cavidade medular, também proliferam, mas mais tardiamente, em relação às do perióstio. As células deste propagam-se tão rapidamente que, em poucos dias, formam um anel em redor do local de fractura. Ao mesmo tempo, há uma proliferação de capilares que as irrigam. Devido ao aumento da vascularização, as células osteogénicas diferenciam-se em osteoblastos e formam o osso trabecular, pouco organizado. A consolidação pode ainda ser primária ou secundária.

#### ***10.1.2.Consolidação primária***

Este termo é aplicado quando a fractura é consolidada sem formação de calo ósseo externo. Acontece nas lesões sujeitas a uma osteosíntese, principalmente se for feita compressão interfragmentar.



**Figura 32** – Consolidação primária

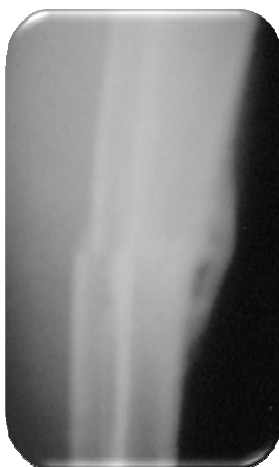
### ***10.1.3 Consolidação secundária***

Ocorre quando não é executado qualquer tipo de osteosíntese, não se verificando uma aposição perfeita dos topos ósseos, permitindo uma maior ou menor mobilidade dos mesmos. Pode-se considerar uma série de fases que ocorrem em sequência. Segundo Hunter, este processo pode ser dividido em três fases: inflamação, reparação e remodelação. Brington juntou a estas mais duas fases: impacto e indução.

A inflamação dura cerca de um a três dias e caracteriza-se, clinicamente, por dor, edema, rubor e calor.

A reparação pode ser dividida em dois estádios: calo mole e calo duro.

O impacto consiste no intervalo de tempo entre a aplicação da força sobre o osso e a ocorrência da fractura.



**Figura 33** – Consolidação secundária

#### **10.1.4 - A indução**

Consiste na proliferação de células indiferenciadas e crê-se que está relacionada com o aumento de factores humorais, que surgem no local da fractura e que, directamente, regeneram o osso, mas cujo mecanismo é desconhecido.

A cura de uma fractura consiste na restauração da estrutura do tecido original, com propriedades biomecânicas iguais àquelas que o osso tinha antes da fractura.

Mais nenhum tecido (cutâneo, muscular, tendinoso e nervoso) é capaz de copiar este grau de regeneração, após uma lesão.

Brighton, em 1984, afirmou que, actualmente, a cura de uma fractura não é um processo “cura” no verdadeiro sentido das palavras, mas sim um processo de regeneração óssea.

#### **10.2 - Cura**

Significa criar continuidade num tecido, mas levando sempre a uma cicatriz, produzida por tecido conjuntivo. Regeneração, pelo contrário significa formar de novo.

Assim, após uma fractura, há um processo de regeneração em que o tecido lesado é substituído por tecido próprio, não havendo formação de qualquer cicatriz nem evidência de lesão óssea anterior.

## **ACIDENTES DE VIAÇÃO - DANO CORPORAL**

### **A PERSPECTIVA MEDICO - LEGAL**

Os acidentes de viação representam hoje uma das principais causas de morte evitável, em Portugal, atingindo crianças ou pessoas jovens em que todo o potencial de vida fica por cumprir.

Um dos principais problemas com que a sociedade portuguesa se depara, ao lidar com esta questão, é a ideia de fatalidade, azar e infabilidade, com toda a carga de resignação que isso implica.

A mentalidade que está por trás deste conceito dificulta toda a possibilidade de prevenção, já que, aparentemente, estamos a lidar com algo que ultrapassa a nossa capacidade de intervenção.

Os acidentes de viação, em Portugal, causaram, nos últimos anos, milhares de mortes e feridos graves que permanecem com elevados graus de deficiência e incapacidade de prover ao seu próprio sustento, aumentando, portanto, os encargos sociais.

Classicamente, ao descrever os factores de risco dos acidentes de viação, considerava-se sempre um factor humano, o veículo e factores ambientais, onde se destacam o estado das estruturas e as condições atmosféricas.

A importância do factor humano é hoje indiscutível, cabendo-lhe mais de metade da responsabilidade nos acidentes de viação.



De facto, conduzir sob o efeito do álcool, drogas e não utilizar os dispositivos de segurança dos ocupantes, são dois dos factores de risco que mais contribuem para as lesões decorrentes de acidentes de viação. Ora, os acidentes de viação não escolhem estradas, por isso, para a sua resolução a nível jurídico, tanto criminal como civil, pode ser chamado um juiz para fazer a avaliação do dano e o cálculo da indemnização justa. Assim compreende-se que o legislador se fique pelos princípios gerais, para não espartilhar o julgador e, desta forma dar-lhe, casuisticamente, a margem de manobra que se mostre mais adequada.

O princípio geral a ter em conta é o da reposição ou reconstituição natural, fixada no Art. 569º do Código Civil: o obrigado à indemnização deve reconstituir a situação anterior à lesão.

Mas esta reposição natural, como escreveu Vaz Serra, “não supõe necessariamente que as coisas são repostas com exactidão na situação anterior; é suficiente que se dê a reposição de um estado que tenha para o credor valor igual e natureza igual aos que existiam antes do acontecimento”. (BMJ 84, p. 131 e seg.s.).

Na maior parte dos casos a reconstituição natural não é possível; noutros, não repara integralmente os danos; e noutros ainda pode ser excessivamente onerosa para o devedor. Nestes casos, a indemnização é fixada em dinheiro (Art. 566º, n.º 1 do Código Civil).

A responsabilidade civil que se segue aos factos ilícitos civis consiste na reparação do dano e este pode ser reparado ou pela restituição do interesse lesado, reconstituindo em espécie a situação anterior, ou pela sua compensação, isto é, pela restituição, não em espécie, mas do equivalente em dinheiro (Código Civil, Art. 562º e seg.s).

A responsabilidade civil, tem carácter essencialmente patrimonial e, por isso, a obrigação de indemnização que é seu conteúdo transmite-se aos herdeiros e pode, igualmente, ser cumprida por terceiros que não o infractor.

Não tem, assim, natureza estritamente pessoal; o que importa é assegurar a reparação do dano causado.

Os pressupostos da responsabilidade civil são: acto ilícito, culpa e dano como resultado do acto indevido.

O acto indevido tanto pode ser um facto directamente lesivo de interesses de outrem (um delito civil), como consistir no não cumprimento duma obrigação. Daí, a distinção entre

responsabilidade civil delitual e responsabilidade civil obrigacional. Os princípios gerais das duas espécies de responsabilidade civil traduzem-se sempre na obrigação de indemnizar.

Indemnização, repete-se, consiste na restituição ou reconstituição da situação preexistente, ou na compensação do dano causado pela entrega do seu equivalente em dinheiro.

Não deve esquecer-se, porém, que o dano concreto é o que, essencialmente, se deve ter em vista, em primeiro lugar e, por isso, a restituição prefere e antepõe-se à indemnização em sentido estrito, isto é a reparação compensatória.

Como se verifica, a obrigação de indemnização abrange tão-somente o montante dos prejuízos, mede-se em razão e no limite desses prejuízos, diferentemente do que sucede na responsabilidade penal.

Além dos casos enunciados no Código Civil, há ainda casos de responsabilidade objectiva ou por risco, e de enorme importância, previstos em outros diplomas legais. A responsabilidade por risco, porque se não baseia na culpa do responsável, tem limites que podem ser inferiores, e até muito inferiores, ao montante dos prejuízos.

No domínio da responsabilidade por acidente de viação; estes casos estão previstos no Art. 508º do Código Civil. É claro que tais limites não respeitam à responsabilidade por risco e não abrangem os casos em que haja responsabilidade por culpa (em que a responsabilidade, em princípio, corresponde sempre ao montante de prejuízos).

A reparação do dano corporal inscreve-se num capítulo moderno da Medicina Legal que surgiu na sequência de uma das epidemias deste século: o acidente de viação. Este flagelo ocasiona para além de muitos mortos, um número de feridos ainda maior, com sequelas geradoras de grandes e variadas incapacidades. Pela sua natureza socioeconómica, este capítulo do Direito Médico e da Clínica Médico-Legal potencia uma riqueza multidisciplinar que vai desde as premissas jurídicas, que modelam a doutrina da reparação civil do dano corporal, até às múltiplas especialidades médicas envolvidas nas situações concretas do dano. E não interessa apenas tratar bem as vítimas dos acidentes de viação, facultando-lhes uma terapêutica adequada à situação de deficiência transitória, mas intervir, também, de forma conhecedora e esclarecida, na justa reparação.

Dano corporal por acidente de viação: segundo o Decreto Regulamentar 58/79 de 25.9, Decreto-Lei 522/85 de 31.12, os organismos responsáveis pela indemnização são as companhias de seguro ou o fundo de Garantia.

A perícia médico-legal avalia o dano corporal de forma global, permitindo uma reparação da vítima ao nível da reinserção familiar, social e profissional. O dano deve ser repostado com a maior brevidade, de modo que a vítima volte ao estado em que se encontraria caso o dano não se tivesse verificado.

Em Direito Civil existem dois tipos de danos que serão salientados e que servem como avaliação nas perícias médico-legais.

## 1 - PARÂMETROS DE DANOS EM DIREITO CIVIL

**Tabela 1** - Diferentes parâmetros de danos em Direito Civil

Danos Patrimoniais	Danos Não Patrimoniais
Incapacidades temporárias absolutas	<i>Quantum doloris</i>
Incapacidades temporárias parciais	Dano estético
Incapacidades permanentes totais	Prejuízo de afirmação pessoal
Incapacidades permanentes parciais	
Incapacidades temporárias totais laborais	Dano sexual
Incapacidades temporárias parciais laborais	
Incapacidades permanentes totais laborais	
Incapacidades permanentes parciais laborais	
Despesas médicas	
Ajudas de terceiros permanentes ou temporárias	
Próteses	
Adaptação da residência	
Dano futuro	

Quando falamos de tipos de danos, devemos referenciar a natureza dos mesmos.

Os danos materiais lesam o sujeito na existência ou integridade da coisa destruída e impedem-no de realizar as actividades habituais – despesas e perdas de ganho efectivo temporário e permanentes. São avaliados em dinheiro.

Os danos podem ser materiais e extra-patrimoniais.

➤ Os danos materiais compreendem:

- Despesas hospitalares
- Despesas médicas

- Perda da capacidade de ganho durante o período de incapacidade temporária
  - Despesas necessárias à reintegração
- Danos extra – patrimoniais ou direitos de personalidade incluem:
- Sentimentos
  - Saúde física ou psíquica
  - Sofrimento moral e psíquico, consequência de lesões, intervenções cirúrgicas, disfunção sexual
  - Prejuízo estético em profissões dependentes da imagem tais como, locutoras e manequins
  - Prejuízo sexual, diminuição da libido ou impossibilidade de procriar
  - Prejuízo de afirmação pessoal que impossibilita os prazeres da vida, bem estar, ócio, caça, pesca e falta de interesse
  - Prejuízo juvenil que impossibilita a criança ou adolescente de concretizar os seus sonhos
  - Prejuízo da integridade corporal ou dano fisiológico que altera a funcionalidade do indivíduo.

Os danos extra – patrimoniais são subjectivos, dores de natureza física ou psíquica e alteração estética. Não são susceptíveis de avaliação pecuniária.

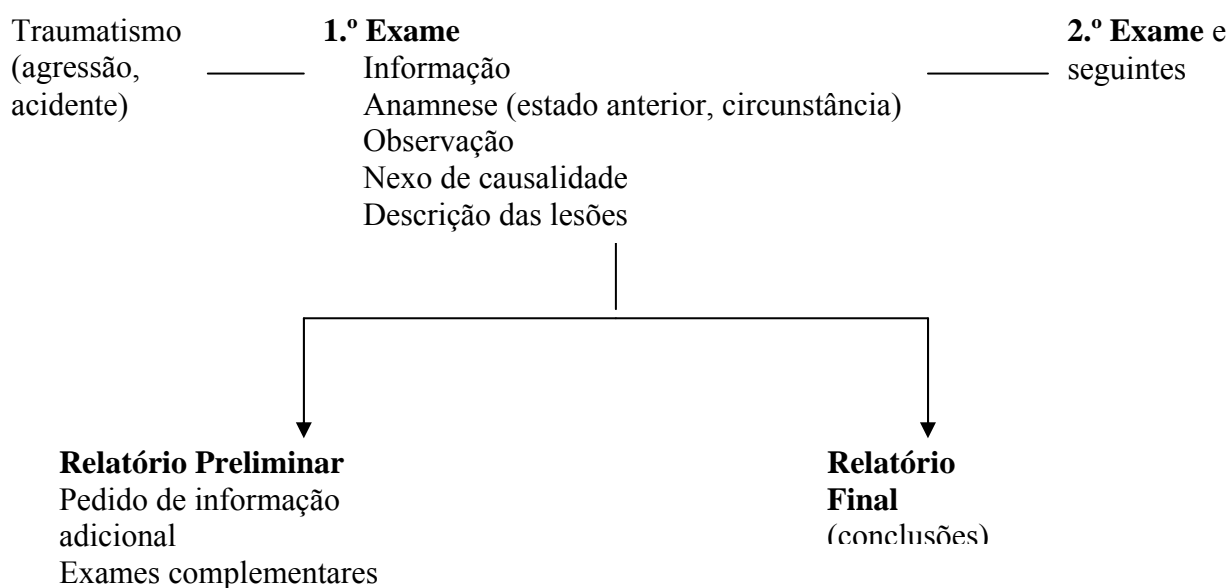
O exame clínico Médico-Legal é um exame que tem como objectivo a avaliação e interpretação especializada da prova material e, com este propósito, é seguida uma metodologia que engloba a análise de toda a informação disponível (actos, documentos, clínicos), a observação clínica e a realização dos exames complementares de diagnóstico considerados necessários, culminando na avaliação integrada de todos os elementos apurados. Do processo clínico deverá também constar a descrição pormenorizada e legível das lesões apresentadas pela vítima aquando da chegada ao serviço de urgência, devidamente assinado pelo médico que procedeu ao exame objectivo, datado e com indicação da hora em que a observação foi efectuada. Deve ser mencionado o tipo de acidente e agressão que

alegadamente produziu as lesões, para que este registo possa, mais tarde, ser valorizado como elemento de prova.

O médico deve ter em atenção aspectos como as características e localização topográfica de equimoses e particularidades das feridas incisivas, como a dimensão e configuração, aspecto de fundo e eventual presença de corpos estranhos.

Relativamente ao registo fotográfico das lesões, apenas as fotografias que são tiradas no contexto de um exame clínico médico-legal são aceites como prova em tribunal. Nos restantes casos, não está garantida a cadeia de evidência médico-legal.

### **Cadeia de investigação médico-legal**



No âmbito da avaliação de danos corporais, as sequelas do foro ortopédico são das mais frequentes e significativas, daí que a sua interpretação seja, muitas vezes, complexa, mesmo para o médico perito que é muitas vezes especialista em ortopedia. Por isso, a avaliação das sequelas ósteo-articulares, num contexto médico-legal, é da responsabilidade de todos os médicos em geral e ortopedistas em especial.

A perícia médica constitui um acto técnico onde se aplicam as regras habituais da arte. Fazer perícia é escutar, observar, compreender e explicar.

A reparação do dano envolve o contexto económico-financeiro e social, não esquecendo nunca que o dano é a diferença da vida quotidiana antes e depois do acidente.

O verdadeiro perito faz uma leitura médico-legal de acordo com a realidade das lesões e o seu parecer deve contemplar todo um contexto particular da situação com a individualidade pessoal: idade, trabalho, ambiente familiar e perspectivas futuras.

Neste contexto, importa também utilizar a terminologia médico-legal útil e indispensável para, assim, avaliar não só a lesão como o traumatismo que a causou.

## 2 - TERMINOLOGIA MÉDICO - LEGAL

### 2.1 - Conceito de lesão em medicina legal

Em medicina, “lesão” é toda a alteração anatómica ou biológica no órgão, causada por agentes internos ou externos. As alterações físicas ou psíquicas por agentes mecânicos, físicos, químicos ou biológicos resultam de acções exógenas com carácter doloso ou não, (expressão material da ofensa á integridade física).

O conceito médico-legal de “**lesão**”, segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), compreende “toda a alteração do equilíbrio bio-psico-social”, que se ajuste à doutrina consignada no Código penal em vigor.

Muito embora os artigos 143º e 144º do Código Penal vigente não empreguem a palavra “lesão”, é evidente que as ofensas no corpo ou na saúde de outra pessoa são cometidas provocando lesões.

Só têm interesse médico-legal as ofensas que se apresentam por meio de manifestações no corpo ou na saúde, sejam elas temporárias ou permanentes.

Do ponto de vista medico-legal, entendem-se por lesões as equimoses, escoriações, feridas, fracturas, luxações e queimaduras, mas também toda a alteração do corpo ou da saúde, desde que deixe marcas detectáveis.

## **2.2 - Conceito de “doença”**

Diz respeito a “qualquer lesão no organismo que precisa de cura”. “três dias de curativo é o mesmo que três dias de doença”, ou ainda, “toda a lesão no organismo que implica necessidade de prazo para a cura” ou consolidação<sup>269</sup>.

Nas ciências médicas e em linguagem comum, é um termo entendido como processo mórbido, alteração do estado de normalidade ou de equilíbrio dinâmico do organismo, ou ainda, e tão só, como a falta de saúde, podendo existir ofensa à integridade física sem que haja doença.

Relativamente à sua contagem, o tempo é contado em dias, tendo em conta a demora que a lesão produzida necessitou para se curar (recuperação anatômica e funcional integral com restitutio ad integrum) ou para consolidar (recuperação anatômica e funcional parcial, com sequelas que se mantêm a partir de um determinado momento - data da consolidação).

## **2.3 - Sequela**



Definição: manifestações anatómicas, funcionais, estéticas, psíquicas e morais permanentes, que menosprezam ou modificam o património biológico dos indivíduos (Pérez Garcia).

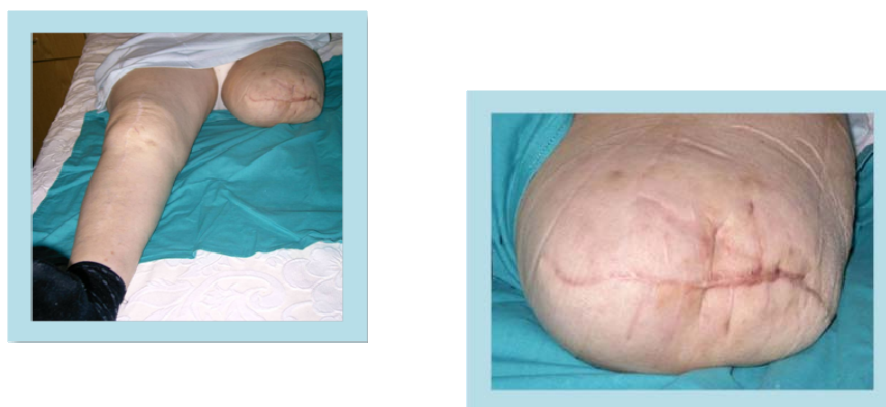
A avaliação das sequelas osteo-articulares num contexto médico - legal diz respeito a todos os médicos e ortopedistas em particular. Avaliam-se sequelas funcionais e não os sintomas. Os sintomas devem ser integrados num contexto coerente e lógico com o mecanismo desencadeante.

A análise dos exames complementares deve ser associada a manifestações clínicas. Imagens radiográficas ou traçados electroencefalográficos não são quantificáveis isoladamente, mas são dados objectivos.

O desempenho da *leges artis* para avaliar as sequelas, não é da exclusiva competência do médico perito. O médico clínico também tem responsabilidades.

As sequelas podem ser, previsivelmente, reversíveis, irreversíveis, transitórias e permanentes.

- sequelas anatómicas (amputações, dismetrias dos membros com repercussões funcionais, calosidades ósseas, deformações, cicatrizes dismórficas)



**Figura 34** – Sequelas anatómicas

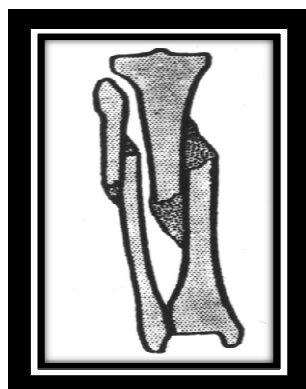
- sequelas que afectam as vísceras e os sentidos (insuficiências renais, hepáticas, respiratórias, cegueira, surdez, anómia)

- sequelas funcionais que afectam o esqueleto, com repercussões no complexo articular (limitação das mobilidades, instabilidades)



**Figura 35** – Sequelas funcionais

- sequelas psíquicas que afectam a esfera mental e vida conjugal em consequência directa das lesões. As afecções psíquicas prestam-se a simulações e exageros (alterações afectivas, depressões, neuroses, psicoses)
- 
- sequelas estéticas que afectam a beleza e a harmonia corporal interferem com a auto – estima e com a capacidade de relação/atracção(amputações, encurtamentos, desvios de eixo, cicatrizes, ulcerações)



**Figura 36** – Sequelas estéticas

- sequelas morais relacionadas com as alterações de vida diária(internamentos prolongados, impedindo do ócio, pratica desportiva, leitura e música)
- sequelas extra- corporais que transcendem o corpo, com repercursões na pessoa (separações, sofrimentos familiares, despedimentos)

Os aspectos específicos da peritagem são pouco discutidos pela comunidade médica e ortopédica em particular. Na ausência de precisão doutrinal, só uma apreciação mais cuidada do prejuízo/prognóstico, assente em premissas pré-estabelecidas, permitirá corrigir desvios periciais e obviar a clamorosas injustiças.

## **2.4 - Agravamento**

Evolução mais acentuada do estado patológico anterior, evolutivo ou não, com semiologia idêntica. Encurtamento do período de saúde relativa (evolução de coxartrose com evolução comum para coxartrose rápida por influência de factores externos).

## **2.5 - Nexo de causalidade**

A problemática do nexo de causalidade, no âmbito da avaliação de danos corporais constitui, assim, assunto de particular relevância. Toda a perícia médico- legal de avaliação de danos corporais é dominada pelas questões relativas à imputabilidade e ao nexo de causalidade.

Existe nexos quando os elementos disponíveis permitem admitir relação causa/efeito entre o traumatismo e o dano, atendendo a que existe uma adequação entre a sede do traumatismo e a sede do dano corporal resultante. Quando existe continuidade de sintomatologia e adequação temporal entre o traumatismo e o dano corporal resultante, o tipo de lesões enquadra-se numa etiologia traumática e o tipo de traumatismo é adequado a produzir este tipo de lesões<sup>425</sup>.

Estabelecer a relação causal acidente/prejuízo, é uma das principais funções do perito. O nexos de causalidade deve ser obstinadamente perseguido e descortinado. Avaliar a possibilidade de imputabilidade médico – legal e causalidade jurídica impõe-se.

“É fundamental que se compreenda que existe uma diferença entre o procedimento médico, que procura estabelecer uma relação entre a alteração da integridade psico- física de uma dada pessoa e um determinado evento, e o procedimento jurídico, que tem por missão atribuir as consequências dessa alteração ao responsável pelo evento.”

### **Crítérios para o estabelecimento do nexos de causalidade**

Quando falamos do problema do nexos de causalidade, a primeira etapa consistirá em avaliar e estabelecer, se existe, no plano médico, uma relação de causalidade entre o evento (o tal acidente de viação) e as lesões constatadas e/ou entre estas lesões e as sequelas alegadas e confirmadas. Para isso, existem três aspectos essenciais: a sede (localização das lesões e sequelas), o tempo (intervalo de aparecimento e continuidade evolutiva) e a explicação patogénica (a fisiopatologia das lesões e sequelas)<sup>425</sup>.

Assim, existem sete critérios que constituem uma preciosa ajuda para a reflexão e a decisão, que são:

- Critério da verosimilhança científica
- Critério da certeza diagnóstica
- Critério da integridade pré-existente da região ou função atingida
- Critério da concordância de lugar
- Critério da adequação temporal
- Critério do encadeamento anatomo- clínico
- Critério da realidade do facto ou do evento associado às lesões observadas

A análise cuidada do estado actual tem por objectivo eliminar a possibilidade de corresponder a um estado anterior ou a um outro processo totalmente independente ao traumatismo.

Considera-se estado anterior<sup>425</sup>, não o que se verifica apenas anos ou dias anteriores à ofensa, mas imediatamente antes, ou seja, no momento da ocorrência.

Assegurado o nexos de causalidade traumatismo/sequelas, a primeira missão do perito é estabelecer a data da cura ou consolidação.

Citando Duarte Nuno Vieira, médico-legalmente, “a lesão está curada quando o indivíduo recuperou totalmente das lesões sofridas. Volta a estar exatamente da mesma maneira que estava antes do dano produzido. Não resultaram nenhuma sequelas”.

## **2.6 - Cura**

Considera-se o tempo que transcorre do momento traumático até à recuperação completa. E a restituição integral anátomo-funcional e psico – sensorial integral, restitutio ad integrum, da lesão.

Contudo, na maioria dos danos a recuperação total não se verifica. Sendo assim, o sinistrado fica afectado, a título definitivo, por prejuízos anatómicos, funcionais, psicossensoriais ou mistos. Fala-se, então, em consolidação

## **2.7 - Consolidação**

Estagnação do quadro clínico num determinado momento temporal. Momento em que, na sequência de um período transitório que constitui a fase de cuidados da lesão ou lesões, se fixaram (estabilizaram) e tornaram um carácter permanente.

### **2.7.1 Consolidação Óssea**

Restauração da integridade óssea original. A capacidade biológica é um pré requisito. As condições biomecânicas controlam a actividade das células e mediadores químicos. Para o ortopedista, a estrutura óssea está consolidada quando readquire rigidez. A remodelação interna pode levar anos ou nunca ocorrer. Segundo o biólogo, restauração microscópica original da estrutura. Segundo o médico-legista, quando os tratamentos não alteram o quadro.

## **2.8 - Estabilização**

Quando o estado anatómico-funcional não experimenta mais trocas ou transformações, é inútil qualquer terapêutica, a não ser para manutenção. É o último estágio na evolução da lesão. A estabilização das sequelas é um conceito subjectivo e evolutivo, associado à experiência. É influenciada pelo hospedeiro possibilidades económicas, país, experiência dos técnicos e tecnologias disponíveis.

## **2.9 - Atrofia Muscular**

Diminuição da espessura dos músculos ou número de fibras. A atrofia muscular ocorre em patologias musculares (miopatia); exageros na tensão muscular (traumatismo e sobrecarga dos musculo ou tendão); patologias articulares (artrose pós-traumática com limitações das mobilidades); alterações neurológicas (neurotmésis do nervo radial nas fracturas do úmero); desuso (imobilizações engessadas).

## **2.10 - Rigidez Articular**

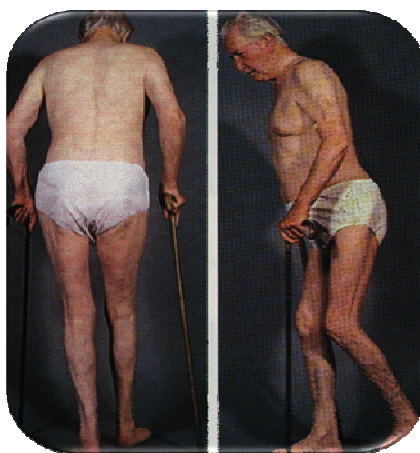
A fibrose dos tecidos articulares ou peri-articulares retrai a cápsula, ligamentos e tendões. A articulação dolorosa fica rígida e incapacitante na mobilização. Contudo, as superfícies ósseas mantêm-se íntegras, apesar da hipertonia da articulação atingida.

## **2.11 - Anquilose**

Perda de mobilidade articular, consequência da união das superfícies articulares por tecido fibroso ou ósseo. É indolor e, radiograficamente, desaparece a interlinha. Quando há fibrose dos tecidos moles, a anquilose é falsa ou incompleta e, radiograficamente, observa-se cavidade articular. Quando há mobilidade articular, ainda que muito discreta, fala-se em anquilose. A valorização da articulação anquilosada deve estar de acordo com as implicações no desempenho funcional e pode ser idêntica a artrodese.

## **2.12 - Disfuncional**

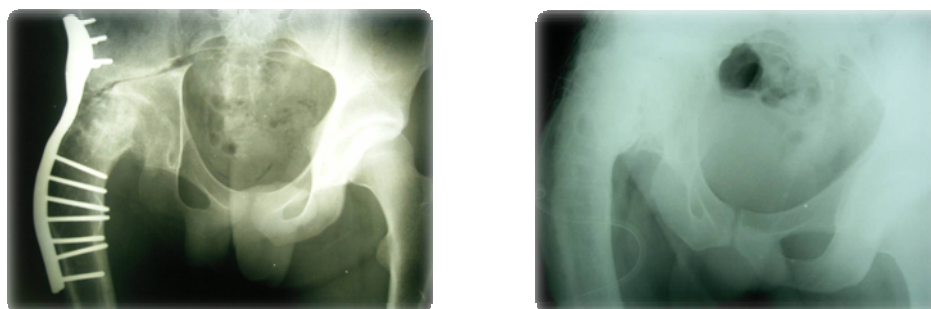
Conceito que traduz um síndrome doloroso, caracterizado por limitação da mobilidade, amiotrofias e alterações radiográficas que interferem com a função. A disfuncionalidade é valorizada consoante o desempenho.



**Figura 37** – Rigidez de articulação/disfuncional

### **2.13 - Artrodese**

Fixação cirúrgica da articulação em posição de função.



**Figura 38** – Artrodese

### **2.14 - Algodistrofia**

Afeção caracterizada por grande polimorfismo. O diagnóstico é, essencialmente clínico. Levanta problemas sérios no estabelecimento da imputabilidade. Aumenta a ITT e o quantum doloris, mas não obrigatoriamente a IPP.





**Figura 39** – Algodistrofia

## 2.15 - Pseudartrose

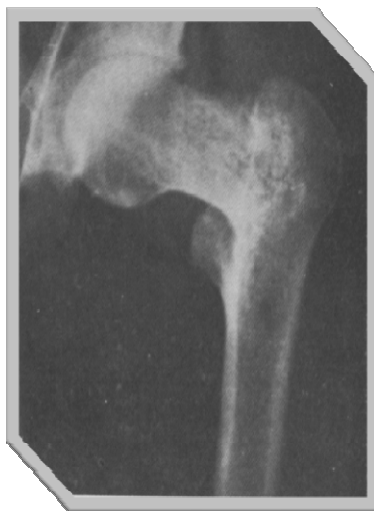
Fractura não consolidada.



**Figura 40** – Pseudartrose

## 2.16 - Calo Vicioso

Conceito idêntico a consolidação viciosa. Quando altera os eixos dos topos ósseos, repercute-se na funcionalidade das extremidades.



**Figura 41** – Calo vicioso

### **2.17 - Aptidões Funcionais**

Conjunto de actividades mentais e físicas desempenhadas de acordo com a idade e sexo.

### **2.18 - Deficiências**

Anomalias ou modificações fisiológicas das estruturas anatómicas e histológicas, provisórias ou definitivas.

### **2.19 - Responsabilidade Civil**

Regime jurídico que coloca o sujeito lesante na obrigação de indemnizar o dano causado a outrem. A vítima deve ser colocada na situação em que se encontrava antes da lesão ou ser indemnizada.

## 2.20 - Concausas

Alterações pré-existentes, que permitiam uma vida sem sobressaltos, e que podem ser desequilibrados por factores estranhos. Tais alterações devem ser valorizadas pelo perito, num todo funcional.

## 2.21 - Incapacidade Temporária

A incapacidade temporária corresponde ao período que medeia, entre a ocorrência das lesões e a data da cura ou consolidação.

A incapacidade temporária pode contemplar dois parâmetros: geral e profissional.

- A incapacidade temporária geral total refere-se às limitações (internamento hospitalar, repouso absoluto no leito, marcha em cadeira de rodas) que diminuem ou impedem a vítima de realizar, com autonomia aceitável, as actividades que são comuns a qualquer indivíduo: levantar-se, vestir-se, alimentar-se, deslocar-se<sup>425</sup> independentemente da idade, estatuto social e profissional.

Citando DUARTE NUNO VIEIRA, “na avaliação da incapacidade geral, atende-se a uma situação base comum a todos os indivíduos e actos realizados diariamente”.

Se apenas fosse perspectivada a incapacidade profissional, o desempregado, o reformado e a doméstica ficariam de fora desta avaliação. Sempre que o indivíduo tenha uma profissão cujo desempenho seja afectado temporariamente pelas lesões, tem um prejuízo suplementar relativamente ao cidadão sem ocupação profissional<sup>425</sup>.

- A incapacidade temporária geral parcial refere-se ao período em que a vítima retomou, ainda que com algumas limitações, as actividades da vida diária familiar e social.

## 2.22 - Dor

A dor, quantum doloris, é um sintoma multidimensional, desagradável, sensitivo e emocional, que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas ou potenciais. É descrita em termos da lesão e envolve a componente sensorial e emocional na pessoa que sofre.

A dor pós-traumática é limitada no tempo. É muito subjectiva e cada sujeito cedo aprende a lidar positiva ou negativamente com a experiência.

A dor não pode ser só contemplada na vertente física, mas, preferencialmente, no sentido moral e psicológico. Reporta-se ao período que começa com o acto lesivo e acaba na data da consolidação

A classificação do Quantum Doloris é, assim, avaliada numa escala crescente de gravidade, de sete graus, a que corresponde:

- 1- Muito Ligeiro
- 2- Ligeiro
- 3- Moderado
- 4- Médio
- 5 – Considerável
- 6 – Importante
- 7 – Muito Importante

## 2.23 - Dano estético

O dano estético, é um atentado contra a pessoa, desfigurando a vítima. A alteração estética resulta de lesões físicas e distúrbios psicológicos.

O dano estético deve ser avaliado numa perspectiva estática e dinâmica. Envolve uma avaliação personalizada da imagem, em relação a si próprio e perante os outros.

O perito limita-se a descrever de forma objectiva e pormenorizada a relevância estética.

O dano estético<sup>425</sup> pode, de alguma maneira, repercutir-se na funcionalidade corporal, no trabalho, na vida afectiva, no desempenho sexual e na vida conjugal.

Para valorizar o dano estético, utiliza-se a mesma nomenclatura do quantum doloris:

- 1- Muito Ligeiro
- 2- Ligeiro
- 3- Moderado
- 4- Médio
- 5 – Considerável
- 6 – Importante
- 7 –Muito Importante

## **2.24 - Rebate profissional**

O perito, na elaboração do relatório, deve explicar as repercursões das sequelas na vida diária do lesado. A quantificação do rebate profissional admite alguma variação. De uma maneira geral, trata-se de um valor indicativo de qualidade e deve ser analisado positivamente. Avalia a capacidade restante e não o dano pela negativa.

No que respeita ao desempenho profissional:

- as sequelas são compatíveis com o exercício da sua profissão
- as sequelas exigem esforços suplementares no exercício da sua profissão

- as sequelas exigem esforços suplementares muito acrescidos no exercício da sua profissão
- as sequelas são impeditivas da profissão habitual, embora compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico – profissional
- as sequelas são impeditivas de exercer a sua profissão habitual e outras profissões dentro da mesma área.

### **2.25 - Prejuízo de afirmação pessoal**

O prejuízo de afirmação pessoal corresponde à impossibilidade estrita e específica do sinistrado exercer certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, que praticava previamente. É um dano extremamente personalizado e a apreciação caso a caso impõe-se.

Situações há em que as sequelas, sendo insignificantes em termos de incapacidade genérica, são altamente incapacitantes na actividade profissional.

O prejuízo de afirmação pessoal, nos mais jovens designa-se por prejuízo juvenil.

### **2.26 - Prejuízo sexual**

Faz parte do desenvolvimento da personalidade – *limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluído aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação.*

O prejuízo sexual valoriza-se só no contexto familiar e afectivo.

Contempla 5 graus de gravidade crescente:

- 1- Moderado
- 2- Médio
- 3- Considerável
- 4- Importante
- 5- Muito importante

### **2.27 - Dano futuro**

O *dano futuro* corresponde ao elevado grau de probabilidade do agravamento das sequelas. Traduz-se num aumento da incapacidade permanente geral.

O dano futuro compreende os prejuízos que resultam/resultaram, de acordo com a experiência, ou danos previsíveis em tempo incerto: futuras intervenções cirúrgicas, artroplastias, revisões artroplásticas, artroses em fracturas articulares. O dano futuro varia na razão inversa da idade. A partir dos 70 anos, é prática comum considerar o agravamento.

### 3 - RESPONSABILIDADE DO PERITO MÉDICO – LEGAL

As perícias médicas englobam aspectos biológicos e médicos. Visam colaborar na administração da justiça. O fim primeiro é estabelecer consequências exactas e respostas concretas aos quesitos.

Do ponto de vista genérico, os peritos são técnicos com conhecimentos específicos. São requisitados para assessorar e elucidar os juízes.

O perito em Direito Civil pronuncia-se em relação a:

- Descreve pormenorizadamente as lesões
- Tratamentos
- Sofrimentos vivenciados
- Implicações na vida profissional e pessoal do sinistrado
- Sequelas resultantes

Com o frenesim da sociedade actual, o cirurgião ortopédico é confrontado com doentes gravemente traumatizados.

A responsabilidade primeira do ortopedista é prevenir deformidades funcionais. O dever do perito é avaliar correctamente as sequelas. Assim, a avaliação de danos corporais constitui uma missão pericial sempre complexa. Exige uma formação específica por parte do médico que a executa; uma formação que lhe permite enquadrar e ajustar a sua peritagem ao direito (civil, penal e trabalho), em que a mesma se processa e desenvolve, de acordo com a filosofia e metodologia pericial mais adequada a cada um desses domínios.

No âmbito da avaliação de danos corporais, as sequelas do foro Ortopédico são, indiscutivelmente, das mais frequentes e significativas, suscitando, por vezes, o seu estudo e



interpretação particular complexidade, inclusivamente para o médico perito que é, simultaneamente, especialista em ortopedia.

Assim, a perícia médica constitui um acto técnico onde se aplicam as regras habituais da arte. Fazer perícia é escutar, observar, meditar, compreender e, depois, explicar para fazer compreender.

#### **4 - METODOLOGIA DO INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL I.P.**

A Metodologia Do Instituto Nacional Medicina Legal I.P., contempla os seguintes itens para a valorização do dano em direito civil:

A perícia médico-legal concretiza-se na forma de relatório pericial e compreende as etapas seguintes:

##### **4.1 - Informação**

###### **A. Dados Documentais**

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:

[descrição]

###### **B. Antecedentes**

###### **1. Pessoais**

Antecedentes patológicos e/ ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

2. Familiares

Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

Lesões e/ou sequelas

C. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

De acordo com [origem da informação] do evento resultaram as seguintes lesões e/ou sequelas:

[ descrição]

D. Lesões e/ou sequelas não relacionáveis com o evento

De acordo com [origem da informação], o examinado apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:

[descrição]

E. Exames complementares de diagnóstico

[descrição]

## 4.2 - Conclusões preliminares

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

- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se /não se verificando] a necessidade de marcação de exame neste Gabinete.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se /não se verificando] a necessidade de marcação de exame.

- \_ Deverá o (a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s), de [especialidade(s)] cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) (data e hora ) horas.

### 4.3 - Discussão

1. Os elementos disponíveis [permitem/ não permitem] admitir onexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo [justificar].
2. A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data], com base em [descrever].
3. No âmbito do período de danos temporários são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:
  - A incapacidade temporária geral total (correspondente à fase durante a qual a vítima esteve impedida de realizar, com razoável autonomia, as actividades da vida diária, familiar e social), fixável num período de [n.º de dias (entre [data] e [data])].
  - A incapacidade temporária geral parcial (correspondente ao período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, retomou, com alguma autonomia, a realização das actividades da vida diária, familiar e social), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
  - A incapacidade temporária profissional total (correspondente ao período durante o qual a vítima, ainda esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
  - A incapacidade temporária profissional parcial (correspondente ao período durante o qual foi possível à vítima desenvolver a sua actividade profissional), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).

- O quantum doloris (QD) (correspondente ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de incapacidade temporária), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].

No âmbito do período de danos permanentes são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:

- A incapacidade permanente geral (correspondente à afectação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, com repercussão nas actividades da vida diária, incluindo as familiares, sociais, de lazer e desportivas) na qual, tendo em conta a globalidade das sequelas resultantes, a experiência médico-legal de casos semelhantes e a consulta de tabelas de incapacidades funcionais, designadamente a do Concours Médical ou similar, se valorizam os seguintes aspectos: [descrever].

(Incluir Coeficiente de Dano e ajudas técnicas, medicamentosas e de terceira pessoa, se a esta valorização houver lugar)

- O dano futuro (correspondente ao agravamento das sequelas que, com elevada probabilidade, se irá registar, e que pode traduzir-se num aumento da incapacidade permanente geral), sendo de valorizar [descrever].

- O rebate profissional das sequelas resultantes [descrever].

(compatibilidade com o exercício da actividade habitual ou com outras profissões da área da sua preparação técnico – profissional)

- O dano estético (correspondente à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem em relação a si próprio e perante os outros), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].

- O prejuízo de afirmação pessoal (correspondente à impossibilidade escrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, praticadas previamente ao evento, para esta, um amplo espaço de realização pessoal(, fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].
- O prejuízo sexual (correspondente 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), fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].

#### **4.4 - Conclusões**

- A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data].
- Período de incapacidade temporária geral total fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária geral parcial fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária profissional total fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária profissional parcial fixável no grau [grau] /7.
- Incapacidade permanente geral fixável em [taxa] % (à qual acresce, a título de dano futuro mais [taxa] %).
- As sequelas descritas são, em termos de rebate profissional, [descreve]
- Dano estético fixável no grau [grau] /7.
- Prejuízo de afirmação pessoal fixável no grau [grau] /5.
- Prejuízo sexual fixável no grau [grau] /5.

Assim, podemos dizer “ a valorização das sequelas em ortopedia é um tema actual com repercussões nas sociedades modernas. Os cidadãos tomam consciência dos seus direitos, num quadro de respeito pela integridade física e responsabilidade no reparo do dano, e os peritos são chamadas a pronunciar-se sobre matéria tão importante.”

## **5 - TABELA DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES PERMANENTES EM DIREITO CIVIL**

### **Uma abordagem Geral**

#### **5.1 - Evolução histórica**

### **ESCALA INDICATIVA DE AVALIAÇÃO DAS TAXAS DE INCAPACIDADE NO DIREITO COMUM**

Segundo Littré, uma escala é a recolha de contas já feitas, ou seja, de números dos quais já não se fará uma segunda contagem. Felizmente, o sentido da palavra evoluiu e já não significa uma referência intangível.

O estudo começou em 1959, tendo sido objecto de versões reactualizadas sob as quais figuram, notavelmente, nomes como o do Dr. Claude Rousseau, de 1980. A preocupação que preside nestas reescrituras, prossegue *avatars* da patologia, transformações de modos de reeducação bem como de posições jurisprudentes e legislativas. Assim, há que desenhar as melhores consequências dos novos tratamentos e novas possibilidades para os pacientes voltarem a ter uma vida normal.

Escala significa à vez, longe da aceitação inicial, indicação e orientação, sem nunca passar pela obrigação. Isto é um facto para os profissionais que encontram aqui um eixo de

reflexão. É também um facto para os juízes, que não conseguiriam detectar uma evasão à sua liberdade de decisão. Um padrão que se cingisse apenas a uma referência exclusiva à escala, seria de uma grande fragilidade. Pelo contrário, é chocante para o litigante constatar o quanto são diferentes as avaliações que se aplicam aos danos vizinhos. Claro que não há casos iguais, mas existem analogias que não se podem descartar.

Uma escala é um instrumento de medida, servindo as escalas de incapacidade física para medir o alcance da diminuição das aptidões da pessoa, após ser vítima de lesões corporais. A escala das incapacidades em direito comum que o *Concurso Médico* publica desde 1959, tem o objectivo preciso de favorecer uma avaliação médico-legal uniforme do dano corporal e de permitir ao jurista, seja juiz ou júri, tratar de maneira igualitária as vítimas para avaliação pecuniária dos prejuízos que daí advenham.

A sexta edição, intitulada *Escala Indicativa de Avaliação das Taxas de Incapacidade no Direito Comum*, continua a responder a estes objectivos, actualizando as taxas de incapacidade por fim a controlar a avaliação das técnicas médicas e dos progressos dos terapeutas.

Esta escala apresenta várias características essenciais.

Antes de mais, a incapacidade que é medida com a ajuda de uma taxa é uma incapacidade funcional. Permite quantificar a resposta às diferentes funções do organismo que, em caso de défices múltiplos, é avaliado com base numa aproximação global através da pesquisa da capacidade restante. Esta incapacidade funcional exclui qualquer consideração da incidência profissional e económica da desvantagem, a qual é apreciada directamente pelo jurista a partir, por um lado, da descrição das sequelas físicas realizada pelo profissional e, por outro, dos recursos dos quais será privada a vítima no seguimento da redução das suas aptidões profissionais.

Depois, a avaliação da incapacidade permanente tem um carácter objectivo no qual a taxa de incapacidade é a expressão numerada de um défice funcional, que supostamente é o mesmo para todas as vítimas que venham a sofrer lesões idênticas. Na etapa da perícia, a

avaliação médico-legal deve abstrair-se das suas repercussões psico-sociais. É nesta condição que as disparidades na avaliação médico-legal do dano corporal poderão ser evitadas

Por último, as taxas de incapacidade contidas nesta escala são meramente indicativas, de modo a conferir aos peritos uma certa flexibilidade na avaliação médico-legal das incapacidades e, aos juízes, uma maior liberdade de apreciação na estimativa pecuniária do dano. Assim, o perito poderá modular a sua proposição de taxa de incapacidade em função das suas observações clínicas.

A escala assim remodelada não é nada mais que um utensílio.

O seu interesse e a sua eficácia dependem de dois elementos inseparáveis e fundamentais:

- por um lado, a sua elaboração e aceitação no quadro de um consenso autenticamente pluridisciplinar, reagrupando todas as especialidades do dano corporal;
- por outro, a qualidade do utilizador, ou seja, a sua aptidão de análise meticulosa dos sintomas, bem como a sua integração inteligente numa ou noutra rubrica proposta.

A Federação Francesa de associações de médicos-conselheiros peritos em avaliação do dano corporal (FFAMCE), reagrupa actualmente a grande maioria de praticantes da avaliação do dano corporal em direito comum que, com esse título, examinam quase na sua totalidade as vítimas e avaliam, principalmente, a sua incapacidade.

A primeira escala publicada nas edições do *Concurso Médico*, data do 28 de Novembro de 1959.

Nos anos seguintes, a Federação continuou a transmitir reflexões sob as taxas de incapacidade, que alimentaram um grande número de publicações.

Estas reflexões foram materializadas pela publicação da escala do *Concurso Médico* em 1982 (suplemento nº25, do 19 de Junho de 1982).

A escala mencionada estabelecia dois princípios de base essenciais e lógicos, qualquer que seja a origem ou o quadro da missão:

- o máximo a 100% corresponde à perda prática do conjuntos das funções;
- a consideração da capacidade restante do sujeito.



O perito podia, assim, propor uma taxa diferente para a paraplegia ou para a tetraplegia, enquanto que anteriormente os dois estados sequelares estavam avaliados a 100%.

A escala foi depois adaptada à evolução da patologia sequelar.

A finalidade essencial desta sexta edição é de considerar a evolução da patologia sequelar após dez anos, numa abordagem sempre concreta dos défices. O objectivo não é o de meter em causa as referências escalares consensuais e aceites após tantos anos, nem o de abandonar o conteúdo da noção de incapacidade permanente, por forma a não destabilizar o sistema actual de indemnização.

**A FIABILIDADE da avaliação médica de um dano corporal depende, essencialmente, do nível e da adaptação dos conhecimentos médicos do perito que esteja encarregue dela. A adaptação à avaliação médico-legal depende dos conhecimentos específicos com que o perito enriqueceu a sua cultura médica.**

**Para ser coerente, justa e conter a influência de diferentes subjectividades, a avaliação da incapacidade permanente tem que se referir a uma escala indicativa, definindo as regras essenciais e adaptando-se periodicamente à evolução das técnicas médicas**

**Mas uma escala de incapacidade não poderá ser um manual de patologia sequelar, nem um preciso médico-jurídico na avaliação do dano.** Não pode, em caso algum, aliviar a insuficiência de competências do perito, qualquer que seja o quadro e a origem da sua missão.

Para utilizar validamente um instrumento de medida, é indispensável definir previamente a natureza do que se quer medir. Esta regra elementar aplica-se igualmente às escalas destinadas a numerar a importância das diferentes incapacidades e obriga a dar uma definição da incapacidade que cada escala deve medir.

No quadro do direito comum da reparação do dano corporal, a definição de incapacidade proposta em 1963 pelo professor Dérobert e retomada nas escalas precedentes, continua válido:

*«...é a redução do potencial físico, psico-sensorial ou intelectual resultante de uma abordagem à integridade corporal de um indivíduo cujo estado é considerado como já consolidado.»*

Mas tem que ser explícita e completa, actualizada em função da experiência adquirida pelos praticantes da avaliação médico-legal do dano corporal, das evoluções legislativas e doutrinárias e confrontando-se com as reflexões em curso no quadro europeu.

## **5.2 - O surgir da Tabela Europeia**

A tabela de avaliação de incapacidades permanentes em Direito Civil (TIC), começou a ser perspectivada logo quando da criação do INML,IP., em 2000, mas pouco tempo depois surge a elaboração da tabela médica europeia, e então foi suspenso o trabalho ora iniciado, pois não faria sentido a elaboração de uma tabela que não estivesse em consonância com a futura tabela europeia.

Assim que ficou concluída e aprovada a tabela europeia, finais de 2004, o grupo de trabalho do I.N.M.L.I.P., retomou o seu trabalho desenvolvendo as alterações necessárias e possíveis a esta tabela durante o ano de 2005, tendo sido entregue no Ministério da Justiça em 2006, e entrado em vigor em Outubro de 2007.

No âmbito do direito civil, e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, valoriza-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 examinando.

Assim podemos sublinhar que relativamente a esta nova tabela a incapacidade permanente geral, é avaliada relativamente à capacidade integral do indivíduo em (100 pontos). Podemos ainda referir que TIC, tem um carácter meramente indicativo, o que não isenta o perito de

fundamentar a avaliação pericial concretizada, sobretudo quando se afasta significativamente dos valores nela previstos.

A Comissão de Acompanhamento da Tabela, deve assim promover uma efectiva actualização regular deste instrumento pericial de apoio.

Como anexo II, o Decreto nº 352/2007 de 23 de Outubro, introduz na legislação nacional uma Tabela Nacional para Avaliação de incapacidades Permanentes em Direito Civil, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, consubstanciado na aplicação de uma tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física. Esta segunda tabela que ora se institui insere-se numa progressiva autonomização da avaliação do dano corporal em direito civil que vem tendo lugar nas legislações de diversos países, as quais, identificando esses danos, os avaliam e pontuam por recurso a tabelas próprias, a exemplo, aliás, do que acontece com a própria União Europeia, no seio da qual entrou recentemente em vigor uma tabela europeia intitulada «Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique e psychique».

Nesta encontram-se vertidas as grandes incapacidades, estabelecem-se as taxas para as sequelas referentes aos diferentes sistemas, aparelhos e órgãos e respectivas funções e avaliam-se as situações não descritas por comparação com as situações clínicas descritas e quantificadas.

Fortemente inspirada nesta tabela europeia, mas também fruto da elevada capacidade científica e técnica do Instituto de Medicina Legal, que a co-redigiu, esta nova Tabela Nacional para o direito civil destina-se a ser utilizada exclusivamente por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas de outras áreas com específica competência na avaliação do dano corporal, ou seja, por peritos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no âmbito do direito civil e das respectivas regras, desde os

problemas decorrentes de um eventual estado anterior, à problemática das sequelas múltiplas constituindo assim um elemento auxiliar que se reputa de grande utilidade prática para a uniformização de critérios e procedimentos.

De acordo com esta nova tabela, a avaliação da incapacidade basear-se-á em observações médicas precisas e especializadas, dotadas do necessário senso clínico e de uma perspectiva global e integrada, fazendo jus á merecida reputação que Portugal tem tido na avaliação do dano corporal.

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

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

Apresente tabela não constitui um manual da patologia sequelar nem um manual de avaliação. Foi concebida para utilização exclusiva por verdadeiros peritos, isto é, por médicos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no domínio do Direito Civil, e das respectivas regras, nomeadamente no que se refere ao estado anterior e a sequelas múltiplas.

Assim na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista físico e bio- funcional, bem como o sexo e a idade, sempre que estas duas variáveis não estiverem contempladas em eventual tabela indemnizatória.

### 5.3 - Vantagens/desvantagens das tabelas em Direito Civil

As tabelas não são só uma vantagem, antes uma ferramenta imprescindível. Podem e devem ser questionadas:

- Vantagens de avaliação tabelar<sup>425</sup>:
  - medir a perda da integridade física
  - valorizar o ponto de vista anatómico
  - transições numéricas puras.
  
- Desvantagens da avaliação tabelar<sup>425</sup>:
  - nenhuma é boa
  - nenhuma possui nem traduz verdades absolutas
  - nenhuma é nem pode vir a ser completa e perfeita
  - nunca conseguirá avaliar de forma individualizada todos os casos (a formação e actuação adequada dos peritos superam essas limitações).
  
- As tabelas permitem<sup>425</sup>:
  - o princípio da seguridade jurídica
  - o princípio da igualdade
  - unificar critérios médicos e clínicos
  - evitar disparidades em casos sobreponíveis
  - são elemento da consulta
  - estabelecer a mesma referência para situações semelhantes.
  
- As tabelas são um mal quando os peritos<sup>425</sup>:
  - ficam amputados da sua verdadeira função
  - se transformam em meros consultores de tabelas, peritos médico-tabelares e não peritos médico-legais

- arbitram taxativamente os valores aí consignados
- não ajustam critérios clínicos de valorização concreta
- consideram livros sagrados que ninguém pode contestar.

Os pareceres baseados numa lógica puramente descritiva sem aplicar a tabela<sup>425</sup>, dificultam a defesa perante juízes mais hábeis. É certo que esses valores podem ser arbitrados aleatoriamente e sem critérios uniformes.

As tabelas são também elementos de conflito para peritos menos esclarecidos.

O verdadeiro perito faz uma leitura médico-legal de acordo com a realidade das lesões e arbitra valores superiores ou inferiores aos previstos na tabela, devidamente justificados<sup>425</sup>.

A consulta tabelar apesar das críticas, é útil e colmata injustiças gritantes. Ambrósio Paré escrevia «los jueces deciden según se les informa». Um parecer impreciso anulará qualquer esforço de reposição da verdade.

Os conhecimentos técnicos e científicos fornecidos ao juiz são fundamentais para ressacir ou indemnizar a vítima. A indemnização é calculada isoladamente, de contrário não seria justa.

O parecer deve contemplar todo o contexto particular da situação de acordo com a individualização pessoal: idade, trabalho, ambiente familiar e perspectivas de futuro.

- A reparação integral em direito civil inclui<sup>17</sup>:
  - danos matérias
  - danos morais (sofrimento físico ou psíquico)
  - perturbações passadas, presentes e futuras
  - acções protectoras do sistema especial
  - prestações sociais e económicas
  - assistência médica e medicamentosa
  - reabilitação
  - medidas de integração profissional e social
  - subsídios de ajuda a terceira pessoa.

A elaboração de tabelas em direito civil é difícil. Afigura-se contudo mais difícil formar peritos com capacidade para as interpretar. Os critérios de referência são múltiplos e variam individualmente, mas para um melhor aperfeiçoamento na elaboração dos relatórios médico legais o INML,IP, vai fazendo um trabalho de acompanhamento aos peritos elaborando normas procedimentais para a elaboração dos mesmos para assim garantir a qualidade das perícias realizadas.

Assim o INML,IP em 12 de Novembro de 2009 elaborou um conjunto de Normas e Procedimentos que foram aprovados pelo Conselho Directivo do INML,IP e postos em execução a 17 de Novembro de 2009.

Destas normas e procedimentos, fazem parte as Recomendações Gerais para a Realização de Relatórios Periciais de Clinica Forense relativos a Dano Pós- Traumático. Abrange assim um conjunto de recomendações tanto na elaboração do Relatório Pericial (Normas Procedimentais N°1.1), como identificar, descrever, interpretar e valorar os danos temporários e permanentes, de acordo com as normas definidas pelo INML,IP para as perícias que decorrem no âmbito do Direito Civil e no contexto do preconizado pela Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal (CEREDOC),(Normas Procedimentais N°1.3).

## **PARTE II - OBJECTIVOS**



## **OBJECTIVOS**

Na fundamentação apresentada, delinheio alguns objectivos no âmbito da reparação do dano em Direito Civil.

- Caracterizar as lesões ortopédicas nos acidentes de viação;
- Determinar a incidência, etiologia e gravidade da lesão ortopédica, possibilitando entender melhor o seu alcance e magnitude;
- Avaliar o índice de gravidade da lesão sofrida pelas vítimas e recolher dados para a reparação do dano e das sequelas;
- Enquadrar o dano futuro na Tabela Nacional de Incapacidades.

## **PARTE III- METODOLOGIA**

## MATERIAL E MÉTODOS

### 1 - METODOLOGIA

Atendendo a que os dados obtidos numa pesquisa social não são indiferentes à sua forma de obtenção, devemos, acima de tudo, utilizar técnicas e procedimentos específicos para recolha, descrição e análise dos dados, para que um trabalho de investigação se torne credível.

É a esses procedimentos e técnicas que chamamos de metodologia e que, Fortin (1999) refere como sendo um conjunto de actividades, que se humanizam com os diferentes fundamentos filosóficos, e que suportam as preocupações e as orientações da investigação. Segundo Huberman e Miles citados por Coelho (2001, p.37), “o investigador deve ter uma ideia precisa dos aspectos a investigar, onde os procurar, através de que actores e através de que processo”.

Devemos pois, em qualquer trabalho, utilizar uma metodologia rigorosa e bem definida, que nos permita atingir os objectivos, sem esquecer que esta é a parte mais complexa na redacção de qualquer projecto de pesquisa. Assim, abordaremos ao longo deste capítulo aspectos relacionados com a metodologia científica utilizada neste projecto de investigação, do qual faz parte: o tipo de estudo; a questão de investigação; os objectivos do estudo; a população alvo e amostra; as variáveis em estudo; instrumentos de colheita de dados; tratamento dos dados e comunicação e discussão dos resultados e as questões éticas relacionadas com o processo de investigação e as conclusões

## 1.1 - Tipo De Estudo

É usual fazer-se a distinção entre duas grandes metodologias científicas: quantitativa e qualitativa (Polit & Hungler, 1995).

De uma forma global, a metodologia abrange todo o conjunto de métodos quantitativos e/ou qualitativos utilizados, técnicas de investigação, a sua estrutura e organização fundamentando-os devidamente.

Consideramos o nosso estudo estruturalmente de índole quantitativo. Trata-se de um estudo descritivo, de nível 1, de acordo com o preconizado pela literatura consultada, uma vez que as investigações epidemiológicas de cunho descritivo têm como propósito caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa (Fortin, 1996), ou informar acerca da distribuição de um evento ou fenómeno numa determinada população em termos quantitativos.

*“O objectivo perseguido consiste, portanto, em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem”* (Fortin, 1999, p.149).

## 1.2 - Objectivos Do Estudo

Segundo Fortin (1999, p.100) o objectivo de um estudo é “um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Embora já tenham sido abordados os objectivos deste estudo na introdução do presente trabalho, parece-nos pertinente voltar a apresentá-los neste ponto do trabalho para que o desenho metodológico do nosso estudo mantenha a coerência desejável. Desta forma, os objectivos deste estudo são:

- Caracterizar as lesões ortopédicas nos acidentes de viação;

- Determinar a incidência, etiologia e gravidade da lesão ortopédica, possibilitando entender melhor o seu alcance e magnitude;
- Avaliar o índice de gravidade da lesão sofrida pelas vítimas e recolher dados para a reparação do dano e das sequelas;
- Enquadrar o dano futuro na Tabela Nacional de Incapacidades.

### **1.3 – População Alvo e Amostra do Estudo**

No planeamento de um projecto de investigação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada, isto é a população alvo.

Para Fortin (1999, p.202) *“a população é uma colecção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

A população alvo do nosso estudo é constituída por vítimas de: acidentes de viação e atropelamento, que foram examinadas nos Gabinetes Médico-Legais de Aveiro, Delegação do Centro, Faro, Figueira da Foz e Leiria, no âmbito dos exames periciais de avaliação de dano corporal em Direito Civil, num total de 628 examinandos.

A escolha destes Gabinetes prendeu-se sobretudo com o facto de o Mestrando, ser Perito Médico- legal nos Gabinetes de Faro, Figueira da Foz e Leiria. Para além disso conseguir ter dois outros Gabinetes para comparação de resultados e estes estarem relativamente perto da sua área de trabalho, assim a escolha recaiu no Gabinete Médico-Legal de Aveiro e da Delegação do Centro

Foi efectuada uma pesquisa manual de 10679 processos de Clinica Forense, no âmbito dos exames periciais de avaliação de dano corporal em Direito Civil, nos locais em estudo.

De cada processo foi retirada toda a informação disponível, e necessária para a elaboração desta Tese, tal como consta do relatório Médico-Legal de avaliação do Dano Corporal em Direito Civil no âmbito da Clínica Forense, através da utilização de folha de recolha de dados (Anexo1).

No decorrer do trabalho, quer por novas ideias que os dados entretanto recolhidos iam gerando, quer por dificuldades na concretização de certos itens, redefiniram-se alguns grupos em estudo e estabeleceram-se novos grupos no protocolo.

#### **1.4 - Variáveis em Estudo e as suas Dimensões**

No contexto de uma investigação científica, os conceitos passam a ser variáveis. Segundo Polit e Hungler (1995, p. 26), uma variável “é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”. Para Fortin, Côté e Vissandjée (1999), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações estudadas numa investigação.

No estudo que realizamos, podemos identificar as variáveis sócio - demográficas, que são características inerentes ao sujeito, sendo importantes para a caracterização sócio-demográfica da amostra. A escolha destas variáveis teve em conta as necessidades do próprio estudo e, uma vez colhidos os dados, a informação permitiu traçar um perfil das características das lesões e das sequelas dos sujeitos da amostra.

No âmbito da Clínica Forense, as variáveis profissão, lesões e sequelas foram agrupadas de forma a poderem ser estudadas, uma vez que a sua diversidade era muito grande.

Assim a variável profissão foi agrupada segundo a Classificação Nacional de Profissões (CNP) elaborada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.( Anexo 2)

A variável lesão foi classificada, através de um protocolo de avaliação de patologia ortopédica criada pelo Mestrando, ( Anexo 3).Este protocolo contem os seguintes itens:

- Lesão ortopédica única do membro superior 1-A
- Lesão ortopédica única do membro inferior 1-B
- Lesão ortopédica múltipla do membro superior 2-A
  - Lesão ortopédica múltipla do membro inferior 2-B
  - Lesão ortopédica múltipla de ambos os membros(inferior e superior) 2-C
  - Lesão ortopédica + lesão associada 3

A variável sequela foi classificada através de um protocolo de avaliação de patologia ortopédica criado pelo Mestrando.( Anexo 4)

Este protocolo contem os seguintes itens:

- Sequela simples (1 a 2) – score I
- Sequela intermédia(3 a 4) – score II
- Sequela complexa ( $\geq 5$ ) – score III

A recolha de dados na área da Clínica Forense, foi concretizada nos anos civis de 2006 a 2009, nos Gabinetes Médico – Legais de Aveiro, Faro, Figueira da Foz, Leiria e Delegação do Centro.

## **1.5 - Questões Éticas relacionadas com o Processo De Investigação**

A necessidade de orientações éticas na investigação, surge com o objectivo de assegurar que os direitos dos sujeitos que participam em pesquisas estão protegidos.

A ética coloca problemas aos investigadores em Medicina, porquanto as exigências éticas poderão entrar em conflito com os rigores do método científico.

Fortin (1999, p.114) dá uma definição de ética afirmando que “é a ciência moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na

vida dos indivíduos”. Bogdan e Biklen (1994, p.75), acrescentam que “a ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados correctos e incorrectos por determinado grupo”.

Ainda sobre esta matéria, Grande (2000, p.49) afirma que “particularmente no sector da saúde, é o enquadramento ético que dá à investigação científica a indispensável dimensão humana”.

Outros aspectos importantes para o desenrolar da investigação são as qualidades morais que responsabilizam o investigador: saber, honestidade e vontade firme.

O contrário, como o imprevisto, a fraude e o plágio, são indicadores da ausência de responsabilidade moral.

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos pode contribuir para o avanço de conhecimentos científicos, mas pode também, lesar os direitos fundamentais das pessoas, levantando por isso, questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar.

*“A investigação científica em saúde tem condicionantes éticas específicas, pela natureza dos problemas que trata e por ter, como objectivo fundamental, a contribuição para a melhoria da vida humana”* (Grande, 2000, p.49).

Em face do que acabamos de frisar, pretendemos ser tão rigorosas quanto nos seja possível, no sentido de respeitar os princípios éticos inerentes ao nosso projecto. O que pretendemos essencialmente é que todos os participantes no nosso estudo, bem como as pessoas a quem dirigimos o nosso pedido formal possam dar o seu consentimento livre e esclarecido. Todos os esclarecimentos deverão ter em atenção a personalidade e o grau de diferenciação intelectual e cultural do sujeito, descrição dos procedimentos propostos, consequências e efeitos indesejados, alternativas possíveis, entre outros.

Foi realizado formalmente um pedido de autorização ao Conselho de Ética referente à proposta do projecto de dissertação. (Anexo 5)

Foi realizado formalmente um pedido de autorização para a colocação do instrumento de colheita de dados bem como para a recolha de informação nos processos clínicos a cada Coordenador dos Gabinetes Médico-Legais de: Aveiro, Faro, Figueira da Foz, Leiria,



Delegação de Coimbra e Delegação do Sul (Anexo 6,7,8,9,10,11). A sua distribuição e recolha foi concretizada após parecer positivo.

De notar que foram salvaguardar aspectos éticos fundamentais. Foi tido como princípio o esclarecimento do propósito do estudo aos sujeitos envolvidos e dada especial ênfase na garantia de privacidade e anonimato dos dados colhidos.

## **1.6 - Tratamento Estatístico**

O tratamento estatístico numa pesquisa consiste em organizar, clarificar e codificar os resultados colhidos de modo a permitir a análise dos mesmos, de modo a apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível. Sem ajuda da estatística, os dados quantitativos obtidos numa pesquisa seriam pouco mais que uma caótica de números (Polit e Hungler, 1995). No que respeita ao presente estudo, utilizamos como medidas de estatística descritiva: frequências absolutas, frequências relativas (percentagens), medidas de tendência central (média, moda), medidas de dispersão (desvio padrão). Recorremos ao programa informático no qual foi utilizado a folha de cálculo do programa Microsoft Office Excel pelo Windows – (2007), para o tratamento estatístico dos dados.

A escolha deste programa, prendeu-se com os potenciais tipos de leitores deste documento. Uma dessas alternativas consubstanciou-se no programa Excel (com os seus métodos estatísticos, os algoritmos e linguagem de programação Visual Basic, utilizados para criar as ferramentas e funções de análise) do pacote de aplicações Office da Microsoft, presente em Portugal na esmagadora maioria dos computadores. Finalmente a nossa escolha do Excel para tratamento de dados estatísticos assenta também no facto de que o uso das ferramentas do programa Excel, atende as recomendações para o ensino superior estabelecidas na Conferência Mundial sobre Educação Superior, realizada pela UNESCO, uma vez que renova o conteúdo dos cursos e dos métodos de ensino, capacitando o aluno para aplicar ferramentas da metodologia Seis Sigma na sua actuação profissional.

## RESULTADOS

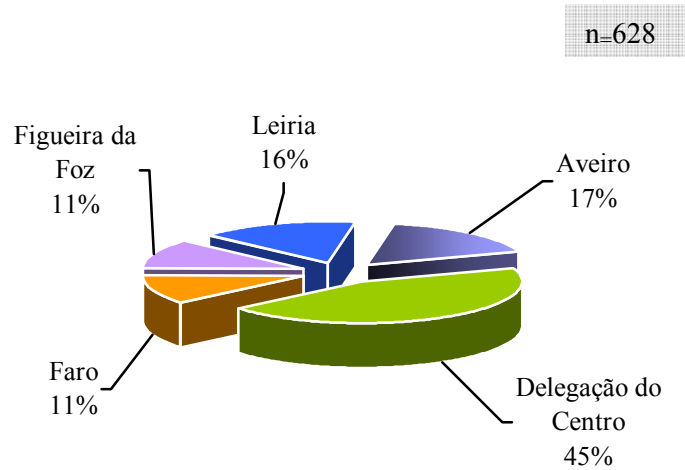
### CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS RESULTADOS

De seguida, procedemos à análise descritiva dos resultados da aplicação do protocolo, aos elementos da amostra em estudo.

Pela Tabela 2 e Gráfico 1 podemos observar que, num total de 628 examinandos, a distribuição por Gabinete foi: no Gabinete de Aveiro, em relação aos anos em estudo foram observados 107 examinados, seguido do Gabinete de Leiria com 101 examinados, seguido do Gabinete de Figueira da Foz e Faro, com 72 e 71 examinados respectivamente. De realçar que no mesmo período de tempo, na Delegação do Centro foram observados 277 examinados, um valor bastante mais alto, ao que corresponde uma percentagem de 45%.

**Tabela 2 - N.º Examinando/Gabinete Médico-Legal/Ano**

Examinando	2006	2007	2008	2009	Total
Aveiro	45	30	22	10	107
Delegação do Centro	79	77	70	51	277
Faro	14	4	30	23	71
Figueira da Foz	22	16	20	14	72
Leiria	44	29	15	13	101
Total Geral	204	156	157	111	628

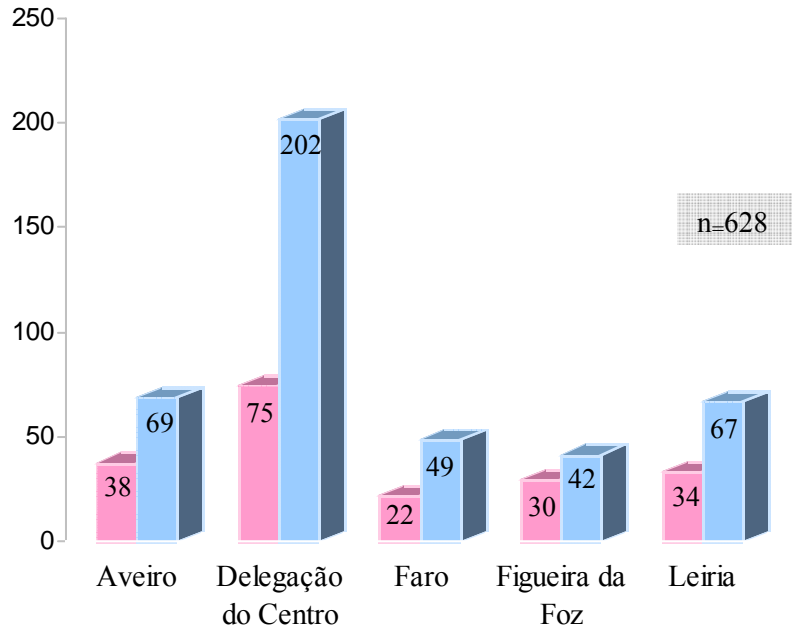


**Gráfico 1** - Percentagem de examinandos Gabinete Médico-Legal/Total

Pela Tabela 3 e Gráfico 2 podemos observar que, num total de 628 examinandos, a distribuição por Gabinete, em relação ao sexo é maioritariamente o sexo masculino que se destaca em todos os gabinetes, com relevância para a Delegação do Centro com 202 examinados ao que corresponde uma percentagem de 73% da amostra. De realçar que é também na Delegação do Centro que o sexo feminino aparece com menor valor do total da amostra com 75 examinados ao que corresponde 27%.

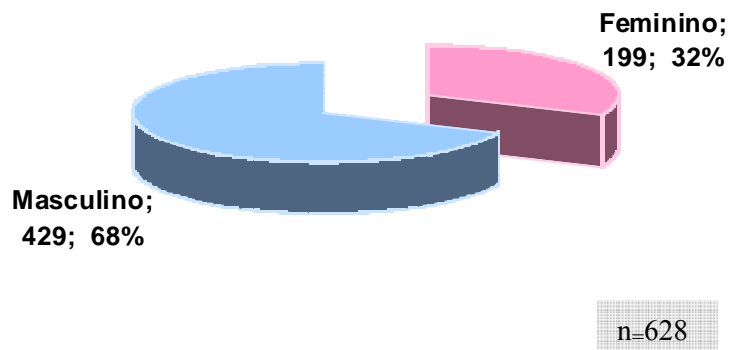
**Tabela 3** - N.º Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal

GABINETE MÉDICO-LEGAL	Feminino		Masculino		Total
	N.º	%	N.º	%	
Aveiro	38	36%	69	64%	107
Delegação do Centro	75	27%	202	73%	277
Faro	22	31%	49	69%	71
Figueira da Foz	30	42%	42	58%	72
Leiria	34	34%	67	66%	101
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>32%</b>	<b>429</b>	<b>68%</b>	<b>628</b>



**Gráfico 2 - Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal**

Observando os dados apresentados no Gráfico 3, verificamos que a maioria dos 628 examinandos que integraram o estudo, concretamente 68%, são do género masculino e 32% são do género feminino.



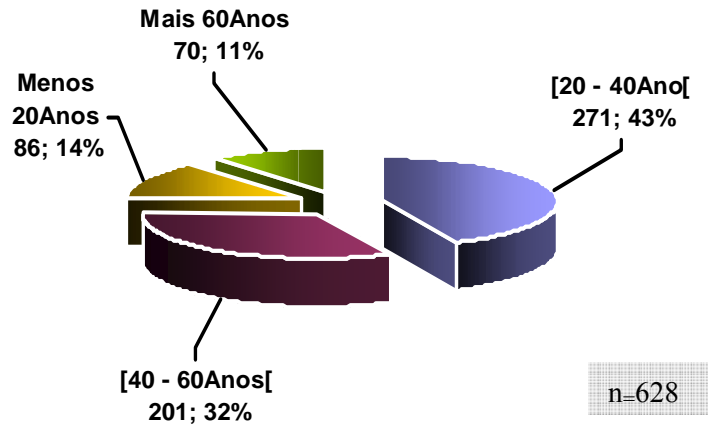
**Gráfico 3 - Percentagem de Examinandos/Sexo/Total**

Concluimos que, dos examinandos observados, em relação ao grupo etário na Delegação do Centro surgem com 45% no grupo etário que compreende [ 20-40 [ e com um valor de 9% no grupo etário “Mais de 60 anos”.Em Aveiro surge com 36% o grupo etário [40-60[ e com 12% os co “Menos de 20 anos”. Salienta-se que os Gabinetes de Faro, Figueira da Foz e Leiria surgem conjuntamente com maiores valores em relação ao grupo etário [20-40[ ao que correspondem respectivamente 42%, 44% e 42%.Nota-se que em relação há Figueira da Foz o grupo etário com menor relevância é com “ Menos de 20 anos” com 11% e que Leiria e Faro surgem no grupo etário com “ Mais de 60 anos” com valores de 13% e 8% respectivamente.

**Tabela 4 - N.º Examinandos/Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal**

GABINETE MÉDICO-LEGAL	Menos 20Anos		[20 – 40Anos[		[40 – 60Anos[		Mais 60Anos		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Aveiro	13	12,1%	42	39,3%	38	35,5%	14	13,1%	107
Delegação do Centro	37	13,4%	125	45,1%	90	32,5%	25	9,0%	277
Faro	10	14,1%	30	42,3%	25	35,2%	6	8,5%	71
Figueira da Foz	8	11,1%	32	44,4%	20	27,8%	12	16,7%	72
Leiria	18	17,8%	42	41,6%	28	27,7%	13	12,9%	101
Total	86	13,7%	271	43,2%	201	32,0%	70	11,1%	628

Observando os dados apresentados no Gráfico 4, verificamos que a maioria dos 628 examinandos que integraram o estudo, concretamente temos o grupo etário [20-40[ com um valor mais elevado com 43%, seguido do grupo etário de [40-60[ com 32%, no grupo etário que corresponde “ Menos de 20 Anos” surge com 14% e com “Mais de 60 Anos” temos o valor menor 11%.



**Gráfico 4** - Percentagem de Examinandos/Grupo Etário/Total

Pela Tabela 5 observamos que, em relação à conjugação grupo etário /sexo, que o grupo com maior relevância é [20-40[ com 74% e ao que corresponde o sexo masculino, sabendo que em relação ao sexo feminino temos o grupo etário [40-60[ com 35% dos examinados.No que respeita a valores de menor incidência temos no sexo masculino o escalão etário “Mais de 60 anos”com 54% e em relação ao sexo feminino temos com 26% o grupo etário de[20-40[anos.

**Tabela 5** - N.º Examinandos/Grupo Etário/Sexo

GRUPO ETÁRIO	Feminino		Masculino		Total
	N.º	%	N.º	%	
Menos 20Anos	26	30%	60	70%	86
[20 - 40Anos[	71	26%	200	74%	271
[40 - 60Anos[	70	35%	131	65%	201
Mais 60Anos	32	46%	38	54%	70
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>32%</b>	<b>429</b>	<b>68%</b>	<b>628</b>

Observando os dados apresentados na Tabela 6, podemos concluir que em relação à profissão que os examinados detinham à data do acidente era com a maior incidência no grupo Trabalhadores Não Qualificados com 30,4%, seguido do grupo de Pessoal dos Serviços e Vendedores com 15,6%, seguido do Estudantes com 11,8% e com o valor menor o grupo de Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa com 0,2%.

**Tabela 6 - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	N.º	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1	0,2%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	21	3,3%
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	40	6,4%
Pessoal Administrativo e Similares	49	7,8%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	98	15,6%
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	19	3,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	27	4,3%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	42	6,7%
Trabalhadores Não Qualificados	191	30,4%
Desempregado	16	2,5%
Estudante	74	11,8%
Reformado	50	8,0%
<b>Total</b>	<b>628</b>	<b>100%</b>

Observando os dados apresentados na Tabela 7, podemos concluir que em relação à profissão que os examinados detinham à data do acidente em todos os Gabinetes em estudo e também na Delegação do Centro a profissão em evidencia é comum e diz respeito Trabalhadores Não Qualificados com 191 examinados do total da amostra e com o valor menor de apenas 1 examinado é o grupo de Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros

Superiores de Empresa e foi examinado no Gabinete de Faro. Salientamos ainda para os valores de 99 examinados no grupo de Pessoal dos Serviços e Vendedores, seguido do grupo de Estudantes com 74 examinados e com 50 examinados o grupo dos Reformados.

**Tabela 7 - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Gabinete Médico-Legal**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	Aveiro	Delegação do Centro	Faro	Figueira da Foz	Leiria	Total
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa			1			1
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	10	3	2	5	21
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	3	20	7	2	8	40
Pessoal Administrativo e Similares	8	22	2	11	6	49
Pessoal dos Serviços e Vendedores	16	47	12	10	13	98
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	6	6	2	3	2	19
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	10	2	5	8	27
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	8	22	1	4	7	42
Trabalhadores Não Qualificados	43	78	23	23	24	191
Desempregado	3	8	2		3	16
Estudante	8	35	11	5	15	74
Reformado	9	19	5	7	10	50
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>277</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>101</b>	<b>628</b>

Concluimos que, dos examinandos observados, dos 191 que estão inseridos no grupo profissional de Trabalhadores Não Qualificados são do sexo Masculino, bem como os que



integram o grupo profissional Pessoal dos Serviços e Vendedores e Estudante e Reformado. De salientar que em relação ao sexo Feminino este enquadra o grupo profissional de Pessoal Administrativo e Similares com um valor de 59% o seu valor mais expressivo em relação aos grupos profissionais e neste grupo o valor para o sexo masculino é menor com 41%. (Tabela 8)

**Tabela 8 - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Sexo**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	Feminino		Masculino		Total
	N.º	%	N.º	%	
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa		0%	1	100%	1
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	10	48%	11	52%	21
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	9	23%	31	78%	40
Pessoal Administrativo e Similares	29	59%	20	41%	49
Pessoal dos Serviços e Vendedores	40	41%	58	59%	98
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	9	47%	10	53%	19
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1	4%	26	96%	27
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	2	5%	40	95%	42
Trabalhadores Não Qualificados	51	27%	140	73%	191
Desempregado	3	19%	13	81%	16
Estudante	31	42%	43	58%	74
Reformado	14	28%	36	72%	50
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>32%</b>	<b>429</b>	<b>68%</b>	<b>628</b>

Concluimos que, dos examinandos observados, do total da amostra, 191 que integram o grupo profissional Trabalhadores Não Qualificados, estão inseridos com maior valor expressivo no grupo etário de [20 – 40 Anos[ com 47% e com o valor menor de 4% no grupo de “Menos

20Anos”. No grupo profissional de Pessoal dos Serviços e Vendedores temos o grupo etário de [20 – 40Anos[ com 47%, de referir ainda que temos os Estudantes com o grupo etário de Menos 20Anos com um valor expressivo de 78%.O grupo de desempregados abrange o grupo etário de [20 – 40Anos[ com 50% e com 31% o grupo etário de [40 – 60Anos[.(Tabela 9)

**Tabela 9 - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Grupo Etário**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	Menos 20Anos		[20 – 40Anos[		[40 – 60Anos[		Mais 60Anos		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa					1	100%			1
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas			10	48%	9	43%	2	10%	21
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio			27	68%	12	30%	1	3%	40
Pessoal Administrativo e Similares	2	4%	27	55%	20	41%			49
Pessoal dos Serviços e Vendedores	12	12%	47	48%	34	35%	5	5%	98
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas			2	11%	12	63%	5	26%	19
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1	4%	17	63%	8	30%	1	4%	27
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	3	7%	25	60%	13	31%	1	2%	42
Trabalhadores Não Qualificados	7	4%	90	47%	77	40%	17	9%	191
Desempregado	3	19%	8	50%	5	31%			16
Estudante	58	78%	15	20%	1	1%			74
Reformado		0%	3	6%	9	18%	38	76%	50
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>14%</b>	<b>271</b>	<b>43%</b>	<b>201</b>	<b>32%</b>	<b>70</b>	<b>11%</b>	<b>628</b>

Observando os dados apresentados na Tabela 10, verifica-se que relativamente ao ano civil 2006-2007, existiram 360 acidentados dos quais 305 foram por acidentes de viação por choque frontal e 55 acidentados foram vítimas de atropelamento. Em relação ao ano civil de 2008-2009, foram acidentados por acidentes de viação 221, e vítimas de atropelamento foram 47. De salientar que no total da amostra dos 628 examinados 83,8% foram acidentes de viação provocados por choque frontal e 16,2% foram atropelamentos. Podemos concluir que houve um decréscimo no total dos acidentes de viação em relação ao ano civil de 2008-2009, face ao ano civil de 2006-2007.

**Tabela 10 - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Ano**

TIPO DE ACIDENTE	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	305	84,7%	221	82,5%	526	83,8%
Atropelamento	55	15,3%	47	17,5%	102	16,2%
Total Geral	360	100,0%	268	100,0%	628	100,0%

Concluimos que, dos examinandos observados, do total da amostra, que em relação ao acidente de viação provocado por choque frontal, tendo como referencia o ano civil de 2006-2007, existiram 132 examinados, seguido do Gabinete de Aveiro, Leiria e Figueira da Foz com; 69, 54, 36 examinados respectivamente. De salientar que o Gabinete de Faro no mesmo período de tempo teve 14 examinados mas que foi o único Gabinete que nos anos 2008-2009 viu a sua taxa de acidentes aumentada, subindo o seu valor para 17,2%. Em relação aos atropelamentos temos nos anos de 2006-2007 a Delegação do Centro com 43,6% baixando o seu valor para 31,9% nos anos de 2008-2009. Salientamos o Gabinete de Faro que tem uma taxa inicial de 7,3%, subindo drasticamente para 31,9% relativamente aos últimos anos e comparando com os outros Gabinetes que tendo um ligeiro crescimento, é um valor reduzido. (Tabela 11)

**Tabela 11 - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Gabinete Médico-Legal/Ano**

TIPO DE ACIDENTE	GABINETE MEDICO LEGAL	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	Aveiro	69	22,6%	24	10,9%	93	17,7%
	Delegação do Centro	132	43,3%	106	48,0%	238	45,2%
	Faro	14	4,6%	38	17,2%	52	9,9%
	Figueira da Foz	36	11,8%	30	13,6%	66	12,5%
	Leiria	54	17,7%	23	10,4%	77	14,6%
<b>Acidente de viação Total</b>		<b>305</b>		<b>221</b>		<b>526</b>	
Atropelamento	Aveiro	6	10,9%	8	17,0%	14	13,7%
	Delegação do Centro	24	43,6%	15	31,9%	39	38,2%
	Faro	4	7,3%	15	31,9%	19	18,6%
	Figueira da Foz	2	3,6%	4	8,5%	6	5,9%
	Leiria	19	34,5%	5	10,6%	24	23,5%
<b>Atropelamento Total</b>		<b>55</b>		<b>47</b>		<b>102</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Pela Tabela 12 observamos que, em relação ao Gabinete de Aveiro, relativamente a 2006-2007, o numero de examinados vítimas de acidentes de viação foi de 92,0% e vítimas de atropelamento foi de 8,0% em relação a 2008-2009, o valor diminui sendo de 75,0% para examinados de vítimas de acidentes de viação ,mas houve um aumento significativo para as vítimas de atropelamento par 25,0%.Na Delegação do Centrotemos um aumento dos acidentes de viação para os anos civil de 2008-2009, de 84,6% para 87,6% e uma diminuição nos atropelamentos de 15,4% para 12,4%.Em relação ao Gabinete de Faro e Figueira da Foz houve também um aumento significativo nos atropelamentos em relação ao período estudado de 22,2% para 28,3% e de 5,3% para 11,8% repectivamente.No Gabinete de Leiria no período estudado, houve um aumento relativamente ao período estudado, nos acidentes de viação por choque frontal de 74,0% para 82,1% havendo um decréscimo no atropelamento de 26,0% para 17,9%no período estudado.

**Tabela 12 - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal/ Tipo de Acidente/Ano**

GABINETE MEDICO LEGAL	TIPO DE ACIDENTE	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Aveiro	Acidente de viação	69	92,0%	24	75,0%	93	86,9%
	Atropelamento	6	8,0%	8	25,0%	14	13,1%
<b>Aveiro Total</b>		<b>75</b>		<b>32</b>		<b>107</b>	
Delegação do Centro	Acidente de viação	132	84,6%	106	87,6%	238	85,9%
	Atropelamento	24	15,4%	15	12,4%	39	14,1%
<b>Delegação do Centro Total</b>		<b>156</b>		<b>121</b>		<b>277</b>	
Faro	Acidente de viação	14	77,8%	38	71,7%	52	73,2%
	Atropelamento	4	22,2%	15	28,3%	19	26,8%
<b>Faro Total</b>		<b>18</b>		<b>53</b>		<b>71</b>	
Figueira da Foz	Acidente de viação	36	94,7%	30	88,2%	66	91,7%
	Atropelamento	2	5,3%	4	11,8%	6	8,3%
<b>Figueira da Foz Total</b>		<b>38</b>		<b>34</b>		<b>72</b>	
Leiria	Acidente de viação	54	74,0%	23	82,1%	77	76,2%
	Atropelamento	19	26,0%	5	17,9%	24	23,8%
<b>Leiria Total</b>		<b>73</b>		<b>28</b>		<b>101</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Pela Tabela 13, concluímos que em relação ao sexo, temos o sexo masculino em maior evidência tanto nos acidentes por choque frontal como nos acidentes por atropelamento sendo respectivamente de 68,3% e 70,2%. Concluímos é que ao longo do período estudado, temos que, o sexo masculino aumenta o seu valor em relação ao atropelamento de 40,0% para 70,2% sendo que no sexo feminino é ao contrário, os examinados de atropelamento o seu valor diminui de 60,0% para 29,8% para subir a percentagem dos acidentes de viação por choque frontal de 26,9% para 31,7% no período de 2006-2007, e 2008-2009.

**Tabela 13 - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Sexo/Ano**

TIPO DE ACIDENTE	SEXO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	Feminino	82	26,9%	70	31,7%	152	28,9%
	Masculino	223	73,1%	151	68,3%	374	71,1%
<b>Acidente de viação Total</b>		<b>305</b>		<b>221</b>		<b>526</b>	
Atropelamento	Feminino	33	60,0%	14	29,8%	47	46,1%
	Masculino	22	40,0%	33	70,2%	55	53,9%
<b>Atropelamento Total</b>		<b>55</b>		<b>47</b>		<b>102</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Concluimos que, dos examinandos observados em relação ao tipo de acidente de viação temos com um valor muito expressivo a lesão Tipo 1-B com 25,7%, seguido da lesão Tipo 2-C com 20,3% e com lesão Tipo 3 o valor de 18,3%. Com um valor muito baixo quase sem expressão temos a lesão “sem lesão” com 0,2%. No atropelamento surgem a lesão tipo 1-B com 33,3% seguido de lesão Tipo 3 com 28,4% seguido de Tipo 2-B com 16,7%. Salientamos ainda a lesão Tipo 1-A com 6,9% no período estudado. (Tabela 14)

**Tabela 14 - N.º Examinandos/Tipo de Acidente/Tipo de Lesão/Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Acidente de viação	TIPO 1-A	32	10,5%	23	10,4%	55	10,5%
	TIPO 1-B	76	24,9%	59	26,7%	135	25,7%
	TIPO 2-A	26	8,5%	13	5,9%	39	7,4%
	TIPO 2-B	52	17,0%	39	17,6%	91	17,3%
	TIPO 2-C	66	21,6%	41	18,6%	107	20,3%
	TIPO 3	52	17,0%	46	20,8%	98	18,6%
	SEM LESÃO	1	0,3%		0,0%	1	0,2%
<b>Acidente de viação Total</b>		<b>305</b>		<b>221</b>		<b>526</b>	
Atropelamento	TIPO 1-A	4	7,3%	3	6,4%	7	6,9%
	TIPO 1-B	19	34,5%	15	31,9%	34	33,3%
	TIPO 2-A	2	3,6%	3	6,4%	5	4,9%
	TIPO 2-B	9	16,4%	8	17,0%	17	16,7%
	TIPO 2-C	6	10,9%	4	8,5%	10	9,8%
	TIPO 3	15	27,3%	14	29,8%	29	28,4%
<b>Atropelamento Total</b>		<b>55</b>		<b>47</b>		<b>102</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Concluimos que, dos examinandos observados que sofreram lesão Tipo 1-A, obtiveram uma I.P.G.entre [0-10[ com o valor mais expressivo de 37,5%, no ano de 2006-2007 sendo que o seu valor aumenta significativamente em 2008-2009, para 69,6% ao contrário do intervalo de incapacidade de[10-20[ que de 34,4% desce drasticamente para 17,4% no ultimo período de tempo 2008-2009.Concluimos ainda que com I.P.G.nos intervalos de [20-30[ e [30-40[em 2006-2007, é de 6,3% e em 2008 – 2009 esta I.P.G. desce drasticamentepara 8,7% e 0,0% respectivamente.Salientamos ainda que com esta mesma lesão foi atribuída sem Incapacidade uma percentagem de 15,6% do total de examinados observados no primeiro período de estudo descendo drasticamente para 4,3%.Em relação há lesão Tipo 1-B verifica-se que com uma I,P,G, entre [10-20[ temos no primeiro período de avaliação uma taxa de 39,5% e descendo esta avaliação para 25,45 no segundo período estudado .Salientamos que no intervalo de

tempo [0-10[ temos uma I.P.G, de 25,0% crescendo o seu valor em termos porcentuais para 52,5%, Concluimos que para I.P.G. nos intervalos de [50-60[ e [60-70[ temos valores muito pequenos que foram atribuídos ao mesmo tipo de lesão para valores de 0,0% e 1,3% mas que no segundo período do estudo houve uma avaliação superior respectivamente de 3,4% e 1,75.(Tabela 15)

**Tabela 15 - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo1-A 1-B/I.P.G./Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Acidente de viação	TIPO 1-A	[0 - 10[	12	37,5%	16	69,6%	28	50,9%	
		[10 - 20[	11	34,4%	4	17,4%	15	27,3%	
		[20 - 30[	2	6,3%	2	8,7%	4	7,3%	
		[30 - 40[	2	6,3%		0,0%	2	3,6%	
		Sem Incapacidade	5	15,6%	1	4,3%	6	10,9%	
	<b>TIPO 1-A Total</b>			<b>32</b>		<b>23</b>		<b>55</b>	
	TIPO 1-B	[0 - 10[	19	25,0%	31	52,5%	50	37,0%	
		[10 - 20[	30	39,5%	15	25,4%	45	33,3%	
		[20 - 30[	6	7,9%	2	3,4%	8	5,9%	
		[30 - 40[	6	7,9%	2	3,4%	8	5,9%	
		[50 - 60[		0,0%	2	3,4%	2	1,5%	
		[60 - 70[	1	1,3%	1	1,7%	2	1,5%	
		[70 - 80[	1	1,3%		0,0%	1	0,7%	
		Sem Incapacidade	13	17,1%	6	10,2%	19	14,1%	
	<b>TIPO 1-B Total</b>			<b>76</b>		<b>59</b>		<b>135</b>	

Concluimos que, dos examinandos observados que sofreram lesão Tipo 2-B, o intervalo de I.P.G [0-10[ apresenta a maior taxa de percentagem atribuída aos examinados, no período de 2006-2007 de 42,3% e para o período de 2008-2009 de 69,2%. Para o mesmo tipo de lesão verifica-se sem incapacidade uma percentagem de 0,0% no primeiro período e no segundo sobre a sua atribuição para 7,7%. Em relação há lesão Tipo 2- B em 2006-2007, o período de I.P.G. com maior taxa apresentado é [20 - 30[ com 26,9% e com valor menor de atribuição é [20 - 30[ com 3,8%. Em relação ao período de 2008-2009 o período de I.P.G, com maior incidência de atribuição é [0-10[ com 52,5% e



com valor menor é [0-10[ com 0,0%. Para a lesão Tipo 2-C, no período de 2006-2007, a I.P.G. atribuída com maior percentagem foi o intervalo de [10-20[ com um valor de 25,8% e o menor valor é [50-60[ com 0,0%. No que respeita ao período de I.P.G. atribuída em 2008-2009 o seu valor com maior expressão é de 34,1% para o intervalo de I.P.G. de [0-10[ e com o valor menor é 0,0% para o intervalo de de [40-50[ , [70-80[ e também "sem incapacidade". (Tabela 16)

**Tabela 16 - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo2-A 2-B 2-C/I.P.G./Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	TIPO 2-A	[0 - 10[	4	15,4%	2	15,4%	6	15,4%
		[10 - 20[	11	42,3%	9	69,2%	20	51,3%
		[20 - 30[	6	23,1%	1	7,7%	7	17,9%
		[30 - 40[	3	11,5%		0,0%	3	7,7%
		[50 - 60[	2	7,7%		0,0%	2	5,1%
		Sem Incapacidade		0,0%	1	7,7%	1	2,6%
	<b>TIPO 2-A Total</b>		<b>26</b>		<b>13</b>		<b>39</b>	
	TIPO 2-B	[0 - 10[	5	9,6%	13	33,3%	18	19,8%
		[10 - 20[	9	17,3%	9	23,1%	18	19,8%
		[20 - 30[	14	26,9%	7	17,9%	21	23,1%
		[30 - 40[	8	15,4%	5	12,8%	13	14,3%
		[40 - 50[	6	11,5%	3	7,7%	9	9,9%
		[50 - 60[	3	5,8%	1	2,6%	4	4,4%
		[60 - 70[	3	5,8%		0,0%	3	3,3%
		[20 - 30[	2	3,8%	1	2,6%	3	3,3%
		Sem Incapacidade	2	3,8%		0,0%	2	2,2%
	<b>TIPO 2-B Total</b>		<b>52</b>		<b>39</b>		<b>91</b>	
	TIPO 2-C	[0 - 10[	16	24,2%	14	34,1%	30	28,0%
		[10 - 20[	17	25,8%	8	19,5%	25	23,4%
		[20 - 30[	9	13,6%	9	22,0%	18	16,8%
		[30 - 40[	8	12,1%	4	9,8%	12	11,2%
		[40 - 50[	7	10,6%		0,0%	7	6,5%
		[50 - 60[		0,0%	3	7,3%	3	2,8%
		[60 - 70[	2	3,0%	2	4,9%	4	3,7%
		[70 - 80[	4	6,1%		0,0%	4	3,7%
		Sem Incapacidade	3	4,5%		0,0%	3	2,8%
		Sem Valorização		0,0%	1	2,4%	1	0,9%
		<b>TIPO 2-C Total</b>		<b>66</b>		<b>41</b>		<b>107</b>

Pela tabela 17, observamos que em relação há lesão Tipo 3, foi atribuída a maior incidência a I.P.G. no intervalo de avaliação DE 2006-2007 [20-30[ com 30,8% o que representa 16 examinados e com um valor de 1,9% no total de 1 examinado no intervalo de I.P.G. [50-60[.em relação ao ano de 2008-2009, o valor mais expressivo foi . [10-20[ com 32,6% e seu valor mais baixo foi de 0,0% sem nenhum examinado com atribuição de incapacidade no intervalo de [60-70[.

**Tabela 17 - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Lesão Tipo 3/I.P.G./Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	TIPO 3	[0 - 10[	9	17,3%	14	30,4%	23	23,5%
		[10 - 20[	14	26,9%	15	32,6%	29	29,6%
		[20 - 30[	16	30,8%	5	10,9%	21	21,4%
		[30 - 40[	4	7,7%	5	10,9%	9	9,2%
		[40 - 50[	2	3,8%	1	2,2%	3	3,1%
		[50 - 60[	1	1,9%	1	2,2%	2	2,0%
		[60 - 70[	2	3,8%		0,0%	2	2,0%
		[70 - 80[	2	3,8%	2	4,3%	4	4,1%
		Sem Incapacidade	2	3,8%	3	6,5%	5	5,1%
<b>TIPO 3 Total</b>			<b>52</b>		<b>46</b>		<b>98</b>	

Pela tabela 18, observamos que em relação aos examinados que após acidente de viação não ficaram com lesão a estes examinados foi-lhe atribuído uma I.P.G. no intervalo de [30-40[ em pelo menos em 1 examinado e foi no período de tempo estudado de 2006 e 2007.

**Tabela 18 - N.º Examinandos/Acidente de viação/ Sem Lesão/I.P.G./Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Acidente de viação	SEM LESÃO	[30 - 40[	1	100,0%			1	100,0%
	<b>SEM LESÃO Total</b>		<b>1</b>				<b>1</b>	

Pela tabela 19, observamos que em relação ao atropelamento temos a lesão Tipo 1-A em que em 2006-2007, temos o período de atribuição de incapacidade [10-20[ com 50,0% e que em relação ao período de 2008-2009, temos com valor mais expressivo o intervalo [0-10[ com 66,7%. Em relação há lesão Tipo 1-B temos o intervalo de [0-10[ com 42,1% e 86,7% tanto em 2006-2007, como 2008-2009. No que respeita a lesão Tipo 2-A, temos o intervalo de aplicação da I.P.G. com 50,0% relativamente a de [10-20[ e [20-30[ e com valores de 0,0% o, no intervalo de [0-10[ e sem valorização isto em relação ao período de 2006-2007. Em relação a 2008-2009, temos com valor mais expressivo a I.P.G. atribuída com maior percentagem no intervalo de [0-10[ com 66,7% e sem valorização de I.P.G. temos 33,3%. No período de 2006-2007, temos lesão Tipo 2-B com maior incidência dois intervalos de I.P.G. [10-20[ e [30-40[ com 33,3% em relação a 2006-2007 temos 37,5% no intervalo [10-20[. Na lesão Tipo 2-C temos uma percentagem de 33,3% para intervalos de I.P.G. de [0-10[ e [20-30[, em relação a 2008-2009 temos com 25,0% intervalos de I.P.G. [10-20[, [20-30[, [50-60[ e “sem Incapacidade”. Na lesão Tipo 3 temos, no período de 2006-2007, um intervalo [10-20[ com 46,7%, para um período de [90-100[, 0,0%. Para o período de 2008-2009, temos I.P.G. de [10-20[ com 28,6% e vários períodos de atribuição de I.P.G. com número de examinados de 1.

**Tabela 19 - N.º Examinandos/Atropelamento/ Tipo Lesão/I.P.G./Ano**

TIPO DE ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Atropelamento	TIPO 1-A	[0 - 10[	1	25,0%	2	66,7%	3	42,9%	
		[10 - 20[	2	50,0%	1	33,3%	3	42,9%	
		[20 - 30[	1	25,0%		0,0%	1	14,3%	
	<b>TIPO 1-A Total</b>			<b>4</b>		<b>3</b>		<b>7</b>	
	TIPO 1-B	[0 - 10[	8	42,1%	13	86,7%	21	61,8%	
		[10 - 20[	5	26,3%	2	13,3%	7	20,6%	
		[30 - 40[	1	5,3%		0,0%	1	2,9%	
		[40 - 50[	1	5,3%		0,0%	1	2,9%	
		[70 - 80[	1	5,3%		0,0%	1	2,9%	
		Sem Incapacidade	3	15,8%		0,0%	3	8,8%	
	<b>TIPO 1-B Total</b>			<b>19</b>		<b>15</b>		<b>34</b>	
	TIPO 2-A	[0 - 10[		0,0%	2	66,7%	2	40,0%	
		[10 - 20[	1	50,0%		0,0%	1	20,0%	
		[20 - 30[	1	50,0%		0,0%	1	20,0%	
		Sem Valorização		0,0%	1	33,3%	1	20,0%	
	<b>TIPO 2-A Total</b>			<b>2</b>		<b>3</b>		<b>5</b>	
	TIPO 2-B	[0 - 10[	1	11,1%	2	25,0%	3	17,6%	
		[10 - 20[	3	33,3%	3	37,5%	6	35,3%	
		[20 - 30[	2	22,2%	1	12,5%	3	17,6%	
		[30 - 40[	3	33,3%		0,0%	3	17,6%	
		[50 - 60[		0,0%	1	12,5%	1	5,9%	
		Sem Incapacidade		0,0%	1	12,5%	1	5,9%	
	<b>TIPO 2-B Total</b>			<b>9</b>		<b>8</b>		<b>17</b>	
	TIPO 2-C	[0 - 10[	2	33,3%		0,0%	2	20,0%	
		[10 - 20[	1	16,7%	1	25,0%	2	20,0%	
		[20 - 30[	2	33,3%	1	25,0%	3	30,0%	
		[30 - 40[	1	16,7%		0,0%	1	10,0%	
		[50 - 60[		0,0%	1	25,0%	1	10,0%	
		Sem Incapacidade		0,0%	1	25,0%	1	10,0%	
	<b>TIPO 2-C Total</b>			<b>6</b>		<b>4</b>		<b>10</b>	
TIPO 3	[0 - 10[	4	26,7%	3	21,4%	7	24,1%		
	[10 - 20[	7	46,7%	4	28,6%	11	37,9%		
	[20 - 30[	1	6,7%	3	21,4%	4	13,8%		
	[30 - 40[	1	6,7%	1	7,1%	2	6,9%		
	[40 - 50[	1	6,7%	1	7,1%	2	6,9%		
	[60 - 70[	1	6,7%	1	7,1%	2	6,9%		
	[90 - 100[		0,0%	1	7,1%	1	3,4%		
<b>TIPO 3 Total</b>			<b>15</b>		<b>14</b>		<b>29</b>		

Pela tabela 20, observamos em relação ao período de 2006-2007 temos um score de seqüela sempre muito elevado face ao acidente de viação por choque frontal tais como: score I, score II, score III, com 100,0%, 82,2%, 86,2% e 92,3% e também se verifica no período de 2008-2009. Observa-se que no total da amostra se verifica que o score III, é aquele em que a percentagem de seqüelas se encontra em evidência com 90,4%. No que se refere ao atropelamento verifica-se que em 2006-2007 o score I de lesão em evidência é de 17,8%, em relação a 2008-2009 o score I e score II são os que se evidenciam com 18,8% sendo que, o valor global é para o score I de 18,2% .

**Tabela 20 - N.º Examinandos/Tipo de Seqüelas/Tipo de Acidente/ Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	TIPO DE ACIDENTE	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SCORE 0	Acidente de viação	5	100,0%	13	86,7%	18	90,0%
	Atropelamento		0,0%	2	13,3%	2	10,0%
<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>		<b>15</b>		<b>20</b>	
SCORE I	Acidente de viação	157	82,2%	95	81,2%	252	81,8%
	Atropelamento	34	17,8%	22	18,8%	56	18,2%
<b>SCORE I Total</b>		<b>191</b>		<b>117</b>		<b>308</b>	
SCORE II	Acidente de viação	119	86,2%	90	81,8%	209	84,3%
	Atropelamento	19	13,8%	20	18,2%	39	15,7%
<b>SCORE II Total</b>		<b>138</b>		<b>110</b>		<b>248</b>	
SCORE III	Acidente de viação	24	92,3%	23	88,5%	47	90,4%
	Atropelamento	2	7,7%	3	11,5%	5	9,6%
<b>SCORE III Total</b>		<b>26</b>		<b>26</b>		<b>52</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Concluimos que, dos examinandos observados os que integram o grupo profissional Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Similares, Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas são os que ficaram com sequelas de score I, com valores bastante consideráveis, respectivamente 55,0%, 61,22%, 57,89%. Em relação ao score II, temos o grupo profissional Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, com 50,0% e 55,56% respectivamente. Salienta-se que em relação há sequela mais grave esta se insere no grupo profissional Especialistas das Profissões Intelectuais com 14,29% dos examinados e atinge apenas 4,76% no grupo profissional, Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem. (Tabela 21)

**Tabela 21** - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Tipo de Sequela

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	N.º	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	SCORE II	1	100,0%
<b>Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa Total</b>		<b>1</b>	
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	SCORE 0	1	4,76%
	SCORE I	8	38,10%
	SCORE II	9	42,86%
	SCORE III	3	14,29%
<b>Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas Total</b>		<b>21</b>	
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	SCORE 0	2	5,00%
	SCORE I	22	55,00%
	SCORE II	13	32,50%
	SCORE III	3	7,50%
<b>Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio Total</b>		<b>40</b>	
Pessoal Administrativo e Similares	SCORE 0	1	2,04%
	SCORE I	30	61,22%
	SCORE II	15	30,61%
	SCORE III	3	6,12%
<b>Pessoal Administrativo e Similares Total</b>		<b>49</b>	
Pessoal dos Serviços e Vendedores	SCORE 0	5	5,10%
	SCORE I	39	39,80%
	SCORE II	45	45,92%
	SCORE III	9	9,18%
<b>Pessoal dos Serviços e Vendedores Total</b>		<b>98</b>	
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	SCORE I	11	57,89%
	SCORE II	6	31,58%
	SCORE III	2	10,53%
<b>Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas Total</b>		<b>19</b>	
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	SCORE I	10	37,04%
	SCORE II	15	55,56%
	SCORE III	2	7,41%
<b>Operários, Artífices e Trabalhadores Similares Total</b>		<b>27</b>	
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	SCORE I	19	45,24%
	SCORE II	21	50,00%
	SCORE III	2	4,76%
<b>Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem Total</b>		<b>42</b>	



Em relação aos Trabalhadores não Qualificados temos o score I com maior numero de examinados 50,2%, e com um valor ainda mais expressivo os Estudantes com 60,81%.Salientamos que em relação aos Desempregados os examinados em 43,75% ficaram com sequelas de score II.Observamos ainda que o Grupo dos Reformados aparece com score III com apenas 6,0% e o score I surge em 48% dos examinados.

**Tabela 21(cont.) - N.º Examinandos/Profissão à data do Acidente/Tipo de Sequela**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	N.º	%
Trabalhadores Não Qualificados	SCORE 0	4	2,09%
	SCORE I	96	50,26%
	SCORE II	72	37,70%
	SCORE III	19	9,95%
<b>Trabalhadores Não Qualificados Total</b>		<b>191</b>	
Desempregado	SCORE 0	1	6,25%
	SCORE I	4	25,00%
	SCORE II	7	43,75%
	SCORE III	4	25,00%
<b>Desempregado Total</b>		<b>16</b>	
Estudante	SCORE 0	1	1,35%
	SCORE I	45	60,81%
	SCORE II	26	35,14%
	SCORE III	2	2,70%
<b>Estudante Total</b>		<b>74</b>	
Reformado	SCORE 0	5	10,00%
	SCORE I	24	48,00%
	SCORE II	18	36,00%
	SCORE III	3	6,00%
<b>Reformado Total</b>		<b>50</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>628</b>	

Concluimos que, dos examinados observados face ao grupo profissional aqueles que ficaram com sequelas de score I, II, III, a sua maioria ficou com rebate profissional dentro do item “Esforços Acrescidos” com valores muito elevados que variam de 77,8% a 87,5%. Salientamos que no Grupo Profissional Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas com score III, surgem 33,3% dos examinados, ficaram com um rebate profissional que se insere no Incompatível com a profissão. (Tabela22)

**Tabela 22 - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	N.º	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	SCORE II	Esforços acrescidos	1	100,0%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>1</b>	
<b>Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa Total</b>			<b>1</b>	
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	SCORE 0	Esforços acrescidos	1	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	7	87,5%
		Incompatível com a profissão	1	12,5%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>8</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	7	77,8%
		Incompatível com a profissão	1	11,1%
		Sem rebate profissional	1	11,1%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>9</b>	
	SCORE III	Esforços acrescidos	2	66,7%
		Incompatível com a profissão	1	33,3%
<b>SCORE III Total</b>		<b>3</b>		
<b>Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas Total</b>			<b>21</b>	
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	SCORE 0	Sem rebate profissional	2	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>2</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	9	40,9%
		Sem rebate profissional	13	59,1%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>22</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	11	84,6%
		Incompatível com a profissão	2	15,4%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>13</b>	
SCORE III	Esforços acrescidos	3	100,0%	
<b>SCORE III Total</b>		<b>3</b>		
<b>Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio Total</b>			<b>40</b>	

Podemos observar pela tabela que em relação a todos os grupos profissionais em relação ao score (tipo de sequela) encontramos valores muito expressivos em relação ao rebate profissional todos surgem com “Esforços Acrescidos” com valores de 83,3% , 86,7%,, 59,0% e 55,6%.Podemos ainda concluir que em relação ao grupo profissional Pessoal dos Serviços e Vendedores em relação ao score III, 44,45% dos examinados, ficam com rebate profissional de “Incompatíveis com a Profissão”.

**Tabela 22(cont.) - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	N.º	%
Pessoal Administrativo e Similares	SCORE 0	Sem rebate profissional	1	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	25	83,3%
		Incompatível com a profissão	1	3,3%
		Sem rebate profissional	4	13,3%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>30</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	13	86,7%
		Incompatível com a profissão	1	6,7%
		Sem rebate profissional	1	6,7%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>15</b>	
	SCORE III	Esforços acrescidos	3	100,0%
<b>SCORE III Total</b>		<b>3</b>		
<b>Pessoal Administrativo e Similares Total</b>			<b>49</b>	
Pessoal dos Serviços e Vendedores	SCORE 0	Esforços acrescidos	1	20,0%
		Sem rebate profissional	4	80,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	23	59,0%
		Incompatível com a profissão	1	2,6%
		Sem rebate profissional	15	38,5%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>39</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	36	80,0%
		Incompatível com a profissão	3	6,7%
		Sem rebate profissional	6	13,3%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>45</b>	
SCORE III	Esforços acrescidos	5	55,6%	
	Incompatível com a profissão	4	44,4%	
<b>SCORE III Total</b>		<b>9</b>		
<b>Pessoal dos Serviços e Vendedores Total</b>			<b>98</b>	

Concluimos ainda pela análise da tabela que Operários, Artífices e Trabalhadores Similares e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem com score II, estes grupos profissionais ficam com rebate “Incompatível com a Profissão” numa percentagem de 33,3% e 19,0% dos examinados respectivamente.

**Tabela 22(cont.) - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	N.º	%	
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	SCORE I	Esforços acrescidos	10	90,9%	
		Sem rebate profissional	1	9,1%	
	<b>SCORE I Total</b>			<b>11</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	5	83,3%	
		Sem rebate profissional	1	16,7%	
	<b>SCORE II Total</b>			<b>6</b>	
	SCORE III	Incompatível com a profissão	2	100,0%	
	<b>SCORE III Total</b>			<b>2</b>	
	<b>Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas Total</b>			<b>19</b>	
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	SCORE I	Esforços acrescidos	6	60,0%
Sem rebate profissional			4	40,0%	
<b>SCORE I Total</b>			<b>10</b>		
SCORE II		Esforços acrescidos	10	66,7%	
		Incompatível com a profissão	5	33,3%	
<b>SCORE II Total</b>			<b>15</b>		
SCORE III		Incompatível com a profissão	2	100,0%	
<b>SCORE III Total</b>			<b>2</b>		
<b>Operários, Artífices e Trabalhadores Similares Total</b>			<b>27</b>		
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	SCORE I	Esforços acrescidos	14	73,7%	
		Incompatível com a profissão	1	5,3%	
		Sem rebate profissional	4	21,1%	
	<b>SCORE I Total</b>			<b>19</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	17	81,0%	
		Incompatível com a profissão	4	19,0%	
	<b>SCORE II Total</b>			<b>21</b>	
SCORE III	Esforços acrescidos	2	100,0%		
<b>SCORE III Total</b>			<b>2</b>		
<b>Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem Total</b>			<b>42</b>		

Observamos que relativamente ao Grupo profissional Trabalhadores não Qualificados, em relação com score I, II, III, verifica-se queo rebate profissional em relação apo item” incompatível com a profissão”, ainda existe uma percentagem expressiva de examinados que ficam afectados numvalor de 36,8%,19,4%e 7,3%.Em relação ao grupo Desempregado, que em relação ao score I,II,III, todos tem expressão nos “Esforços Acrescidos” com valores de 85,7% e 75,0%.

**Tabela 22(cont.) - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	N.º	%
Trabalhadores Não Qualificados	SCORE 0	Sem rebate profissional	4	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>4</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	63	65,6%
		Incompatível com a profissão	7	7,3%
		Sem rebate profissional	26	27,1%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>96</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	58	80,6%
		Incompatível com a profissão	14	19,4%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>72</b>	
	SCORE III	Esforços acrescidos	12	63,2%
		Incompatível com a profissão	7	36,8%
<b>SCORE III Total</b>		<b>19</b>		
<b>Trabalhadores Não Qualificados Total</b>			<b>191</b>	
Desempregado	SCORE 0	Sem rebate profissional	1	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	3	75,0%
		Sem rebate profissional	1	25,0%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>4</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	6	85,7%
		Sem rebate profissional	1	14,3%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>7</b>	
	SCORE III	Esforços acrescidos	3	75,0%
Incompatível com a profissão		1	25,0%	
<b>SCORE III Total</b>		<b>4</b>		
<b>Desempregado Total</b>			<b>16</b>	

Em relação ao grupo Estudante, no score I, ficam sem rebate profissional em 73,3% dos examinados e no score II, verifica-se que, ainda com 3,8% dos examinados ficam com rebate profissional de “Incompatível com a Profissão”.

**Tabela 22(cont.) - N.º Examinandos/Profissão/Tipo de Sequela/ Rebate Profissional**

PROFISSÃO À DATA DO ACIDENTE	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	N.º	%
Estudante	SCORE 0	Sem rebate profissional	1	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	12	26,7%
		Sem rebate profissional	33	73,3%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>45</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	19	73,1%
		Incompatível com a profissão	1	3,8%
		Sem rebate profissional	6	23,1%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>26</b>	
	SCORE III	<b>Esforços acrescidos</b>	<b>1</b>	<b>50,0%</b>
Sem rebate profissional		1	50,0%	
<b>SCORE III Total</b>		<b>2</b>		
<b>Estudante Total</b>			<b>74</b>	
Reformado	SCORE 0	Sem rebate profissional	5	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>	
	SCORE I	Esforços acrescidos	8	33,3%
		Incompatível com a profissão	2	8,3%
		Sem rebate profissional	14	58,3%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>24</b>	
	SCORE II	Esforços acrescidos	5	27,8%
		Incompatível com a profissão	4	22,2%
		Sem rebate profissional	9	50,0%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>18</b>	
SCORE III	Incompatível com a profissão	1	33,3%	
	Sem rebate profissional	2	66,7%	
<b>SCORE III Total</b>		<b>3</b>		
<b>Reformado Total</b>			<b>50</b>	
<b>Total Geral</b>			<b>628</b>	

Pela tabela 23, podemos concluir que o Gabinete de Aveiro no período de 2006-2007 observou examinados com lesão Tipo 1-B com maior número, representando 26,7%, seguido da lesão Tipo 3 com 25,3%, sendo o valor de 4,0% para a lesão Tipo 1-A. No período de 2008-2009, os examinados com lesão Tipo 3 são em 37,5%, seguido da lesão Tipo 1-B, sendo que o valor menor vai para a lesão Tipo 2-A com 3,1%. Para a Delegação do centro decresce em relação à lesão Tipo 1-B de 30,8% para 1,3% na lesão Tipo 3, sendo que para o ano de 2008-2009, a lesão Tipo 1-B mantém-se com 29,8% e a Tipo 2-A é a que atinge menos examinados numa percentagem de 7,4%. Em relação ao Gabinete de Faro temos nos dois períodos de estudo a lesão Tipo 3 com valores muito expressivos de 38,9% e 32,1% respectivamente. Para o Gabinete de Figueira da Foz, a lesão Tipo 1-B é a que atinge mais os examinados em ambos os períodos de estudo, 34,2% e 35,3% respectivamente. Em relação ao Gabinete de Leiria a lesão Tipo 3 atinge valores muito expressivos nos períodos em estudo de 49,3% e 35,7% respectivamente.



**Tabela 23 - Gabinete Médico-Legal – N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Ano**

GABINETE	CLASSIFICAÇÃO	2006 - 2007		2008-2009		TOTAL GERAL	
Aveiro	TIPO 1-A	3	4,0%	4	12,5%	7	6,5%
	TIPO 1-B	20	26,7%	9	28,1%	29	27,1%
	TIPO 2-A	5	6,7%	1	3,1%	6	5,6%
	TIPO 2-B	15	20,0%	4	12,5%	19	17,8%
	TIPO 2-C	12	16,0%	2	6,3%	14	13,1%
	TIPO 3	19	25,3%	12	37,5%	31	29,0%
	SEM LESÃO	1	1,3%		0,0%	1	0,9%
<b>Aveiro Total</b>		<b>75</b>		<b>32</b>		<b>107</b>	
Delegação do Centro	TIPO 1-A	24	15,4%	13	10,7%	37	13,4%
	TIPO 1-B	48	30,8%	36	29,8%	84	30,3%
	TIPO 2-A	15	9,6%	9	7,4%	24	8,7%
	TIPO 2-B	31	19,9%	26	21,5%	57	20,6%
	TIPO 2-C	36	23,1%	20	16,5%	56	20,2%
	TIPO 3	2	1,3%	17	14,0%	19	6,9%
<b>Delegação do Centro Total</b>		<b>156</b>		<b>121</b>		<b>277</b>	
Faro	TIPO 1-A	3	16,7%		0,0%	3	4,2%
	TIPO 1-B	4	22,2%	11	20,8%	15	21,1%
	TIPO 2-A		0,0%	5	9,4%	5	7,0%
	TIPO 2-B	2	11,1%	8	15,1%	10	14,1%
	TIPO 2-C	2	11,1%	12	22,6%	14	19,7%
	TIPO 3	7	38,9%	17	32,1%	24	33,8%
<b>Faro Total</b>		<b>18</b>		<b>53</b>		<b>71</b>	
Figueira da Foz	TIPO 1-A	3	7,9%	7	20,6%	10	13,9%
	TIPO 1-B	13	34,2%	12	35,3%	25	34,7%
	TIPO 2-A	5	13,2%		0,0%	5	6,9%
	TIPO 2-B	4	10,5%	4	11,8%	8	11,1%
	TIPO 2-C	10	26,3%	7	20,6%	17	23,6%
	TIPO 3	3	7,9%	4	11,8%	7	9,7%
<b>Figueira da Foz Total</b>		<b>38</b>		<b>34</b>		<b>72</b>	
Leiria	TIPO 1-A	3	4,1%	2	7,1%	5	5,0%
	TIPO 1-B	10	13,7%	6	21,4%	16	15,8%
	TIPO 2-A	3	4,1%	1	3,6%	4	4,0%
	TIPO 2-B	9	12,3%	5	17,9%	14	13,9%
	TIPO 2-C	12	16,4%	4	14,3%	16	15,8%
	TIPO 3	36	49,3%	10	35,7%	46	45,5%
<b>Leiria Total</b>		<b>73</b>		<b>28</b>		<b>101</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Pela tabela 24, podemos observar que para o período de 2006-2007 a lesão Tipo 1-A e Tipo 1-B são as que têm maior valor percentual em relação á sequela, score I com 86,1% e 69,2% e

62,1% e 54,1%, tendo havido um decréscimo. Em relação à lesão Tipo 2-A e Tipo 2-B existe também um valor elevado mas com score II, com 50,0% e 55,7% para no segundo período estudado ser muito similares valores. Em relação ao Tipo de lesão 2-C e Tipo 3 os valores de score II são 43,1% e 34,3% para uma subida destes valores no segundo período em estudo de 44,4% e 40,0% respectivamente.

**Tabela 24 - N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Tipo de Sequela**

CLASSIFICAÇÃO DA	CLASSIFICAÇÃO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SEM LESÃO	SCORE I	1	100,0%			1	100,0%
<b>SEM LESÃO Total</b>		<b>1</b>				<b>1</b>	
TIPO 1-A	SCORE 0	1	2,8%	1	3,8%	2	3,2%
	SCORE I	31	86,1%	18	69,2%	49	79,0%
	SCORE II	4	11,1%	7	26,9%	11	17,7%
<b>TIPO 1-A Total</b>		<b>36</b>		<b>26</b>		<b>62</b>	
TIPO 1-B	SCORE 0	3	3,2%	6	8,1%	9	5,3%
	SCORE I	59	62,1%	40	54,1%	99	58,6%
	SCORE II	32	33,7%	24	32,4%	56	33,1%
	SCORE III	1	1,1%	4	5,4%	5	3,0%
<b>TIPO 1-B Total</b>		<b>95</b>		<b>74</b>		<b>169</b>	
TIPO 2-A	SCORE 0		0,0%	1	6,3%	1	2,3%
	SCORE I	13	46,4%	6	37,5%	19	43,2%
	SCORE II	14	50,0%	9	56,3%	23	52,3%
	SCORE III	1	3,6%		0,0%	1	2,3%
<b>TIPO 2-A Total</b>		<b>28</b>		<b>16</b>		<b>44</b>	
TIPO 2-B	SCORE 0		0,0%	1	2,1%	1	0,9%
	SCORE I	23	37,7%	9	19,1%	32	29,6%
	SCORE II	34	55,7%	26	55,3%	60	55,6%
	SCORE III	4	6,6%	11	23,4%	15	13,9%
<b>TIPO 2-B Total</b>		<b>61</b>		<b>47</b>		<b>108</b>	
TIPO 2-C	SCORE 0		0,0%	1	2,2%	1	0,9%
	SCORE I	30	41,7%	17	37,8%	47	40,2%
	SCORE II	31	43,1%	20	44,4%	51	43,6%
	SCORE III	11	15,3%	7	15,6%	18	15,4%
<b>TIPO 2-C Total</b>		<b>72</b>		<b>45</b>		<b>117</b>	
TIPO 3	SCORE 0	1	1,5%	5	8,3%	6	4,7%
	SCORE I	34	50,7%	27	45,0%	61	48,0%
	SCORE II	23	34,3%	24	40,0%	47	37,0%
	SCORE III	9	13,4%	4	6,7%	13	10,2%
<b>TIPO 3 Total</b>		<b>67</b>		<b>60</b>		<b>127</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Observamos pela Tabela 25, que em relação à lesão Tipo I, do total da amostra, em todos os gabinetes o score I é o que tem valores muito expressivos, com 100%, 85,7%, 81,1%, 70,0%, 60,0% respectivamente nos Gabinetes de; Faro, Aveiro, Delegação do Centro, Figueira da Foz e Leiria.

**Tabela 25 - Lesão Tipo 1-A N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
TIPO 1-A	Aveiro	SCORE 0		0,0%	1	25,0%	1	14,3%
		SCORE I	3	100,0%	3	75,0%	6	85,7%
	<b>Aveiro Total</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>7</b>	
	Delegação do Centro	SCORE I	21	87,5%	9	69,2%	30	81,1%
		SCORE II	3	12,5%	4	30,8%	7	18,9%
	<b>Delegação do Centro Total</b>		<b>24</b>		<b>13</b>		<b>37</b>	
	Faro	SCORE I	3	100,0%			3	100,0%
	<b>Faro Total</b>		<b>3</b>				<b>3</b>	
	Figueira da Foz	SCORE 0	1	33,3%		0,0%	1	10,0%
		SCORE I	2	66,7%	5	71,4%	7	70,0%
		SCORE II		0,0%	2	28,6%	2	20,0%
	<b>Figueira da Foz Total</b>		<b>3</b>		<b>7</b>		<b>10</b>	
	Leiria	SCORE I	2	66,7%	1	50,0%	3	60,0%
		SCORE II	1	33,3%	1	50,0%	2	40,0%
<b>Leiria Total</b>		<b>3</b>		<b>2</b>		<b>5</b>		
<b>TIPO 1-A Total</b>			<b>36</b>		<b>26</b>		<b>62</b>	

Concluimos pela observação da Tabela 26, que em relação à lesão Tipo 1-B no seu total de examinados estes ficam com um score I de valores mais significativos em todos os Gabinetes estudados nos periodos de 2006-2007 e 2008-2009. Podemos concluir que para este tipo de lesão o score 0 e o score III, são os que têm uma expressão muito menor com valores respectivos de 3,4% em Aveiro, 3,6% e 2,4% na Delegação do Centro, 13,3% e 6,7% em Faro, 8,0% e 4,0% na Figueira da Foz, e 6,3% em Leiria.

**Tabela 26 - Lesão Tipo 1-B N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 1-B	Aveiro	SCORE 0		0,0%	1	11,1%	1	3,4%	
		SCORE I	14	70,0%	2	22,2%	16	55,2%	
		SCORE II	6	30,0%	5	55,6%	11	37,9%	
		SCORE III		0,0%	1	11,1%	1	3,4%	
	<b>Aveiro Total</b>			<b>20</b>		<b>9</b>		<b>29</b>	
	Delegação do Centro	SCORE 0	1	2,1%	2	5,6%	3	3,6%	
		SCORE I	28	58,3%	21	58,3%	49	58,3%	
		SCORE II	18	37,5%	12	33,3%	30	35,7%	
		SCORE III	1	2,1%	1	2,8%	2	2,4%	
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>48</b>		<b>36</b>		<b>84</b>	
	Faro	SCORE 0		0,0%	2	18,2%	2	13,3%	
		SCORE I	4	100,0%	8	72,7%	12	80,0%	
		SCORE II		0,0%	1	9,1%	1	6,7%	
	<b>Faro Total</b>			<b>4</b>		<b>11</b>		<b>15</b>	
	Figueira da Foz	SCORE 0	2	15,4%		0,0%	2	8,0%	
		SCORE I	8	61,5%	6	50,0%	14	56,0%	
		SCORE II	3	23,1%	5	41,7%	8	32,0%	
		SCORE III		0,0%	1	8,3%	1	4,0%	
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>13</b>		<b>12</b>		<b>25</b>	
	Leiria	SCORE 0		0,0%	1	16,7%	1	6,3%	
		SCORE I	5	50,0%	3	50,0%	8	50,0%	
		SCORE II	5	50,0%	1	16,7%	6	37,5%	
		SCORE III		0,0%	1	16,7%	1	6,3%	
	<b>Leiria Total</b>			<b>10</b>		<b>6</b>		<b>16</b>	
	<b>TIPO 1-B Total</b>			<b>95</b>		<b>74</b>		<b>169</b>	

Concluimos pela observação da Tabela 27, que em relação à lesão Tipo 2-A, temos no total da amostra relativamente ao score II atribuído com valores elevados os Gabinetes de Aveiro Delegação do Centro e Faro com respectivamente 50,0%, 54,2%, 60,0%. O Gabinete de Figueira da Foz tem o score I com maior valor 60,0% e Leiria tem 50,0% para o score I e score II.

**Tabela 27 - Lesão Tipo 2-A N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 2-A	Aveiro	SCORE I	2	40,0%		0,0%	2	33,3%	
		SCORE II	2	40,0%	1	100,0%	3	50,0%	
		SCORE III	1	20,0%		0,0%	1	16,7%	
	<b>Aveiro Total</b>			<b>5</b>		<b>1</b>		<b>6</b>	
	Delegação do Centro	SCORE 0			0,0%	1	11,1%	1	4,2%
		SCORE I	7	46,7%	3	33,3%	10	41,7%	
		SCORE II	8	53,3%	5	55,6%	13	54,2%	
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>15</b>		<b>9</b>		<b>24</b>	
	Faro	SCORE I				2	40,0%	2	40,0%
		SCORE II				3	60,0%	3	60,0%
	<b>Faro Total</b>					<b>5</b>		<b>5</b>	
	Figueira da Foz	SCORE I	3	60,0%				3	60,0%
		SCORE II	2	40,0%				2	40,0%
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>5</b>				<b>5</b>	
	Leiria	SCORE I	1	33,3%	1	100,0%	2	50,0%	
		SCORE II	2	66,7%		0,0%	2	50,0%	
	<b>Leiria Total</b>			<b>3</b>		<b>1</b>		<b>4</b>	
	<b>TIPO 2-A Total</b>			<b>28</b>		<b>16</b>		<b>44</b>	

Podemos concluir que, em relação à lesão Tipo 2-B, no período de 2006-2007 o score I, atribuído em Aveiro, Delegação do Centro, Faro e Leiria são de 46,7%, 29,0%, 50,0% e 55,6% decrescem todos no período de 2008-2009, para valores significativos de 25,0%, 23,1%, 0,0%, 20,0%. Note-se que em relação ao score III estes subiram significativamente de 20,0% para 25,0% em Aveiro, de 0,0% para 26,9% na Delegação do Centro, de 0,0% para 12,5% em Faro, de 0,0% para 25,0% em Figueira da Foz, e de 11,1% para 20,0% em Leiria. (Tabela 28)

**Tabela 28 - Lesão Tipo 2-B N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 2-B	Aveiro	SCORE I	7	46,7%	1	25,0%	8	42,1%	
		SCORE II	5	33,3%	2	50,0%	7	36,8%	
		SCORE III	3	20,0%	1	25,0%	4	21,1%	
	<b>Aveiro Total</b>			<b>15</b>		<b>4</b>		<b>19</b>	
	Delegação do Centro	SCORE I	9	29,0%	6	23,1%	15	26,3%	
		SCORE II	22	71,0%	13	50,0%	35	61,4%	
		SCORE III		0,0%	7	26,9%	7	12,3%	
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>31</b>		<b>26</b>		<b>57</b>	
	Faro	SCORE 0		0,0%	1	12,5%	1	10,0%	
		SCORE I	1	50,0%		0,0%	1	10,0%	
		SCORE II	1	50,0%	6	75,0%	7	70,0%	
		SCORE III		0,0%	1	12,5%	1	10,0%	
	<b>Faro Total</b>			<b>2</b>		<b>8</b>		<b>10</b>	
	Figueira da Foz	SCORE I	1	25,0%	1	25,0%	2	25,0%	
		SCORE II	3	75,0%	2	50,0%	5	62,5%	
		SCORE III		0,0%	1	25,0%	1	12,5%	
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>4</b>		<b>4</b>		<b>8</b>	
	Leiria	SCORE I	5	55,6%	1	20,0%	6	42,9%	
		SCORE II	3	33,3%	3	60,0%	6	42,9%	
		SCORE III	1	11,1%	1	20,0%	2	14,3%	
	<b>Leiria Total</b>			<b>9</b>		<b>5</b>		<b>14</b>	
	<b>TIPO 2-B Total</b>			<b>61</b>		<b>47</b>		<b>108</b>	

Observamos pela Tabela 29 que em relação à lesão Tipo 2-C, o score I existente no examinados com maior relevância nos Gabinetes de Aveiro com 50,0%, em Faro com 57,1%.Em relação ao score II, temos a Delegação do Centro com 51,8% e Leiria com 50,0%. Quanto ao score III, temos a Figueira da Foz com 23,5% sendo que nos restantes Gabinetes variam entre 14,3% e 12,5%, respectivamente Aveiro, Delegação do Centro, Faro e Leiria.

**Tabela 29 - Lesão Tipo 2-C N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%
TIPO 2-C	Aveiro	SCORE I	5	41,7%	2	100,0%	7	50,0%
		SCORE II	5	41,7%		0,0%	5	35,7%
		SCORE III	2	16,7%		0,0%	2	14,3%
	<b>Aveiro Total</b>			<b>12</b>		<b>2</b>		<b>14</b>
	Delegação do Centro	SCORE I	15	41,7%	4	20,0%	19	33,9%
		SCORE II	15	41,7%	14	70,0%	29	51,8%
		SCORE III	6	16,7%	2	10,0%	8	14,3%
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>36</b>		<b>20</b>		<b>56</b>
	Faro	SCORE 0		0,0%	1	8,3%	1	7,1%
		SCORE I	2	100,0%	6	50,0%	8	57,1%
		SCORE II		0,0%	3	25,0%	3	21,4%
		SCORE III		0,0%	2	16,7%	2	14,3%
	<b>Faro Total</b>			<b>2</b>		<b>12</b>		<b>14</b>
	Figueira da Foz	SCORE I	5	50,0%	2	28,6%	7	41,2%
		SCORE II	3	30,0%	3	42,9%	6	35,3%
		SCORE III	2	20,0%	2	28,6%	4	23,5%
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>10</b>		<b>7</b>		<b>17</b>
	Leiria	SCORE I	3	25,0%	3	75,0%	6	37,5%
		SCORE II	8	66,7%		0,0%	8	50,0%
		SCORE III	1	8,3%	1	25,0%	2	12,5%
	<b>Leiria Total</b>			<b>12</b>		<b>4</b>		<b>16</b>
	<b>TIPO 2-C Total</b>			<b>72</b>		<b>45</b>		<b>117</b>

Observamos que em relação, à lesão Tipo 3 temos os examinados com sequela de score I, na Delegação do Centro com 57,9%, seguido do Gabinete de Figueira da Foz com 57,1% e Leiria com 50,0%. Em relação ao score III, temos Leiria com 13,0%, Aveiro com 12,9% e Faro com 12,5%. Quanto ao score II, temos a Figueira da Foz com 42,9% e Delegação do Centro com 42,1%. Em relação ao score 0, temos apenas o Gabinete de Aveiro que se destaca com 6,5%. (Tabela 30)

**Tabela 30 - Lesão Tipo 3 N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 3	Aveiro	SCORE 0	1	5,3%	1	8,3%	2	6,5%	
		SCORE I	9	47,4%	5	41,7%	14	45,2%	
		SCORE II	6	31,6%	5	41,7%	11	35,5%	
		SCORE III	3	15,8%	1	8,3%	4	12,9%	
	<b>Aveiro Total</b>			<b>19</b>		<b>12</b>		<b>31</b>	
	Delegação do Centro	SCORE I	1	50,0%	10	58,8%	11	57,9%	
		SCORE II	1	50,0%	7	41,2%	8	42,1%	
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>2</b>		<b>17</b>		<b>19</b>	
	Faro	SCORE 0		0,0%	4	23,5%	4	16,7%	
		SCORE I	3	42,9%	6	35,3%	9	37,5%	
		SCORE II	3	42,9%	5	29,4%	8	33,3%	
		SCORE III	1	14,3%	2	11,8%	3	12,5%	
	<b>Faro Total</b>			<b>7</b>		<b>17</b>		<b>24</b>	
	Figueira da Foz	SCORE I	2	66,7%	2	50,0%	4	57,1%	
		SCORE II	1	33,3%	2	50,0%	3	42,9%	
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>3</b>		<b>4</b>		<b>7</b>	
	Leiria	SCORE I	19	52,8%	4	40,0%	23	50,0%	
		SCORE II	12	33,3%	5	50,0%	17	37,0%	
		SCORE III	5	13,9%	1	10,0%	6	13,0%	
	<b>Leiria Total</b>			<b>36</b>		<b>10</b>		<b>46</b>	
	<b>TIPO 3 Total</b>			<b>67</b>		<b>60</b>		<b>127</b>	



Observando os dados, verificamos que em relação à classificação da lesão “ sem lesão”, encontramos, o Gabinete de Aveiro com score em apenas 1 examinado no período de 2006-2007 do total da amostra deste estudo. (Tabela31)

**Tabela 31** - Sem Lesão N.º de Examinandos/Gabinete Médico-Legal/Tipo de Sequela/Ano

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEM LESÃO	Aveiro	SCORE I	1	100,0%			1	100,0%
	Aveiro Total		1				1	
SEM LESÃO Total			1				1	

Observando os dados, verificamos que em relação à classificação da lesão, Tipo 1-A, a que corresponde o score I, a I.P.G., atribuída com mais frequência foi no período de 2006-2007 o intervalo de [0-10 [, mas em relação ao período de 2008-2009 temos o mesmo intervalo com uma subida significativa, para 66,7%. Concluímos que acontece a mesma situação em relação ao score II, no período de 2006-2007 com I.P.G. no intervalo de [0-10 [, com 25,0% havendo uma subida crescente para o período de 2008-2009 para 85,7%. De salientar que no período de 2006-2007 o intervalo de I.P.G. tem um decréscimo acentuado de 50,0% para 14,3% no período de 2008-2009, no intervalo [0-10 [, para o intervalo de [0-10 [, a situação é inversa de 25,0% há uma crescimento par 85,7% nos anos em estudo. (Tabela32)

**Tabela 32 - Lesão Tipo 1-A N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 1-A	SCORE 0	Sem Incapacidade	1	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		
	SCORE I	[0 - 10[		12	38,7%	12	66,7%	24	49,0%
		[10 - 20[		11	35,5%	4	22,2%	15	30,6%
		[20 - 30[		3	9,7%	2	11,1%	5	10,2%
		[30 - 40[		1	3,2%		0,0%	1	2,0%
		Sem Incapacidade		4	12,9%		0,0%	4	8,2%
	<b>SCORE I Total</b>			<b>31</b>		<b>18</b>		<b>49</b>	
	SCORE II	[0 - 10[		1	25,0%	6	85,7%	7	63,6%
		[10 - 20[		2	50,0%	1	14,3%	3	27,3%
		[30 - 40[		1	25,0%		0,0%	1	9,1%
	<b>SCORE II Total</b>			<b>4</b>		<b>7</b>		<b>11</b>	
	<b>TIPO 1-A Total</b>			<b>36</b>		<b>26</b>		<b>62</b>	

Pela tabela 33, verifica-se que em relação ao score 0, score I, score III, encontramos examinados sem incapacidade em relação ao total da amostra, de 55,6%,15,2% e 3,6% respectivamente.Quanto ao score I e score II, no período de 2006-2007 foram atribuídas no intervalo [10-20 [, 33,9% e 46,9% no período de 2008-2009, verifica-se que o intervalo [0-10 [, tem 72,5% e 41,7%. O valor do score III é 0,0% havendo uma subida no período de 2008-2009, para 50,0% no intervalo de [0-10 [.

**Tabela 33 - Lesão Tipo 1-B N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
TIPO 1-B	SCORE 0	[0 - 10[	1	33,3%	3	50,0%	4	44,4%
		Sem Incapacidade	2	66,7%	3	50,0%	5	55,6%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>3</b>		<b>6</b>		<b>9</b>	
	SCORE I	[0 - 10[	22	37,3%	29	72,5%	51	51,5%
		[10 - 20[	20	33,9%	6	15,0%	26	26,3%
		[20 - 30[	2	3,4%		0,0%	2	2,0%
		[30 - 40[	2	3,4%	1	2,5%	3	3,0%
		[50 - 60[		0,0%	1	2,5%	1	1,0%
		[60 - 70[	1	1,7%		0,0%	1	1,0%
		Sem Incapacidade	12	20,3%	3	7,5%	15	15,2%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>59</b>		<b>40</b>		<b>99</b>	
	SCORE II	[0 - 10[	4	12,5%	10	41,7%	14	25,0%
		[10 - 20[	15	46,9%	10	41,7%	25	44,6%
		[20 - 30[	4	12,5%	2	8,3%	6	10,7%
		[30 - 40[	4	12,5%		0,0%	4	7,1%
		[40 - 50[	1	3,1%		0,0%	1	1,8%
		[50 - 60[		0,0%	1	4,2%	1	1,8%
		[60 - 70[		0,0%	1	4,2%	1	1,8%
		[70 - 80[	2	6,3%		0,0%	2	3,6%
		Sem Incapacidade	2	6,3%		0,0%	2	3,6%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>32</b>		<b>24</b>		<b>56</b>	
	SCORE III	[0 - 10[		0,0%	2	50,0%	2	40,0%
		[10 - 20[		0,0%	1	25,0%	1	20,0%
		[30 - 40[	1	100,0%	1	25,0%	2	40,0%
	<b>SCORE III Total</b>		<b>1</b>		<b>4</b>		<b>5</b>	
	<b>TIPO 1-B Total</b>			<b>95</b>		<b>74</b>		<b>169</b>

Pela tabela 34, verifica-se que em relação ao Tipo de lesão 2-A, temos o score I que atinge no intervalo de I.P.G. [10-20 [com 61,5%, mas diminuindo para 33,3% no período de 2008-

2009. Em relação ao intervalo de [10-20 [ temos no período de 2006-2007 um valor de 28,6% havendo no período seguinte uma subida drástica para 77,8%. Salienta-se que em 2008-2009 os intervalos de [20-30 [, [30-40 [, [40-50 [ não existe atribuição de I.P.G., o seu valor é de 0,0%.

**Tabela 34 - Lesão Tipo 2-A N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 2-A	SCORE 0	Sem Incapacidade			1	100,0%	1	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>1</b>		<b>1</b>		
	SCORE I	[0 - 10[		2	15,4%	2	33,3%	4	21,1%
		[10 - 20[		8	61,5%	2	33,3%	10	52,6%
		[20 - 30[		3	23,1%	1	16,7%	4	21,1%
		Sem Valorização			0,0%	1	16,7%	1	5,3%
	<b>SCORE I Total</b>			<b>13</b>		<b>6</b>		<b>19</b>	
	SCORE II	[0 - 10[		2	14,3%	2	22,2%	4	17,4%
		[10 - 20[		4	28,6%	7	77,8%	11	47,8%
		[20 - 30[		4	28,6%		0,0%	4	17,4%
		[30 - 40[		3	21,4%		0,0%	3	13,0%
		[50 - 60[		1	7,1%		0,0%	1	4,3%
	<b>SCORE II Total</b>			<b>14</b>		<b>9</b>		<b>23</b>	
	SCORE III	[50 - 60[		1	100,0%			1	100,0%
	<b>SCORE III Total</b>			<b>1</b>				<b>1</b>	
	<b>TIPO 2-A Total</b>			<b>28</b>		<b>16</b>		<b>44</b>	

Pela tabela 35, verifica-se que em relação ao Tipo de lesão 2-B, temos o score I, que atinge no intervalo de I.P.G. [0-10[ o seu valor mais elevado de 26,1%, para o período de 2006-2007, mas relativamente ao período de 2008-2009, no mesmo intervalo esta I.P.G. é atribuída mais vezes numa percentagem de 77,8%. No que respeita ao mesmo Tipo de lesão mas com score II, temos no intervalo de [0-10[ com 0,0% de atribuição deste intervalo de I.P.G., mas em relação ao período de 2008-2009 existe um crescimento muito acentuado para 30,8%. Salienta-se que no período de 2006-2007 para o score III, existem intervalos de I.P.G. em que foi de 0,0% a aplicação aos examinados com: [40-50[, [50-60[, [60-70[, [70-80[, mas que a sua aplicação sobe consideravelmente no período de 2008-2009, para valores de 18,2% e 9,1%. Conclui-se ainda que em relação ao score III, temos no período de 2006-2007 uma percentagem de 50,0% de atribuição deste valor de I.P.G., mas que desce drasticamente para 18,2% no período de 2008-2009.

**Tabela 35 - Lesão Tipo 2-B N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 2-B	SCORE 0	Sem Incapacidade			1	100,0%	1	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>1</b>		<b>1</b>		
	SCORE I	[0 - 10[		6	26,1%	7	77,8%	13	40,6%
		[10 - 20[		5	21,7%	2	22,2%	7	21,9%
		[20 - 30[		3	13,0%		0,0%	3	9,4%
		[30 - 40[		3	13,0%		0,0%	3	9,4%
		[40 - 50[		1	4,3%		0,0%	1	3,1%
		[60 - 70[		2	8,7%		0,0%	2	6,3%
		[70 - 80[		1	4,3%		0,0%	1	3,1%
		Sem Incapacidade		2	8,7%		0,0%	2	6,3%
	<b>SCORE I Total</b>			<b>23</b>		<b>9</b>		<b>32</b>	
	SCORE II	[0 - 10[			0,0%	8	30,8%	8	13,3%
		[10 - 20[		6	17,6%	7	26,9%	13	21,7%
		[20 - 30[		11	32,4%	6	23,1%	17	28,3%
		[30 - 40[		7	20,6%	3	11,5%	10	16,7%
		[40 - 50[		5	14,7%	1	3,8%	6	10,0%
		[50 - 60[		3	8,8%	1	3,8%	4	6,7%
		[60 - 70[		1	2,9%		0,0%	1	1,7%
		[70 - 80[		1	2,9%		0,0%	1	1,7%
	<b>SCORE II Total</b>			<b>34</b>		<b>26</b>		<b>60</b>	
	SCORE III	[10 - 20[		1	25,0%	3	27,3%	4	26,7%
		[20 - 30[		2	50,0%	2	18,2%	4	26,7%
		[30 - 40[		1	25,0%	2	18,2%	3	20,0%
		[40 - 50[			0,0%	2	18,2%	2	13,3%
		[50 - 60[			0,0%	1	9,1%	1	6,7%
		[70 - 80[			0,0%	1	9,1%	1	6,7%
	<b>SCORE III Total</b>			<b>4</b>		<b>11</b>		<b>15</b>	
<b>TIPO 2-B Total</b>			<b>61</b>		<b>47</b>		<b>108</b>		

Conclui-se observando os dados da tabela 36, que em relação à lesão Tipo 2-C, em relação ao score I, que com uma I.P.G. no intervalo de [0-10[ houve 48,9% dos examinados. Em relação

ao score II, com uma I.P.G. no intervalo de [10-20[ houve 31,4% dos examinados do total da amostra. Em relação ao score III, com uma I.P.G. no intervalo de [40-50[ houve 22,2% dos examinados do total da amostra.

**Tabela 36 - Lesão Tipo 2-C N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 2-C	SCORE 0	Sem Incapacidade			1	100,0%	1	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>1</b>		<b>1</b>		
	SCORE I	[0 - 10[		13	43,3%	10	58,8%	23	48,9%
		[10 - 20[		7	23,3%	2	11,8%	9	19,1%
		[20 - 30[		6	20,0%	2	11,8%	8	17,0%
		[50 - 60[			0,0%	2	11,8%	2	4,3%
		[60 - 70[		1	3,3%		0,0%	1	2,1%
		Sem Incapacidade		3	10,0%		0,0%	3	6,4%
		Sem Valorização			0,0%	1	5,9%	1	2,1%
	<b>SCORE I Total</b>			<b>30</b>		<b>17</b>		<b>47</b>	
	SCORE II	[0 - 10[		5	16,1%	3	15,0%	8	15,7%
		[10 - 20[		10	32,3%	6	30,0%	16	31,4%
		[20 - 30[		4	12,9%	6	30,0%	10	19,6%
		[30 - 40[		7	22,6%	3	15,0%	10	19,6%
		[40 - 50[		3	9,7%		0,0%	3	5,9%
		[60 - 70[		1	3,2%	2	10,0%	3	5,9%
		[70 - 80[		1	3,2%		0,0%	1	2,0%
	<b>SCORE II Total</b>			<b>31</b>		<b>20</b>		<b>51</b>	
	SCORE III	[0 - 10[			0,0%	1	14,3%	1	5,6%
		[10 - 20[		1	9,1%	1	14,3%	2	11,1%
		[20 - 30[		1	9,1%	2	28,6%	3	16,7%
		[30 - 40[		2	18,2%	1	14,3%	3	16,7%
		[40 - 50[		4	36,4%		0,0%	4	22,2%
		[50 - 60[			0,0%	2	28,6%	2	11,1%
		[70 - 80[		3	27,3%		0,0%	3	16,7%
	<b>SCORE III Total</b>			<b>11</b>		<b>7</b>		<b>18</b>	
	<b>TIPO 2-C Total</b>			<b>72</b>		<b>45</b>		<b>117</b>	

Podemos concluir que para o Tipo de lesão 3, para o score 0, foi atribuído o item “sem incapacidade “ a 1 examinado no período de 2006-2007 e no período de 2008-2009 foi aplicado a 3 examinados. Para o score I, no período de 2006-2007, temos 14 examinados com atribuição de I.P.G. no intervalo de [10-20[, mas em 2008-2009 foram apenas 7 examinados. No que respeita ao score II, temos 10 examinados com uma I.P.G. no intervalo de [20-30[, no período de 2006-2007, e no período seguinte desce para 6 examinados. Relativamente ao score III, verifica-se que no período de 2006-2007, não existem examinados ao qual foi atribuída alguma I.P.G. mas no período de 2008-2009, sobe para apenas 1 examinado. (Tabela 37)



**Tabela 37 - Lesão Tipo 3 N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
TIPO 3	SCORE 0	[0 - 10[		0,0%	2	40,0%	2	33,3%	
		[10 - 20[		0,0%	1	20,0%	1	16,7%	
		Sem Incapacidade	1	100,0%	2	40,0%	3	50,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>			<b>1</b>		<b>5</b>		<b>6</b>	
	SCORE I	[0 - 10[	11	32,4%	14	51,9%	25	41,0%	
		[10 - 20[	14	41,2%	7	25,9%	21	34,4%	
		[20 - 30[	5	14,7%	1	3,7%	6	9,8%	
		[30 - 40[	1	2,9%	1	3,7%	2	3,3%	
		[40 - 50[	1	2,9%		0,0%	1	1,6%	
		[50 - 60[		0,0%	1	3,7%	1	1,6%	
		[60 - 70[	1	2,9%		0,0%	1	1,6%	
		[70 - 80[		0,0%	1	3,7%	1	1,6%	
		[90 - 100[		0,0%	1	3,7%	1	1,6%	
		Sem Incapacidade	1	2,9%	1	3,7%	2	3,3%	
	<b>SCORE I Total</b>			<b>34</b>		<b>27</b>		<b>61</b>	
	SCORE II	[0 - 10[	2	8,7%	1	4,2%	3	6,4%	
		[10 - 20[	5	21,7%	11	45,8%	16	34,0%	
		[20 - 30[	10	43,5%	6	25,0%	16	34,0%	
		[30 - 40[	4	17,4%	4	16,7%	8	17,0%	
		[60 - 70[	2	8,7%	1	4,2%	3	6,4%	
		[70 - 80[		0,0%	1	4,2%	1	2,1%	
	<b>SCORE II Total</b>			<b>23</b>		<b>24</b>		<b>47</b>	
	SCORE III	[10 - 20[	2	22,2%		0,0%	2	15,4%	
		[20 - 30[	2	22,2%	1	25,0%	3	23,1%	
		[30 - 40[		0,0%	1	25,0%	1	7,7%	
		[40 - 50[	2	22,2%	2	50,0%	4	30,8%	
		[50 - 60[	1	11,1%		0,0%	1	7,7%	
		[70 - 80[	2	22,2%		0,0%	2	15,4%	
	<b>SCORE III Total</b>			<b>9</b>		<b>4</b>		<b>13</b>	
	<b>TIPO 3 Total</b>			<b>67</b>		<b>60</b>		<b>127</b>	

Podemos concluir que para os examinados que ficaram “Sem lesão”, houve pelo menos 1 examinado ao qual foi atribuído uma I.P.G. no intervalo de [30-40[ e foi no período de 2006-2007.(Tabela 38)

**Tabela 38 - Sem Lesão N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/I.P.G./Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	I.P.G.	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SEM LESÃO	SCORE I	[30 - 40[	1	100,0%			1	100,0%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>1</b>				<b>1</b>	
SEM LESÃO Total			1				1	

Pela tabela 39, observamos que para a lesão Tipo 1-A o grau do Quantum Doloris relativamente ao total da amostra foi o grau 4 com o valor de 56,5%. Em relação ao Tipo de lesão 1-B, foi também o grau 4 que obteve o valor percentual mais elevado 41,4%. Salienta-se que em relação a lesão Tipo 2-A, Tipo 2-B, Tipo 2-C e Tipo 3, o grau de 5 foi o que obteve maior valor com 38,6%, 41,7%, 35,0%, 40,2% respectivamente.

**Tabela 39 - N.º de Examinandos/Tipo de Lesão/Quantum Doloris/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA	QUANTUM	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
TIPO 1-A	3	3	8,3%	4	15,4%	7	11,3%
	4	18	50,0%	17	65,4%	35	56,5%
	5	12	33,3%	5	19,2%	17	27,4%
	6	3	8,3%		0,0%	3	4,8%
<b>TIPO 1-A Total</b>		<b>36</b>		<b>26</b>		<b>62</b>	
TIPO 1-B	0	1	1,1%		0,0%	1	0,6%
	2	1	1,1%	4	5,4%	5	3,0%
	3	10	10,5%	11	14,9%	21	12,4%
	4	40	42,1%	30	40,5%	70	41,4%
	5	33	34,7%	22	29,7%	55	32,5%
	6	8	8,4%	4	5,4%	12	7,1%
	7	2	2,1%	3	4,1%	5	3,0%
<b>TIPO 1-B Total</b>		<b>95</b>		<b>74</b>		<b>169</b>	
TIPO 2-A	2		0,0%	1	6,3%	1	2,3%
	3	2	7,1%	3	18,8%	5	11,4%
	4	9	32,1%	6	37,5%	15	34,1%
	5	12	42,9%	5	31,3%	17	38,6%
	6	5	17,9%	1	6,3%	6	13,6%
<b>TIPO 2-A Total</b>		<b>28</b>		<b>16</b>		<b>44</b>	
TIPO 2-B	1		0,0%	1	2,1%	1	0,9%
	2	1	1,6%		0,0%	1	0,9%
	3	2	3,3%	3	6,4%	5	4,6%
	4	8	13,1%	6	12,8%	14	13,0%
	5	24	39,3%	21	44,7%	45	41,7%
	6	22	36,1%	14	29,8%	36	33,3%
	7	4	6,6%	2	4,3%	6	5,6%
<b>TIPO 2-B Total</b>		<b>61</b>		<b>47</b>		<b>108</b>	
TIPO 2-C	2	2	2,8%		0,0%	2	1,7%
	3	9	12,5%	3	6,7%	12	10,3%
	4	17	23,6%	9	20,0%	26	22,2%
	5	23	31,9%	18	40,0%	41	35,0%
	6	20	27,8%	11	24,4%	31	26,5%
	7	1	1,4%	4	8,9%	5	4,3%
<b>TIPO 2-C Total</b>		<b>72</b>		<b>45</b>		<b>117</b>	
TIPO 3	2		0,0%	1	1,7%	1	0,8%
	3	4	6,0%	5	8,3%	9	7,1%
	4	27	40,3%	13	21,7%	40	31,5%
	5	27	40,3%	24	40,0%	51	40,2%
	6	8	11,9%	13	21,7%	21	16,5%
	7	1	1,5%	3	5,0%	4	3,1%
	Sem referencia		0,0%	1	1,7%	1	0,8%
<b>TIPO 3 Total</b>		<b>67</b>		<b>60</b>		<b>127</b>	
SEM LESÃO	3	1	100,0%			1	100,0%
<b>SEM LESÃO Total</b>		<b>1</b>				<b>1</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Pela tabela 40, podemos concluir que com um score 0, no período de 2006-2007 encontramos pelo menos um examinando a quem foi atribuído esforços acrescidos, mas que houve quatro examinados a que foi atribuído o item "sem rebate profissional". Em relação ao período 2008-2009 o número de sinistrados a que foi atribuído o item "semrebate profissional" subiu para catorze.

Para o score I, cento e onze examinados foi-lhe atribuído o item "esforços acrescidos", setenta e cinco foi-lhe atribuído "sem rebate profissional" e cinco foi-lhe atribuído o item "incompatível com a profissão" (período 2006-2007), em relação ao período (2008-2009) houve um decréscimo, apenas a sessenta e nove examinados foi atribuído o item de "esforços acrescidos", e apenas a quarenta examinados foi atribuído o item "sem rebate". Salienta-se que houve uma subida no número de examinados para oito a que foi atribuído "incompatível com a profissão". Conclui-se que para o score II e III, sequela mais grave o item "incompatível com a profissão" é atribuído mais vezes tanto no período (2006-2007) sendo o seu valor similar no período (2008-2009). Salienta-se que para o score II em ambos os períodos e para o mesmo número de examinados, houve atribuição do item "incompatível com a profissão" na mesma proporção, sendo o item "esforços acrescidos" o que mais se aplica para um total de cento e trinta e oito examinados em pelo menos, cento e dois, foi-lhe atribuído esse item para o mesmo score.

**Tabela 40 - N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/Rebate Profissional/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	REBATE PROFISSIONAL	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SCORE 0	Esforços acrescidos	1	20,0%	1	6,7%	2	10,0%
	Sem rebate profissional	4	80,0%	14	93,3%	18	90,0%
<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>		<b>15</b>		<b>20</b>	
SCORE I	Esforços acrescidos	111	58,1%	69	59,0%	180	58,4%
	Incompatível com a profissão	5	2,6%	8	6,8%	13	4,2%
	Sem rebate profissional	75	39,3%	40	34,2%	115	37,3%
<b>SCORE I Total</b>		<b>191</b>		<b>117</b>		<b>308</b>	
SCORE II	Esforços acrescidos	102	73,9%	86	78,2%	188	75,8%
	Incompatível com a profissão	17	12,3%	18	16,4%	35	14,1%
	Sem rebate profissional	19	13,8%	6	5,5%	25	10,1%
<b>SCORE II Total</b>		<b>138</b>		<b>110</b>		<b>248</b>	
SCORE III	Esforços acrescidos	16	61,5%	15	57,7%	31	59,6%
	Incompatível com a profissão	9	34,6%	9	34,6%	18	34,6%
	Sem rebate profissional	1	3,8%	2	7,7%	3	5,8%
<b>SCORE III Total</b>		<b>26</b>		<b>26</b>		<b>52</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Pela tabela 41 verifica-se que em relação ao dano futuro / sequela obtivemos a atribuição do dano futuro em 2006-2009 em relação ao score 0 , nunca foi valorizado. Em relação ao score I o dano futuro foi valorizado com o seu valor máximo 15 pontos e valor mínimo de 0,5 pontos. Quanto ao score II, o dano futuro foi valorizado com o seu valor máximo de 20 pontos seguido de 10 pontos e com valor mínimo 1 ponto. Note-se que para score III, o dano futuro atingiu o seu valor máximo de 10 pontos e mínimo de 5 pontos.

**Tabela 41 - N.º de Examinandos/Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano**

CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SCORE 0	0	5	100,0%	15	100,0%	20	100,0%
<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>		<b>15</b>		<b>20</b>	
SCORE I	0	167	87,4%	97	82,9%	264	85,7%
	0,5	1	0,5%		0,0%	1	0,3%
	1		0,0%	1	0,9%	1	0,3%
	2	2	1,0%	3	2,6%	5	1,6%
	3	2	1,0%	1	0,9%	3	1,0%
	5	14	7,3%	10	8,5%	24	7,8%
	6	1	0,5%		0,0%	1	0,3%
	8		0,0%	1	0,9%	1	0,3%
	10	4	2,1%	3	2,6%	7	2,3%
15		0,0%	1	0,9%	1	0,3%	
<b>SCORE I Total</b>		<b>191</b>		<b>117</b>		<b>308</b>	
SCORE II	0	114	82,6%	64	58,2%	178	71,8%
	1		0,0%	1	0,9%	1	0,4%
	2	1	0,7%	4	3,6%	5	2,0%
	3		0,0%	2	1,8%	2	0,8%
	5	13	9,4%	32	29,1%	45	18,1%
	8		0,0%	2	1,8%	2	0,8%
	10	9	6,5%	5	4,5%	14	5,6%
20	1	0,7%		0,0%	1	0,4%	
<b>SCORE II Total</b>		<b>138</b>		<b>110</b>		<b>248</b>	
SCORE III	0	17	65,4%	19	73,1%	36	69,2%
	5	5	19,2%	3	11,5%	8	15,4%
	6		0,0%	1	3,8%	1	1,9%
	10	4	15,4%	3	11,5%	7	13,5%
<b>SCORE III Total</b>		<b>26</b>		<b>26</b>		<b>52</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Observa-se pela tabela 42 , que o gabinete de Aveiro em relação ao score I, atribui dano futuro com 10 pontos em 2 examinados em 2006-2007 e atribui em 2008-2009, dano futuro de 15 pontos para a mesma sequela em pelo menos 1 examinado. Note-se que para score II, atribui em 2006-2007 o valor relevante em termos de dano futuro 20 pontos em pelo menos 1 examinado. Em relação ao score III, atribui dano futuro com 10 pontos a pelo menos a 3 examinados.

**Tabela 42** - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Aveiro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Aveiro	SCORE 0	0	1	100,0%	3	100,0%	4	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	
	SCORE I	0	32	78,0%	11	84,6%	43	79,6%
		0,5	1	2,4%		0,0%	1	1,9%
		5	5	12,2%	1	7,7%	6	11,1%
		6	1	2,4%		0,0%	1	1,9%
		10	2	4,9%		0,0%	2	3,7%
		15		0,0%	1	7,7%	1	1,9%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>41</b>		<b>13</b>		<b>54</b>	
	SCORE II	0	14	58,3%	8	61,5%	22	59,5%
		5	5	20,8%	4	30,8%	9	24,3%
		10	4	16,7%	1	7,7%	5	13,5%
		20	1	4,2%		0,0%	1	2,7%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>24</b>		<b>13</b>		<b>37</b>	
	SCORE III	0	5	55,6%	3	100,0%	8	66,7%
		5	1	11,1%		0,0%	1	8,3%
		10	3	33,3%		0,0%	3	25,0%
	<b>SCORE III Total</b>		<b>9</b>		<b>3</b>		<b>12</b>	
	<b>Aveiro Total</b>		<b>75</b>		<b>32</b>		<b>107</b>	



Conclui-se que a Delegação do Centro atribui com score I e II, dano futuro com 10 pontos a pelo menos a 1 examinado, e atribui com score III, 5 pontos a pelo menos a 1 examinado. (Tabela 42)

**Tabela 43** - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Delegação do Centro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Delegação do Centro	SCORE 0	0	1	100,0%	3	100,0%	4	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>1</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		
	SCORE I	0	79	97,5%	45	84,9%	124	92,5%	
		1		0,0%	1	1,9%	1	0,7%	
		2	1	1,2%		0,0%	1	0,7%	
		3		0,0%	1	1,9%	1	0,7%	
		5		0,0%	4	7,5%	4	3,0%	
		10	1	1,2%	2	3,8%	3	2,2%	
	<b>SCORE I Total</b>		<b>81</b>		<b>53</b>		<b>134</b>		
	SCORE II	0	66	98,5%	33	60,0%	99	81,1%	
		1		0,0%	1	1,8%	1	0,8%	
		3		0,0%	1	1,8%	1	0,8%	
		5		0,0%	16	29,1%	16	13,1%	
		10	1	1,5%	4	7,3%	5	4,1%	
	<b>SCORE II Total</b>		<b>67</b>		<b>55</b>		<b>122</b>		
	SCORE III	0	7	100,0%	9	90,0%	16	94,1%	
		5		0,0%	1	10,0%	1	5,9%	
	<b>SCORE III Total</b>		<b>7</b>		<b>10</b>		<b>17</b>		
	<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>156</b>		<b>121</b>		<b>277</b>	

Conclui-se pela tabela xxx, que o Gabinete de Faro atribui dano futuro com 10 pontos a sequela de score I e III, com o seu valor mais expressivo. Salienta-se que para sequela de score II, surge também um valor elevado de 8 pontos e apenas no período de 2008 -2009.

**Tabela 44 - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Faro)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano**

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Faro	SCORE 0	0			8	100,0%	8	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>8</b>		<b>8</b>	
	SCORE I	0	11	84,6%	18	81,8%	29	82,9%
		2		0,0%	1	4,5%	1	2,9%
		3	1	7,7%		0,0%	1	2,9%
		5	1	7,7%	1	4,5%	2	5,7%
		8		0,0%	1	4,5%	1	2,9%
		10		0,0%	1	4,5%	1	2,9%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>13</b>		<b>22</b>		<b>35</b>	
	SCORE II	0	4	100,0%	11	61,1%	15	68,2%
		2		0,0%	2	11,1%	2	9,1%
		3		0,0%	1	5,6%	1	4,5%
		5		0,0%	3	16,7%	3	13,6%
		8		0,0%	1	5,6%	1	4,5%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>4</b>		<b>18</b>		<b>22</b>	
	SCORE III	0		0,0%	3	60,0%	3	50,0%
		5	1	100,0%		0,0%	1	16,7%
		6		0,0%	1	20,0%	1	16,7%
		10		0,0%	1	20,0%	1	16,7%
	<b>SCORE III Total</b>		<b>1</b>		<b>5</b>		<b>6</b>	
	<b>Faro Total</b>			<b>18</b>		<b>53</b>		<b>71</b>

Conclui-se que o Gabinete de Figueira da Foz, atribui dano futuro a seqüela de score I,II,III ,com valores expressivos no período em estudo 2006-2009, com valores de 5, 10,10 pontos respectivamente.

**Tabela 45 - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Figueira da Foz)/ Tipo de Seqüela/Dano Futuro/Ano**

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Figueira da Foz	SCORE 0	0	3	100,0%			3	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>3</b>				<b>3</b>	
	SCORE I	0	16	76,2%	12	75,0%	28	75,7%
		2	1	4,8%	2	12,5%	3	8,1%
		3	1	4,8%		0,0%	1	2,7%
		5	3	14,3%	2	12,5%	5	13,5%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>21</b>		<b>16</b>		<b>37</b>	
	SCORE II	0	7	58,3%	8	57,1%	15	57,7%
		2	1	8,3%	2	14,3%	3	11,5%
		5	3	25,0%	4	28,6%	7	26,9%
		10	1	8,3%		0,0%	1	3,8%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>12</b>		<b>14</b>		<b>26</b>	
	SCORE III	0	2	100,0%	1	25,0%	3	50,0%
		5		0,0%	2	50,0%	2	33,3%
		10		0,0%	1	25,0%	1	16,7%
	<b>SCORE III Total</b>		<b>2</b>		<b>4</b>		<b>6</b>	
	<b>Figueira da Foz Total</b>		<b>38</b>		<b>34</b>		<b>72</b>	

Concluimos que o Gabinete de Figueira da Foz em relação às sequelas com score I,II,III, atribui valores expressivos como 10 e 5 pontos, para os vários scores, com evidencia no período de 2006-2007.

**Tabela 46 - N.º Examinandos/ Gabinete Médico-Legal(Leiria)/ Tipo de Sequela/Dano Futuro/Ano**

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	DANO FUTURO	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Leiria	SCORE 0	0			1	100,0%	1	100,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>1</b>		<b>1</b>		
	SCORE I	0	29	82,9%	11	84,6%	40	83,3%	
		5	5	14,3%	2	15,4%	7	14,6%	
		10	1	2,9%		0,0%	1	2,1%	
	<b>SCORE I Total</b>		<b>35</b>		<b>13</b>		<b>48</b>		
	SCORE II	0	23	74,2%	4	40,0%	27	65,9%	
		5	5	16,1%	5	50,0%	10	24,4%	
		8		0,0%	1	10,0%	1	2,4%	
		10	3	9,7%		0,0%	3	7,3%	
	<b>SCORE II Total</b>		<b>31</b>		<b>10</b>		<b>41</b>		
	SCORE III	0	3	42,9%	3	75,0%	6	54,5%	
		5	3	42,9%		0,0%	3	27,3%	
		10	1	14,3%	1	25,0%	2	18,2%	
	<b>SCORE III Total</b>		<b>7</b>		<b>4</b>		<b>11</b>		
	<b>Leiria Total</b>			<b>73</b>		<b>28</b>		<b>101</b>	

Conclui-se que para um score de 0, o período de tempo pode variar de 1 a 9 anos e que pelo menos em 2006-2007 5 examinados esperaram entre 5 e 7 anos. Para um score I, verifica-se que o período pode variar de 1 a 15 anos e que no período de 2008-2009, pelo menos 20 examinados esperaram 4 anos 12 examinados esperaram 1 ano. Para score II, pelo menos 28 examinados esperaram 2 anos e que pelo menos 2 esperaram 9 anos. Salienta-se que para score III, 6 examinados esperaram 3 anos e pelo menos 1 examinado esperou 9 anos

**Tabela 47** - N.º Examinandos/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
SCORE 0	1		0.0%	3	20.0%	3	15.0%
	2		0.0%	3	20.0%	3	15.0%
	3		0.0%	3	20.0%	3	15.0%
	5	2	40.0%	1	6.7%	3	15.0%
	6	2	40.0%	1	6.7%	3	15.0%
	7	1	20.0%	1	6.7%	2	10.0%
	8		0.0%	1	6.7%	1	5.0%
	9		0.0%	2	13.3%	2	10.0%
	<b>SCORE 0 Total</b>		<b>5</b>		<b>15</b>		<b>20</b>
SCORE I	0	7	3.7%	10	8.5%	17	5.5%
	1	28	14.7%	12	10.3%	40	13.0%
	2	40	20.9%	14	12.0%	54	17.5%
	3	33	17.3%	21	17.9%	54	17.5%
	4	34	17.8%	20	17.1%	54	17.5%
	5	16	8.4%	18	15.4%	34	11.0%
	6	18	9.4%	11	9.4%	29	9.4%
	7	11	5.8%	4	3.4%	15	4.9%
	8	4	2.1%	4	3.4%	8	2.6%
	9		0.0%	1	0.9%	1	0.3%
	10		0.0%	1	0.9%	1	0.3%
	15		0.0%	1	0.9%	1	0.3%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>191</b>		<b>117</b>		<b>308</b>
SCORE II	0	12	8.7%	5	4.5%	17	6.9%
	1	22	15.9%	18	16.4%	40	16.1%
	2	28	20.3%	25	22.7%	53	21.4%
	3	17	12.3%	16	14.5%	33	13.3%
	4	18	13.0%	10	9.1%	28	11.3%
	5	19	13.8%	12	10.9%	31	12.5%
	6	8	5.8%	6	5.5%	14	5.6%
	7	6	4.3%	11	10.0%	17	6.9%
	8	4	2.9%	6	5.5%	10	4.0%
	9	2	1.4%		0.0%	2	0.8%
	10	1	0.7%	1	0.9%	2	0.8%
	11	1	0.7%		0.0%	1	0.4%
<b>SCORE II Total</b>		<b>138</b>		<b>110</b>		<b>248</b>	
SCORE III	0	3	11.5%	2	7.7%	5	9.6%
	1	5	19.2%	6	23.1%	11	21.2%
	2	5	19.2%	3	11.5%	8	15.4%
	3	6	23.1%	4	15.4%	10	19.2%
	4	2	7.7%	9	34.6%	11	21.2%
	5	4	15.4%	1	3.8%	5	9.6%
	8		0.0%	1	3.8%	1	1.9%
	9	1	3.8%		0.0%	1	1.9%
<b>SCORE III Total</b>		<b>26</b>		<b>26</b>		<b>52</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>360</b>		<b>268</b>		<b>628</b>	

Podemos observar que no Gabinete de Aveiro, em relação ao tipo de sequela /data de exame final, verifica-se que com score I,o tempo pode ir de 1 a 15 anos em relação ao score II, o priodo de tempo vai de 1 a 10 anos. Concluimos que para score III, decorre o tempo máximo de 5 anos após a de consolidação e a data do exame final. Podemos observar que o tempo para score 0, pode ser de 1 a 8, anos(Tabela 44)

**Tabela 48** - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Aveiro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Aveiro	SCORE 0	1		0,0%	1	33,3%	1	25,0%	
		2		0,0%	1	33,3%	1	25,0%	
		6	1	100,0%		0,0%	1	25,0%	
		8		0,0%	1	33,3%	1	25,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>			<b>1</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	
	SCORE I	0		0,0%	1	7,7%	1	1,9%	
		1	7	17,1%	1	7,7%	8	14,8%	
		2	6	14,6%	2	15,4%	8	14,8%	
		3	8	19,5%	1	7,7%	9	16,7%	
		4	10	24,4%	3	23,1%	13	24,1%	
		5	6	14,6%	3	23,1%	9	16,7%	
		6	3	7,3%	1	7,7%	4	7,4%	
		7		0,0%	1	7,7%	1	1,9%	
		8	1	2,4%		0,0%	1	1,9%	
	<b>SCORE I Total</b>			<b>41</b>		<b>13</b>		<b>54</b>	
	SCORE II	0	3	12,5%		0,0%	3	8,1%	
		1	5	20,8%	1	7,7%	6	16,2%	
		2	4	16,7%	3	23,1%	7	18,9%	
		3	4	16,7%	3	23,1%	7	18,9%	
		4	2	8,3%	1	7,7%	3	8,1%	
		5	2	8,3%	2	15,4%	4	10,8%	
		6	1	4,2%	1	7,7%	2	5,4%	
		7		0,0%	2	15,4%	2	5,4%	
		8	2	8,3%		0,0%	2	5,4%	
		11	1	4,2%		0,0%	1	2,7%	
	<b>SCORE II Total</b>			<b>24</b>		<b>13</b>		<b>37</b>	
	SCORE III	0	1	11,1%		0,0%	1	8,3%	
		1	1	11,1%	1	33,3%	2	16,7%	
		2	3	33,3%		0,0%	3	25,0%	
		3	1	11,1%		0,0%	1	8,3%	
		4	2	22,2%	2	66,7%	4	33,3%	
		9	1	11,1%		0,0%	1	8,3%	
	<b>SCORE III Total</b>			<b>9</b>		<b>3</b>		<b>12</b>	
<b>Aveiro Total</b>			<b>75</b>		<b>32</b>		<b>107</b>		



Podemos observar que na Delegação do Centro, em relação ao tipo de sequela /data de exame final, verifica-se que com score I, o tempo pode ir de 1 a 15 anos em relação ao score II, o período de tempo vai de 1 a 10 anos. Concluimos que para score III, decorre o tempo máximo de 4 anos após a de consolidação e a data do exame final. Podemos observar que o tempo para score 0, pode ser de 2 a 9, anos

**Tabela 49** - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Delegação do Centro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Delegação do Centro	SCORE 0	2		0,0%	1	33,3%	1	25,0%	
		5	1	100,0%	1	33,3%	2	50,0%	
		9		0,0%	1	33,3%	1	25,0%	
	<b>SCORE 0 Total</b>			<b>1</b>		<b>3</b>		<b>4</b>	
	SCORE I	0	4	4,9%	3	5,7%	7	5,2%	
		1	7	8,6%	5	9,4%	12	9,0%	
		2	21	25,9%	6	11,3%	27	20,1%	
		3	13	16,0%	10	18,9%	23	17,2%	
		4	15	18,5%	11	20,8%	26	19,4%	
		5	4	4,9%	6	11,3%	10	7,5%	
		6	10	12,3%	7	13,2%	17	12,7%	
		7	6	7,4%	2	3,8%	8	6,0%	
		8	1	1,2%	1	1,9%	2	1,5%	
		9		0,0%	1	1,9%	1	0,7%	
		15		0,0%	1	1,9%	1	0,7%	
	<b>SCORE I Total</b>			<b>81</b>		<b>53</b>		<b>134</b>	
	SCORE II	0	3	4,5%	1	1,8%	4	3,3%	
		1	10	14,9%	11	20,0%	21	17,2%	
		2	15	22,4%	15	27,3%	30	24,6%	
		3	10	14,9%	5	9,1%	15	12,3%	
		4	7	10,4%	5	9,1%	12	9,8%	
		5	9	13,4%	6	10,9%	15	12,3%	
		6	5	7,5%	3	5,5%	8	6,6%	
		7	4	6,0%	6	10,9%	10	8,2%	
		8	1	1,5%	3	5,5%	4	3,3%	
		9	2	3,0%		0,0%	2	1,6%	
		10	1	1,5%		0,0%	1	0,8%	
	<b>SCORE II Total</b>			<b>67</b>		<b>55</b>		<b>122</b>	
	SCORE III	0	2	28,6%		0,0%	2	11,8%	
		1	2	28,6%	2	20,0%	4	23,5%	
		2	1	14,3%	1	10,0%	2	11,8%	
		3		0,0%	3	30,0%	3	17,6%	
		4		0,0%	3	30,0%	3	17,6%	
5	2	28,6%	1	10,0%	3	17,6%			
<b>SCORE III Total</b>			<b>7</b>		<b>10</b>		<b>17</b>		
<b>Delegação do Centro Total</b>			<b>156</b>		<b>121</b>		<b>277</b>		

Conclui-se que no Gabinete de Faro, que em relação ao tipo de sequela /data de exame final, verifica-se que com score I,II,III, decorre o tempo máximo de 8 anos após a de consolidação e a data do exame final. Podemos observar que o tempo para score 0, pode ser de 1 a 9, anos.

**Tabela 50** - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Faro)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral		
Faro	SCORE 0	1			2	25,0%	2	25,0%	
		2			1	12,5%	1	12,5%	
		3			3	37,5%	3	37,5%	
		7			1	12,5%	1	12,5%	
		9			1	12,5%	1	12,5%	
	<b>SCORE 0 Total</b>					<b>8</b>		<b>8</b>	
	SCORE I	0	1	7,7%	1	4,5%	2	5,7%	
		1	2	15,4%	4	18,2%	6	17,1%	
		2	2	15,4%	4	18,2%	6	17,1%	
		3	3	23,1%	4	18,2%	7	20,0%	
		4		0,0%	2	9,1%	2	5,7%	
		5	1	7,7%	2	9,1%	3	8,6%	
		6	1	7,7%	1	4,5%	2	5,7%	
		7	3	23,1%	1	4,5%	4	11,4%	
		8		0,0%	3	13,6%	3	8,6%	
	<b>SCORE I Total</b>		<b>13</b>		<b>22</b>		<b>35</b>		
	SCORE II	0		0,0%	1	5,6%	1	4,5%	
		1	2	50,0%	4	22,2%	6	27,3%	
		2		0,0%	5	27,8%	5	22,7%	
		3		0,0%	3	16,7%	3	13,6%	
		4	1	25,0%	1	5,6%	2	9,1%	
		5	1	25,0%		0,0%	1	4,5%	
		7		0,0%	1	5,6%	1	4,5%	
		8		0,0%	2	11,1%	2	9,1%	
		10		0,0%	1	5,6%	1	4,5%	
	<b>SCORE II Total</b>		<b>4</b>		<b>18</b>		<b>22</b>		
	SCORE III	0		0,0%	1	20,0%	1	16,7%	
		1		0,0%	1	20,0%	1	16,7%	
		2		0,0%	2	40,0%	2	33,3%	
		3	1	100,0%		0,0%	1	16,7%	
		4		0,0%	1	20,0%	1	16,7%	
	<b>SCORE III Total</b>		<b>1</b>		<b>5</b>		<b>6</b>		
	<b>Faro Total</b>			<b>18</b>		<b>53</b>		<b>71</b>	

Conclui-se que no Gabinete de Figueira da Foz, que em relação ao tipo de sequela /data de exame final, verifica-se que com score I,II,III, decorre o tempo máximo de 8 anos após a de consolidação e a data do exame final.Podemos observar que o tempo para score 0,pode ser de 5,6,7, anos.

**Tabela 51** - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Figueira da Foz)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Figueira da Foz	SCORE 0	5	1	33,3%			1	33,3%
		6	1	33,3%			1	33,3%
		7	1	33,3%			1	33,3%
	<b>SCORE 0 Total</b>			<b>3</b>			<b>3</b>	
	SCORE I	0		0,0%	3	18,8%	3	8,1%
		1	4	19,0%	1	6,3%	5	13,5%
		2	5	23,8%	1	6,3%	6	16,2%
		3	3	14,3%	4	25,0%	7	18,9%
		4	2	9,5%	2	12,5%	4	10,8%
		5	3	14,3%	4	25,0%	7	18,9%
		6	2	9,5%	1	6,3%	3	8,1%
		7	1	4,8%		0,0%	1	2,7%
		8	1	4,8%		0,0%	1	2,7%
	<b>SCORE I Total</b>			<b>21</b>		<b>16</b>	<b>37</b>	
	SCORE II	0	2	16,7%		0,0%	2	7,7%
		1	1	8,3%	2	14,3%	3	11,5%
		2	2	16,7%	1	7,1%	3	11,5%
		3	1	8,3%	4	28,6%	5	19,2%
		4	1	8,3%	2	14,3%	3	11,5%
		5	2	16,7%	2	14,3%	4	15,4%
		6	1	8,3%	1	7,1%	2	7,7%
		7	2	16,7%	1	7,1%	3	11,5%
		8		0,0%	1	7,1%	1	3,8%
	<b>SCORE II Total</b>			<b>12</b>		<b>14</b>	<b>26</b>	
	SCORE III	1	1	50,0%	1	25,0%	2	33,3%
		2	1	50,0%		0,0%	1	16,7%
		4		0,0%	2	50,0%	2	33,3%
		8		0,0%	1	25,0%	1	16,7%
	<b>SCORE III Total</b>			<b>2</b>		<b>4</b>	<b>6</b>	
	<b>Figueira da Foz Total</b>			<b>38</b>		<b>34</b>	<b>72</b>	

Conclui-se que no Gabinete de Leiria, que em relação ao tipo de sequela /data de exame final, verifica-se que com score I, decorre o tempo máximo de 10 anos após a data de consolidação e a data do exame final. Para uma sequela de score II, decorre 8 anos para score III, decorre um período de 5 anos. Podemos observar que o tempo mínimo para score I, II, III, é para todos de 1 ano.

**Tabela 52** - N.º Examinandos/Gabinete Médico-Legal(Leiria)/ Tipo de Sequela/Tempo(Anos) entre a data de consolidação e a data do exame final/Ano

GABINETE MEDICO LEGAL	CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA	Data Exame Final – Data Consolidação (Anos)	2006 - 2007		2008 - 2009		Total Geral	
Leiria	SCORE 0	6			1	100,0%	1	100,0%
	<b>SCORE 0 Total</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
	SCORE I	0	2	5,7%	2	15,4%	4	8,3%
		1	8	22,9%	1	7,7%	9	18,8%
		2	6	17,1%	1	7,7%	7	14,6%
		3	6	17,1%	2	15,4%	8	16,7%
		4	7	20,0%	2	15,4%	9	18,8%
		5	2	5,7%	3	23,1%	5	10,4%
		6	2	5,7%	1	7,7%	3	6,3%
		7	1	2,9%		0,0%	1	2,1%
		8	1	2,9%		0,0%	1	2,1%
		10		0,0%	1	7,7%	1	2,1%
	<b>SCORE I Total</b>		<b>35</b>		<b>13</b>		<b>48</b>	
	SCORE II	0	4	12,9%	3	30,0%	7	17,1%
		1	4	12,9%		0,0%	4	9,8%
		2	7	22,6%	1	10,0%	8	19,5%
		3	2	6,5%	1	10,0%	3	7,3%
		4	7	22,6%	1	10,0%	8	19,5%
		5	5	16,1%	2	20,0%	7	17,1%
		6	1	3,2%	1	10,0%	2	4,9%
		7		0,0%	1	10,0%	1	2,4%
		8	1	3,2%		0,0%	1	2,4%
	<b>SCORE II Total</b>		<b>31</b>		<b>10</b>		<b>41</b>	
	SCORE III	0		0,0%	1	25,0%	1	9,1%
		1	1	14,3%	1	25,0%	2	18,2%
		3	4	57,1%	1	25,0%	5	45,5%
		4		0,0%	1	25,0%	1	9,1%
		5	2	28,6%		0,0%	2	18,2%
	<b>SCORE III Total</b>		<b>7</b>		<b>4</b>		<b>11</b>	
	<b>Leiria Total</b>		<b>73</b>		<b>28</b>		<b>101</b>	

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizámos, nos capítulos anteriores, um percurso teórico sobre a temática em foco, culminando na apresentação dos dados resultantes do estudo efectuado. Após a expressão dos resultados passaremos a comentar e a comparar com a informação disponível na literatura.

Salientamos que nos deparamos com a exígua bibliografia sobre a temática do estudo, principalmente no que diz respeito à lesão ortopédica sobre o qual recai a atenção do nosso estudo e, por isso, a análise assenta em grande parte em resultados de trabalhos científicos concretizados noutros países, com espaços e ambientes socioculturais diferentes da realidade portuguesa.

Observamos neste estudo um número considerável de examinandos, no âmbito da avaliação do dano corporal em Direito Civil, na área da Clínica Forense que, neste contexto, foi de 628 examinados durante os anos em estudo de 2006 a 2009.

No estudo efectuado na área da Clínica Forense, a amostra clínica estudada incidiu em seicentos e vinte e oito examinados que corresponde á totalidade da amostra dos Gabinetes Médico Legais de Aveiro, Faro, Figueira da Foz, Delegação do Centro e Leiria, e que foram vítimas de acidente de viação.

Em relação ao total da amostra, os achados deste estudo, reflete que do total das 628 vítimas de acidentes de viação, 44% foram observados na Delegação de Coimbra, 17% foram observados em Aveiro, 16% em Leiria, 11% na Figueira da Foz e 11% em Faro.

Estes dados encontrados, refletem a existência de um numero considerável de acidentes de viação em que do total da amostra do estudo, 83,3% foram vítimas de acidentes de viação por choque frontal e 16,2% vítimas de atropelamento, conclui-se que houve um decréscimo dos acidentes de viação desde 2006 a 2009.

Soumah, M.M (Revista dano Corporal 2005), demonstrou com o seu estudo, que as vítimas eram do sexo masculino em 69,2%. As circunstancias mais ferquentes são o atropelamento de peão no passio (25,2%), e colisão frontal 22%. As vitmas apresentam duas lesões em média e essas lesões predominam na cabeça, pescoço e membros inferiores. Apresentam sequelas 79,7% A i.p.p. em média de 9,9% e 51,8% das vitimas beneficiaram de um pretium doloris quantificado em 3, correspondendo ao grau moderado.

À semelhança de um estudo feito em Portugal, (Mamede de Albuquerque 1994), conclui-se que numa amostra de 1500 processos, relativamente a acidentes de viação que 63% dos casos resultaram de acidente de viação por choque frontal.

Nas características dos examinados que foram observados nos gabinetes em estudo, concluimos que o género masculino foi o que mais se destacou com 68% do total da amostra, e de 32% no género feminino.

Num estudo feito em Portugal, "Mamede de Albuquerque, em que foram estudados 1500 processos de reparação de dano em Direito Civil, a idade média dos examinandos foi de 38 anos com maior incidencia entre os 21 e os 60 anos, verificando-se uma preponderância de indivíduos do sexo masculino (72% dos casos) e na maioria dos casos 98% as lesões resultaram de acidente de viação.

No nosso estudo a média de idade é de e o escalão etário com maior incidência situa-se entre [20-40 [numa percentagem de 43% e o escalão etário com menor número de acidentados situa-se no escalão com mais de 60 anos com 11%. Salienta-se que o género masculino é também o que mais se evidencia nos dois escalões etários.



Em relação ao Grupo Profissional, os examinados integrados no Grupo “Trabalhadores Não Qualificados” são os que mais se evidenciam com 30,4%, e com 0,2% surge o grupo Profissional “Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa”. Salienta-se ainda que o Grupo “Estudantes” surge com 11,8%, concluindo-se que também o sexo masculino está directamente relacionado com tipo de grupo profissional.

Salienta-se que o género feminino, com 55% está directamente relacionado com o Grupo Profissional “Pessoal Administrativo e Similares” à data do acidente e no grupo etário [20-40 [.

Num estudo feito em França (Jornal de Medicina, 1997, nº1 volume 40), que da amostra de 32 examinados o sexo masculino era predominante com idade média de 38,4% entre os 16 e 47 anos, e as duas categorias sócio – profissionais mais incidentes são constituídas por operários e estudantes segundo a classificação I.N.S.E.E.

Observamos neste estudo, uma elevada ocorrência de acidentes de viação por choque frontal, maioritariamente no género masculino com 71,1% e no sexo feminino com 28,9%. Note-se que em relação ao atropelamento aparecem-nos com alguma proximidade ambos os sexos, com 53,9% o género masculino e com 46,1% o sexo feminino.

Se relacionarmos o tipo de acidente com o tipo de lesão, podemos concluir que em relação ao acidente de viação por choque frontal resultaram as lesões Tipo 1-B com 25,7% e lesões Tipo 2-A com apenas 7,4%. Salienta-se que o mesmo acontece no atropelamento que surgem também o mesmo tipo de lesões com 33,3% para lesão Tipo 1-B e 4,9% para o tipo de lesão Tipo-2-A.

Estudos há que consubstanciam esta hipótese anterior, um estudo feito por Mamede de Albuquerque(1994),relata que no Grupo 2 estão incluídos as situações em que ocorreu a existência de lesão óssea fracturaria isolada dos membros ou lesão articular de gravidade correspondente a fractura, mas localizada a um único segmento- 40,2% dos casos.

Se relacionarmos o acidente de viação/Tipo de lesão encontramos que, nos acidentes de viação por choque frontale ao qual corresponde uma lesão Tipo 1-A levou a aplicação de uma I.P.G. no intervalo de [0-10 [pontos, em pelo menos 11 examinados no período de tempo 2006-2007.Em relação ao período 2008-2009, o mesmo intervalo de I.P.G.foi aplicado em 16 examinados num total de 50,9%da amostra.

Salienta-se no nosso estudo que para o mesmo tipo de lesão foi aplicada uma I.P.G. entre [30-40 [pontos em pelo menos 5 examinados em 2006-2007, no período de 2008-2009, a I.P.G. de 0 pontos no seu global aplicou-se em 3,6% do total da amostra.

Em relação à lesão Tipo 1-B, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [10-20 [, em pelo menos 30 examinados no período de 2006-2007, em relação ao período de 2008-2009, foi aplicado uma I.P.G. em 45 examinados num total de 33,3%.Concluimos ainda que para uma I.P.G., de [70-80 [esta foi aplicada em pelo menos 1 examinado e em 2008-2009 não foi aplicada em nenhum examinado o que representa uma aplicação desta I.P.G. representada naquele intervalo, num total de 0,7% do total da amostra.

No nosso estudo, encontramos para a lesão Tipo 1-A e Tipo 1-B A, onde a I.P.G. foi aplicada num total de 6 examinados no período de 2006-2007, e 19 examinados em 2008-2009 num total de aplicação de 10,9% e 14,1%, mas com item “sem incapacidade”.

No nosso estudo, concluímos que para a lesão Tipo 2-A, a I.P.G.foi aplicada em 20 examinados, ao que corresponde respectivamente 11 em 2006-2007 e 9 examinados em 2008-2009 num total de 51,3% do total da amostra no intervalo de [10-20 [pontos.

Para a lesão Tipo 2 B, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [20-30 [pontos, num total de 23,1%do total da amostra do estudo.

Para a lesão tipo 2-C encontramos a aplicação da I.P.G. no intervalo [0-10 [ pontos em pelo menos 30 examinados o que representa 28,0 %.Concluimos ainda que para o item “Sem

Incapacidade” foi aplicada em 2,8% e “ Sem Valorização”foi aplicada em 0,9% do total da amostra do nosso estudo.

No nosso estudo concluímos que para a lesão Tipo 3, encontramos um intervalo de aplicação de I.P.G., [20-30 [pontos com 29,6% e que em pelo menos em 2 examinados foi-lhe atribuída I.P.G.no intervalo [70-80 [pontos num total de 4,1% dos examinados da amostra.

Em relação ao atropelamento, no nosso estudo encontramos, para a lesão Tipo 1-A 42,9% ao que corresponde a 3 examinados no período de 2006-2009, foi aplicado uma I.P.G., dentro do intervalo de [0-10 [pontos e [10-20.

No que respeita à lesão Tipo 1.B, encontramos 21 examinados no período de 2006-2009, num total de 61,8% de aplicação para uma I.P.G.do intervalo de [0-10 [pontos e “Sem Incapacidade” temos 8,8%.

Numestudo feito em Portugal( Revista dano Corporal 2008), os acidentes de viação foram a causa do traumatismo em 92% dos casos, que em 43,8% dos casos houve politraumatismos e em 42% apenas traumatismo dos membros inferiores. As lesões foram maioritariamente do foro ortopédico 65,6%.Verificou-se ainda que relativamente ao Quantum Doloris, que o grau médio atribuído a este dano foi de 4,3, numa escala de 1 a 7 .No que se refer a I.P.G. esta foi atribuída em média de 21,9% Foi considerado a existência de dano futuro em 7,6% das avaliações de dano corporal.

No que respeita à lesão Tipo 2-A, temos 40,0% e foi aplicada em 2008-2009, em pelo menos 20 examinados no intervalo de aplicação de I.P.G. [0-10 [pontos.Para a lesão Tipo2-B, temos 35,3% no total da amostra do estudo e no período de 2006-2009, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo [10-20 [pontos e para o item “Sem Incapacidade” temos pelo menos 1 examinado (5,9%).

Observamos pelo estudo efectuado que para a lesão Tipo 2-C, e num total de 3 examinados foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [20-30 [pontos.

Num estudo efectuado por (J. Bailliére, 1999), concluiu que para a avaliação da incapacidade da mão em direito comum para a perda funcional da mão e não do lado dominante do examinado a taxa de I.P.G. é de cerca de 40 a 50% refer que a avaliação foi feita em função da soma de uma avaliação analítica digital e uma avaliação funcional.

Concluimos ainda que para a lesão Tipo 3, (37,9%), ao que corresponde 11 examinados, no anos de 2006-2009, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [10-20 [pontos. Note-se que para uma I.P.G., nos intervalos de [30-40 [, [40-50 [, [40-50 [pontos, foi aplicada em 6,9% dos examinados e com I.P.G. no intervalo [90-100 [pontos foi aplicada em pelo menos 1 examinado e apenas no ano de 2008-2009.

Um conjunto de estudos (Journal de Medecine Legale Droit Medical, 1991), vem de encontro ao nosso estudo em que numa amostra de 847 examinados amputação do membro inferior 31,5% ficaram com marcha impossível e tiveram que colocar prótese, a taxa de incapacidade permanente é da ordem de 45 a 55% , sendo que para os examinados que fizeram apenas a amputação dos dedos do pé representam 4,4% da amostra e foi-lhe atribuída uma incapacidade permanente na ordem 12%.

Blond, S e col (Revista de dano Corporal 1998), que a avaliação médico Legal das consequências de uma fractura da bacia deve ter em consideração as manifestações dolorosas residuais entre as quais as dores directamente consecutivas ao traumatismo assim como as dores posteriores no tempo. As primeiras no quadro da avaliação do quantum doloris, as segundas na determinação da I.P.G.

Se relacionarmos o tipo de acidente /sequelas com que os examinados ficaram, podemos concluir que em relação ao acidente de viação por choque frontal que, o score 0, Score I, score II, score III obtiveram 90%, 81,8%, 84,3%, 90,4% respectivamente no período de 2006-2009.

Em relação ao atropelamento verificou-se que para o score 0, score I, score II, score III, ficaram os examinados numa percentagem de 10%, 18,2%, 15,7%, 9,6% respectivamente.

Uma nota importante na relação Grupo Profissional e sequela, que nos grupos profissionais: “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, Operários de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de montagem e Desempregados todos estes grupos os examinados ficaram com sequelas de score II, os restantes grupos profissionais ficaram com sequelas de score I.

A amostra clínica estudada, demonstra que em relação ao rebate profissional, este foi aplicado na sua maioria no item “Esforços Acrescidos” em consonância com o tipo de sequela com que ficaram os examinados. Salientamos que o grupo de “Trabalhadores não Qualificados” em que para o score I, II, III, numa percentagem de 65,6%, 80,6%, 63,2% enquanto que para o item “Incompatível com a Profissão”, encontramos aplicado com a percentagem de 7,3%, 19,4%, 36,8%, respectivamente em relação ao score I, II, III.

Martins J. (2001), no seu estudo efectuado em 20 doentes em que o seu universo repartiu-se entre 12 examinados do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com um score médio ponderado de 33,6% penalizando fundamentalmente a dor e a prestação no trabalho. todos os examinados foram avaliados com um tempo de recuo médio de 20 meses e o score lesional foi de 67,1 com um ganho de 33,5 pontos, face ao seu desempenho profissional que na sua maioria é pesado e em esforço.

Concluimos que a correlação existente entre o Tipo de Lesão / Sequela (score), obtivemos os seguintes resultados: para a Lesão Tipo 1-A o examinado ficou com um score II, sendo que esta relação existente atingiu 79,0% do total da amostra. Para Lesão 1-B e score II, atingiu um valor de 58,6%, para Lesão Tipo 2-A e score II obtivemos 52,3%; para a Lesão 2-B e score II, o valor ainda significativo 55,6%; para a Lesão Tipo 2-C e ao qual o examinado

ficou com Sequela score III, o valor foi de 43,6%. Salienta-se que para Lesão Tipo 3 a sequela que lhe corresponde é score I com um valor expressivo de 48,0%.

Savorim, C (Revista de dano corporal,1997), segundo o seu estudo refere que os traumatismos do punho e da mão representam na prática 40% dos traumatizados, concluindo que não há paralelismo entre lesão anatómica e incapacidade

Lespine, A.( Revista de dano corporal,1997), refere que a algodistrofia pós- traumática é um síndrome frequentemente encontrado pelo perito médico e que conclui que a algodistrofia aumenta o quantum Doloris mas não obrigatoriamente a I.P.G.

No nosso estudo, na relação existente de Tipo de Lesão / Quantum Doloris, verificou-se que para Lesão Tipo 1-A foi atribuído o valor da Escala que medeia entre 3 a 6 graus, para Lesão Tipo 1-B foi atribuído o valor entre 2 a 7 graus, para Lesão Tipo 2-A o valor que encontramos directamente atribuído foi de 2 a 6 graus, para Lesão Tipo 2-B encontramos o intervalo de 1 a 7 graus, para a Lesão Tipo 2-C foi atribuído o valor de 2 a 7 graus, para a Lesão Tipo 3 encontramos o valor de 2 a 7 graus. Salienta-se que para um examinado que face ao acidente de viação, não ficou com nenhuma lesão encontramos atribuído o grau 3.

Mamede de Albuquerque (1994), refere que num estudo efectuado a lesão que enquadrou no Grupo 2- que se refere a lesão óssea fracturaria isolada dos membros, dominam o panorama do estudo, e a distribuição do quantum doloris, foi estudada em 603 casos, foi-lhe atribuído o grau de ligeiro em 15% dos casos e 11,4% no grau moderado, o que vem de encontro com o nosso estudo.

Nas características encontradas no nosso estudo, face à relação existente de Dano Futuro/Tipo de sequela, concluímos que no período que decorre entre 2006-2009 houve um decréscimo ligeiro na valorização do dano futuro, de 191 examinados para 117 examinados a quem foi atribuído dano futuro. Esta valorização foi de 15 pontos em 2006-2007 e em 2008-2009 o valor de atribuição desceu para 10 pontos.

Salientamos que no nosso estudo que para sequelas de score II, a valorização em termos de dano futuro integra a pontuação de 10 a 20 pontos no ano civil de 2006-2007. Concluimos que a atribuição de 5 pontos na valorização do dano futuro é aquele que foi atribuído a pelo menos 45 examinados do total da amostra do nosso estudo.

Observamos que para um score III, verifica-se que foi também valorizado para uma sequela mais grave e a aplicação de dano futuro foi de 10 pontos em pelo menos 7 examinados no seu global.

À semelhança de outro estudo, efectuado em Portugal, serviço de ortopedia de H.U.C. refere que todos os doentes estudados com idades inferiores a 60 anos foram contemplados com uma taxa de dano futuro que estava entre 0- 20% relativamente a sequela por incapacidade anátomo – clínica de base, provocada por prótese.

Cocluimos no nosso estudo que no Gabinete de Faro, a relação existente sequela/dano futuro é de Score I, e o dano futuro atribuído foi entre os valores de 2 a 10 pontos. Para Score II o dano futuro insere-se entre 2 a 8 pontos, ScoreIII, a valorização de dano futuro a ter em conta foi de 5 a 10 pontos.

Observamos que no Gabinete de Figueira da Foz para Score I , o dano futuro foi atribuído entre os valores de 2 a 5 pontos. Em relação ao Score II, o valor de dano futuro foi atribuído entre 2 a 10 pontos. Para Score III, atribui-se um valor que vai de 5 a10 pontos.

Na caracterização do Gabinete de Leiria, a valorização de dano futuro face á Sequela de; Score I, Score II, Score III, foi sempre valorizado entre 5 a 10 pontos.

A amostra clínica estudada da Delegação do Centro que incidiu em relação à valorização de dano futuro/Score foi de; Score I e II, a valorização atribuída foi entre 1 e 10 pontos; para Score III, a valorização foi feita entre 0 e 5 pontos.

O presente estudo concluiu que, para a relação Sequela/Data de consolidação /data de exame final, que no global da amostra, para um Score 0, a variação de tempo decorrido entre a data de consolidação e exame final pode ir de 1 a 9 anos, mas notou-se que em 2008-2009 esse tempo diminui para de 1 a 3 anos.

Num estudo efectuado (Revista de Dano Corporal,2009), concluiu-se que 85% dos casos de ofensa à integridade física produzida ,por outrem num total de 102 foram objecto de perícia nos primeiros 10 dias após a ofensa. Relativamente ao sinistro rodoviário dos 9 casos estudados excepção feita a um deles que foi observado passado 2 dias após o sinistro, todos os outros exames periciais sucederam longo tempo após, sendo a média de 90 dias.

Para Score I, esse tempo pode variar de 0 a 10 anos. Para Score II, o tempo que medeia entre a data de consolidação e a data do exame final é de 0 a 11anos, salienta-se que em relação ao ano de 2008-2009 esse tempo diminui drasticamente para intervalo de 1 a 3 anos.Score III, o tempo que medeia é de 0 a 9 anos e diminui em 2008-2009 para 1 a 2 anos.

Estudos há que podem consubstanciar esta hipótese, (Jornal de Medicina, 1997,nº1 volume 40), em que 85,8% dos examinados foram hospitalizados em média durante 10 dias. A incapacidade para o trabalho foi em média de 3 meses e 10 dias e de 5,4 meses no grupo de examinados que para além da lesão tiveram complicações.A duração da incapacidade total para o trabalho e do atraso na consolidação em função da gravidade da lesão foi num intervalo de 3,6 meses e 9 meses.

Foi interessante concluir que no Gabinete de Aveiro, para um Score de 0 o tempo que medeia entre a consolidação e exame final é de 1 a 8 anos, para Score I, o tempo é de 0 a 8 anos, para Score II o tempo é de 0 a 11 anos e para Score III, o tempo é de 0 a 9 anos.

Para o Gabinete de Faro concluímos que para Score 0 foi de 1 a 9 anos em 2006-2007 e depois entre 200-2009 o tempo foi de apenas 1 a 3 anos. Para Score I, o tempo foi de 0 a 8 anos e no período de 2008-2009 esse tempo diminuiu para 1 a 4 anos, para Score II, o tempo



foi de 0 a 10 anos para descer drasticamente para 1 a 5 anos. Salienta-se ainda que para Score III, o tempo que medeia é de 0 a 4 anos e depois desce acentuadamente para de 1 a 2 anos.

No nosso estudo concluímos que para o Gabinete de Figueira da Foz, e para um Score de 0 o tempo que decorre é de 5 a 7 anos, para Score I e II, o tempo é de 0 a 8 anos, para Score III o tempo que decorre é de 1 a 8 anos.

Concluimos ainda que para o Gabinete de Leiria, encontramos um score 0 que tem uma variação que vai de 0 a 6 anos, para Score I, o tempo que medeia é de 0 a 10 anos, para Score II, o tempo é de 0 a 8 anos, para Score III, o tempo que medeia é de 0 a 5 anos.

## CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou compreender as relações e as correlações das variáveis estudadas, no âmbito da lesão Ortopédica e a Perícia Médico Legal tendo como base de actuação a elaboração do Relatório de Clínica Forense na avaliação do Dano Corporal, seguindo orientações segundo a Tabela Nacional de Incapacidades e todo o saber e experiência do Perito/ Médico.

Os acidentes de viação em Portugal causaram nos últimos anos milhares de mortes e feridos graves que permanecem com elevados graus de deficiências e incapacidades de prover o seu próprio sustento aumentando portanto os encargos sociais.

Ora os acidentes de viação não escolhem estradas, por isso, para a sua resolução a nível jurídico, tanto criminal como civil, pode ser chamado um Juiz para fazer a avaliação do dano e o cálculo da indemnização justa, após conhecer as conclusões finais do Relatório Médico Legal.

Assim podemos dizer que a lesão ortopédica provocada por acidente de viação deixa quase sempre sequelas e a valorização destas em ortopedia é um tema actual com repercussões nas sociedades modernas.

Os cidadãos tomam consciência dos seus direitos num quadro de respeito pela integridade física e responsabilidade, no reparo do dano e os peritos são chamados a pronunciar-se sobre matéria tão importante.

A Lesão ortopédica foi assim classificada, em “sem lesão”, “lesão tipo 1 A”, “lesão tipo 1 – B”, “lesão tipo 2- A”, “lesão tipo 2-B”, “lesão tipo 2- C”, “lesão tipo 3”.

A Sequela ortopédica foi assim classificada, em “score 0”, “score I”, “score II”, “score III”.

Através do nosso estudo concluímos que dos 628 examinados do total da amostra do estudo, 83,3% foram vítimas de acidentes de viação por choque frontal e 16,2% vítimas de atropelamento, conclui-se que houve um decréscimo dos acidentes de viação desde 2006 a 2009.

Nas características dos examinados que foram observados nos gabinetes em estudo, concluímos que o género masculino foi o que mais se destacou com 68% do total da amostra, e de 32% no género feminino.

No nosso estudo a média de idade é de e o escalão etário com maior incidência situa-se entre [20-40 [numa percentagem de 43% e o escalão etário com menor número de acidentados situa-se no escalão com mais de 60 anos com 11%. Salienta-se que o género masculino é também o que mais se evidencia nos dois escalões etários.

Decorrentes dos resultados obtidos, conclui-se que a média de idades dos examinados vítimas de acidentes de viação/ atropelamento é de 40,3 anos no Gabinete de Aveiro, no Gabinete de Faro é de 37,7 anos, na Figueira da Foz a média de idade é de 40,6anos, em Leiria é de 38,1 anos e na Delegação do Centro a média de idade é de 36,6 anos.

Em relação ao Grupo Profissional, os examinados integrados no Grupo “Trabalhadores Não Qualificados” são os que mais se evidenciam com 30,4%, e com 0,2% surge o grupo Profissional “Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa”. Salienta-se ainda que o Grupo “Estudantes” surge com 11,8%.

Concluindo-se que, também o sexo masculino está directamente relacionado com tipo de grupo profissional à data do acidente de viação.

Se relacionarmos o tipo de acidente com o tipo de lesão, podemos concluir que em relação ao acidente de viação por choque frontal resultaram as lesões Tipo 1-B com maior expressão e lesões Tipo 2-A representam uma minoria face ao total da amostra.

Salienta-se que o mesmo acontece no atropelamento que surgem também a lesão Tipo 1-B com valores muito elevados de representação e a lesão Tipo-2-A. Aparece com valores muito pouco expressivos.

Se relacionarmos o acidente de viação/Tipo de lesão encontramos que, nos acidentes de viação por choque frontal ao qual corresponde uma lesão Tipo 1-A levou a aplicação de uma I.P.G. no intervalo de [0-10 [pontos Com incidência em 50,9% da amostra.

Salienta-se no nosso estudo que para o mesmo tipo de lesão foi aplicada uma I.P.G. entre [30-40 [pontos em 2006-2007, no período de 2008-2009, a I.P.G. de 0 pontos no seu global aplicou-se em 3,6% do total da amostra.

Em relação à lesão Tipo 1-B, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [10-20 [, em pelo menos 30 examinados no período de 2006-2007, em relação ao período de 2008-2009, foi aplicada uma I.P.G. em 45 examinados num total de 33,3% do global da amostra estudada.

No nosso estudo, concluímos que para a lesão Tipo 2-A, a I.P.G. foi aplicada em 20 examinados, ao que corresponde respectivamente 11 em 2006-2007 e 9 examinados em 2008-2009 num total de 51,3% do total da amostra no intervalo de [10-20 [pontos.

Para a lesão Tipo 2 B, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [20-30 [pontos, num total de 23,1% do total da amostra do estudo.

Para a lesão tipo 2-C encontramos a aplicação da I.P.G. no intervalo [0-10 [pontos em pelo menos 30 examinados o que representa 28,0 %.

No nosso estudo concluímos que para a lesão Tipo 3, encontramos um intervalo de aplicação de I.P.G., [20-30 [pontos com 29,6% e que em pelo menos em 2 examinados foi-lhe atribuída I.P.G.no intervalo [70-80 [pontos num total de 4,1% dos examinados da amostra.

Em relação ao atropelamento, no nosso estudo encontramos, para a lesão Tipo 1-A 42,9%, foi aplicado uma I.P.G., dentro do intervalo de [0-10 [pontos e [10-20.

No que respeita à lesão Tipo 1.B, encontramos 21 examinados no período de 2006-2009, num total de 61,8% de aplicação para uma I.P.G.do intervalo de [0-10 [pontos.

No que respeita à lesão Tipo 2-A, temos 40,0% e foi aplicada em 2008-2009, em pelo menos 20 examinados no intervalo de aplicação de I.P.G. [0-10 [pontos.

Para a lesão Tipo2-B, temos 35,3% no total da amostra do estudo e no período de 2006-2009, foi aplicada uma I.P.G. no intervalo [10-20 [pontos.

Observamos pelo estudo efectuado que para a lesão Tipo 2-C, e num total de 3 examinados foi aplicada uma I.P.G. no intervalo de [20-30 [pontos.

Concluimos ainda que para a lesão Tipo 3, (37,9%), ao que corresponde 11 examinados, no anos de 2006-2009,foi aplicada uma I.P.G.no intervalo de [10-20 [pontos.

Se relacionarmos o tipo de acidente /sequelas com que os examinados ficaram, podemos concluir que em relação ao acidente de viação por choque frontal, o score 0, obteve 90%, um valor muito expressivo.e também para score III obtiveram 90,4% respectivamente no periodo de 2006-2009.

Em relação ao atropelamento verificou-se que para o score 0,score I, score II, scoreIII, ficaram os examinados numa percentagem de 10%,18,2%,15,7%,9,6% respectivamente.

A amostra clínica estudada, demonstra que em relação ao rebate profissional, este foi aplicado na sua maioria no item "Esforços Acrescidos" em consonância com o tipo de sequela com que ficaram os examinados.

Salientamos que o grupo de "Trabalhadores não Qualificados" em que para o score I, II, III, numa percentagem de 65,6%, 80,6%, 63,2% enquanto que para o item "Incompatível com a Profissão", encontramos aplicado com a percentagem de 7,3%, 19,4%, 36,8%, respectivamente em relação ao score I, II, III.

No nosso estudo, na relação existente de Tipo de Lesão / Quantum Doloris, verificou-se que para Lesão Tipo 1-A foi atribuído o valor da Escala que medeia entre 3 a 6 graus.

Consideramos que, para Lesão Tipo 1-B foi atribuído o valor entre 2 a 7 graus e ainda decorrente do mesmo estudo, concluímos que para Lesão Tipo 2-A, o valor que encontramos directamente atribuído foi de 2 a 6 graus.

Em relação à Lesão Tipo 2-B encontramos o intervalo de 1 a 7 graus relativamente à valorização do Quantum Doloris.

Para a Lesão Tipo 2-C foi atribuído o valor de 2 a 7 graus. graus relativamente à valorização do Quantum Doloris.

Para a Lesão Tipo 3 encontramos o valor de 2 a 7 graus. graus relativamente à valorização do Quantum Doloris.

Decorrente dos resultados obtidos, concluímos que não existe relação directa com a gravidade da sequela (score), e data de consolidação/ data de exame final, pois o tempo que decorre entre a data de consolidação de uma sequela grave score III e a data do exame final pode ser o mesmo ou menor que o tempo em relação a uma sequela (score) 0.

Concluimos que o tempo que decorre não está directamente relacionado com a gravidade da sequela com a qual o sinistrado fica após o acidente de viação/ atropelamento.

Através do nosso estudo concluimos que para a sequela mais grave (score III) não é atribuído sempre uma valorização de dano futuro com maior relevância de pontuação, pois a I, P, G, pode ser atribuída para compensar assim a atribuição do dano futuro.

No nosso estudo concluimos que a atribuição do dano futuro é levado em consideração em todo o tipo de sequela seja de score I, ou II, ou III.

Consideramos que a valorização do dano futuro não está directamente relacionado com a gravidade da sequela/ score pois a sua atribuição em termos de Gabinetes assim o demonstra, pois que para um score III, encontramos a atribuição de 5 pontos e para uma score I, encontramos a atribuição de 10 pontos.

Embora consciente das limitações deste estudo, esta pesquisa tentou aproximar áreas de actuação, reforçando a importância de pesquisar com um enfoque interdisciplinar, possibilitando, assim, encontrar meios para auxiliar, cada vez mais, os peritos na sua actividade pericial.

Os resultados apresentados, ainda que permitindo tecer as considerações anteriores, são, contudo, insuficientes para que deles se tirem conclusões de carácter definitivo.

Ressalvando-se a necessidade de novos estudos sobre a problemática e tendo em consideração que o estudo pode apresentar limitações decorrentes da nossa inexperiência, a qual poderá dificultar a crítica, esperamos que os resultados deste trabalho estimulem a preocupação de responsáveis dos Gabinetes médico legais em geral e das Delegações em particular, bem assim como Peritos e outros colaboradores directa e indirectamente envolvidos neste processo tão complexo que é a Perícia Médico Legal, sensibilizando-os para a complexidade em torno desta questão.

## **PARTE IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. **ABBUHL, FB, REED, DB.** Time to analgesia for patients with painful extremity injuries transported to the emergency department by ambulance. *Prehosp Emerg Care* 2003; 7:445.
2. **ACHESON, EM, KHEIRABADI, BS, DEGUZMAN, R,** et al. Comparison of hemorrhage control agents applied to lethal extremity arterial hemorrhages in swine. *J Trauma* 2005; 59:865.
3. **ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES.** Preventing pneumococcal disease among infants and young children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2000; 49(RR-9):1.
4. **AIHARA, R, BLANSFIELD, JS, MILLHAM, FH,** et al. Fracture locations influence the likelihood of rectal and lower urinary tract injuries in patients sustaining pelvic fractures. *J Trauma* 2002; 52:205.
5. **ALBUQUERQUE, António José Mamede de** - Uma perspectiva ortopédica da reparação do dano em Direito Civil : (avaliação médico-legal do dano futuro). Coimbra : [s.n.], 1990. 83p. - Estudo apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, como prova complementar de doutoramento, ao abrigo da alínea b) do nº3 do artigo 8º do Decreto-Lei 388/70
6. **ALBUQUERQUE, António José Mamede de ; MAXIMINO, Luís** - Uma metodologia pericial na avaliação médico-legal (reparação do dano em Direito Civil) da prótese total da anca não cimentada. *In: Revista Portuguesa do Dano Corporal*. - Coimbra: APADAC-Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal , 1996. - ISSN 1645-0760. - vol.5, nº6, p.89-101
7. **ALBUQUERQUE, António José Mamede de ; SEIÇA Taborda ; BRIOSA, Paulo** - Dor e dano osteoarticular *In: Revista Portuguesa do Dano Corporal*. - Coimbra: APADAC-Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal , 1995. - ISSN 1645-0760. - vol.4, nº5, p.73-86

8. **ALLEN, GS, COATES, NE.** Pulmonary contusion: a collective review. *Am Surg* 1996; 62:895.
9. **AL-MULHIM, AS, MOHAMMAD, HA.** Non-operative management of blunt hepatic injury in multiply injured adult patients. *Surgeon* 2003; 1:81.
10. **ALONSO SANTOS, Javier** - Valoración de secuelas de la columna cervical, *In:* Revista Portuguesa do Dano Corporal. - Coimbra : APADAC-Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal , 2002. - ISSN 1645-0760. - vol.11, nº12, p. 49-64
11. **ALONSO-SERRA, HM, WESLEY, K.** Prehospital pain management. *Prehosp Emerg Care* 2003; 7:482.
12. **AN, G, WEST, MA.** Abdominal compartment syndrome: a concise clinical review. *Crit Care Med* 2008; 36:1304.
13. **ANDREW H.Crenshaw, JR, MD** - Current Orthopedie-Practice; vol.1 nº2 e nº3- Maio/Agosto-2008
14. **ARAJARVI, E, SANTAVIRTA, S.** Chest injuries sustained in severe traffic accidents by seatbelt wearers. *J Trauma* 1989; 29:37.
15. **ASHP--Therapeutic Guidelines for Nonsurgical Antimicrobial Prophylaxis.** American Society of Health-System Pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56:120
16. **B. Mariotti, O. Mireur, J.C. Lachamp et J. Rosenblum; C. Rousseau; G. Piganiol et A. Marin** - L'incapacite temporaire du lombalgique. - La consolidation du lombalgique). - L'evaluation du dommage du lombalgique : reflexions sur l'IPP (). *Rev. franc. dommage corp.*, 1990, 16-1, 125-159
17. **BACCARI S., CHARFI H., DAGHFOUS M., ENNOURI K., TARHOUNI L. et BAHRI H** - Les allongements digitaux par distraction progressive.. *Chir. main*, 2006, 25-1, 33-39 (biblio.).
18. **BAIR, AE, SMITH, D, LICHTY, L.** Intubation confirmation techniques associated with unrecognized non-tracheal intubations by pre-hospital providers. *J Emerg Med* 2005;

19. **BAKER, SP, GRABOWSKI, JG, DODD, RS**, et al. EMS helicopter crashes: what influences fatal outcome?. *Ann Emerg Med* 2006; 47:351.
20. **BALDWIN, KD, OHMAN-STRICKLAND, P, MEHTA, S, HUME, E**. Scapula fractures: a marker for concomitant injury? A retrospective review of data in the National Trauma Database. *J Trauma* 2008; 65:430.
21. **BALL, CG, KIRKPATRICK, AW, LAUPLAND, KB**, et al. Incidence, risk factors, and outcomes for occult pneumothoraces in victims of major trauma. *J Trauma* 2005; 59:917.
22. **BALOGH, Z, KING, KL, MACKAY, P**, et al. The epidemiology of pelvic ring fractures: a population-based study. *J Trauma* 2007; 63:1066.
23. **BALOGH, Z, MCKINLEY, BA, Cocanour, CS**, et al. Secondary abdominal compartment syndrome is an elusive early complication of traumatic shock resuscitation. *Am J Surg* 2002; 184:538.
24. **BALTAS, I, TSOULFA, S, SAKELLARIOU, P**, et al. Posttraumatic meningitis: bacteriology, hydrocephalus, and outcome. *Neurosurgery* 1994; 35:422.
25. **BANSIDHAR, BJ, LAGARES-GARCIA, JA, MILLER, SL**. Clinical rib fractures: are follow-up chest X-rays a waste of resources?. *Am Surg* 2002; 68:449.
26. **BARKLEY, KT**. *The ambulance: The Story of Emergency Transportation of Sick and Wounded Through the Centuries*, Kiamesha Lake, New York 1978.
27. **BARSOTTI Jacques ; DUJARDIN Christian ; CANCEL Jean** - Guia prático de traumatologia. São Paulo : Manole, 2002. X, 293 p.. ISBN 85-204-1172-X
28. **BARSOTTI, Jacques ; DUJARDIN, Christian ; CANCEL, Jean** - Guia prático de traumatologia. São Paulo: Manole, 2002. X, 293 p.:il. ISBN 85-204-1172-X
29. **BARSOTTI, Jacques ; DUJARDIN, Christian ; CANCEL, Jean** - Guia prático de traumatologia. São Paulo : Manole, 2002. X, 293 p.:il. ISBN 85-204-1172-X

30. **BARSUK, D, ZIV, A, LIN, G**, et al. Using advanced simulation for recognition and correction of gaps in airway and breathing management skills in prehospital trauma care. *Anesth Analg* 2005; 100:803.
31. **BEEKLEY, AC, SEBESTA, JA, BLACKBOURNE, LH**, et al. Prehospital tourniquet use in Operation Iraqi Freedom: effect on hemorrhage control and outcomes. *J Trauma* 2008; 64:S28.
32. **BEJUI-HUGUES J** - Le sapiteur orthopediste face au prejudice professionnel : illustration par un cas clinique. *Rev. franc. domm. corp.*, 2007, 33-4, 247-255.
33. **BERNARD, SA**. Paramedic intubation of patients with severe head injury: a review of current Australian practice and recommendations for change. *Emerg Med Australas* 2006; 18:221.
34. **BERNEY, J, FROIDEVAUX, AC, FAVIER, J**. Paediatric head trauma: influence of age and sex. II. Biomechanical and anatomo-clinical correlations. *Childs Nerv Syst* 1994; 10:517.
35. **BERTHELOT J.L** - Complications medullaires traumatiques de la cervicarthrose, aspects medico-legaux. A propos de 9 cas. *Rev. franc. dommage corp.*, 1996, 22-3, 289-298 (biblio.)
36. **BERTINCHANT, JP, POLGE, A, MOHTY, D**, et al. Evaluation of incidence, clinical significance, and prognostic value of circulating cardiac troponin I and T elevation in hemodynamically stable patients with suspected myocardial contusion after blunt chest trauma. *J Trauma* 2000; 48:924.
37. **BETTER, OS, STEIN, JH**. Early management of shock and prophylaxis of acute renal failure in traumatic rhabdomyolysis. *N Engl J Med* 1990; 322:825.
38. **BICKELL, WH**, et al. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med* 1994; 331:1105.
39. **BIFFL, WL, HARRINGTON, DT, CIOFFI, WG**. Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries. *J Trauma* 2003; 54:38.
40. Blackwell Publishing - An unusual case of sudden unexpected death : postmortem investigation and biomechanical analysis of the cervical spine : Case

- report, *In: Journal of forensic sciences*. - Malden (USA) :, 2007. - ISSN 0022-1198 . - Vol. 52, nº 2, p. 462-466
41. **BLAIVAS, M, LYON, M, DUGGAL, S.** A prospective comparison of supine chest radiography and bedside ultrasound for the diagnosis of traumatic pneumothorax. *Acad Emerg Med* 2005; 12:844.
  42. **BLOND S., VEYX B., ARMIGNIES P., BOUCLY E. et BUISSET N** - Sequelles douloureuses des fractures du bassin - *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 139-148 (biblio.)
  43. **BLOSTEIN, PA, HODGMAN, CG.** Computed tomography of the chest in blunt thoracic trauma. Results of a prospective study. *J Trauma* 1997; 43:13.
  44. **BOCHICCHIO, GV, ILAHI, O, JOSHI, M,** et al. Endotracheal intubation in the field does not improve outcome in trauma patients who present without an acutely lethal traumatic brain injury. *J Trauma* 2003; 54:307.
  45. **BODEN, BP, LOHNES, JH, NUNLEY, JA, GARRETT, WE Jr.** Tibia and fibula fractures in soccer players. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1999; 7:262.
  46. **BOIVIN P** - Consolidation, coxarthrose et prothese de hanche. *Rev. franc. dommage corp.*, 1992, 18-4, 383-385
  47. **BOKHARI, F, BRAKENRIDGE, S, NAGY, K,** et al. Prospective evaluation of the sensitivity of physical examination in chest trauma. *J Trauma* 2002; 53:1135.
  48. **BOROBIA, César** - Valoración del daño corporal : Miembro inferior. *Ámsterdam : Elsevier, Masson, 2007. xv, 430p. ISBN 978-84-458-1780-3*
  49. **BOYD, DR.** The conceptual development of EMS systems in the United States, part I. *Emerg Med Serv* 1982; 11:19.
  50. **BRANAS, CC, MACKENZIE, EJ, WILLIAMS, JC,** et al. Access to trauma centers in the United States. *JAMA* 2005; 293:2626.
  51. **BRASEL, KJ, BORGSTROM, DC, WEIGELT, JA.** Cost-effective prevention of pulmonary embolus in high-risk trauma patients. *J Trauma* 1997; 42:456.
  52. **BRASSEUR, J.-L. ; FLORY-REVERBERIE, M. ; G. SCETBON, G.** - *l'imagerie médicale ostéo-articulaire : du diagnóstico à la thérapeutique et à*

- l'expertise médicale : cas radio-cliniques du rachis lombaire et de l'épaule, *In*: Revue française du dommage corporel. - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2009. - ISSN 0037-730X. - Vol. 35, n° 2, p. 107-122
53. **BREWER, LA, 3RD. BARON DOMINIQUE JEAN LARREY (1766-1842).** Father of modern military surgery, innovater, humanist. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 92:1096.
54. **BRINK, M, DEUNK, J, DEKKER, HM,** et al. Added value of routine chest MDCT after blunt trauma: evaluation of additional findings and impact on patient management. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 190:1591.
55. **BROOKS, AJ, ROWLANDS, BJ.** Blunt abdominal injuries. *Br Med Bull* 1999; 55:844.
56. **BROWN, CV,** et al. Association of scapular fractures and blunt thoracic aortic injury: fact or fiction? *Am Surg* 2005; 71:54.
57. **BROWN, CV, RHEE, P, CHAN, L,** et al. Preventing renal failure in patients with rhabdomyolysis: do bicarbonate and mannitol make a difference?. *J Trauma* 2004; 56:1191.
58. **BROWN, LH, GOUGH, JE, SIMONDS, WB.** Can EMS providers adequately assess trauma patients for cervical spinal injury?. *Prehosp Emerg Care* 1998; 2:33.
59. **BRUCKNER, BA, DIBARDINO, DJ, CUMBIE, TC,** et al. Critical evaluation of chest computed tomography scans for blunt descending thoracic aortic injury. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1339.
60. **BRUNS, B, GENTILELLO, L, ELLIOTT, A, SHAFI, S.** Prehospital hypotension redefined. *J Trauma* 2008; 65:1217.
61. **BRUYERE G.et GAZIELLY** - Conduite de l'examen clinique d'un traumatise de l'épaule. *F. Rev. franc. dommage corp.*, 1995, 21-1, 51-65 (biblio.).
62. **BUCKUP, Klaus** - Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular: Exploraciones, signos, síntomas. 2ª ed. Barcelona : Masson, 2002. 261p.. ISBN 84-458-1118-5

63. **BUDD, JS.** Effect of seat belt legislation on the incidence of sternal fractures seen in the accident department. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291:785.
64. **BULGER, EM, NATHENS, AB, RIVARA, FP,** et al. National variability in out-of-hospital treatment after traumatic injury. *Ann Emerg Med* 2007; 49:293.
65. **BURGESS, AR, EASTRIDGE, BJ, YOUNG, JW,** et al. Pelvic ring disruptions: effective classification system and treatment protocols. *J Trauma* 1990; 30:848.
66. **CARDOSO, Jorge** - Sexualidade e deficiência : adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular. Coimbra : Quarteto, 2006. 236 p. ISBN 989-558-060-6
67. **CARZON, J.** - Rééducation et pathologie post-traumatique du rachis : indications, buts, techniques, durée, consolidation. Implications médico-légales, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2007. - ISSN 0037-730X. - pl. 33, n° 2, p. 49-53
68. **CECILE A** - L'incidence professionnelle des lésions traumatiques du pied. *Rev. franc. dommage corp.*, 2005, 31-4, 49-53
69. **CHAN, D.** Echocardiography in thoracic trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16:191.
70. **CHASTANET P., DEMONDION X., BOUTRY N. et COTTEN A** - Pièges radiologiques des traumatismes du bassin.. *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 133-137.
71. **CHEN, SC, MARKMANN, JF, KAUDER, DR, SCHWAB, CW.** Hemopneumothorax missed by auscultation in penetrating chest injury. *J Trauma* 1997; 42:86.
72. **CHESNUT, RM.** The management of severe traumatic brain injury. *Emerg Med Clin North Am* 1997; 15:581.
73. **CHEUNG, DS, KHARASCH, M.** Evaluation of the patient with closed head trauma: An evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17:9.

74. **Childhood injuries in the United States.** Division of Injury Control, Center for Environmental Health and Injury Control, Centers for Disease Control. *Am J Dis Child* 1990; 144:627.
75. **CHINI A. et MARTINI G. Zacchia** - La lussazione bilaterale astragalo-tarsale. Considerazioni cliniche e medico- legale. 1980, 55-1; 1-18 (biblio.)
76. **CHIRILLO, F, TOTIS, O, CAVARZERANI, A,** et al. Usefulness of transthoracic and transesophageal echocardiography in recognition and management of cardiovascular injuries after blunt chest trauma. *Heart* 1996; 75:301.
77. **CHIRILLO, F, TOTIS, O, CAVARZERANI, A,** et al. Usefulness of transthoracic and transoesophageal echocardiography in recognition and management of cardiovascular injuries after bluntchest trauma. *Heart* 1996; 75:301.
78. **CHOPARD J.L., MOULIN T. et COTTE L.J** - Myelopathies post-traumatiques tardives : les problemes d'imputabilite. A propos de deux observations. *med. leg.*, 1989, 32-2bis, 39-48 (biblio.)
79. **CHOPARD J.L., MOULIN T. et COTTE L.J** - Myelopathies post-traumatiques tardives : les problemes d'imputabilite. A propos de deux observations.. *med. leg.*, 1989, 32-2bis, 39-48 (biblio.)
80. **COHN, SM.** Pulmonary Contusion: Review of the clinical entity. *J Trauma* 1997; 42:973.
81. **COLBEAU-JUSTIN, Ph.** - La consolidation médico-légale chez l'enfant après traumatisme médullaire, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2003. - ISSN 0037-730X. - Vol. 29, n° 2, p. 105-109
82. **COLES, CP, GROSS, M.** Closed tibial shaft fractures: management and treatment complications. A review of the prospective literature. *Can J Surg* 2000; 43:256.
83. **Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support:** Course for Physicians, 5th ed, American College of Surgeons, Chicago, 1993, p. 17.



84. **COOK, DJ, FULLER, HD, GUYATT, GH**, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *N Engl J Med* 1994; 330:377.
85. **COPASS, MK, ORESKOVICH, MR, BLADERGROEN, MR, CARRICO, CJ**. Prehospital cardiopulmonary resuscitation of the critically injured patient. *Am J Surg* 1984; 148:20.
86. **COTHREN, CC, MOORE, EE**. Emergency department thoracotomy for the critically injured patient: Objectives, indications, and outcomes. *World J Emerg Surg* 2006; 1:4.
87. **COUDANE H., MOLE D., SOMMELET S. et SCHMITT D** - Problemes poses par l'appréciation des sequelles des traumatismes de l'épaule.. *Rev. franc. D.C.*, 1988, 14-1, 3-9 (biblio.).
88. **COURROY J.B** - La reeducation du pied traumatique.. *Rev. franc. dommage corp.*, 2005, 31-4, 35-38
89. **CRESPY G. et LE GOFF F** - Changements de comportements et techniques en Orthopedie Traumatologie induits par les nouvelles lois sur la prevention et l'indemnisation des infections nosocomiales- *Rev. franc. dommage corp.*, 2004, 30-4, 327-331 (biblio.)
90. **CROCE, MA, DENT, DL, MENKE, PG**, et al. Acute subdural hematoma: Nonsurgical management of selected patients. *J Trauma* 1994; 36:820.
91. **CULLINANE, DC, MORRIS, JA JR, BASS, JG, RUTHERFORD, EJ**. Needle thoracostomy may not be indicated in the trauma patient. *Injury* 2001; 32:749.
92. **CURRY, DJ, FRIM, DM**. Delayed repair of open depressed skull fracture. *Pediatr Neurosurg* 1999; 31:294.
93. **DAUPLEIX, D.** - Complications neurologiques des manipulations cervicales. Incidence médico-legale, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2008. - ISSN 0037-730X. - Vol. 34, n°2, p.139-149
94. **DAUPLEIX, D.** - La pathologie périarticulaire : principaux syndromes canaux des membres et tendinopathies fréquentes du membre supérieur, *In: Revue*

- française du dommage corporel. - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2008. - ISSN 0037-730X. - Vol. 34, n° 3, p. 225-236
95. **DAUPLEIX, D. ; FLORY-REVERBERI, M.** - Mise au point sur les syndromes canalaires, tendinopathies et fibromyalgie et leurs retentissements en médecine expertale, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2008. - ISSN 0037-730X. - Vol. 34, n° 3, p.223-224
96. **DAUPLEIX, D. ; FLORY-REVERBERI, M.** - Mise au point sur les syndromes canalaires, tendinopathies et fibromyalgie et leurs retentissements en médecine expertale, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2008. - ISSN 0037-730X. - Vol. 34, n° 3, p.223-224
97. **DAVERAT P. et BERGER M** - Les facteurs initiaux du pronostic des traumatismes medullaires : consequences medico-legales dans l'evaluation precoce d'un dossier. *Rev. franc. dommage corp.*, 1993, 19-3, 259-265 (biblio.)
98. **DAVERAT P. et BERGER M** - Les facteurs initiaux du pronostic des traumatismes medullaires : consequences medico-legales dans l'evaluation precoce d'un dossier. *Rev. franc. dommage corp.*, 1993, 19-3, 259-265 (biblio.)
99. **DAVIS, DP, HOYT, DB, OCHS, M,** et al. The effect of paramedic rapid sequence intubation on outcome in patients with severe traumatic brain injury. *J Trauma* 2003; 54:444.
100. **DAVIS, DP, OCHS, M, HOYT, DB,** et al. Paramedic-administered neuromuscular blockade improves prehospital intubation success in severely head-injured patients. *J Trauma* 2003; 55:713.
101. **DAVIS, DP, PEAY, J, SISE, MJ,** et al. The impact of prehospital endotracheal intubation on outcome in moderate to severe traumatic brain injury. *J Trauma* 2005; 58:933.
102. **DE GREEF C** - Les fractures des metacarpiens.. *Rev. franc. dommage corp.*, 2004, 30-4, 285-288.
103. **DECARIE, JC, MERCIER, C.** The role of ultrasonography in imaging of paediatric head trauma. *Childs Nerv Syst* 1999; 15:740.

104. **DEL ROSSI, G, HORODYSKI, M, CONRAD, BP**, et al. Transferring patients with thoracolumbar spinal instability: are there alternatives to the log roll maneuver?. *Spine* 2008; 33:1611.
105. **DELOUGHERY, TG**. Coagulation defects in trauma patients: etiology, recognition, and therapy. *Crit Care Clin* 2004; 20:13.
106. **DEMETRIADES, D, KARAIKAKIS, M, TOUTOUZAS, K**, et al. Pelvic fractures: epidemiology and predictors of associated abdominal injuries and outcomes. *J Am Coll Surg* 2002; 195:1.
107. **DEMETRIADES, D, VELMAHOS, GC, SCALEA, TM**, et al. Diagnosis and treatment of blunt thoracic aortic injuries: changing perspectives. *J Trauma* 2008; 64:1415.
108. **DENIS, F, DAVIS, S, Comfort, T**. Sacral fractures: an important problem. Retrospective analysis of 236 cases. *Clin Orthop Relat Res* 1988; 227:67.
109. **DENTE, CJ, FELICIANO, DV, ROZYCKI, GS**, et al. The outcome of open pelvic fractures in the modern era. *Am J Surg* 2005; 190:830.
110. **DERAY, G, JACOBS, C**. Radiocontrast nephrotoxicity: A review. *Invest Radiol* 1995; 30:221.
111. **DISSANAIKE, S, SHALHUB, S, JURKOVICH, GJ**. The evaluation of pneumomediastinum in blunt trauma patients. *J Trauma* 2008; 65:1340.
112. **DOMEIER, RM, FREDERIKSEN, SM, WELCH, K**. Prospective performance assessment of an out-of-hospital protocol for selective spine immobilization using clinical spine clearance criteria. *Ann Emerg Med* 2005; 46:123.
113. **DORLAC, WC, DEBAKEY, ME, HOLCOMB, JB**, et al. Mortality from isolated civilian penetrating extremity injury. *J Trauma* 2005; 59:217.
114. **DUANE, TM, TAN, BB, GOLAY, D**, et al. Blunt trauma and the role of routine pelvic radiographs: a prospective analysis. *J Trauma* 2002; 53:463.
115. **DUBERT T** - Fractures recentes des articulations IPP.. *Chir. main*, 2005, 24-1, 1-16 (biblio.).

116. **DUBINSKY, I, LOW, A.** Non-life-threatening blunt chest trauma: appropriate investigation and treatment. *Am J Emerg Med* 1997; 15:240.
117. **DUHAIME, AC, ALARIO, AJ, LEWANDER, WJ,** et al. Head injury in very young children: Mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics* 1992; 90:179.
118. **DUKE ORTHOPAEDICS.** Wheelless'Textbook of Orthopedics. [www.wheelessonline.com](http://www.wheelessonline.com) (Accessed 3/7/05).
119. **DUMONTIER C., MENINGAUD J.P. et HERVE C-** Connaissance des complications de la chirurgie des lambeaux pulpaire des doigts longs et information des patients. Implications éthiques *Chir. main*, 2001, 20-2, 122-135 (biblio.).
120. **DUMONTIER C., NAKACHE S. et ABIMELEC P** - Traitement des déformations post-traumatiques du lit ungueal par greffe fine de lit d'ongle.. *Chir. main*, 2002, 21-6, 337-342 (biblio.).
121. **DUNNING, J, BATCHELOR, J, STRATFORD-SMITH, P,** et al. A meta-analysis of variables that predict significant intracranial injury in minor head trauma. *Arch Dis Child* 2004; 89:653.
122. **DURKIN, A, SAGI, HC, DURHAM, R, FLINT, L.** Contemporary management of pelvic fractures. *Am J Surg* 2006; 192:211.
123. **DYER, DS, MOORE, EE, ILKE, DN,** et al. Thoracic aortic injury: how predictive is mechanism and is chest computed tomography a reliable screening tool?. A prospective study of 1,561 patients. *J Trauma* 2000; 48:673.
124. **DYER, DS, MOORE, EE, MESTEK, MF,** et al. Can chest CT be used to exclude aortic injury?. *Radiology* 1999; 213:195.
125. Dysfonctions de l' appareil manducateur (D.A.M.) et traumatisme du rachis cervical : mise au point étiopathogénique. *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2004. - ISSN 0037-730X. - Vol. 30, n° 1, p. 19-28

126. **ECKSTEIN, M, CHAN, L, SCHNEIR, A, PALMER, R.** Effect of prehospital advanced life support on outcomes of major trauma patients. *J Trauma* 2000; 48:643.
127. **ECKSTEIN, M, SUYEHARA, D.** Needle thoracostomy in the prehospital setting. *Prehosp Emerg Care* 1998; 2:132.
128. **EDOUARD, AR, FELTEN, ML, HEBERT, JL,** et al. Incidence and significance of cardiac troponin I release in severe trauma patients. *Anesthesiology* 2004; 101:1262.
129. **Education of out-of-hospital emergency medical personnel in pediatrics:** report of a National Task Force. *Ann Emerg Med* 1998; 31:58.
130. **EINHORN, A, MIZRAHI, EM.** Basilar skull fractures in children. The incidence of CNS infection and the use of antibiotics. *Am J Dis Child* 1978; 132:1121.
131. **EKEH, AP, PETERSON, W, WOODS, RJ,** et al. Is chest x-ray an adequate screening tool for the diagnosis of blunt thoracic aortic injury?. *J Trauma* 2008; 65:1088.
132. **ELJAMEL, MS, FOY, PM.** Acute traumatic CSF fistulae: The risk of intracranial infection. *Br J Neurosurg* 1990; 4:381.
133. **ELZIK, ME, DIRSCHL, DR, DAHNERS, LE.** Hemorrhage in pelvic fractures does not correlate with fracture length. *J Trauma* 2008; 65:436.
134. **EMERMAN, CL, SHADE, B, KUBINCANEK, J.** A comparison of EMT judgment and prehospital trauma triage instruments. *J Trauma* 1991; 31:1369.
135. **ENDERSON, BL, MAULL, KI.** Missed injuries: The trauma surgeon's nemesis. *Surg Clin North Am* 1991; 71:399.
136. **ERSAHIN, Y, MUTLUER, S, MIRZAI, H, PALALI, I.** Pediatric depressed skull fractures: Analysis of 530 cases. *Childs Nerv Syst* 1996; 12:323.
137. **ESPOSITO, TJ, INGRAHAM, A, LUCHETTE, FA,** et al. Reasons to omit digital rectal exam in trauma patients: no fingers, no rectum, no useful additional information. *J Trauma* 2005; 59:1314.

138. **FABIAN, TC, DAVIS, KA, GAVANT, ML**, et al. Prospective study of blunt aortic injury: helical CT is diagnostic and antihypertensive therapy reduces rupture. *Ann Surg* 1998; 227:666.
139. **FABIAN, TC, RICHARDSON, JD, CROCE, MA**, et al. Prospective study of blunt aortic injury: Multicenter trial of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma* 1997; 42:374.
140. **FAKHRY, SM, SCANLON, JM, ROBINSON, L**, et al. Prehospital rapid sequence intubation for head trauma: conditions for a successful program. *J Trauma* 2006; 60:997.
141. **FATTORI, R, CELLETTI, F, BERTACCINI, P**, et al. Delayed surgery of traumatic aortic rupture. Role of magnetic resonance imaging. *Circulation* 1996; 94:2865.
142. **FEERO, S, HEDGES, JR, SIMMONS, E, IRWIN, L**. Does out-of-hospital EMS time affect trauma survival?. *Am J Emerg Med* 1995; 13:133.
143. **FIALKA, C, SEBOK, C, KEMETZHOFFER, P**, et al. Open-chest cardiopulmonary resuscitation after cardiac arrest in cases of blunt chest or abdominal trauma: a consecutive series of 38 cases. *J Trauma* 2004; 57:809.
144. **FINIELS P.J., AYRAL G. et PRIVAT J.M** - Place des facteurs d'instabilité dans l'évaluation des séquelles des traumatismes rachidiens dorso-lombaires. *Rev. franc. dommage corp.*, 1997, 23-4, 409-417 (biblio.)
145. **FISHER, CG, BLACHUT, PA, SALVIAN, AJ**, et al. Effectiveness of pneumatic leg compression devices for the prevention of thromboembolic disease in orthopedic trauma patients: A prospective, randomized study of compression alone versus no prophylaxis. *J Orthop Trauma* 1995; 9:1.
146. **FITZGERALD, M, SPENCER, J, JOHNSON, F**, et al. Definitive management of acute cardiac tamponade secondary to blunt trauma. *Emerg Med Australas* 2005; 17:494.
147. **FITZHARRIS, M, FRANKLYN, M, FRAMPTON, R**, et al. Thoracic aortic injury in motor vehicle crashes: the effect of impact direction, side of body struck, and seat belt use. *J Trauma* 2004; 57:582.

148. **FORNER CORDERO, I. [et al.]** - L' evaluation du dommage corporel chez le blessé médullaire en Espagne, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2003. - ISSN 0037-730X. - Vol. 29, n° 2, p.145-155
149. **FOY, Michael A. ; FAGG, Phillip** - *Medicolegal reporting in orthopaedic trauma.* Edinburgh : Churchill Livingstone, 1990. 512 p. ISBN 0-443-03918-6
150. **FRANKLYN, M, FITZHARRIS, M, FILDES, B,** et al. A preliminary analysis of aortic injuries in lateral impacts. *Traffic Inj Prev* 2003; 4:263.
151. **FRASCONE, RJ, JENSEN, JP, KAYE, K, SALZMAN, JG.** Consecutive field trials using two different intraosseous devices. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11:164.
152. **FRIESE, RS, MALEKZADEH, S, SHAFI, S,** et al. Abdominal ultrasound is an unreliable modality for the detection of hemoperitoneum in patients with pelvic fracture. *J Trauma* 2007; 63:97.
153. **FRUSH, DP, O'HARA, SM, KLIEWER, MA.** Pediatric imaging perspective: acute head trauma--Is skull radiography useful?. *J Pediatr* 1998; 132:553.
154. **FULDA, G, BRATHWAITE, CE, RODRIGUEZ, A,** et al. Blunt traumatic rupture of the heart and pericardium: a ten-year experience (1979-1989). *J Trauma* 1991; 31:167.
155. **GABOW, PA, KAEHNY, WD, KELLEHER, SP.** The spectrum of rhabdomyolysis. *Medicine (Baltimore)* 1982; 61:141.
156. **GAILLARD, M, HERVE, C, MANDIN, L,** et al. Mortality prognostic factors in chest injury. *J Trauma* 1990; 30:93.
157. **GALLAGHER, SS, FINISON, K, GUYER, B, GOODENOUGH, S.** The incidence of injuries among 87,000 Massachusetts children and adolescents: results of the 1980-81 Statewide Childhood Injury Prevention Program Surveillance System. *Am J Public Health* 1984; 74:1340.
158. **GALLAND M. et PENNETIER R** - Criteres d'appréciation d'une incapacité fonctionnelle en rapport avec un pied traumatique. *Rev. franc.D.C.,* 1980, 6-1, 37-39

159. **GANSSEN, A, GIANNOUDIS, P, PAPE, HC.** Hemorrhage in pelvic fracture: who needs angiography?. *Curr Opin Crit Care* 2003; 9:515.
160. **GAVANT, ML, MENKE, PG, FABIAN, T,** et al. Blunt traumatic aortic rupture: Detection with helical CT of the chest. *Radiology* 1995; 197:125.
161. **GAZIELLY D.F-** XXXIVe Congres de la FFAMCE, Bordeaux 1998, La prothese d'epaule; Recueil des communications, 103-114 (biblio.) et *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-3, 319-331 (biblio.).
162. **GAZIELLY D.F., PERAULT F. et BEJUI J** - Evolution et sequelles de 48 pseudarthroses infectees chroniques avec perte de substance osseuse d'origine traumatique du membre inferieur dans le cadre de la reparation juridique du dommage corporel. *J. med. leg.*, 1983, 26-4, 373-383.
163. **GEERTS, WH, CODE, KI, JAY, RM,** et al. A prospective study of venous thromboembolism after major trauma. *N Engl J Med* 1994; 331:1601.
164. **GEERTS, WH, JAY, RM, CODE, KI,** et al. A comparison of low-dose heparin with low-molecular-weight heparin as prophylaxis against venous thromboembolism after major trauma. *N Engl J Med* 1996; 335:701.
165. **GERVIN, AS, FISCHER, RP.** The importance of prompt transport of salvage of patients with penetrating heart wounds. *J Trauma* 1982; 22:443.
166. **GIANNOUDIS, PV, GROTZ, MR, PAPAKOSTIDIS, C,** Dinopoulos, H. Operative treatment of displaced fractures of the acetabulum. A meta-analysis. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87:2.
167. **GIANNOUDIS, PV, GROTZ, MR, TZIOUPIS, C,** et al. Prevalence of pelvic fractures, associated injuries, and mortality: the United Kingdom perspective. *J Trauma* 2007; 63:875.
168. **GINZBURG, E, COHN, SM, LOPEZ, J,** et al. Randomized clinical trial of intermittent pneumatic compression and low molecular weight heparin in trauma. *Br J Surg* 2003; 90:1338.
169. **GIORIA R** - L'expert et le boiteux; *Rev. franc. dommage corp.*, 1996, 22-4, 393-396.



170. **GIRARD R., VALARCHER G. et VADOT J.P** - Les frais futurs des paraplegiques et tetraplegiques. Rev. franc. D.C., 1984, 10-3, 233-238 (biblio.)
171. **GIRAUD J** - Evaluation fonctionnelle de l'épaule. Application a l'expertise.. Rev. franc. dommage corp., 2005, 31-2, 7-13 (biblio.).
172. **GIRAUD J** - Evaluation fonctionnelle de l'épaule. Application a l'expertise.. Rev. franc. dommage corp., 2005, 31-2, 7-13 (biblio.).
173. **GIVENS, ML, AYOTTE, K, MANIFOLD, C.** Needle thoracostomy: implications of computed tomography chest wall thickness. Acad Emerg Med 2004; 11:211.
174. **GLAESER P, HELLMICH T, SZEWCZUGA, D, LOSEK, J, SMITH, D.** Five-year experience in prehospital intraosseous infusions in children and adults. Ann Emerg Med 1993; 22:1119.
175. **GOARIN, JP, CLUZEL, P, GOSGNACH, M,** et al. Evaluation of transesophageal echocardiography for diagnosis of traumatic aortic injury. Anesthesiology 2000; 93:1373.
176. **GONON G.P., DIMNET J., CARRET J.P. et FISCHER L.P** - Etude cinematique de la colonne lombaire chez le sujet normal et pathologique. Rev. franc. dommage corp., 1990, 16-1, 37- 43
177. **GONZALEZ, RP, CUMMINGS, GR, PHELAN, HA,** et al. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Am J Surg 2009; 197:30.
178. **GONZALEZ, RP, FRIED, PQ, BUKHALO, M.** The utility of clinical examination in screening for pelvic fractures in blunt trauma. J Am Coll Surg 2002; 194:121.
179. **GREENES, DS, SCHUTZMAN, SA.** Clinical indicators of intracranial injury in head-injured infants. Pediatrics 1999; 104:861.
180. **GREENES, DS, SCHUTZMAN, SA.** Clinical significance of scalp abnormalities in asymptomatic head-injured infants. Pediatr Emerg Care 2001; 17:88.

181. **GREENES, DS, SCHUTZMAN, SA.** Infants with isolated skull fracture: what are their clinical characteristics, and do they require hospitalization?. *Ann Emerg Med* 1997; 30:253.
182. **GREENES, DS, SCHUTZMAN, SA.** Occult intracranial injury in infants. *Ann Emerg Med* 1998; 32:680.
183. **GROTZ, MR, ALLAMI, MK, HARWOOD, P,** et al. Open pelvic fractures: epidemiology, current concepts of management and outcome. *Injury* 2005; 36:1.
184. **GROVE, CA, LEMMON, G, ANDERSON, G, MCCARTHY, M.** Emergency thoracotomy: appropriate use in the resuscitation of trauma patients. *Am Surg* 2002; 68:313.
185. **GUERNICIO N., MAGGIORE E. et GARGIULIO G** - La claudicatio neurogena da stenosi lombo-sacrale. (article redige en italien). *Minerva medicolegal*, 2001, 121-2, 125-140 (biblio.)
186. **GUERRERO-LOPEZ, F, VAZQUEZ-MATA, G, ALCAZAR-ROMERO, PP,** et al. Evaluation of the utility of computed tomography in the initial assessment of the critical care patient with chest trauma. *Crit Care Med* 2000; 28:1370.
187. **GUPTA, SK, REDDY, NM, KHOSLA, VK,** et al. Growing skull fractures: A clinical study of 41 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1997; 139:928.
188. **HABIB, FA, MCKENNEY, MG.** Surgeon-performed ultrasound in the ICU setting. *Surg Clin North Am* 2004; 84:1151.
189. **HALLER, JS Jr.** The beginnings of urban ambulance service in the United States and England. *J Emerg Med* 1990; 8:743.
190. **HAMONET C, MAGALHÃES, T.-** Système d'identification et de Mesure dès Handicaps.Paris:ESKA,2001.
191. **HAMPTON, OP JR.** Transportation of the injured, a report. *Bull Am Coll Surg* 1960; 45:55.
192. **HANNUM, J, BUSKO, JM, DIX, S,** et al. Description of 33 prehospital needle chest decompressions for presumed tension pneumothorax [abstract]. *Prehosp Emerg Care* 2005; 9:125.

193. **Harofarma u.k.ltd.**-Reumatologia na Prática Clínica, Edição em Portugus, 1997, 5 Durhamrd, sedgefield.
194. **HAUSCHILD, O, STROHM, PC, CULEMANN, U**, et al. Mortality in patients with pelvic fractures: results from the German pelvic injury register. *J Trauma* 2008; 64:449.
195. **HAUSER, CJ, VISVIKIS, G, HINRICHS, C**, et al. Prospective validation of computed tomographic screening of the thoracolumbar spine in trauma. *J Trauma* 2003; 55:228.
196. **HEDGES, JR, FEERO, S, MOORE, B**, et al. Factors contributing to paramedic onscene time during evaluation and management of blunt trauma. *Am J Emerg Med* 1988; 6:443.
197. **HELLER, M, JEHLER, D**. *Ultrasound in Emergency Medicine*, WB Saunders Company, Philadelphia, 1995, p. 95.
198. **HENNES, H, KIM, MK, PIRRALLO, RG**. Prehospital pain management: a comparison of providers' perceptions and practices. *Prehosp Emerg care* 2005; 9:32.
199. **HERBAUX B** - Sequelles orthopediques des fractures du bassin chez l'enfant.; *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 129-131 (biblio.)
200. **HERLEMONT P. et MULLER P. Bull** - Diagnostic etiologique des douleurs sacro-iliaques au cours des expertises medico-legales.. *med. leg.*, 1978, 21-1, 45-49
201. **HOEN, S, MAZOIT, JX, ASEHNOUNE, K**, et al. Hydrocortisone increases the sensitivity to alpha1-adrenoceptor stimulation in humans following hemorrhagic shock. *Crit Care Med* 2005; 33:2737.
202. **HOLLOWAY, VJ, HARRIS, JK**. Spontaneous pneumothorax: is it under tension?. *J Accid Emerg Med* 2000; 17:222.
203. **HOLMES, JF, NGYUEN, H, JACOBY, RC**, et al. Do all patients with left costal margin injuries require radiographic evaluation for intraabdominal injury? *Ann Emerg Med* 2005; 46:232.

204. **HONG, JJ, COHN, SM, PEREZ, JM**, et al. Prospective study of the incidence and outcome of intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *Br J Surg* 2002; 89:591.
205. **HOUEL F., AMOROS J.P., JOUGLARD J. et MERCIER C** - Un probleme d'expertise medico-legale recent : les syndromes de la traversee thoraco-brachiale. *Med. leg. expertise med.*, 1976, 32-3, 204-207.
206. **HUTTIN P. et COUDANE H**- L'aggravation en pathologie post-traumatique de l'epaule.*J. med. leg.*, 1996, 39-6, 429-437.
207. **HUTTIN P. et COUDANE H** - L'aggravation en pathologie post-traumatique de l'epaule.*J. med. leg.*, 1996, 39-6, 429-437.
208. **HUTTIN P. et COUDANE H** - L'aggravation en pathologie post-traumatique de l'epaule. *J. med. leg.*, 1996, 39-6, 429-437.
209. **ISAKOV, AP**. Souls on board: helicopter emergency medical services and safety. *Ann Emerg Med* 2006; 47:357.
210. **JACKIMCZYK, K**. Blunt chest trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1993; 11:81.
211. **JACOBS, LM, SINCLAIR, A, BEISER, A, D'AGOSTINO, RB**. Prehospital advanced life support: benefits in trauma. *J Trauma* 1984; 24:8.
212. **JARDE O. et COUDANE H** - Les lesions osteochondrales d'origine traumatique du membre inferieur. Bilan clinique dans le but d'indemnisation. *J. med. leg.*, 1999, 42-4, 275-279 (biblio.).
213. **JARDE O., BLEJWAS D., TRAN VAN F., TRINQUIER-LAUTARD J.L., KUHN P. et VIVES P. J** - Violence sportive et fractures du membre inferieur.. *med. leg.*, 1997, 40-1, 39-42 (biblio.).
214. **JOHANNIGMAN, JA, CAMPBELL, RS, DAVIS, K**, et al. Combined differential lung ventilation and inhaled nitric oxide therapy in the management of unilateral pulmonary contusion. *J Trauma* 1997; 42:108.
215. **JOHNSON, DL, HELMAN, T**. Enlarging skull fractures in children. *Childs Nerv Syst* 1995; 11:265.

216. **JORDANA, F. ; CHAPENOIRE, S. ; BÉNÉZECH, M.** - Luxation rotatoire C1-C2 au décours d'une intervention stomatologique sou anesthésie générale : responsabilité de l'opérateur ou de l'anesthésiste, *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2009. - ISSN 0037-730X. - Vol. 35, n° 2, p. 123-128
217. **JURKOVICH, GJ, RIVARA, FP, GURNEY, JG,** et al. The effect of acute alcohol intoxication and chronic alcohol abuse on outcome from trauma. *JAMA* 1993; 270:51.
218. **KADISH, HA, SCHUNK, JE.** Pediatric basilar skull fracture: do children with normal neurologic findings and no intracranial injury require hospitalization?. *Ann Emerg Med* 1995; 26:37.
219. **KATZ, SH, FALK, JL.** Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system. *Ann Emerg Med* 2001; 37:32.
220. **KELSEY, JL, PRILL, MM, KEEGAN, TH,** et al. Risk factors for pelvis fracture in older persons. *Am J Epidemiol* 2005; 162:879.
221. **KESSEL, B, SEVI, R, JEROUKHIMOV, I,** et al. Is routine portable pelvic X-ray in stable multiple trauma patients always justified in a high technology era?. *Injury* 2007; 38:559.
222. **KHATOD, M, BOTTE, MJ, HOYT, DB,** et al. Outcomes in open tibia fractures: relationship between delay in treatment and infection. *J Trauma* 2003; 55:949.
223. **KIMBRELL, BJ, VELMAHOS, GC, CHAN, LS,** Demetriades, D. Angiographic embolization for pelvic fractures in older patients. *Arch Surg* 2004; 139:728.
224. **KIRKPATRICK, AW, SIROIS, M, LAUPLAND, KB,** et al. Hand-held thoracic sonography for detecting post-traumatic pneumothoraces: the Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma (EFAST). *J Trauma* 2004; 57:288.

225. **KITCHENS, JL, GROFF, DB, NAGARAJ, HS**, Fallat, ME. Basilar skull fractures in childhood with cranial nerve involvement. *J Pediatr Surg* 1991; 26:992.
226. **KLEINMAN, PK, SPEVAK, MR**. Soft tissue swelling and acute skull fractures. *J Pediatr* 1992; 121:737.
227. **KNOCHEL, JP**. Rhabdomyolysis and myoglobinuria. *Annu Rev Med* 1982; 33:435.
228. **KOCHER, MS, TUCKER, R**. Pediatric athlete hip disorders. *Clin Sports Med* 2006; 25:241.
229. **KOHN, MA, HAMMEL, JM, BRETZ, SW**, et al. Trauma team activation criteria as predictors of patient disposition from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1.
230. **KONRAD, C, SCHUPFER, G, WIETLISBACH, M, GERBER, H**. Learning manual skills in anesthesiology: Is there a recommended number of cases for anesthetic procedures?. *Anesth Analg* 1998; 86:635.
231. **KRAGH, JF JR, WALTERS, TJ, BAER, DG**, et al. Practical use of emergency tourniquets to stop bleeding in major limb trauma. *J Trauma* 2008; 64:S38.
232. **KRAGH, JF JR, WALTERS, TJ, BAER, DG**, et al. Survival with emergency tourniquet use to stop bleeding in major limb trauma. *Ann Surg* 2009; 249:1.
233. **KRAM, HB, APPEL, PL, WOHLMUTH, DA**, et al. Diagnosis of traumatic thoracic aortic rupture: a 10-year retrospective analysis. *Ann Thorac Surg* 1989; 47:282.
234. **KRAUS, JF, FIFE, D, COX, P**, et al. Incidence, severity, and external causes of pediatric brain injury. *Am J Dis Child* 1986; 140:687.
235. **KRAUS, JF, ROCK, A, HEMYARI, P**. Brain injuries among infants, children, adolescents, and young adults. *Am J Dis Child* 1990; 144:684.
236. **KREPLAK M., BOISSAU P.L. et ZECER B** - Traumatologie sequellaire du coude *Rev. franc. D.C.*, 1984, 10-1, 81-97.

237. **KRIEG, JC, MOHR, M, ELLIS, TJ**, et al. Emergent stabilization of pelvic ring injuries by controlled circumferential compression: a clinical trial. *J Trauma* 2005; 59:659.
238. **KRISANDA, T, EITEL, D, COOLEY, M**, et al. Succinylcholine assisted intubation by responding advanced life support ground units: results of a four year plus study for the state of Pennsylvania [abstract]. *Acad Emerg Med* 1997; 4:460.
239. **KUHL, DA, BOUCHER, BA, MUHLBAUER, MS**. Prophylaxis of posttraumatic seizures. *DICP* 1990; 24:277.
240. **KUTLAY, M, DEMIRCAN, N, AKIN, ON, BASEKIM, C**. Untreated growing cranial fractures detected in late stage. *Neurosurgery* 1998; 43:72.
241. **La hanche traumatique. Bruxelles** : Editions Juridoc, 1995. 511p.. ISBN 2-87359-004-1
242. La radiographie du rachis cervical au troisieme millénaire. Ça sert encore à quoi?, *In: Revue française du dommage corporel*. - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2004. - ISSN 0037-730X. - Vol. 30, n° 1, p. 29-33
243. **LAIRD, A, KEATING, JF**. Acetabular fractures: a 16-year prospective epidemiological study. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87:969.
244. **LANDRIEAU P.-H., CIANFARANI F., TRAMIER D. et RICHEZ-DZIRI C** - Les fractures du bassin chez la femme : consequences medicales et medico-legales *Rev. franc. dommage corp.*, 1991, 17-2, 201-210 (biblio.)
245. **Law of the 89th Congress**: National Highway Safety Act of 1966, Public Law 89-564, Washington, DC, 1966.
246. **Law of the 93rd Congress**: Emergency Medical Services Systems Act of 1973, Public Law 93-154, Washington, DC, 1973.
247. **LE COZ J.Y., TARRIERE C., FORET-BRUNO J.Y., THOMAS C., GUILLON F., GOT C. et PATEL A** - Les lésions lombaires chez les automobilistes accidentés. *Rev. franc. dommage corp.*, 1990, 16-1, 25-29
248. **LE HUEC, J. C. ; AUNOBLE, S.** - Stratégie thérapeutique du lombalgique chronique. Place des prothèses discales, *In: Revue française du dommage*

- corporel. - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2006. - ISSN 0037-730X. - Vol. 32, n° 4, p. 303-309
249. **LE NEN D., MAHMOUDI H., DUBRANA F. HU W. et LEFEVRE C J** - Traitement des fractures articulaires fermées récentes des interphalangiennes proximales.. chir., 1997, 134-9-10, 390-400 (biblio.).
250. **LE ROY M.J** - L'indemnisation des paraplegiques. med. leg., 1982, 25-6, 638-640. Traduced by agreement with, Blackwell scientific Publications, British Library- Rheumatology in clinical practice original ;I.S.B.N:0-632-01342-7
251. Le syndrome de la traversée thoraco-cervico-brachiale. Enseignement du dommage corporel. Rev. franc. dommage corp., 1979, 5-1, 79-84 (biblio.).
252. **LECKY, F, BRYDEN, D, LITTLE, R,** et al. Emergency intubation for acutely ill and injured patients. Cochrane Database Syst Rev 2008; :CD001429.
253. **LEE, C, PORTER, K.** The prehospital management of pelvic fractures. Emerg Med J 2007; 24:130.
254. **LEE, SY, FRANKEL, HL.** Ultrasound and other imaging technologies in the intensive care unit. Surg Clin North Am 2000; 80:975.
255. **LEGGON, RE, WOOD, GC,** Indeck, MC. Pelvic fractures in pregnancy: factors influencing maternal and fetal outcomes. J Trauma 2002; 53:796.
256. **LEIGH-SMITH, S, DAVIES, G.** Tension pneumothorax: eyes may be more diagnostic than ears. Emerg Med J 2003; 20:495.
257. **LENEHAN, B, FLEMING, P, WALSH, S, KAAR, K.** Tibial shaft fractures in amateur footballers. Br J Sports Med 2003; 37:176.
258. **LERNER, EB.** Studies evaluating current field triage: 1966-2005. Prehosp Emerg Care 2006; 10:303.
259. **LETENDART J** - Bases anatomiques et conséquences socio-professionnelles des lésions des tendons fléchisseurs de la main. Rev. franc. D.C., 1983, 9-4, 327-332 (biblio.).
260. **LETOURNEL, E.** Acetabulum fractures: classification and management. Clin Orthop Relat Res 1980; :81.



261. **LEVIN, A, DAVIS, R.** Surge in crashes scars air ambulance industry. USA Today, July 18, 2005.
262. **LEWIS, RJ, YEE, L, INKELIS, SH, GILMORE, D.** Clinical predictors of post-traumatic seizures in children with head trauma. *Ann Emerg Med* 1993; 22:1114.
263. Liberman, M, et al. Multicenter Canadian study of prehospital trauma care. *Ann Surg* 2003; 237:153.
264. **LIBERMAN, M, MULDER, D, SAMPALIS, J.** Advanced or basic life support for trauma: meta-analysis and critical review of the literature. *J Trauma* 2000; 49:584.
265. **LIMAN, ST, KUZUCU, A,** Tastede, AI, et al. Chest injury due to blunt trauma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23:374.
266. **LIPSKY, AM,** et al. Prehospital hypotension is a predictor of the need for an emergent, therapeutic operation in trauma patients with normal systolic blood pressure in the emergency department. *J Trauma* 2006; 61:1228.
267. **LITTENBERG, B, WEINSTEIN, LP, MCCARREN, M,** et al. Closed fractures of the tibial shaft. A meta-analysis of three methods of treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80:174.
268. **LIU-SHINDO, M, HAWKINS, DB.** Basilar skull fractures in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1989; 17:109.
269. **LUCAS, Francisco Manuel** - Avaliação das sequelas em Direito Civil. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2005. 261p
270. **LUNSGO, K, TADROS, A, HAUGGAARD, A,** et al. Associated injuries and not fracture instability predict mortality in pelvic fractures: a prospective study of 100 patients. *J Trauma* 2007; 62:687.
271. **M. le Bourg** - Conference de Reunion annuelle de la Societe d'Orthopedie et de Traumatologie de l'Ouest, 2005 Les traumatismes fermes recents des IPP des doigts ; *Rev. chir. orthop.*, 2006, 92-suppl. n° 4, 1S83-1S108 (biblio.).
272. **MACFARLANE, C.** Blunt trauma cardiac tamponade: what really counts in management. *Emerg Med Australas* 2005; 17:416.

273. **MACKENZIE, EJ, MORRIS, JA, EDELSTEIN, SL.** Effect of pre-existing disease on length of hospital stay in trauma patients. *J Trauma* 1989; 29:757.
274. **MAGALHÃES, T.-** Avaliação Tridimensional do Dano Corporal:Lesão, Função e Situação.Sua Aplicação Médico – Legal.Coimbra: Livraria Almedina,1998
275. **MAGGISANO, R, NATHENS, A, ALEXANDROVA, NA,** et al. Traumatic rupture of the thoracic aorta: should one always operate immediately?. *Ann Vasc Surg* 1995; 9:44.
276. **MAGNUSSEN, RA, TRESSLER, MA, OBREMSKEY, WT, KREGOR, PJ.** Predicting blood loss in isolated pelvic and acetabular high-energy trauma. *J Orthop Trauma* 2007; 21:603.
277. **MAKKAT, S, VANDEVENNE, JE, PARIZEL, PM,** et al. Multiple growing fractures and cerebral venous anomaly after penetrating injuries: delayed diagnosis in a battered child. *Pediatr Radiol* 2001; 31:381.
278. **MALINOSKI, DJ, SLATER, MS, MULLINS, RJ.** Crush injury and rhabdomyolysis. *Crit Care Clin* 2004; 20:171.
279. **MANAOUIL C., BERTHELET J., DE LESTANG M. et JARDE O. J** - Etude des dossiers de contentieux ayant abouti a un reglement definitif sur trois ans dans le service d'orthopedie traumatologie du CHU d'Amiens.. *med. leg.*, 2005, 48-4-5, 300-305.
280. **MANDAVIA, DP, JOSEPH, A.** Bedside echocardiography in chest trauma. *Emerg Med Clin North Am* 2004; 22:601.
281. **MANGRAM, A, KOZAR, RA, GREGORIC, I,** et al. Blunt cardiac injuries that require operative intervention: an unsuspect
282. **MARCOLINI, EG, BURTON, JH, BRADSHAW, JR, BAUMANN, MR.** A standing-order protocol for cricothyrotomy in prehospital emergency patients. *Prehosp Emerg Care* 2004; 8:23.
283. **MARIN A., PIGANIOL G. et MOSSER J.J** - Incidences medico-legales et financieres des fractures de cuisse et de jambe.. *J. med. leg.*, 1981, 24-6, 725-728.

284. **MARNOCHA, KE, MAGLINTE, DD, WOODS, J**, et al. Blunt chest trauma and suspected aortic rupture: reliability of chest radiograph findings. *Ann Emerg Med* 1985; 14:644.
285. **MASTERS, SJ, MCCLEAN, PM, ARCARESE, JS**, et al. Skull x-ray examinations after head trauma. Recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. *N Engl J Med* 1987; 316:84.
286. **MATT RITTER, E, BOWYER, MW**. Simulation for trauma and combat casualty care. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2005; 14:224.
287. **MATTOX, KL**. Injury to the thoracic great vessels. In: *Trauma*, 2d ed, Moore, EE, Mattox, KL, Feliciano, DV (Eds), Appleton and Lange, Norwalk, CT, 1991, p. 373.
288. **MCCORMICK, JP, MORGAN, SJ, SMITH, WR**. Clinical effectiveness of the physical examination in diagnosis of posterior pelvic ring injuries. *J Orthop Trauma* 2003; 17:257.
289. **MCEACHIN, CC, MCDERMOTT, JT, SWOR, R**. Few emergency medical services patients with lower-extremity fractures receive prehospital analgesia. *Prehosp Emerg Care* 2002; 6:406.
290. **MCGWIN, G JR, REIFF, DA, MORAN, SG, RUE LW**, 3rd. Incidence and characteristics of motor vehicle collision-related blunt thoracic aortic injury according to age. *J Trauma* 2002; 52:859.
291. **MCLENNAN, JG, UNGERSMA, J**. Pneumothorax complicating fracture of the scapula. *J Bone Joint Surg Am* 1982; 64:598.
292. **MCNELIS, J, MARINI, CP, SIMMS, HH**. Abdominal compartment syndrome: clinical manifestations and predictive factors. *Curr Opin Crit Care* 2003; 9:133.
293. **MEIER, B, SAUL, S**. Fatal crashes provoke debate on safety of sky ambulances. *New York Times*, February 28, 2005.
294. **MELANSON, SW, HELLER, M**. The emerging role of bedside ultrasonography in trauma care. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16:165.

295. **MELDON, SW, BRANT, TA, CYDULKA, RK**, et al. Out-of-hospital cervical spine clearance: agreement between emergency medical technicians and emergency physicians. *J Trauma* 1998; 45:1058.
296. **MERLI S. et UMANI-RONCHI G.** Considerazioni medico-legali su 335 casi di fratture dei metacarpi. *Zacchia*, 1977, 52-4, 416-434 (biblio.).
297. **MERTEN, GJ, BURGESS, WP, GRAY, LV**, et al. Prevention of contrast-induced nephropathy with sodium bicarbonate. *JAMA* 2004; 291:2328.
298. **MESTDAGH H** - Sequelles des fractures-enfoncement du cotyle (acetabulum).. *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 119-127
299. **MIGUÉNS, X. [et al.]** - Valoración del daño medular: el daño futuro, *In: Revista Portuguesa do Dano Corporal*. - Coimbra : APADAC-Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal , 2005. - ISSN 1645-0760. - vol.14, nº15, p. 93-98
300. **MILLER, JD, TOCHER, JL, JONES, PA.** Extradural haematoma--earlier detection, better results [editorial]. *Brain Inj* 1988; 2:83.
301. **MILZMAN, DP, BOULANGER, BR, RODRIGUEZ, A**, et al. Pre-existing disease in trauma patients: A predictor of fate independent of age and injury severity score. *J Trauma* 1992; 32:236.
302. **MILZMAN, DP, SODERSTROM, CA.** Substance use disorders in trauma patients. *Crit Care Clin* 1994; 10:595.
303. **MINES, D, ABBUHL, S.** Needle thoracostomy fails to detect a fatal tension pneumothorax. *Ann Emerg Med* 1993; 22:863.
304. **MIRVIS, SE, SHANMUGANATHAN, K, BUELL, J**, et al. Use of spiral computed tomography for the assessment of blunt trauma patients with potential aortic injury. *J Trauma* 1998; 45:922.
305. **MIZELLE, HL, ROTHROCK, SG, SILVESTRI, S, PAGANE, J.** Preventable morbidity and mortality from prehospital paralytic assisted intubation: can we expect outcomes comparable to hospital-based practice?. *Prehosp Emerg Care* 2002; 6:472.

306. **MONTEIL C** - Les frais futurs dans le cadre des sequelles medullaires (paraplegie, tetraplegie). Rev. franc. D.C., 1985, 11-4, 337-351
307. **MOORE, FA, MOORE, EE**, Sauaia A. Blood transfusion: An independent risk factor for postinjury multiple organ failure. Arch Surg 1997; 132:620.
308. **MUHONEN, MG, PIPER, JG, MENEZES, AH**. Pathogenesis and treatment of growing skull fractures. Surg Neurol 1995; 43:367.
309. **MURRAY, JA, DEMETRIADES, D, BERNE, TV**, et al. Prehospital intubation in patients with severe head injury. J Trauma 2000; 49:1065.
310. **N. Chai, J.M. Mouthon, A. Papelard et F. Rouxel** - Traitements extra-canalaires percutanes de la hernie discale lombaire (M.Benoist). Place de la chirurgie dans les lombalgies post-traumatiques . Rev. franc. dommage corp., 1990, 16-1, 87-98
311. **NAIM-UR-RAHMAN, , JAMJOOM, Z, JAMJOOM, A, MURSHID, WR**. Growing skull fractures: classification and management. Br J Neurosurg 1994; 8:667.
312. **NAVAB, F, STEINGRUB, J**. Stress ulcer: Is routine prophylaxis necessary? Am J Gastroenterol 1995; 90:708.
313. **NEWMAN, RJ, JONES, IS**. A prospective study of 413 consecutive car occupants with chest injuries. J Trauma 1984; 24:129.
314. **NIRULA, R, TALMOR, D, BRASEL, K**. Predicting significant torso trauma. J Trauma 2005; 59:132.
315. **NORDIN J.Y, COUDANE H., BONNEVIALLE P., CURVALE G., DUJARDIN F., FESSY M.H., FILIPE G., JOSTEN C., PELTIER B., DE PERETTI F., SIGNORET F. et DE THOMASSON E** - Les fractures du bassin. Commentaire general et medico-legal. - Rev. franc. dommage corp., 1998, 24-2, 107-117 (biblio.).
316. **OBAID, AK, BARLEBEN, A, PORRAL, D**, et al. Utility of plain film pelvic radiographs in blunt trauma patients in the emergency department. Am Surg 2006; 72:951.

317. **OBERT L., CLAPPAZ P., HAMPEL C., BLANCHET N., LEPAGE D., PAUCHOT J., GARBUIO P. et TROPET Y** - Perte de substance osteo-articulaire de l'IPP des doigts longs : traitement en urgence par implant de Swanson.. Rev. chir. orthop., 2006, 92-3, 234-241 (biblio.).
318. **OCHS, M, DAVIS, D, HOYT, D,** et al. Paramedic-performed rapid sequence intubation of patients with severe head injuries. Ann Emerg Med 2002; 40:159.
319. **O'CONNOR, RE, SLOVIS, CM, HUNT, RC,** et al. Eliminating errors in emergency medical services: realities and recommendations. Prehosp Emerg Care 2002; 6:107.
320. **O'CONNOR, RE.** Drug-assisted intubation in the prehospital setting position statement of the national association of emergency physicians. Prehosp Emerg Care 2006; 10:260.
321. **ODEH, M.** The role of reperfusion-induced injury in the pathogenesis of the crush syndrome. N Engl J Med 1991; 324:1417.
322. **OLSHAKER, JS, WHYE, DW.** Head trauma. Emerg Med Clin North Am 1993; 11:165.
323. **OMERT, L, YEANEY, WW, PROTETCH, J.** Efficacy of thoracic computerized tomography in blunt chest trauma. Am Surg 2001; 67:660.
324. **ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA,** Noções essenciais - Coimbra Imprensa da Universidade, 20006.
325. **OSMAN N. - THOMAS D., MOUTET F., GUINARD D. et CORCELLA D - OVIEVE J.M** - Arthroplastie prothetique de l'articulation interphalangienne proximale. Traitement chirurgical. - Reeducation et appareillage. - Implant de Swanson au niveau de l'interphalangienne proximale (kinesitherapie; Kinesitherapie scientifique, 1998, n° 382, 46-54 (bblio.).
326. **Osterwalder, JJ. Mortality of blunt polytrauma: a comparison between emergency physicians and emergency medical technicians--prospective cohort study at a level I hospital in eastern Switzerland. J Trauma 2003; 55:355.**

327. **PACINI, D, ANGELI, E, FATTORI, R**, et al. Traumatic rupture of the thoracic aorta: ten years of delayed management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 129:880.
328. **PAPELARD A. et RITTER Ph** - Traumatisme cervical : reflexion medico-legale. *Rev. franc. dommage corp.*, 2001, 27-3, 229-233 (biblio.)
329. **PAPELARD, A.** - Le traumatisme cervical dans le temps, de 1980 à 2000, et les cervicalgies "post-traumatiques", *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2002. - ISSN 0037-730X. - Vol. 28, n° 2, p.89-100
330. **PARENT, Muriel [et al.]** - Brown Séquard Syndrome due to cervical pen assault, *In: Journal of Clinical Forensic Medicine.* - Edinburgh : Churchill Livingstone, 2006. - ISSN 1353-1131. - vol.13, n°3, p.144-145
331. **PARMLEY, LF, MATTINGLY, TW, MANION, WC, JAHNKE, EJ Jr.** Nonpenetrating traumatic injury of the aorta. *Circulation* 1958; 17:1086.
332. **PARR, MJ**, Alabdi, T. Damage control surgery and intensive care. *Injury* 2004; 35:713.
333. **Patellar, Tibial and Fibular Fractures. In: Fracture Management for Primary Care, Eiff, MP, Hatch, RL, Calmbach, WL** (Eds), Saunders, Philadelphia 2003, p. 263.
334. **PATERNITI, S, FIORE, P, MACRI, E**, et al. Extradural haematoma. Report of 37 consecutive cases with survival. *Acta Neurochir (Wien)* 1994; 131:207.
335. **PAZ JIMÉNEZ, José, ed. lit. ; BELMONTE SERRANO, Miguel Ángel, ed. lit. ; HERRERA RODRÍGUEZ, Antonio, ed. lit.** - Cervicobraquialgia. Barcelona: Masson, Cop. 2000. 162p.. ISBN 84-458-0970-9
336. **PEHLE, B, NAST-KOLB, D, OBERBECK, R**, et al. [Significance of physical examination and radiography of the pelvis during treatment in the shock emergency room]. *Unfallchirurg* 2003; 106:642.
337. **PHILLIPS, GR, KAUDER, DR, SCHWAB, CW.** Massive blood loss in trauma patients. *Postgrad Med* 1994; 95:61.
338. **PHILOPOULOS, D.** - Syndrome de forme haute de la queue de cheval et syndrome du cône terminal: appréciation du taux d' incapacité en droit commun ,

- In: Revue française du dommage corporel. - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2006. - ISSN 0037-730X. - Vol. 32, n° 3, p. 223-231*
339. **PIGANIOL G. et MOSSER J.J** - L'evaluation des sequelles des traumatismes du pied. Rev. franc. D.C., 1989, 15-1, 45-57 (biblio.)
340. **PINA, EM, MEHLMAN, CT.** Rhabdomyolysis: A primer for the orthopaedist. Orthop Rev 1994; 23:28.
341. **PLURAD, D, GREEN, D, DEMETRIADES, D, RHEE, P.** The increasing use of chest computed tomography for trauma: is it being overutilized?. J Trauma 2007; 62:631.
342. **PORTER, SE, SCHROEDER, AC, DZUGAN, SS,** et al. Acetabular fracture patterns and their associated injuries. J Orthop Trauma 2008; 22:165.
343. **POUTIER M., SCHUHL J.F. et FOURNIER C** - Les necroses post-traumatiques de la tete humerale.. Rev. franc. D.C., 1985, 11-1, 67-72 (biblio.).
344. **POWELL, DW, MOORE, EE, COTHREN, CC,** et al. Is emergency department resuscitative thoracotomy futile care for the critically injured patient requiring prehospital cardiopulmonary resuscitation?. J Am Coll Surg 2004; 199:211.
345. **PROENÇA, Adrião** - Ortopedia, Traumatologia- Noções Essenciais;Coimbra-2006
346. **PUGLISI, Filadelfio [et al.]** - Cervical spine segmental vertebral motion in healthy volunteers feigning restriction of neck flexion and extension : original article, *In: International Journal Legal Medicine. - Heidelberg : Springer International, 2007. - ISSN 0937-9827. - Vol.121, n°5, p.337-340*
347. **QUAYLE, KS, JAFFE, DM, KUPPERMANN, N,** et al. Diagnostic testing for acute head injury in children: when are head computed tomography and skull radiographs indicated?. Pediatrics 1997; 99:E11.
348. **QUAYLE, KS.** Minor head injury in the pediatric patient. Pediatr Clin North Am 1999; 46:1189.
349. **RABINOWITZ, RP, CAPLAN, ES.** Management of infections in the trauma patient. Surg Clin North Am 1999; 79:1373.



350. **RAZEMON J.**- La gene fonctionnelle apres lesions des tendons extenseurs ;P. Rev. franc. D.C., 1983, 9-4, 333-336.
351. **REECE, RM, SEGE, R.** Childhood head injuries: accidental or inflicted?. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:11.
352. **REVERBERI M** - Conduite de l'examen clinique dans l'expertise du pied traumatique.. Rev. franc. dommage corp., 2005, 31-4, 7-15
353. **REVERBERI M. et REVERBERI J** - Conduite de l'evaluation clinique dans l'expertise du pied traumatise. Rev. franc. dommage corp., 1996, 22-4, 383-391 (biblio.)
354. **RHEE, PM, ACOSTA, J, BRIDGEMAN, A,** et al. Survival after emergency department thoracotomy: review of published data from the past 25 years. J Am Coll Surg 2000; 190:288.
355. **RICHARDS, CF, MAYBERRY, JC.** Initial management of the trauma patient. Crit Care Clin 2004; 20:1.
356. **RICHEMS, D, FIELD, M, NEALE, M, OAKLEY, C.** The mechanism of injury in blunt traumatic rupture of the aorta. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 21:288.
357. **RINEHART, GC, PITTMAN, T.** Growing skull fractures: Strategies for repair and reconstruction. J Craniofac Surg 1998; 9:65.
358. **RODRIGUEZ, RM, HENDEY, GW, MAREK, G,** et al. A pilot study to derive clinical variables for selective chest radiography in blunt trauma patients. Ann Emerg Med 2006; 47:415.
359. **RON, D, TAITELMAN, U, MICHAELSON, M,** et al. Prevention of acute renal failure in traumatic rhabdomyolysis. Arch Intern Med 1984; 144:277.
360. **ROS, SP, CETTA, F.** Are skull radiographs useful in the evaluation of asymptomatic infants following minor head injury?. Pediatr Emerg Care 1992; 8:328.
361. Rose, JS. Ultrasound in abdominal trauma. Emerg Med Clin North Am 2004; 22:581.

362. **ROSENTHAL, D, WELLONS, ED, LEVITT, AB**, et al. Role of prophylactic temporary inferior vena cava filters placed at the ICU bedside under intravascular ultrasound guidance in patients with multiple trauma. *J Vasc Surg* 2004; 40:958.
363. **ROSENTHAL, MA, ELLIS, JI**. Cardiac and mediastinal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1995; 13:887.
364. **ROSSEN, B, LAURSEN, NO**, Just, S. Chest radiography after minor chest trauma. *Acta Radiol* 1987; 28:53.
365. **ROTONDO, MF, SCHWAB, CW, MCGONIGAL, MD**, et al. 'Damage control': an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma* 1993; 35:375.
366. **ROUGÉ, Daniel ; DELPRAT, Jean** - L' expertise du déficit fonctionnel séquellaire du membre supérieur. Paris : Éditions ESKA, cop.1999. 243p.. ISBN 2-86911-655-1
367. **ROUTT, ML JR, FALICOV, A, WOODHOUSE, E, SCHILDHAUER, TA**. Circumferential pelvic antishock sheeting: a temporary resuscitation aid. *J Orthop Trauma* 2002; 16:45.
368. **RUDNICK, MR, BERNIS, JS, COHEN, RM, GOLDFARB, S**. Contrast media-associated nephrotoxicity. *Semin Nephrol* 1997; 17:15.
369. **SAILHAN F. et BERARD J** - Traumatologie osseuse de l'enfant et consolidation medico-legale. *Rev. franc. dommage corp.*, 2003, 29-2, 85-96.
370. **SAILHAN, F. ; BÉRARD, J.** - Traumatologie osseuse de l'enfant et consolidation médico-légale. *In: Revue française du dommage corporel.* - Paris : J.-B. Baillière éditeur, 2003. - ISSN 0037-730X. - Vol. 29, n° 2, p. 85-96
371. **SALAZARD B, LAUNAY F., DESOUCHES C., SAMSON O., JOUVE J.L. et MAGALON G** - Les traumatismes des phalanges distales chez l'enfant. *Rev. chir. orthop.*, 2004, 621-627 (biblio.).
372. **SALIM, A, TEIXEIRA, PG, DUBOSE, J**, et al. Predictors of positive angiography in pelvic fractures: a prospective study. *J Am Coll Surg* 2008; 207:656.

373. **SANCHEZ, JI, PAIDES, CN.** Childhood trauma: Now and in the new millennium. *Surg Clin North Am* 1999; 79:1503.
374. **SARIN, EL, MOORE, JB, MOORE, EE,** et al. Pelvic fracture pattern does not always predict the need for urgent embolization. *J Trauma* 2005; 58:973.
375. **SAVITSKY, EA, VOTEY, SR.** Current controversies in the management of minor pediatric head injuries. *Am J Emerg Med* 2000; 18:96.
376. **SCHAAL J.P. et RIETHMULLER D-** Bassin "normal", fractures du bassin et grossesse. Incidences medico-legales.. *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 155-180 (biblio.)
377. **SCHMIDT, AH, FINKEMEIER, CG, TORNETTA P,** 3rd. Treatment of closed tibial fractures. *Instr Course Lect* 2003; 52:607.
378. **SCHREIBER, MA.** Damage control surgery. *Crit Care Clin* 2004; 20:101.
379. **SCHUHL J.F** - Les necroses aseptiques post-traumatiques de l'extremite superieure de l'humerus. Aspect medico-legal. *Med. leg. expert. med.*, 1975-76, 1-1, 57-60.
380. **SCHUTZMAN, SA, BARNES, P, DUHAIME, A,** et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. *Pediatrics* 2001; 107:983.
381. **SCHUTZMAN, SA, GREENES, DS.** Pediatric minor head trauma. *Ann Emerg Med* 2001; 37:65.
382. **SCHWARTZ, D, AMIR, L, DICHTER, R, FIGENBERG, Z.** The use of a powered device for intraosseous drug and fluid administration in a national EMS: a 4-year experience. *J Trauma* 2008; 64:650.
383. **SEELIG, JM, BECKER, DP, MILLER, JD,** et al. Traumatic acute subdural hematoma: major mortality reduction in comatose patients treated within four hours. *N Engl J Med* 1981; 304:1511.
384. **SEN, A, NICHANI, R.** Best evidence topic report. Prehospital endotracheal intubation in adult major trauma patients with head injury. *Emerg Med J* 2005; 22:887.

385. **SERVADEI, F, PIAZZA, G, SERACCHIOLI, A,** et al. Extradural haematomas: an analysis of the changing characteristics of patients admitted from 1980 to 1986. Diagnostic and therapeutic implications in 158 cases. *Brain Inj* 1988; 2:87.
386. **SHAFI, S, GENTILELLO, L.** Pre-hospital endotracheal intubation and positive pressure ventilation is associated with hypotension and decreased survival in hypovolemic trauma patients: an analysis of the National Trauma Data Bank. *J Trauma* 2005; 59:1140.
387. **SHANE, SA, FUCHS, SM.** Skull fractures in infants and predictors of associated intracranial injury. *Pediatr Emerg Care* 1997; 13:198.
388. **SHANMUGANATHAN, K, MIRVIS, SE.** Imaging diagnosis of nonaortic thoracic injury. *Radiol Clin North Am* 1999; 37:533.
389. **SHAPIRO, NI, KOCISZEWSKI, C, HARRISON, T,** et al. Isolated prehospital hypotension after traumatic injuries: a predictor of mortality?. *J Emerg Med* 2003; 25:175.
390. **SHARMA, S, MULLINS, RJ, TRUNKEY, DD.** Ventilatory management of pulmonary contusion patients. *Am J Surg* 1996; 171:529.
391. **SILVESTRI, S,** et al. The effectiveness of out-of-hospital use of continuous end-tidal carbon dioxide monitoring on the rate of unrecognized misplaced intubation within a regional emergency medical services system. *Ann Emerg Med* 2005; 45:497.
392. **SMITH, JP, BODAI, BI, HILL, AS, FREY, CF.** Prehospital stabilization of critically injured patients: a failed concept. *J Trauma* 1985; 25:65.
393. **SMITH, JP, BODAI, BI.** The urban paramedic's scope of practice. *JAMA* 1985; 253:544.
394. **SMITH, W, WILLIAMS, A, AGUDELO, J,** et al. Early predictors of mortality in hemodynamically unstable pelvis fractures. *J Orthop Trauma* 2007; 21:31.
395. **SODERSTROM, CA, SMITH, GS, DISCHINGER, PC,** et al. Psychoactive substance use disorders among seriously injured trauma center patients. *JAMA* 1997; 277:1769.

396. **SOLONIUK, D, PITTS, LH, LOVELY, M, BARTKOWSKI, H.** Traumatic intracerebral hematomas: Timing of appearance and indications for operative removal. *J Trauma* 1986; 26:787.
397. **SPAIN, DA, RICHARDSON, JD, POLK, HC,** et al. Venous thromboembolism in the high-risk trauma patient: Do risks justify aggressive screening and prophylaxis? *J Trauma* 1997; 42:463.
398. **STEENBURG, SD, RAVENEL, JG.** Acute traumatic thoracic aortic injuries: experience with 64-MDCT. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191:1564.
399. **STEINBOK, P, FLODMARK, O, MARTENS, D, GERMANN, ET.** Management of simple depressed skull fractures in children. *J Neurosurg* 1987; 66:506.
400. **STEPHENS, NG,** et al. Significance of scapular fracture in blunt-trauma patient. *Ann Emerg Med* 1995; 26:439.
401. **Stiell, IG, Nesbitt, LP, Pickett, W,** et al. The OPALS Major Trauma Study: impact of advanced life-support on survival and morbidity. *CMAJ* 2008; 178:1141.
402. **STOCKINGER, ZT, MCSWAIN, NE Jr.** Additional evidence in support of withholding or terminating cardiopulmonary resuscitation for trauma patients in the field. *J Am Coll Surg* 2004; 198:227.
403. **STOCKINGER, ZT, MCSWAIN, NE Jr.** Prehospital endotracheal intubation for trauma does not improve survival over bag-valve-mask ventilation. *J Trauma* 2004; 56:531.
404. **SUNG, CK, KIM, KH.** Missed injuries in abdominal trauma. *J Trauma* 1996; 41:276.
405. **SWISCHUK, LE.** The normal pediatric skull. Variations and artefacts. *Radiol Clin North Am* 1972; 10:277.
406. **SZPALSKI M., HAYEZ J.P., POTY S. et DEBAIZE J.P** - Interet de l'examen fonctionnel dynamometrique dans l'evaluation des pathologies lombaires. *Rev. franc. dommage corp.*, 1990, 16-4, 663-672 (biblio.)

407. **TAYAL, VS, NEILSEN, A, JONES AE**, et al. Accuracy of trauma ultrasound in major pelvic injury. *J Trauma* 2006; 61:1453.
408. **TEPAS JJ, 3D, DISCALA, C, RAMENOFSKY, ML, BARLOW, B**. Mortality and head injury: the pediatric perspective. *J Pediatr Surg* 1990; 25:92.
409. **The management of minor closed head injury in children**. Committee on Quality Improvement, American Academy of Pediatrics. Commission on Clinical Policies and Research, American Academy of Family Physicians. *Pediatrics* 1999;104:1407.
410. **THOMINE J.M** - Les sequelles des fractures du squelette digital. - La fonction interphalangienne proximale.. *Rev. franc. D.C.*, 1984, 10-2, 131-144 (biblio.).
411. **THOMPSON, BM, FINGER, W, TONSFELDT, D**, et al. Rib radiographs for trauma: useful or wasteful? *Ann Emerg Med* 1986; 15:261.
412. **THOMPSON, JB, MASON, TH, HAINES, GL, CASSIDY, RJ**. Surgical management of diastatic linear skull fractures in infants. *J Neurosurg* 1973; 39:493.
413. **TIMMERMANN, A, RUSSO, SG, EICH, C**, et al. The out-of-hospital esophageal and endobronchial intubations performed by emergency physicians. *Anesth Analg* 2007; 104:619.
414. **TODD, SR**. Critical concepts in abdominal injury. *Crit Care Clin* 2004; 20:119.
415. **TORRES SÁNCHEZ, C. [et al.]** - Problemas prácticos en la aplicación de los critérios de consolidación lesional al síndrome de latigazo cervical, *In: Revista Portuguesa do Dano Corporal*. - Coimbra : APADAC-Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal , 2002. - ISSN 1645-0760. - vol.11, nº12, p. 77-87
416. **Traumatismes dorso-lombaires : Varia**. Bruxelles : Editions Juridoc, 1992. 239p.. ISBN 2-87359-002-5
417. **TREVES R** - Cervicarthrose et traumatisme. *Rev. franc. dommage corp.*, 2001, 27-3, 221-224
418. **TUTTLE-NEWHALL, JE, RUTLEDGE, R, HULTMAN, CS, FAKHRY, SM**. Statewide, population-based, time-series analysis of the frequency and

- outcome of pulmonary embolus in 318,554 trauma patients. *J Trauma* 1997; 42:90.
419. **UFBERG, JW, BUSHRA, JS, KARRAS, DJ**, et al. Aspiration of gastric contents: association with prehospital intubation. *Am J Emerg Med* 2005; 23:379.
420. **ULLMAN, EA, DONLEY, LP, BRADY, WJ**. Pulmonary trauma emergency department evaluation and management. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21:291.
421. **UPCHURCH, GR, DEMLING, RH, DAVIES, J**, et al. Efficacy of subcutaneous heparin in prevention of venous thromboembolic events in trauma patients. *Am Surg* 1995; 61:749.
422. **VAN DEN HEEVER, CM, VAN DER MERWE, DJ**. Management of depressed skull fractures. Selective conservative management of nonmissile injuries. *J Neurosurg* 1989; 71:186.
423. **VAN HAARST, EP, VAN BEZOOIJEN, BP, COENE, PP, LUITSE, JS**. The efficacy of serial physical examination in penetrating abdominal trauma. *Injury* 1999; 30:599.
424. **VIDAL, MG, RUIZ WEISSER, J, GONZALEZ, F**, et al. Incidence and clinical effects of intra-abdominal hypertension in critically ill patients. *Crit Care Med* 2008; 36:1823.
425. **VIEIRA,DUARTE NUNO; JOSÉ ALVAREZ QUINTEIRO** - Aspectos práticos da avaliação do dano em Direito Civil, biblioteca Seguros nº 2, Junho 2008,p.176-237.
426. **VIGNES, JR, JEELANI, NU, JEELANI, A**, et al. Growing skull fracture after minor closed-head injury. *J Pediatr* 2007; 151:316.
427. **VIGNON, P ET AL**. Comparison of multiplane transesophageal echocardiography and contrast-enhanced helical CT in the diagnosis of blunt traumatic cardiovascular injuries. *Anesthesiology* 2001; 94:615.
428. **VITAL J.M** - Anatomie fonctionnelle du rachis cervical : actualites. *Rev. franc. dommage corp.*, 2001, 27-3, 187-197 (biblio.)

429. **VOGELBAUM, MA, KAUFMAN, BA, PARK, TS, WINTHROP, AL.** Management of uncomplicated skull fractures in children: is hospital admission necessary?. *Pediatr Neurosurg* 1998; 29:96.
430. **VON OPPELL, UO, DUNNE, TT, DE GROOT, MK, ZILLA, P.** Traumatic aortic rupture: twenty-year metaanalysis of mortality and risk of paraplegia. *Ann Thorac Surg* 1994; 58:585.
431. **WANEK, S, MAYBERRY, JC.** Blunt thoracic trauma: flail chest, pulmonary contusion, and blast injury. *Crit Care Clin* 2004; 20:71.
432. **WANG, HE, YEALY, DM.** Out-of-hospital endotracheal intubation: where are we?. *Ann Emerg Med* 2006; 47:532.
433. **WANG, MY, GRIFFITH, P, STERLING, J, et al.** A prospective population-based study of pediatric trauma patients with mild alterations in consciousness (Glasgow Coma Scale score of 13-14). *Neurosurgery* 2000; 46:1093.
434. **WATANABE, Satoshi ; TERAZAWA, Koichi** - Age estimation from the degree of osteophyte formation of vertebral columns in Japanese, *In: Legal medicine.* - Amsterdam : Elsevier, 2006. - ISSN 1344-6223. - Vol.8, nº3, p.156-160
435. **WAX, DB, LEIBOWITZ, AB.** Radiologic assessment of potential sites for needle decompression of a tension pneumothorax. *Anesth Analg* 2007; 105:1385.
436. **WAYNE, MA, FRIEDLAND, E.** Prehospital use of succinylcholine: a 20-year review. *Prehosp Emerg Care* 1999; 3:107.
437. **WEIS, EB JR.** Subtle neurological injuries in pelvic fractures. *J Trauma* 1984; 24:983.
438. **WHITE, LJ, COOPER, JD, CHAMBERS, RM, GRADISEK, RE.** Prehospital use of analgesia for suspected extremity fractures. *Prehosp Emerg Care* 2000; 4:205.
439. **WINCHELL, RJ, HOYT, DB.** Endotracheal intubation in the field improves survival in patients with severe head injury. Trauma Research and Education Foundation of San Diego. *Arch Surg* 1997; 132:592.



440. **WIRTZ, DD, ORTIZ, C, NEWMAN, DH, ZHITOMIRSKY, I.** Unrecognized misplacement of endotracheal tubes by ground prehospital providers. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11:213.
441. **WOODRING, JH, DILLON, ML.** Radiographic manifestations of mediastinal hemorrhage from blunt chest trauma. *Ann Thorac Surg* 1984; 37:171.
442. **WOODRING, JH.** The normal mediastinum in blunt traumatic rupture of the thoracic aorta and brachiocephalic arteries. *J Emerg Med* 1990; 8:467.
443. XXXIIIeme Congres de la FFAMCE, Lille, mai 1997; Les sequelles des traumatismes du bassin. *Rev. franc. dommage corp.*, 1998, 24-2, 105-195.
444. **ZENGERINK, I, BRINK, PR, LAUPLAND, KB,** et al. Needle thoracostomy in the treatment of a tension pneumothorax in trauma patients: what size needle?. *J Trauma* 2008; 64:111.
445. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.15, Fascículo II e III - 2007
446. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.16, Fascículo I,II e III - 2008
447. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.8, Fascículo 2º - Junho 2000
448. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol. 8, Fascículo 3ºe 4º - Setembro/Dezembro - 2000
449. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.9, Fascículo I -Março - 2007
450. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol. 9, Fascículo 2ºe 3º- Junho/Setembro - 2001
451. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.9, Fascículo 4º- Dezembro - 2001
452. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.10, Fascículo 1º - Março - 2002
453. *Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia* ; vol.10, Fascículo 2º e 3º - Junho/Setembro - 2002

454. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.9, Fascículo 4º -  
Dezembro 2001
455. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.10, Fascículo 4º -  
Dezembro - 2002
456. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.10, Fascículo 2º Junho -  
2003
457. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.11, Fascículo 4º -  
Dezembro - 2002
458. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.12, Fascículo 1º - Março  
- 2004
459. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.11, Fascículo 1º Março -  
2003
460. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.12, Fascículo 4º -  
Dezembro - 2004
461. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.12, Fascículo 4º -  
Dezembro - 2004
462. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.6, Fascículo 1º -Março -  
1998
463. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.6, Fascículo 2º -Junho -  
1998
464. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; Suplemento 1 - Novembro -  
1998
465. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.6, Fascículo 3º e 4º -  
Dezembro - 1998
466. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.7, Fascículo 1º - Março -  
1999
467. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.7, Fascículo 2º - Junho -  
1999
468. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.7, Fascículo 3º -  
Setembro - 1999

469. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.7, Fascículo 4º .  
Dezembro - 1999
470. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.8, Fascículo 1º -Março -  
2000
471. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.1, Fascículo 1º -Abril -  
1993
472. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.1, Fascículo 3º -Outubro  
- 1993
473. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.2, Fascículo 1º -Abril -  
1993
474. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.1, Fascículo 1º -Abril -  
1993
475. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.1, Fascículo 1º - Janeiro -  
1994
476. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.2, Fascículo 3º - Julho -  
1994
477. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.2, Fascículo 4º -  
Outubro-1994
478. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.4, Fascículo 1º -Março-  
1996
479. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.4, Fascículo 2º - Junho  
1996
480. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.4, Fascículo 3º -  
Setembro - 1996
481. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.4, Fascículo 4º -  
Dezembro - 1996
482. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; Suplemento 1- Novembro -  
1997
483. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.12, Fascículo 3º -  
Setembro - 2004

484. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.10, Fascículo 4º - Dezembro - 2002
485. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.9, Fascículo 4º - Dezembro - 2001
486. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.9, Fascículo 2º e 3º - Junho/Setembro - 2001
487. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.1, Fascículo 3º - Outubro - 1993
488. Revista Portuguesa De Ortopedia e Traumatologia ; vol.9, Fascículo 1º - Março - 2001
489. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 9.Novembro 1999 - Ano VIII,p. 33-92.
490. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 5.Novembro 1995 - Ano IV, p. 47-121..
491. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 12.Novembro 2002 -Ano XI,p.10 - 87.
492. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 6.Novembro 1996-Ano V,p.89-109.
493. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 18.Novembro 2008 -Ano XVII,p35-65.
494. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 19.Novembro 2009 -Ano XVIII,p.71-86

495. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 4.Maio 1994 - Ano III,p.66-126.
496. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 17.Novembro 2007 - Ano XVI,p.99-129.
497. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 14.Novembro 2004-Ano XIII,p.107-112
498. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 8.Novembro 1998-Ano VII,p.35-105
499. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 11.Novembro 2001-Ano X,p.137-140.
500. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 7.Novembro 1997-Ano VI,p.102-119.
501. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 19.Novembro 2009-Ano XVIII,p.69-87
502. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 16.Novembro 2006 - Ano XV,p.58-108
503. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 15.Novembro 2005-Ano IXV,p.68-148.

504. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 3.Novembro 1993-Ano II,p.97-107
505. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 13.Novembro 2003-Ano XII,p.37-103
506. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL-INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL; revista portuguesa do dano corporal. Editorial. nº 10.Novembro 2000 -Ano IX,p.99-104

**ANEXOS**











ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELA COMISSÃO COORDENADORA DO  
CONCELHO CIENTIFICO E COMISSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA PARA ELABORAÇÃO DA TESE

---

ANEXO 6 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE  
MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

---

ANEXO 7- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE  
MÉDICO LEGAL DE FARO

---

ANEXO 8- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE  
MÉDICO LEGAL DA FIGUEIRA DA FOZ

---

ANEXO 9- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NO GABINETE  
MÉDICO LEGAL DE LEIRIA

---



ANEXO 10- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS NA DELEGAÇÃO DO  
CENTRO DO I.N.M.L.I.P

---

ANEXO 11- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO EXMO SENHOR  
DIRECTOR DA DELEGALÃO DO SUL DO I.N.ML.I.P.

---

