



Intercâmbio

Autor(es): Revista Portuguesa do Dano Corporal
Publicado por: Imprensa da Universidade de Coimbra
URL persistente: URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/41101>
Accessed : 2-Jul-2022 22:23:22

A navegação consulta e descarregamento dos títulos inseridos nas Bibliotecas Digitais UC Digitalis, UC Pombalina e UC Impactum, pressupõem a aceitação plena e sem reservas dos Termos e Condições de Uso destas Bibliotecas Digitais, disponíveis em <https://digitalis.uc.pt/pt-pt/termos>.

Conforme exposto nos referidos Termos e Condições de Uso, o descarregamento de títulos de acesso restrito requer uma licença válida de autorização devendo o utilizador aceder ao(s) documento(s) a partir de um endereço de IP da instituição detentora da supramencionada licença.

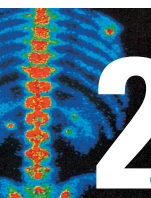
Ao utilizador é apenas permitido o descarregamento para uso pessoal, pelo que o emprego do(s) título(s) descarregado(s) para outro fim, designadamente comercial, carece de autorização do respetivo autor ou editor da obra.

Na medida em que todas as obras da UC Digitalis se encontram protegidas pelo Código do Direito de Autor e Direitos Conexos e demais legislação aplicável, toda a cópia, parcial ou total, deste documento, nos casos em que é legalmente admitida, deverá conter ou fazer-se acompanhar por este aviso.



REVISTA PORTUGUESA

do Dano Corporal



25



DEZ 2014 • ANO XXIII • N.º 25

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE AVALIAÇÃO
DO DANO CORPORAL



Intercâmbio

REVUE FRANÇAISE DU DOMMAGE CORPOREL

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº1, 2014

Buvat J; pp. 9-16 – *Disfunções sexuais: principais fatores orgânicos, explorações hormonais, vivência psicológica*

O autor aborda os diferentes quadros de disfunções sexuais, listando os principais fatores orgânicos na sua origem. Detalha as explorações hormonais a realizar na avaliação das disfunções sexuais. Termina abordando a vivência psicológica dos problemas sexuais do indivíduo e do casal.

Amarengo G, Soler J-M, Kerdraon J; pp. 17-27 – *Prejuízo sexual e testes pelvi-perineais*

Os autores abordam numa primeira fase os dados clínicos (interrogatório e exame clínico) úteis para o diagnóstico das lesões e, portanto, para o perito. Falam sobre as principais queixas das vítimas no que respeita ao prejuízo sexual, no homem os distúrbios eréteis (os mais frequentes), nos quais pode ser difícil distinguir o fator orgânico do psicológico ou de um elemento iatrogénico, e na mulher os distúrbios orgásmicos ou as alterações da lubrificação. Relembrem a necessidade de um exame neurológico bem conduzido (sensibilidade, alterações motoras, refletividade, equilíbrio vegetativo) que vai orientar os exames complementares e a decisão terapêutica.

De seguida abordam detalhadamente as explorações eletrofisiológicas perineais: exame de deteção dos músculos perineais, análise das latências sagradas, das latências distais motoras do nervo pudendo, dos potenciais evocados somatossensoriais corticais do nervo pudendo, os potenciais evocados cutâneos simpáticos (PECS), os limiares de perceção sensitiva, a velocidade de condução sensitiva do nervo dorsal do pénis.

Todos estes testes eletrofisiológicos permitem documentar de forma objetiva as lesões neurológicas sequelares e também, por vezes, fixar o prognóstico lesional.

Ribes P, Aouar L; pp. 29-33 – *La vida afetiva e sexual dos acidentados medulares. O ponto de vista da Associação dos paralisados de França*

Os autores, membros ativos da Associação dos paralisados de França (APF), desenvolvem uma proposta para o reconhecimento duma vida afetiva, sentimental e sexual das pessoas em situação de handicap, em particular dos acidentados medulares.

Sublinham que as pessoas em situação de handicap *têm dificuldades em falar da sua sexualidade, de explicar o seu desejo, de aceder à sensualidade e à sexualidade pelos seus próprios meios. Os pais de crianças em situação de handicap são confrontados com estas situações delicadas.*

Fazem propostas concretas: direito à autodeterminação neste domínio e ao gozo pleno e integral do seu espaço privado, educação para uma vida afetiva e sexual para crianças e adolescentes em situação de handicap, sensibilização, informação e formação dos profissionais do setor sanitário e social, criação de serviços de acompanhamento sexual, suporte financeiro completo de camas adaptadas duplas.

Propõem ainda modificar a missão de peritagem tipo, introduzindo um prejuízo sexual temporário, um prejuízo sexual dos próximos, a responsabilização total pelas ajudas técnicas específicas.

Mauroy B; pp. 35-37 – *Modalidades de indemnização do prejuízo sexual e critérios de apreciação*

O autor relembra que o prejuízo sexual, antes tido em conta como parte do prejuízo funcional, logo da IPP, é agora um prejuízo específico, autónomo e indemnizado como tal.

É definido por várias componentes, que podem estar afetadas separadamente.

Este prejuízo sexual é difícil de verificar, logo de afirmar.

O autor propõe definirem-se critérios de avaliação, estabelecer até uma tabela.

Hédouin V, Gosset D; pp. 39-43 – *As regras da imputabilidade em matéria de prejuízo sexual*

Em peritagem amigável ou judicial, a questão relativa ao prejuízo sexual faz parte integrante das novas missões, e o perito deve dar-lhe resposta, se necessário coadjuvado por um perito na matéria.

Antes de estabelecer o caráter sequelar, se as lesões estão estabilizadas e não suscetíveis de evoluir, deverá desde logo assegurar-se da verdade dos factos traumáticos iniciais, somáticos e/ou psíquicos (importância do certificado médico inicial), e expor os mecanismos lesionais que conduziram ao dano. Discutirá a imputabilidade desses factos, segundo os critérios gerais descritos por Simonin, depois de ter estudado o estado anterior e excluído uma causa estranha.

Sobre a questão da repercussão sexual, o médico perito deve, imperativamente, conduzir sozinho a discussão de uma forma independente a partir de um interrogatório minucioso da vítima, adaptado caso a caso, em função do contexto, frequentemente apenas perante médicos, reportando o essencial no final da reunião aos não-médicos, para respeitar o contraditório.

As provas formais raramente são obtidas, expeto em caso de atingimento orgânico evidente objetivado pelo resultado dos exames imagiológicos e as explorações funcionais.

Pertencerá portanto ao perito esclarecer o regulador ou magistrado, com bases médicas e científicas e expor que leque de presunções, graves, precisas e concordantes, carrega a sua convicção.

Sulman T; pp. 45-51 – *Prejuízo sexual: o papel do perito*

O prejuízo sexual é um prejuízo de caráter permanente. A repercussão temporária sobre as atividades sexuais está incluída no défice funcional temporário (DFT).

Para o médico perito é necessária uma abordagem psicológica específica, deixando à vítima a possibilidade de se exprimir sobre este distúrbio íntimo. Mesmo que deva dar provas de empatia, deve fazer um diagnóstico sequelar, definir uma imputabilidade, propor uma avaliação descritiva para o regulador. Propõe uma abordagem em seis pontos: estado anterior e biografia, causa do dano sexual, alterações invocadas, exame clínico e exames complementares, imputabilidade e realidade do distúrbio, eventuais meios de substituição.

Para quantificar o dano lembra que as tabelas avaliam a perda de um órgão e a esterilidade. Para além das afetações puramente orgânicas, certas escalas são úteis, sabendo-se que é pedido ao perito descrever os sintomas e a sua intensidade.

Béjui-Hugues H; pp. 53-61 – *Algumas nuances do prejuízo sexual*

Antes da consolidação, o prejuízo sexual não tem qualquer existência própria. O prejuízo sexual permanente toma um caráter autônomo nos anos 1990 e é consagrado pela nomenclatura Dintilhac em 2005.

A melhor maneira de individualizar o dano é descrevê-lo claramente, precisando a sua natureza exata, explicando em que é que ele se distingue da taxa de AIPP proposta.

Exemplos retirados da jurisprudência mostram que a indemnização é personalizada em função do que o perito refere no seu relatório.

O prejuízo do estabelecimento a longo prazo está associado ao prejuízo sexual. Este prejuízo pessoal, autônomo, é atualmente definido claramente pela nomenclatura Dintilhac.

Encontra-se em curso um debate sobre a possibilidade de apelar a “acompanhantes sexuais” para uma vida afetiva e sexual das pessoas em situação de grande handicap. Isto coloca problemas éticos e jurídicos: em que momento este passa apenas da presença para a mercantilização do corpo?

Simonnet J-H, Favier T, Simonnet M, Estève V, Serwier J-M; pp. 63-73 – *As complicações vasculares da cirurgia do joelho. Estudo da sinistralidade em 15 anos a propósito de 25 casos retirados de dados de seguradoras*

As lesões vasculares em cirurgia ortopédica do joelho são raras, e o diagnóstico por vezes difícil. O atraso no tratamento ensombra o prognóstico. A literatura relata alguns casos clínicos. Os autores expõem aliás os aspetos médicos de uma série retirada de uma revista de cirurgia.

Foi estudada a base de dados de uma importante seguradora francesa. A frequência da lesão é aproximadamente de 1 para 100 000 procedimentos cirúrgicos.

Todos os tipos de cirurgia ortopédica podem ser considerados: artroplastias, osteotomias, artroscopias, ligamentoplastias...

A frequência da complicação é baixa, mas as sequelas são potencialmente graves, o que, em nossa opinião, não se deve considerar sem impacto no dever de informar.

A experiência do operador não protege o paciente desta complicação, que sobrevem subitamente numa carreira cirúrgica. Assim que revimos a série, tivemos acesso às decisões judiciais e das comissões de conciliação e de indemnização (CCI) constantes nesses dossiers. Ficamos surpreendidos por encontrar uma grande parte das decisões atribuindo completamente a responsabilidade ao cirurgião por “má prática”. Trata-se frequentemente de

um defeito de informações precisas dadas pelo perito no desenrolar da intervenção e, particularmente, o facto de que a quase totalidade das intervenções do joelho se fazem por via anterior, sem qualquer visibilidade dos elementos vasculares posteriores.

Esta situação parece-nos dever ser analisada à luz da literatura científica.

O diagnóstico clínico torna-se difícil e frequentemente deferido, mais frequentemente devido a um excesso de confiança na qualidade da atuação. A colaboração com o cirurgião vascular deve ser imediata e mesmo antecipada numa rede de cuidados. O atraso na toma de cuidados, por vezes importante, pode constituir uma perda de hipótese de cura.

Vincent D; pp. 75-80 – *A melioidose: a propósito de um caso e reflexão sobre a imputabilidade*

A melioidose é uma doença secundária à contaminação pela *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*) presente nas zonas tropicais e, nomeadamente, no Sudeste asiático. A sua expressão clínica é aguda e em seguida crónica e, eventualmente, hiperaguda. O prognóstico clínico é assustador devido à má sensibilidade desta bactéria à maior parte dos antibióticos. Relatamos o caso de um paciente que rapidamente faleceu devido à forma hiperaguda da doença, no qual a mediastinoscopia diagnóstica das adenopatias mediastínicas, complicada por lesão vascular corretamente tratada, levou a um contencioso devido a esta simultaneidade temporal. Neste caso discutimos o papel do estado anterior e desta infeção na morte, demonstrando o carácter direto e exclusivo. Após a identificação do agente infeccioso, a informação dada à família e ao paciente deve ser a mais completa possível, nomeadamente em termos de prognóstico devido ao agente, a fim de, na medida do possível, prevenir o contencioso.

Resumos dos artigos publicados no volume 40, nº2, 2014

Hassani H, Slama J; pp 125-147 – *A contribuição da imagiologia para a discussão da imputabilidade das fracturas vertebrais por compressão no idoso*

As fracturas vertebrais por compressão são uma patologia frequente. No contexto da peritagem médica, o papel do perito é estabelecer a imputabilidade

das lesões do sinistrado ao acidente, tendo em conta o seu estado anterior. Na pessoa idosa, a importância do estado anterior faz com que não seja simples estabelecer ou excluir a imputabilidade de uma fractura vertebral por compressão num determinado acidente sem uma análise precisa da avaliação imagiológica.

Os autores discutem os critérios de imputabilidade das fracturas vertebrais por compressão através de exames imagiológicos, nomeadamente radiológico e ressonância magnética, ilustrando casos clínicos com imagens.

O perito médico deve saber consultar as imagens disponíveis e reconhecer os pontos-chave, para não cometer nenhum erro médico-legal na apreciação do dano corporal.

Soderlund C, David T, Gromb-Monnoyeur S, Vital J-M; pp 149-162 – *Lise ístmica e espondilolistese: implicações médico-legais*

A lise ístmica e as espondilolisteses lombares são lesões frequentes na população geral. Na maioria das vezes são assintomáticas e de descoberta fortuita.

A sua associação a um traumatismo levanta o problema da imputabilidade deste na génese da lesão.

O conhecimento da anatomia e da fisiologia destas lesões contribui para a resposta que pode ser mais concisa com o auxílio dos modernos exames imagiológicos.

Com base nos argumentos propostos pelo D. Daupleix e P. Dreyfus em 1983, os autores propõem um algoritmo decisional.

Jeffroy G, Parize F, Pierron O; pp 163-173 – *Estudo dos factores de risco predictivos de cronicidade da lombalgia*

Os autores procuram identificar os factores predictivos da lombalgia, especialmente da lombalgia crónica através de uma revisão da literatura. O nível de prova científica de grau A ou B dos estudos publicados sobre os factores predictivos da evolução crónica das lombalgias agudas é satisfatório. Estes estudos permitem estabelecer critérios simples e precisos que podem ser utilizados na elaboração de um questionário tipo para usar aquando da subscrição de um contrato de seguro pessoal. O questionário comportaria várias partes que incluem níveis de prova científica de grau A, tais como os antecedentes de lombalgia, a autoavaliação da satisfação no trabalho e o

sentimento de mau estado de saúde, ou de grau B, tais como os factores sócio-profissionais e psicológicos e a intensidade de actividade física no trabalho.

Hallacq P; pp 175- 184 – *Estenose do canal lombar e incapacidade de trabalho*

A estenose do canal lombar resulta de um conflito entre o continente (a estrutura raquidiana osteo-disco-ligamentar) e o conteúdo (saco dural e raízes da cauda equina) a nível lombar.

Trata-se, o mais frequentemente, de uma patologia funcional do indivíduo idoso. Contudo, esta patologia pode ser observada no indivíduo jovem, activo, provocando então uma incapacidade de trabalho tanto na fase de tratamento conservador como após intervenção cirúrgica, cuja indicação está na incapacidade funcional e na dor e não nas medidas do canal realizadas através de exames imagiológicos. A estenose do canal lombar não é reconhecida como doença profissional.

O papel do perito médico é identificar esta doença músculo-esquelética e avaliar se é incapacitante, e quando indicado reconhecer-lhe o carácter profissional e propor uma reclassificação profissional para evitar o agravamento das lesões e o não retorno ao trabalho.

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº3, 2014

Dubec M; pp. 227-233 – *Segredo, sigilo médico e perícias psiquiátricas*

Para que haja segredo, tem de haver comunicação entre dois seres, uma partilha confidencial, mas que, de facto, se destina a ser espalhado e revelado. O segredo médico é difícil de manter e de conservar esta ligação perfeita entre médico e doente, hoje ultrapassada por uma nova ideologia, a da transparência, auxiliada por meios de comunicação modernos via internet e redes sociais.

Em psiquiatria, é o exame clínico que, privado de exames complementares objectivos, garante a apreciação diagnóstica. O estudo da biografia é a esfera de investigação mais valiosa e a mais delicada em peritagem.

O caso mais difícil para o psiquiatra é justamente quando faz o diagnóstico de distúrbio mental na origem dum quadro sequelar. É um problema real de consciência de revelação do segredo médico. O psiquiatra é susceptível de revelar um diagnóstico não conhecido até ao momento pelo interessado, pelos médicos, pelos advogados e pelos juízes.

As necessidades em penal tendem a fazer romper as noções de confidencialidade e de segredo médico e levam, por vezes, a uma tensão conflitual entre o juiz e o médico.

No civil, o psiquiatra é frequentemente solicitado pelo colega clínico de quem ele é precioso auxiliar. Há, neste caso, uma certa harmonia e um enriquecimento entre especialistas.

Cressard P; pp. 235-243 – *Sigilo médico, peritagem, partilha de informação*

O sigilo não é oponível ao paciente. Ele é imposto a todos os médicos nas condições estabelecidas pela lei. Espera-se do médico uma discrição total (mesmo do que ele possa ter tido conhecimento para além dos cuidados prestados). Mesmo entre médicos, o segredo não se partilha com os que não participam na prestação de cuidados do mesmo doente.

O autor, após relembrar os principais textos que regem o segredo profissional médico, desenvolve o que isso implica em termos de perícias solicitadas judicialmente, no âmbito da segurança social ou da função pública, em acidentes médicos e no âmbito de seguros.

Pansier FJ; pp. 245-252 – *Estado anterior, confidencialidade e sigilo médico*

O carácter absoluto do segredo médico é conhecido desde a origem da medicina. Não sendo o juiz competente no campo da medicina, a peritagem, portanto o perito, desempenha um papel considerável. A questão do segredo médico absoluto e da confidencialidade é assim a primeira a colocar-se.

O estado anterior é frequentemente colocado, porque é no domínio dos seguros que a fraude é mais frequente.

Na prática:

-ou o segurado renuncia ao benefício do segredo e os documentos abrangidos pelo segredo podem ser fornecidos à seguradora e utilizados por esta;

-ou o segurado não renuncia e nenhum uso pode ser feito destes documentos, e cabe ao juiz apreciar se este comportamento tende a fazer respeitar um interesse legítimo, podendo esta apreciação ter lugar após uma medida de instrução.

Flory-Reverberi M; pp. 253-259 – *Incapacidade profissional: particularidades em seguros pessoais*

A incapacidade profissional tem um certo número de particularidades específicas nos seguros pessoais. Além disso, a missão confiada aos médicos peritos inscreve-se num quadro contratual que liga o segurado e a seguradora.

As principais garantias de incapacidade profissional são representados pela incapacidade temporária (incapacidade temporária parcial - ITP), incapacidade temporária total (ITT), incapacidade de trabalho definitiva (ITD) e invalidez específica AERAS (*s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*– Seguros e Empréstimo com Risco de Saúde Agravado).

A invalidez específica AERAS é uma disposição da convenção AERAS revista, assinada a 1 de fevereiro 2011 e que entrou em vigor a 1 de setembro de 2011. Quando a garantia de invalidez de base não pode ser concedida na íntegra, as seguradoras estudam a possibilidade de atribuir a garantia de invalidez específica (GIS) AERAS.

Lembre-mos que nos seguros pessoais as modalidades destas diferentes garantias não são sempre sobreponíveis às fixadas em direito comum e pelos organismos sociais.

Bullock F, Guien J, Rey A; pp. 261-270 – *Distúrbios músculo-esqueléticos do ombro: risco profissional e seguro individual*

A patologia do ombro representa a causa mais frequente de distúrbios músculo-esqueléticos dos membros superiores (DMS-MS), em particular a patologia articular e tendinosa peri-articular. No plano profissional, as pessoas expostas ao risco de desenvolver uma tal patologia beneficiam de meios de despistagem que permitem enquadrar melhor este risco no seio da empresa e de possibilitar a atribuição do seu controle pelo seguro de doença, como doença profissional. A obrigação de certas empresas, no contexto da sua adesão a convenções colectivas, de subscrever, para os funcionários, contratos de seguros de grupo, a título individual ou não, coloca o problema de avaliação do risco e da atitude contratual em função deste.

A possibilidade de segurar um grupo de funcionários no contexto de um quadro de contrato colectivo responde às mesmas exigências dum contrato individual: além da precedência, que é uma constante, o risco estatístico representado pela atividade profissional e idade, variável essencial na abordagem destas patologias, entram em jogo de forma significativa para a avaliação do risco.

Gonzales P, Lancelle E; pp. 271-281 – *Hepatite viral E: possibilidade de seguro desta doença emergente*

O vírus da hepatite E (VHE), nos países em vias de desenvolvimento, é responsável por grandes epidemias de hepatite aguda por transmissão oro-fecal, de reservatório humano. É endémico, com apresentações clínicas semelhantes às da hepatite A, sempre agudas e quase sempre benignas.

Nos países industrializados trata-se de casos esporádicos autóctones, em regiões não endémicas, de transmissão zoonica, que podem cursar com formas extra-hepáticas severas e crónicas mais frequentes em terrenos imunodeprimidos.

O vírus tem quatro genotipos, mas um único serotipo. O diagnóstico recai no estudo serológico e na reação de polimerização em cadeia (PCR) viral no sangue e fezes. O tratamento é sintomático e nos casos crónicos ou severos é utilizado interferão alfa ou ribavirina. Encontram-se em estudo duas vacinas.

No contexto de seguros, a classificação de uma pessoa com hepatite E não evoluiu radicalmente. A resposta actual é sobretudo favorável à aceitação normal do candidato ao seguro.

Nahchine A, Ritter P, Tepaz N; pp. 283-287 – *O recurso a especialista de neurologia e/ou neuropsicologia*

Um médico perito, mesmo que tenha experiência em casos graves deve ser atento, eficaz, disponível e sobretudo permanecer humilde e saber quando passar o caso a um especialista. Deve, desde o seu primeiro contacto, preparar um dossier o mais completo possível e, nos casos de traumatismos cranianos graves, dispor de exames imagiológicos de qualidade.

Nestes dossiers em particular pode solicitar apoio de um neurologista, de um psiquiatra e/ou de um neuropsicólogo. Os autores especificam em que circunstâncias este recurso é recomendado ou necessário, tanto em adultos, como em crianças ou idosos.

Steinbach G; pp. 289-295 – *Um diagnóstico esquecido: o síndrome de Münchhausen*

A partir de um caso clínico “inquietante” são evocados os desvios de certas decisões mas sobretudo a realidade desta afecção pantomímica muitas vezes ignorada (a diferenciar do síndrome de Münchhausen por procuração).

Resumos dos artigos publicados no vol. 40, nº4, 2014

Agnello M-F; pp 327-331 - *Os avanços tecnológicos das próteses em indivíduos amputados*

As próteses utilizadas para substituição de membros amputados beneficiam de constantes avanços tecnológicos, daí a comercialização regular de novos modelos mais eficientes com vista a melhorar a autonomia e a segurança dos amputados, concedendo-lhes a possibilidade de exercerem uma actividade profissional. Nas pessoas com amputações dos membros superiores verifica-se um aumento significativo da autonomia, na medida em que numerosas actividades bi-manuais do quotidiano passam a ser executadas de forma autónoma, diminuindo a duração da ajuda de terceira pessoa.

As próteses electrónicas dos joelhos e dos pés controladas por microprocessador proporcionam uma maior segurança na marcha, podendo adaptar-se a qualquer tipo de piso. As novas mãos protéticas, actualmente comercializadas, têm cinco dedos articulados que conferem uma boa e eficaz preensão bem como, e podem ser associadas a um módulo de pronosupinação. No entanto, este tipo de próteses requer um bom potencial muscular e uma coto de boa qualidade.

Algumas próteses são compatíveis com a água, na medida em que se tornaram impermeáveis.

Existem próteses concebidas com um fim estético: são em silicone com pigmentação personalizada, contudo em virtude do seu custo não são suportadas pelas entidades sociais. As que o são, não são verdadeiramente estéticas. Todas estas tecnologias têm muitas vezes um elevado custo que limita a sua prescrição. Algumas encontram-se inscritas na lista francesa dos produtos e prestações reembolsáveis (LPPR) e podem ser asseguradas se respeitarem os critérios do protocolo definido pela Caixa Primária de seguro de doença (CPAM).

Em virtude dos avanços tecnológicos na área dos aparelhos protéticos, frequentemente são comercializadas novas peças com vista a melhorar a autonomia dos indivíduos amputados. Graças a materiais mais resistentes e leves bem como à utilização de descobertas no âmbito da aeronáutica e da ciência aeroespacial, procuram desenvolver-se próteses cada vez mais sofisticadas, cujo objectivo é superar a perda de autonomia inerente à amputação de um membro com um outro artificial que permita uma melhor funcionalidade.

Varichon P, Maria L; pp 333-340 - *A avaliação da necessidade de terceira pessoa: a necessária complementaridade do médico e do terapeuta ocupacional*

O estudo da aptidão para as actividades da vida diária numa lesão medular ou num traumatismo craniano permite decidir sobre as necessidades de apoio técnico e humano.

Parece que, em determinados casos, o perito médico não pode abdicar da colaboração de um terapeuta ocupacional, correndo o risco de basear as suas conclusões num insuficiente conhecimento científico.

O decreto de 5 de Julho de 2010, que define as actividades e competências dos terapeutas ocupacionais também menciona várias vezes o papel e a capacidade destes em recomendar, informar e aconselhar em matéria de ajuda humana.

O perito médico pode recorrer a um especialista em terapia ocupacional que num contexto semiológico definido pelo perito médico. Cabe ao médico fazer o diagnóstico, pronunciar-se sobre a imputabilidade médica, avaliar se a dependência é permanente e se é possível prever-se uma evolução no sentido da sua atenuação ou cessação.

A avaliação da dependência de terceira pessoa encontra-se naturalmente na interface das competências do terapeuta ocupacional e do médico.

Ehrlé N, Tepaz N, Bakchine S; pp 341-355 - *A avaliação neuropsicológica: contribuições e limites periciais*

O exame neuropsicológico fornece argumentos essencialmente probabilísticos. Os resultados absolutos obtidos numa avaliação não fornecem uma certeza diagnóstica, eles devem ser cautelosamente interpretados e comparados com outros dados (clínicos, neuroimagingológicos, análise psiquiátrica...).

Quando o examinador identifica um processo deficitário numa determinada tarefa, a fiabilidade do diagnóstico será reforçada pela coerência com outras três fontes de informação: coerência psicométrica (existência de distúrbios em outras tarefas envolvendo o mesmo processo), coerência ecológica (presença de dificuldades nas actividades da vida diária e no desenvolvimento de próteses cognitivas minimizando o impacto dessa disfunção) e coerência anatómica (conhecimento das estruturas lesadas no paciente).

A nível pericial, a psicometria é complexa. Os ensaios são frequentemente inadequados para pacientes com lesão cerebral. A psicometria não consiste em inferir um défice a partir de um score deficitário e uma normalidade a partir de um score normal. Trata-se de determinar o atingimento de processos afetados ou preservados a partir de respostas do paciente analisadas à luz dos

modelos e dos conhecimentos anatómicos do médico e da sua observação clínica.

O relatório neuropsicológico deve ser obrigatoriamente constituído por duas partes, a primeira incluindo os resultados absolutos obtidos e a segunda a interpretação desses resultados. Um relatório que fornece apenas uma interpretação isolada não tem qualquer valor pericial.

Neste trabalho, os autores procuram ilustrar as suas afirmações com alguns exemplos concretos e terminam especificando a contribuição da avaliação neuropsicológica relativamente aos critérios de imputabilidade de Müller e Cordonnier.

Defouilloy C, Pleskof A, Meyer G, Isorni C, Queval A, Fardellone P; pp 357-368 - *Sobrevivência à paragem cardíaca e seguro pessoal*

As doenças isquémicas representam a segunda causa de mortalidade em França. Uma das complicações dramáticas é representada pela ocorrência da paragem cardíaca (AC).

A partir dos registos de sobreviventes de dois serviços de reanimação que foram submetidos a uma angiografia coronária na sua abordagem inicial, foi possível analisar a sua evolução, particularmente no que se refere à retomada das actividades precedentes e suas condições de autonomia e independência (AGGIR).

Todos os sobreviventes mantiveram o seu nível actividade anterior à paragem cardíaca, bem como ausência de dependência.

Em termos de seguro pessoal, aparece um novo grupo de pacientes (paragem cardíaca com repercussão endocoronária) que, após o episódio agudo, apresentam um risco aparentemente idêntico ao da população com doença coronária que nunca sofreu uma paragem cardíaca.

Esta população não parece justificar uma exclusão *a priori*. A aplicação de um prémio adicional com base nos registos clínicos e numa avaliação não invasiva parece adequada.

Neste contexto, relata-se o caso de um paciente a quem foi concedido um empréstimo, embora ele já tivesse sido vítima de uma paragem cardio-circulatória.

Kremer R; pp 369-376 - *Acidentes de trabalho e doenças profissionais: a reforma indispensável*

Ao estabelecer-se um mecanismo automático de reparação por presunção da imputabilidade de um acidente “ocorrido como resultado ou no decurso do trabalho”, com uma indemnização fixa através da atribuição de uma taxa incapacidade permanente e evitando qualquer má conduta do empregador (imunidade civil, sem conduta dolosa ou indesculpável), a legislação dos acidentes de trabalho(1898) e das doenças profissionais (1919) tem constituído desde há muito tempo um verdadeiro progresso no contexto social e na reparação do dano corporal relacionado com a actividade profissional.

No entanto, devido à “relativa imobilidade” do regime de seguro de acidentes de trabalho (AT) e doenças profissionais (DP), com evoluções que estão mais relacionadas com o “juiz” do que com o “legislador”, o montante indemnizatório proposto pelo regime dos riscos profissionais é claramente mais baixo, se comparado com outros regimes de reparação que permitem uma reparação integral dos danos (Lei de 5 de Julho de 1985 que instituiu um regime especial de indemnização para as vítimas de acidente de viação em que está envolvido um veículo terrestre a motor), Comissão de indemnização das vítimas de infracções (CIVI), Fundo de indemnização das vítimas do amianto (FIVA), Comissão de conciliação e indemnização (CCI), Conselho Nacional de indemnização dos acidentes médicos, das doenças iatrogénicas e das infecções nosocomiais (ONIAM)... Surge recorrentemente e cada vez é mais premente a necessidade de uma renovação no sistema de reparação dos AT/DP – no sentido da reparação “integral”? - neste período (e no futuro?) que a tal não é de todo favorável...

Diallo A-O, Bah M-L, Bah H, Bah A-A, Sidibé M; pp 377-385 - *Os traumatismos do nariz: aspectos epidemiológicos, clínicos e médico-legais no CHU Ignace-Deen em Conakry (Guiné)*

Neste estudo são apresentados os aspectos epidemiológicos e clínicos das fracturas do nariz e a avaliação das sequelas médico-legais numa população de pacientes internados no Hospital Nacional Ignace-Deen de Conakry.

Este é um estudo transversal e descritivo durante um período de 12 meses, referente a todos os pacientes com fracturas que foram recebidos na Consulta de vitimologia no serviço de medicina legal com um certificado inicial de lesões intencionais e os recebidos no serviço de Otorrinolaringologia por traumatismo do nariz decorrente de uma agressão. As fracturas do nariz representaram 9,44% das consultas, com uma predo-

minância do género masculino de 59,35% (ratio entre géneros: 1,5). A idade média dos pacientes foi de 35 anos, com os extremos de 14 e 60 anos. A via pública foi o principal local onde decorreu a agressão, com 52,03% dos casos e as agressões físicas a principal etiologia, com 88,62% dos casos. As lesões mais frequentemente observadas foram fracturas dos ossos próprios do nariz, com 20,07% dos casos. De acordo com a gravidade da lesão, 66,67% dos pacientes tiveram uma ITT entre 0 e 8 dias.

O traumatismo do nariz é uma condição relativamente frequente do nosso quotidiano. A facilidade no diagnóstico não deve fazer-nos descurar as questões médico-legais associadas a esta patologia.