

ANEXO I

(A que se refere o n.º 1 do artigo 1º)

TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES

INTRODUÇÃO

A indemnização por acidentes de trabalho abrange não só a incapacidade temporária e as prestações em espécie, mas também a incapacidade permanente daí resultante.

A incapacidade permanente é expressa por uma taxa (conhecida como taxa de incapacidade permanente) cuja gradação varia de 1 a 100%. Pode ser parcial (caso em que se chama I. P.P), ou total (quando a taxa atinge 100%). Pode ser revista em caso de alteração do estado da vítima, agravamento ou melhoria.

A taxa de incapacidade permanente é avaliada com base numa escala indicativa de incapacidade.

Esta escala visa fornecer os elementos para estimar os danos resultantes das sequelas de acidentes de trabalho e, eventualmente, doenças profissionais.

1. PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO.

Esta escala é apenas indicativa. As taxas de incapacidade propostas são taxas médias e o médico responsável pela estimativa conserva, quando confrontado com um caso que apresente características especiais, total liberdade para se desviar delas; sendo, então, obrigado a apresentar as razões que o levaram a fazê-lo.

Antes de propor a taxa médica de incapacidade permanente, o médico deve ter em conta os cinco elementos seguintes: a natureza da deficiência, o estado geral, a idade, as faculdades físicas e mentais da vítima, bem como, as suas aptidões e qualificações profissionais.

1.1. A natureza da deficiência.

Representa a deficiência física ou mental da vítima, a diminuição da capacidade que resulta da perda ou alteração dos órgãos ou funções do corpo humano.

Esta escala é utilizada para esta avaliação.

A natureza da deficiência constitui o dado ou dados que o médico tomará como ponto de partida, procedendo a eventuais correções, para mais ou para menos, resultantes dos outros elementos.

1.2. Estado geral.

O médico responsável pela avaliação deve ajustar a taxa resultante da incapacidade de acordo com o estado geral.

As incapacidades prévias não são tidas em conta na estimativa do estado geral, quer resultem de um acidente de trabalho ou de uma doença profissional. Este facto será tido em conta no cálculo da taxa médica.

1.3. Idade.

Pode ser necessário aumentar a taxa teórica atribuída à incapacidade, devido aos obstáculos que as consequências da idade colocam à reabilitação e à reclassificação profissional e às possibilidades de cura.

1.4. Faculdades físicas e mentais.

As taxas médias propostas na presente tabela aplicam-se ao sujeito normal, devendo ser aumentadas se o estado físico ou mental da vítima se afigurar suscetível de ser mais gravemente afetado pelas sequelas do que o de uma pessoa normal.

1.5. Competências e qualificações profissionais.

Este elemento é de natureza médico-social. Quando o médico responsável pela avaliação considera que as sequelas do acidente ou da doença profissional são suscetíveis de conduzir a uma mudança na vida profissional da vítima ou a uma mudança de emprego, cabe-lhe salientar este aspeto que é suscetível de influenciar a avaliação.

2. MÉTODO DE CÁLCULO DA TAXA DE INCAPACIDADE.

"Consolidação" é o momento em que, após o estado transitório constituído pelo período de cuidados, a lesão se fixa e se torna permanente, de tal modo que, o tratamento deixa, em princípio, de ser necessário, exceto para evitar um agravamento e é possível avaliar um certo grau de incapacidade permanente resultante do acidente, sujeito a eventuais recaídas e revisão.

A "recuperação", ou retomada do estado anterior ao acidente, por outro lado, não deixa sequelas funcionais e, portanto, nenhuma incapacidade permanente.

2.1. Sequelas resultantes de lesões isoladas.

Estas sequelas são avaliadas com base na taxa média proposta pela Tabela, que pode ser modificada por estimativas adicionais ou reduzidas resultantes da idade, do estado geral, das faculdades físicas e mentais e das competências e qualificações profissionais.

2.2. Deficiências múltiplas resultantes do mesmo acidente

São enfermidades que envolvem diferentes membros ou órgãos.

Quando as lesões se referem a membros diferentes que afetam a mesma função, as taxas estimadas devem, em princípio, ser adicionadas, exceto em certos casos mencionados na Tabela.

No caso de deficiências múltiplas que não afetem a mesma função, uma das incapacidades deve ser considerada em primeiro lugar. A taxa assim fixada será subtraída de 100 (que representa a capacidade total): obtém-se assim a capacidade restante. Salvo em casos especiais previstos na Tabela, a próxima incapacidade será avaliada por si própria e depois adicionada à capacidade restante.

Exemplo: o mesmo acidente faz com que duas funções diferentes tenham taxas de 10 e 20%, respetivamente.

A taxa global será: $10 + \frac{20 \times (100 - 10)}{100} = 10 + 18 = 28\%$.

100

Esta forma de calcular a incapacidade global resultante de lesões múltiplas é apenas indicativa. O médico responsável pela avaliação pode sempre fazer correções ou adotar outro método de cálculo, desde que justifique a sua avaliação.

2.3. Deficiências prévias.

A avaliação médica da incapacidade deve distinguir entre o que é imputável ao estado anterior e o que é imputável ao acidente. Em princípio, apenas as sequelas imputáveis ao acidente podem ser indemnizadas. No entanto, podem existir ações recíprocas que devem ser avaliadas separadamente.

2.3.1. Uma condição patológica assintomática prévia pode ser revelada no momento do acidente de trabalho ou doença ocupacional, sem que seja agravada pelas sequelas. Este facto não será tido em conta na avaliação da taxa de incapacidade.

2.3.2. Um acidente ou doença profissional pode revelar e agravar uma condição médica anterior. Neste caso, deve ser paga uma indemnização integral pelo agravamento resultante do trauma.

2.3.3. Uma condição médica anterior conhecida antes do acidente é agravada por ele. Uma vez que este estado era conhecido, é possível estimá-lo.

3. REVISÃO.

Com exceção dos casos em que as sequelas são definitivas desde o início, o estado da vítima pode agravar-se ou melhorar espontaneamente ou na sequência de um tratamento médico ou cirúrgico ou de uma adaptação. Por conseguinte, pode ser conveniente efetuar revisões periódicas.

TABELA INDICATIVA

I. MEMBRO SUPERIOR

O membro superior direito é dominante em pessoas destras e o membro superior esquerdo é dominante em pessoas canhotas.

Determinar o hemisfério cerebral dominante nem sempre é fácil. Esta investigação será realizada com base no estudo da preferência gestual: manual, podal ou ocular, que permitirá determinar o carácter destro ou canhoto ou ambidestro do tema examinado.

A ambidestrezza profissional é a regra entre os marceneiros: carpinteiros, marceneiros, etc.

MEMBRO SUPERIOR EXCLUINDO A MÃO

1.1. Amputação:

		Dominante	Não-dominante
Ombro	- Amputação interescapulotorácica.....	95	85
	- Desarticulação do ombro	95	85
Braço	- Para o terço superior.....	95	80
	- Para o terço médio ou inferior.....	90	80
	- Desarticulação do cotovelo	90	80

1.2 Compromisso da função articular:

		Dominante	Não-dominante
Ombro	- Bloqueio do ombro, escápula bloqueada.....	55	45
	- Ombreira, com omoplata móvel	40	30
	- Limitação média de todos os movimentos	20	15
	- Ligeira limitação de todos os movimentos	10 a 15	8 a 10
	- Periartrite dolorosa: aos números indicados acima, dependendo da limitação de movimento, acrescentaremos.....	5	5
	- Formas graves de luxação recorrente do ombro com recorrências frequentes.....	40	30
	- Formas médias de luxação recorrente do ombro com recorrências espaçadas... ..	20	15
	- Formas leves de luxação do ombro.....	10 a 15	8 a 10

Cotovelo	- Bloco de flexo-extensão:		
	Ângulo favorável.....	25	22
	Ângulo adverso (100° a 145° ou 0° a 60°).....	40	35
	- Limitação dos movimentos de flexo-extensão:		
	Movimentos mantidos de 70° a 145°.....	10	8
	Movimentos preservados em torno do ângulo favorável.....	20	15
	Movimentos retidos de 0° a 70°.....	25	22
Pulso	* Bloqueio de pulso:		
	- Em retidão ou extensão, sem afetar a pronossupinação.....	15	10
	- Em flexão sem perturbações significativas da pronossupinação.....	35	30
	*Limitação da prono-supinação de acordo com a posição e importância.....	10 a 15	8 a 12
	(Estas 2 tarifas são adicionais às taxas anteriores)		

1.3 Pseudoartroses e deformidades:

		Dominante	Não-dominante
Clavícula	- Calo deformado, sem compressão nervosa, dependendo do desconforto funcional -----	2 a 5	1 a 3
	- Compressões nervosas (ver sequelas do sistema nervoso periférico)		
	- Pseudartrose -----	5	3
Ombro	- Ombro oscilante (ou balançante) devido à perda extensa de substância óssea, sem sequelas nervosas, além daquelas que -----		

	condicionam o movimento do ombro	70	60
Braço	- Deformidade do braço com atrofia muscular (taxa além de sequelas articulares e nervosas, etc. possivelmente associado)	5 a 10	4 a 8
	- Pseudartrose na diáfise do úmero:		
	Apertada	20	15
	Larga	50	40
	- Encurtamento significativo (mais de 4 centímetros).	5 a 10	4 a 8
Cotovelo	- Cotovelo oscilante (balançante) resultante da perda de substância Osso	55	45

Antebraço	Os dois ossos:		
	- Apertado pseudoartrose	20	15
	- Pseudoartrose solto (antebraço pendurado)	50	40
	Um único osso:		
	- Pseudoartrose apertado do radio	8	6
	- Pseudoartrose solta do radio.....	30	25
	- Pseudoartrose solta da ulna.....	5	4
	- Pseudoartrose apertado da ulna.....	25	20
	- Pseudoartrose solta da ulna.....		
Pulso	- Punho oscilante (balançante), como resultado da perda de substância cárpica	40	25

1.2. Sequelas musculares e tendinosas:

		Dominante	Não-dominante
	- Rutura do deltoide.....	10 a 25	6 a 20
	- Rutura do bíceps (é frequente uma deformação do músculo aquando da contração e uma diminuição da força):	4	3
	- Sequelas ligeiras	12	10
	- Rutura de uma das duas extremidades não reparada.....	25	20
	- Rutura completa da inserção inferior não reparada.....	30 a 70	25 a 60
	- Síndrome de Volkmann: de acordo com a extensão das repercussões na função da mão e de acordo com distúrbios tróficos.....		

2-MÃO

2.1. Amputação

		Dominante	Não-dominante
Mão	- Amputação metacarpal preservando uma paleta carpal.....	70	60
Polegar	- Perda do polegar com o primeiro metacarpo.....	35	30
	- Perda de ambas as falanges.....	28	24
	- Perda da falange ungueal	14	12

Indicador ou Médio	- Três falanges (com ou sem cabeça metacarpal)....	14	12
	- Duas falanges ou apenas a falange ungueal.....	7	6
Dedo anelar	- Três falanges (com ou sem a cabeça do metacarpo).....	6	5
	- Duas falanges ou a falange ungueal.....	3	3
Dedo mínimo	- Três falanges (com ou sem a cabeça do metacarpo)	8	7
	- Duas falanges ou apenas a falange ungueal.....	4	4

2.2. Compromisso da função articular:

		Dominante	Não- dominante
Articulação carpo metacárpica	A lesão da articulação trapézio-metacárpica é, na maioria das vezes, o resultado de lesões combinadas das articulações, dos músculos do 1º espaço interósseo e da pele		
	Bloqueio da coluna vertebral do polegar articular ou extra-articular (sequelas da fratura de Bennett ou Rolando, por exemplo):		
	- Em posição de função (antepulsão e oposição)	14	12
	- Em posição desfavorável (adução, retropulsão)	28	24
	- Luxação carpometacárpica antiga e não reduzida, excluindo o polegar	9 a 12	7 a 10
	- Lesões do carpo propriamente dito, envolvendo sobretudo traumatismos dos ossos semilunar e escafoide.		
	As necessidades da articulação radiolunar têm um impacto direto na função do pulso, e as lesões do escafoide do carpo têm um impacto funcional na mobilidade da coluna lombar..		

Polegar	Articulação metacarpofalângica:		
	- Bloqueio por semi-flexão ou extensão.....	6	4
	- Bloqueio de curvatura total.....	10	8
	- Frouxidão articular devido a rutura ou luxação antiga do polegar não reduzida	15	12
	Articulação interfalângica:		
	- Bloqueio de curvatura total.....	10	8
Outros dedos	- Bloqueio de semi-flexão ou extensão ou luxação antiga não reduzida.....	6	4
	O nível de incapacidade será determinado de acordo com a gravidade da rigidez.		
	- Indicador.....	7 a 14	6 a 12
	- Anular e medial	4 a 6	3 a 5
	- Dedo mindinho.....	4 a 8	3 a 6
	A destruição ou alteração do aparelho ungueal será avaliada em função da dificuldade em agarrar (ou de prensão).		

2.3. Pseudartrose e deformidades:

		Dominante	Não-dominante
Metacarpo	- Calo saliente causando desconforto funcional....	2 a 4	2 a 4
	As pseudodartroses ou más uniões dos metacarpos e falanges serão avaliadas de acordo com o impacto no funcionamento global da mão.		

2.4 Osteíte e osteomielite:

Para além das sequelas:

Fístula única persistente.....10

Fístula persistente com deformação óssea.....10 a 25

II. MEMBRO INFERIOR

1. Amputação:

Coxa	* Perda de ambos os membros inferiores.....	100
	* Amputação inter-ilio-abdominal	100
	- Desarticulação da anca	100
	- Amputação intertrocantérica	100
	- Amputação subtrocantérica	100
	- Amputação do terço médio ou inferior.....	80
Joelho	-Desarticulação.....	80
Perna	- Amputação do terço superior.....	70
	- Amputação do terço médio ou inferior.....	70
Tornozelo	- Desarticulação tibiotarsal.....	50
	- Amputação do pé, com preservação da parte posterior do calcâneo com bom apoio do calcânhar (com movimento satisfatório do pé e sem inclinação em varo).....	40
Pé	- Desarticulação, médico-tarsal de Chopart.....	45
	- Amputação transmetatarsal do antepé	30

<p>Dedos dos pés</p>	<p>A amputação dos dedos dos pés é especialmente importante, quando é o 1º dedo, ou vários dedos vizinhos.</p> <p>- Perda de 5 dedos..... 25</p> <p>Primeiro dedo do pé:</p> <p>- Ambas as falanges com o metatarso..... 20</p> <p>- As duas falanges 12</p> <p>- Falange distal 5</p> <p>Outros dedos:</p> <p>- Amputação de um dedo do pé..... 2</p> <p>- 2º ou 5º dedo do pé com o metatarso..... 10</p> <p>- 3º ou 4º dedo do pé com o metatarso..... 5</p> <p>A incapacidade resultante da perda de múltiplos dedos dos pés será avaliada estimando a perda de cada dedo do pé separadamente, e somando. A taxa global não pode exceder a taxa definida para amputação de todos os dedos.</p>	

2. DEFICIÊNCIAS DA FUNÇÃO ARTICULAR:

Sínfise púbica	- Disjunção (dependendo da diástase, dificuldade de andar, impossibilidade de esforço, possível dor, não levando em conta as repercussões sacroilíacas).....	10 a 20
Articulações sacroilíacas	- Diástase (causando mobilidade anormal do sacro, com repercussões na marcha, agachamento impossível, sacralgia).....	45
	- Artropatias sacroilíacas dolorosas crônicas de origem traumática.....	15
Anca	- Bloqueio em retidão (posição mais favorável)	55
	- Bloqueio em posição incorreta (flexão, adução, rotação de abdução).....	70
	- Bloqueio dos dois quadris.....	100
	Limitação do movimento da anca	
	- Movimentos favoráveis.....	10 a 25
	- Movimento muito limitado.....	25 a 40
	Bloqueio do joelho:	
	- Retidão (posição favorável).....	30
	- De 5° a 25°.....	35
	- De 25° a 50°.....	40
	- De 50° a 80°.....	50
	- Acima de 80°.....	60
	Desvio de valgo ou varo: adicional (a soma das taxas não pode ultrapassar a taxa prevista para amputação do terço inferior da coxa).....	10 a 15
	Limitação do movimento do joelho:	
	- Défice de extensão de 5° para 25°.....	5
	- Défice de extensão de 25°	15

Joelho	- Défice de extensão de 45°.....	30
	- A flexão não pode ser feita além de 110°.....	5
	- A flexão não pode ser realizada para além dos 90°.....	15
	- A flexão não pode ser efetuada para além dos 45°.....	25
	Movimentos anormais:	
	- Resultante da frouxidão ligamentar (líteral, gaveta, etc.).....	5 a 35
	- Bloqueio intermitente ou deslizamento devido a sinais objetivos clínicos (incluindo atrofia muscular, osteoartrite e sinais paraclínicos).....	5 a 15
	* Estas taxas podem ser adicionadas às concedidas para outras deficiências funcionais do joelho.	
	- Articulação esférica anormalmente móvel (devido à rutura da barbatans patelar).....	10
	- Luxação recorrente.....	15
- Patelectomia	5	
A esta taxa devem acrescentar-se as outras taxas fixadas para a obtenção da proteção funcional do joelho.		

Joelho	Hidartrose crônica.	
	- Ligeira.....	5
	- Recorrente, levando a atrofia muscular acentuada..	15
Corpos estranhos traumáticos (A avaliar de acordo com as perdas funcionais e os bloqueios observados).		

Pé	Articulação tibiotarsal:	
	-	
	- - Bloqueio do tornozelo na posição correta (ângulo reto), mantendo a mobilidade das outras articulações do pé.....	15
	- Em boa posição, mas com perda de mobilidade das outras articulações do pé.....	20 a 35
	- Bloqueio do tornozelo, pé em declive.....	25
	- Bloqueio do tornozelo, pronunciado pé equino.....	20 a 35
	- Deflexão em varo: em adição.....	15
	- O desvio de Valgus: em adição.....	10
	Limitação do movimento do tornozelo:	
	- Na direção ântero-posterior, o pé mantendo um ângulo de mobilidade favorável (15° em cada lado do ângulo direito).....	5
	- A diástase tibioperoneal é importante por si só.....	12
	- Deflexão em varo também.....	15
	- O desvio de Valgus também.....	10
	Articulações subtalares e tarsometatarsais: São responsáveis pela abdução (lateralidade externa até 20°), adução (lateralidade interna, até 30°), pronação (sola do pé voltada para fora) e supinação (sola do pé voltada para dentro).	
	- Bloqueio ou limitação da parte média do pé.....	15
	Articulação metatarsofalângica:	
	Permitem que os dedos dos pés se flexionem e se estendam num ângulo de cerca de 90°, o mais importante dos quais é o primeiro, dada a importância do dedão do pé na função de apoio e prensão na	

	locomoção.	
	Bloqueio isolado desta única articulação:	
	- Dedão do pé:	5
	Em retidão (boa posição).....	10
	Em má posição.....	
	- Outros dedos:	2
	Em retidão.....	4
	Em má posição.....	
	Limitação de movimentos:	
	- Dedão do pé.....	2 a 4
	- Outros dedos dos pés	1 a 4
	 A articulação interfalângica por si só é importante, na função de locomoção, o interfange do dedão do pé.	
	- Bloqueio interfalângico do dedão do pé.....	3
	- Limitação dos seus movimentos.....	1

Pseudartrose, deformidades e encurtamentos:

Coxa	- Angulação, deformação, dependendo do impacto na marcha.....	10 a 30
	- Pseudartrose do fêmur.....	70
Joelho	- Ressecção do joelho após pseudoartrose.....	50
	- Joelho oscilante.....	60
Perna	- Angulação, deformação da baioneta, etc., de acordo com o Impacto na marcha.....	5 a 25
	- Pseudoartrose da tíbia ou de ambos os ossos.....	70
Pé	- Colapso do arco do pé	5 a 15
	- Pés cavos pós-traumáticos.....	5 a 10
	- Exostose subcalcânea	15
	- Calo vicioso, exuberante. Dependendo do impacto na marcha	5 a 15
<p>Encurtamento.</p> <p>A taxa avaliada para encurtamento pós-traumático será adicionada às outras taxas que podem ter sido estimadas para outras sequelas.</p>		
- Menos de 2 cm		0
- 2 a 3 cm		2 a 4
- Desde 4 cm		9
- Desde 5 cm		15
- Desde 6 cm		18
- 7 cm		21
- 8 cm		24
- Desde 9 cm		27
- Desde 10 cm		30
<p>O encurtamento deve ser sempre cuidadosamente medido entre pontos ósseos (por exemplo: espinha ilíaca ântero-superior - maléolo interno).</p>		

3. Sequelas musculares e tendinosas:

- Rutura muscular completa (tríceps, adutores, etc.)	10 a 15
- Doença de Pellegrini Stieda (a avaliar de acordo com as sequelas funcionais)	
- Rutura do tendão patelar ou quadricipital:	
Não reparado.....	30
Reparado (a avaliar de acordo com o défice funcional residual do joelho).	
- Rutura de uma barbatana patelar, com mobilidade anormal da patela.....	15
- Rutura do tendão de Aquiles:	
Não reparado.....	30
Reparado (a avaliar de acordo com a limitação dos movimentos do tornozelo e atrofia da panturrilha).	
- Rutura peronial lateral:	
Completo.....	20
Incompleto.....	10
- Luxação dos tendões peroniais (sendo demonstrada a origem traumática).....	10

4. Osteíte e Osteomielite:

(Para além de outras sequelas)	
- Fístula única persistente	10
- Fístulas múltiplas persistentes, com deformidade óssea resistente à cura cirúrgica.....	15 a 25

III. COLUNA VERTEBRAL

<p>Coluna cervical</p>	<p>A flexão para frente leva o queixo ao esterno: hipertensão: 45°; rotações direita e esquerda: 70°; Inclinações direita e esquerda (a orelha toca o ombro): 45° .</p> <p>Persistência da dor e desconforto funcional, independentemente de existirem ou não sequelas de fratura de uma peça vertebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discreto..... - Importante..... - Sequelas anatómicas e funcionais muito importantes..... <p>A estas taxas podem acrescentar-se as taxas fixadas para as sequelas neurológicas que possam coexistir.</p>	<p>5 a 15</p> <p>15 a 30</p> <p>40 a 50</p>
<p>Coluna dorso-lombar</p>	<p>É a observação da flexão que dá a melhor informação sobre a rigidez lombar. O teste de Schober pode ser útil: os pontos de referência são desenhados em três níveis diferentes da coluna lombar (junção lombossacral, 5 cm mais baixo e 10 cm mais alto), a distância entre os pontos superior e inferior é medida durante a flexão anterior extrema, normalmente o estiramento deve exceder 5 cm. Qualquer redução desta distância para menos de 5 cm atesta uma rigidez lombar real.</p> <p>Persistência da dor em particular e desconforto funcional (quer haja ou não sequelas de fraturas):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discreta..... - Importante..... - Sequelas funcionais e anatómicas muito 	<p>5 a 15</p> <p>15 a 25</p>

	importantes..... - A estas taxas podem acrescentar-se as taxas estimadas para sequelas nervosas coexistentes.	25 a 40
Sacro; Cóccix	As fraturas do sacro geralmente deixam poucas sequelas. No entanto, pode haver algum desconforto com os movimentos do tronco, dor ao sentar-se ou desconforto mais ou menos significativo ao usar a bicicleta: - Sacro..... - Coccídeo: com aperto ao agachar, dor ao sentar-se, etc.....	5 a 15 5 a 15

IV. CRÂNIO E SISTEMA NERVOSO

1. Sequelas ósseas

Depressão craniana persistente, dependendo da localização (e conforme o grau de depressão da tábua interna):	
- 1/2 centímetro	2
- 1 centímetro	5
- Mais de 1 centímetro	10
Perda óssea (com pulsações durais e impulso de tosse):	
- Diâmetro: 3 centímetros	2
- De 4 a 9 centímetros	20 a 40
- 10 centímetros	40 a 60
- Perda de substância reparada por plastia, mal tolerada: a taxa será avaliada dependendo da extensão das perturbações funcionais.	

As sequelas da trepanação já não dão origem, por si só, a uma compensação, mesmo que existam quatro ou cinco furos, exceto em caso de cicatrizes dolorosas.

- Retalho cicatrizado em má posição.....

Corpo estranho intracraniano:

Quando leva a perturbações funcionais, a taxa de incapacidade deve ser fixada atendendo a estas perturbações (hemiplegia, afasia, perturbações endócrinas, ou condições neurológicas diversas).

5 a 10

2. Sequelas nervosas:

As incapacidades resultantes de danos neurológicos serão avaliadas não com base na lesão inicial em si, mas com base nas sequelas que reduzem a atividade da pessoa em causa.

O exame clínico neurológico incidirá sobre:

*** Perturbações motoras:**

- Limitação total ou parcial dos movimentos voluntários;
- Perturbação tonal;
- Distúrbio do movimento associado à coordenação;
- Movimentos involuntários (tremor, movimentos atetósicos ou córicos, etc.);
- Acinesia ou discinesia;
- Ataxia, etc.

*** Perturbações sensoriais:**

- Anestesia;
- Dor, disestesia;
- Astereognosia;

- Perda do sentido de posição e comprometimento da sensibilidade discriminativa;
- Parestesias, etc.

Se for caso disso, o exame clínico deve ser complementado por outros exames como: eletroencefalograma, exame oftalmológico, exame otovestibular, exame neurorradiológico, aparelho de ultrassom, T.D.M., etc. etc.

2.1. Sequelas específicas do crânio e cérebro:

1.1.1. Síndrome pós-concussão de trauma no crânio:

Os doentes com traumatismo crânio-encefálico queixam-se frequentemente de uma variedade de perturbações conhecidas como “síndrome subjetiva”. A conclusão pela existência de tal síndrome deve ser feita com precaução. Só deve ser admitida essa existência se tiver havido um traumatismo craniano ou uma concussão cerebral através do eixo cerebral, mais particularmente da coluna cervical.

Esta síndrome manifesta-se por dores de cabeça, tonturas ou sensação de instabilidade, dificuldade de concentração intelectual e na associação de ideias. A vítima também pode apresentar fadiga intelectual ao ler (por heteroforia), distúrbios amnésicos relacionados com eventos recentes, uma mudança de humor e caráter e distúrbios do sono.

Durante o interrogatório, a pessoa lesada deve ser levada a especificar os sinais de que se queixa e a descrevê-los. No entanto, o médico deve evitar “dirigir” o interrogatório com perguntas que possam conduzir a respostas.

-Síndrome subjetiva pós-concussão.....5 a 20

As taxas inerentes às sequelas neurológicas não devem ser adicionadas à taxa de síndrome pós-concussão, sem que estas sejam individualizadas e objetivadas por possíveis exames paraclínicos: exames oftalmológicos e otorrinolaringológicos, ECG, tomografia computadorizada, etc.

2.1.2. Síndrome cérvico-cefálica:

Pode ser acompanhada por vertigem posicional com obnubilação visual, "arnoldagia", ponto de Erb, contratura do trapézio, endireitamento da lordose cervical fisiológica, limitação mais ou menos dolorosa da mobilidade do pescoço.

-Síndrome isolada.....5 a 15

-Síndrome associada a uma síndrome pós-concussão, a taxa global não excederá 25.

2.1.3. Epilepsia:

As sequelas epiléticas serão quantificadas de acordo com a frequência das crises, sendo o tratamento seguido regularmente. A maioria das epilepsias pode ser controlada com medicação apropriada. Se as convulsões ocorrerem após o final do primeiro ano, a relação com o trauma será estabelecida ou não, após um exame minucioso da pessoa lesada.

O médico responsável pela avaliação tomará nota do tratamento seguido e, em todos os casos, solicitará um eletroencefalograma, caso ainda não tenha sido realizado. Se necessário, ele pedirá hospitalização para check-ups.

Epilepsia generalizada	
- Epilepsia ligeira: controlada pelo tratamento e compatível com a atividade profissional habitual.....	10 a 15
- Epilepsia mal controlada pelo tratamento com convulsões frequentes e distúrbios comportamentais possivelmente associados, requerendo precauções especiais no trabalho: Neste caso, a necessidade de uma mudança de profissão ou cargo deve ser particularmente destacada.....	30 a 70
- Epilepsia não controlada com convulsões frequentes que requerem monitorização do indivíduo e impossibilitam qualquer atividade	100

Epilepsia focal:

- a) Controlável com terapêutica10-15
- b) Dificilmente controlável com terapêutica 16-40

2.1.1. Síndromes de Parkinson:

Três etiologias são possíveis:

- Lesão cerebral por um corpo estranho que afeta os gânglios da base (excepcional);
- Traumatismo crânio-encefálico;
- Origem tóxica (monóxido de carbono, dióxido de manganês, etc.).

Para as três formas, a taxa terá em conta a gravidade e a natureza unilateral ou bilateral:	
- Síndrome parkinsoniana ligeira, que responde bem ao tratamento....	10 a 20
- Síndrome mais pronunciada, com desconforto apreciável.....	20 a 40
- Síndrome de significativa.....	40 a 90
- Síndrome que exclui qualquer possibilidade de atividade	100

2.1.2. Torcicolo espasmódico, pós-traumático.....10 a 20

2.1.3. Tremor voluntário de atitude pós-traumática, geralmente unilateral:

- Dominante.....30 a 60
- Não-dominante.....20 a 40

2.1.4. Síndrome cerebelar:

Lesão ou comprometimento bilateral:		
- Lesão cerebelar global incompatível com uma atividade profissional.....		100
- Comprometimento bilateral, mas incompleto.....		60 a 80
- Comprometimento bilateral ligeiro com pouca perturbação da marcha e alguma falta de movimentos.....		30 a 50
Lesão ou comprometimento unilateral:	Dominante	Não-dominante
- Completa.....	80	75
- Média.....	30 a 70	25 a 65
- Ligeira.....	10 a 25	10 a 20
Disartria:		
- Ligeira.....		5 a 15
- Importante.....		15 a 60

2.1.5. Comprometimento da função da linguagem:

Comprometimento completo da expressão verbal:	
A pessoa lesada não conseguir comunicar com os outros, exprimindo os seus pensamentos ou compreendendo o que lhe foi dito.....	100

2.1.6. Nervos cranianos:

Sequelas resultantes do comprometimento do trigêmeo	
* <u>Sequelas sensoriais:</u>	
. Anestesia simples e indolor	5 a 10
. Neuralgia intensa e persistente.....	10 a 60
* <u>Sequelas motoras:</u>	
Envolvem a mastigação, a fala e a deglutição	
. Comprometimentounilateral.....	5
. Comprometimento bilateral.....	20 a 30
Sequelas resultantes de danos do facial	
* <u>Perturbações sensoriais:</u>	
Os distúrbios sensoriais não resultam em qualquer incapacidade funcional	
* <u>Perturbações motoras:</u>	
. Paralisia periférica total e permanente.....	20 a 30
. Paralisia periférica parcial e permanente.....	10 a 30
. Paralisia bilateral dependendo da intensidade e estado das reações elétricas.....	20 a 30
. Contratura pós-paralítica ou hemiespasmofacial, dependendo da deformidade facial	10 a 20
Sequelas resultantes do envolvimento glossofaríngeo	
. Paralisia unilateral (falsa via)	10
. Paralisia bilateral (excepcional).....	20

<p>Sequelas resultantes da lesão da coluna vertebral</p> <p>A lesão de um nervo espinal pode causar atrofia do trapézio e esternocleidomastóideo (queda do ombro, fraqueza da mão unilateral)</p> <p>. Dependendo do desconforto causado na atividade da pessoa lesada e do lado afetado.....</p>	<p>15 a 30</p>
--	----------------

As lesões dos outros nervos cranianos são abordadas nos capítulos relativos às funções em que estão envolvidos (nomeadamente os órgãos dos sentidos).

Em caso de e lesão simultânea de vários nervos cranianos, os níveis serão avaliados de acordo com o grau das perturbações funcionais globais, mas a soma das taxas não pode exceder 100%.

2.1.7. Sequelas psiconeuróticas:

- Na maioria dos casos, estes distúrbios são sequências de lesões cerebrais difusas. Regra geral, as pessoas lesadas apresentaram um coma mais ou menos prolongado e geralmente apresentavam distúrbios da consciência.....30 a 100

- Síndrome psiquiátrica pós-traumática
.....
20 a 100

- Neuroses pós-traumáticas
.....
20 a 40

2.2. Sequelas resultantes do comprometimento difuso do hemisfério ou do tronco cerebral:

- Grande indiferença, passividade, falta de capacidade de resposta. Esta situação é secundária a um coma prolongado com reanimação respiratória	100
- O sujeito tem uma aparência normal, mas apresenta graves perturbações de atenção e julgamento; a sua atividade é reduzida	40 a 80
- Distúrbios amnésicos com uma diminuição considerável da afetividade, por vezes observa-se uma euforia paradoxal ou, pelo contrário, um estado de depressão.....	30 a 80

2.3. Sequelas específicas da lesão medular:

a. Síndromes atróficas:

* No membro superior:

	Dominante	Não Dominante
- Comprometimento predominantemente proximal da cintura escapular e do braço, sem impacto na função da mão.....	20 a 40	20 a 35
- Comprometimento predominantemente distal que afeta a função da mão ou do antebraço.....	30 a 70	30 a 60
- Comprometimento completo com impotência total de um membro superior.....	90	80

* No membro inferior:

- Comprometimento predominantemente proximal da cintura pélvica, sem impacto na função do pé.....	40 a 50
- Comprometimento predominante dos músculos da coxa.....	20 a 40
- Comprometimento predominantemente distal que afeta a função do pé e da perna.....	25 a 50
- Envolvimento completo com impotência absoluta de um membro inferior.....	75

b. Doenças do esfíncter e genitais:

Retenção e incontinência de urina (consultar o aparelho geniturinário).

Problemas da defecação: se os problemas puderem ser corrigidos pelas terapias usuais de evacuação retal, não há razão para considerar a incapacidade parcial para o trabalho.

- . - Retenção persistente, que conduz a sintomas de coprostase.....	10
- Incontinência incompleta	10 a 25
- Incontinência completa	70
- Perturbações genitais, abolição de ereções ou diminuição considerável, não permitindo relações sexuais.....	10 a 20
- A síndrome da cauda equina é mais ou menos acentuada, dependendo do esfíncter associado e perturbações genitais.....	30 a 50

b. Perturbações sensoriais:

* Quase nunca estão isoladas e acompanham sequelas motoras, que podem agravar-se. A anestesia de uma mão equivale à paralisia parcial. A perda de sensibilidade leva à perda de precisão e controlo da forma do gesto.

Por conseguinte, a deficiência será avaliada como um todo. No caso de perturbações sensoriais isoladas, será tida em conta a sua repercussão na utilização do membro em questão.

* Dor espinotalâmica:

. Dor ardente permanente unilateral de extensão variável, agravada por fricção e emoções.....20 a 60
- Com impotência total de um membro.....80

2.5. Sequelas do sistema nervoso periférico:

As taxas de incapacidade indicadas aplicam-se à paralisia total, completa e permanente.

. Em caso de paralisia incompleta, paresia ou simples fraqueza muscular, a taxa de incapacidade é naturalmente reduzida na mesma proporção.

Estima-se, geralmente, que existem seis graus de força muscular:

- 0: sem contrações visíveis, mas sem deslocamento;
- 1: início da contração visível, mas não causando nenhum deslocamento;
- 2: movimento ativo possível, após eliminação da gravidade;
- 3: movimento ativo possível contra gravidade e resistência;
- 4: movimento ativo possível contra gravidade e resistência;
- 5: Força normal.

As infrações correspondentes aos graus 0, 1, 2 e 3 implicarão a aplicação da taxa integral. Para o nível 4, a taxa será reduzida de 25% a 50% do seu valor.

a.Membro superior:

	Dominante	Não-dominante
- Paralisia total do membro superior (graus 0, 1, 2 e 3).....	90	80
Plexo braquial:		
- Paralisia radicular superior tipo Duchenne-Erb (deltoide, supraespinal, bíceps, braquial anterior, coraco-branquial, supinador longo e às vezes subespinal, supinador curto e hemidiafragma subescapular) (graus 0, 1, 2 e 3).....	55	45
- Paralisia radicular inferior, tipo Dejerine-klumpke (flexores dos dedos e músculos das mãos) (graus 0,1, 2 e 3)	65	65
- Paralisia isolada do nervo subescapular (grau acentuado) 0,1, 2 e 3)	10	5
- Paralisia do nervo circunflexo (deltoide, redondo menor) (graus 0,1,2 e 3).....	35	30
- Paralisia do nervo musculocutâneo (bíceps, braquial anterior). A flexão do antebraço no braço permanece possível pela ação do supinador longo (graus 0, 1, 2 e 3).....	25	20
Paralisia do nervo mediano:		
a- No braço: (pronador redondo, flexor comum superficial, palmar maior e menor, cabeças externas do flexor comum profundo, flexor longo do polegar, pronador quadrado, abdutor curto e opositor do polegar. 2 primeiras minhocas) (grau 0, 2 e 3).....		
b- No pulso: (afeta apenas os músculos da mão elencados acima (graus 0, 1, 2 e 3).....	55	45
	45	35

Paralisia do nervo ulnar:		
a- No braço: (ulna anterior, cabeças internas do flexor comum profundo, músculos hipotenares e interósseos, dois lombares internos, adutores do polegar e cabeça interna do seu flexor curto) (graus 0, 1, 2 e 3)	45	35
b- No pulso: (ou músculos da mão acima, garra ulnar) (graus 0, 1, 2 e 3)	35	25
Paralisia do nervo radial:		
a- Acima do cotovelo: (tríceps braquial, ancónea, supinador longo, 1º 2º radial, supinador curto, extensor comum e extensor próprio do polegar, dedo indicador, dedo mínimo, ulna posterior) (grau 0, 1, 2 e 3).....		45
b- Abaixo do cotovelo: os mesmos músculos, exceto tríceps e supinador longo (graus 0, 1, 2 e 3)	55	35
	45	

b. Membro inferior:

- Paralisia total de um membro inferior (graus 0, 1, 2 e 3), flácido	75
- Paralisia completa do nervo ciático (semitendinoso, semimembranoso, bíceps femoral, parte do adutor maior, unido pelos músculos inervados pela ciática poplítea externa e pela ciática poplítea medial). Ver também, "Membro inferior", sequelas vasculares e nervosas (graus 0, 1, 2 e 3).....	60
- Paralisia do nervo ciático poplíteo externo (isquiotibiais anteriores, extensor próprio do dedão do pé, extensor comum, peroneal lateral longo e curto, pedioso) (grau 0,1, 2 e 3)	30
- Paralisia do nervo ciático poplíteo interno (poplíteo, gêmeos, soleus, plantar pequeno, perna posterior, flexor comum, flexor longo do primeiro dedo, todos os músculos plantares) (grau 0,1, 2 e 3)	30
- Paralisia do nervo crural (quadríceps) (graus 0, 1, 2 e 3)	40
- Paralisia do nervo obturador (pectíneo obturador externo, adutor) (graus 0,1, 2 e 3)	15

c. Neuralgia

ciática:

Para neuralgia ciática, I. P.P será avaliado de acordo com as perturbações funcionais observadas (ver Capítulo III: "Coluna vertebral").

2.6. Síndromes algodistróficas:

a. Algodistrofia do membro superior:

- Dependendo da intensidade da dor, distúrbios tróficos e comprometimento articular:	
. Forma menor sem distúrbios tróficos significativos, sem perturbações neurológicas e sem significado.....	10 a 20
. Forma grave com impotência e perturbações tróficas sem distúrbios neurológicos objetivos, dependendo da sua gravidade.....	30 a 50
. Forma com distúrbios neurológicos (ver o capítulo correspondente).	

b. Algodistrofia do membro inferior:

- Dependendo da intensidade da dor, perturbações tróficas e desconforto ao caminhar.....	10 a 30
. Forma menor sem perturbações tróficas significativas, perturbações neurológicas e sem importância.....	10 a 20
. Forma grave com impotência e perturbações tróficas sem complicações neurológicas objetivas, dependendo da sua gravidade.....	30 a 50

V. OTORRINOLARINGOLOGIA

1. NARIZ:

1.1. Estenose nasal:

Estenose unilateral:	- Diminuição simples do calibre da narina ou cavidade nasal.....	2
	- Crostas, nasofaringite.....	4
	- Estenose total com repercussões tubotimpânicas ou sinusais, sem sinusite supurativa...	6 a 10
Estenose bilateral:	- Diminuição da permeabilidade não superior a um terço da permeabilidade fisiológica.....	4
	- Diminuição mais pronunciada com crostas, nasofaringite, etc.....	8
	- Estenose apertada com respiração exclusivamente bucal e perturbações à distância.....	15 a 20
	- Perturbações funcionais que resultam em perturbação bilateral intermitente da permeabilidade nasal.....	4 a 6

1.2. Perfuração do septo nasal:

Em geral, não resulta em incapacidade. No entanto, fenômenos irritativos podem ocorrer em torno da perfuração.

- Acompanhado por fenômenos irritativos 3

1.3. Rinite crostosa: (após perda extensa de tecido endonasal)

- Unilateral 4

- Bilateral 8

1.4. Distúrbios olfativos:

- Anosmia e vários distúrbios olfativos.....5 a 8

1.5. Distúrbios estéticos por mutilação nasal ou deformidade:

- Deformação da pirâmide nasal, pós-traumática, dependendo da dificuldade respiratória, desfiguração.....5 a 20

2. SEIO

2.1. Sinusite maxilar crônica:

- Unilateral.....5 a 8
- Bilateral.....10 a 13

2.2. Sinusite fronto-etmoidal ou esfenoidal:

- Sinusite unilateral.....15 a 20
- Sinusite bilateral.....25 a 30

2.3. Cranio-Hidrorréia (ver "Neurologia"):

- -Cranio-hidrorréia não complicada.....30
- Cranio-hidrorreia complicada por meningite recorrente.....60

3. FARINGE:

- Dificuldade em engolir devido ao estreitamento.....5 a 35

4. LARINGE:

4.1. Perturbações vocais:

- Disfonia isolada.....5 a 8
- Afonia sem dispneia.....30

4.2. Doenças respiratórias:

- Traqueostomia sem usar cânula.....50
- Traqueostomia com cânula.....80

5. OUVIDOS:

5.1. Tonturas e distúrbios do equilíbrio:

- Vertigens sem sinais labirínticos objetivos, mas com lesões cocleares ligeiras sob a forma de escotomas de alta intensidade, indicando uma concussão labiríntica ligeira.....	5
- Tonturas acompanhadas de sinais labirínticos objetivos, como nistagmo espontâneo ou posicional, ou assimetria nas respostas. Necessidade de certas restrições em atividade profissional e privada.....	10 a 15
- Tontura vestibular durante eventos com inexcitabilidade unilateral.....	
- Tonturas com inexcitabilidade bilateral.....	20
- A surdez será calculada separadamente.	25

3.1. Surdez:

O I. P.P é uma função da percepção da voz conversacional. Será avaliado levando em consideração dados acumétricos (voz alta, voz sussurrada, relógio, diapasão), exames audiométricos e, possivelmente, audição após prótese.

É necessário prestar atenção à frequência da simulação e ao exagero das alterações auditivas. Rastreá-los nem sempre é fácil. Por isso, por vezes, teremos de repetir os chamados testes de "sinceridade".

OUVIDO SURDO

OUVIDO NORMAL OU MENOS SURDO	Voz Alta									
	Distância de percepção em metros			5	4	2	0,25	contacto	Não percebido	
	Voz sussurrada									
	Distância de percepção em metros			0,80	0,50	0,25	0,10 contacto	Não percebido		
		Perda auditiva em decibéis	0 a 25	25 a 35	35 a 45	45 a 55	55 a 65	65 a 80	80 a 90	
	5	0,80	0 a 25	0	3	5	8	12	15	20
	4		25 a 35	3	8	12	15	20	25	30
	2	0,50	35 a 45	5	12	18	24	30	35	40
	0,25	0,25	45 a 55	8	15	24	35	40	45	50
	contacto	Contato	55 a 65	12	20	30	40	50	60	60
Não percebido	Não percebido	65 a 80	15	25	35	45	60	70	70	
		80 a 90	20	30	40	50	60	70	70	

5.2. Zumbido:

- Zumbido que interfere com o sono, acompanhando uma diminuição da acuidade auditiva.....2 a 5

5.3. Ouvido Médio:

- Perfuração do tímpano, pós-traumática, sem supuração	3 a 5
- Otorreia crônica:	
-	
- Tubária unilateral.....	3 a 5
- Supuração crônica unilateral.....	5 a 10
- Supurativa crônica bilateral	5 a 15

5.4. Orelha externa:

* Estenose do canal auditivo externo que provoca uma retenção na parte posterior do canal ou uma obstrução frequente, sem surdez.	
- Unilateral.....	2 a 3
- Bilateral.....	3 a 6
* Estenose muito acentuada que leva à surdez: a perda auditiva deve ser calculada, levando em consideração as possibilidades de próteses auditivas	
* Deformidade, cicatriz ou amputação do pavilhão auricular, dependendo da extensão da mutilação.....	2 a 10

VI. OFTALMOLOGIA

1. COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO VISUAL:

1.1. Cegueira:

- Cegueira total (com assistência de terceiros).....100
- Hipovisão – de acordo com a tabela atual ou baixa visão

1.2. Escotoma central bilateral:

- Com preservação dos campos visuais periféricos de acordo com a natureza da atividade.....50 a 90

1.3. Perda completa de visão num olho (estando o outro normal):

- Perda de visão num olho, sem deformidade aparente.....30
- Remoção ou alteração do globo ocular com possibilidade de prótese33
- Sem prótese possível40

1.4. Escotoma central unilateral:

- Sem perda de campo visual periférico.....15 a 18
- Com perda de campo visual periférico.....30

1.5. Diminuição da visão em ambos os olhos:

O grau de visão será avaliado de acordo com a correção ótica (ver a tabela no final do capítulo Visão Periférica – Campos Visuais:

a- Intervalo unilateral do campo visual:

- Défice das ilhotas (localização central ou periférica, temporal ou nasal, superior ou inferior)	5 a 15
- Estreitamento substancialmente concêntrico do campo visual (taxa a adicionar à possivelmente atribuída à diminuição da acuidade visual central)	
A 30°	
- Um olho	3 a 5
- Ambos os olhos	5 a 20
Menos de 10°:	
- Um olho	10 a 15
- Ambos os olhos	70 a 80

Escotomas centrais:

- Apenas um olho (dependendo do grau de visão).....15 a 20
- Ambos os olhos (dependendo do grau de visão).....50 a 90

b- Hemianopsia:

* Hemianopsia com preservação da visão central:																													
- Homónima (à direita ou à esquerda).....		30 a 35																											
- Heterónima binasal.....		15 a 20																											
- Heterónima bitemporal		40 a 80																											
- Horizontal Superior		10 a 15																											
- Horizontal Inferior		30 a 50																											
* As quadranópsias podem ser avaliadas atribuindo a cada quadrante um valor proporcional para OD e OE																													
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O.D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">O.E</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tempo</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: left;">Nariz</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ral</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">15</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="text-align: left;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">direito:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: left;">15</td> </tr> </table>		O.D		O.E		Tempo	5		2	Nariz	ral	15		8	8	direito:				15	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">Temporal</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">15</td> <td style="text-align: right;">esquerdo</td> </tr> </table>	2		5	Temporal	8		15	esquerdo
	O.D		O.E																										
Tempo	5		2	Nariz																									
ral	15		8	8																									
direito:				15																									
2		5	Temporal																										
8		15	esquerdo																										

c- Escotomas paracentrais hemianópticos:

Apesar de respeitarem a visão central com que são nivelados pelo seu limite, podem ser muito irritantes quando têm a forma:

Escotoma paracentral

bitemporal.....10 a 15

Escotoma hemianóptico lateral direito que dificulta a

leitura.....10 a 30

Hemianopsia com perda da visão central: unilateral ou bilateral (adicionar a estas taxas a indicada na tabela abaixo, mas o total não pode exceder 100)

1.6. Visão binocular:

O desequilíbrio na função que permite que ambos os olhos olhem para o mesmo objeto resulta em diplopia persistente que não é melhorada pelo tratamento..... 5

1.7. Distúrbios do sentido cromático e da luz:

Perturbações raras de origem traumática isolada, normalmente associadas a lesões do sistema nervoso sensorial. Avaliar no contexto da incapacidade global.

1.8. Casos especiais:

1.8.1. **Manchas de córnea:**

Avaliação conforme a tabela de avaliação da acuidade visual, atenuando de acordo com a conservação do campo periférico.

1.8.2. **Mancha central:**

A visão diminui com estreitamento pupilar se estreita: (trabalho com luz total, trabalho de perto). Em caso de fotofobia com encandeamento do outro olho, acrescentar + 5%.

- Paralisia do Acomodamento e do esfíncter irial:

- Oftalmoplegia interna unilateral	10
- Bilateral.....	20
- Midríase isolada Unilateral.....	5
- Midríase isolada Bilateral.....	10

1.9. Catarata Traumática ou Ocupacional

1.9.1. **Unilateral:**

Não operada / inoperável: avaliar conforme o grau de visão.

Operada / reabsorvida: se a visão corrigida for igual ou inferior ao olho sem catarata, acrescentar + 10% (máximo 20%).

1.9.2. **Bilateral:**

A afaquia bilateral tem uma taxa base de 20%, somando-se a incapacidade por diminuição da visão central (máximo de 100%).

Outros Casos: hipertonia ocular, deslocação do cristalino, hemorragia intraocular, alterações do vítreo e lesões da retina – avaliar conforme grau de visão.

2. ANEXOS DO OLHO:

2.1. Pálpebras:

- Desvio das margens palpebrais (entrópio, triquíase, ectrópio, cicatrizes viciosas, symblepharon, anquiloblopharon), dependendo da extensão; para além da diminuição da visão e possível desfiguração.....	5 a 10
- Ptose / blefaroespasma - Um olho.....	5 a 15
- Ptose / blefaroespasma - Ambos os olhos	20 a 40
- Lagofthalmia cicatricial ou paralítica (por olho)	+ 10
- Lesão dos ductos lacrimais.....	10 a 15
- Fístulas lacrimais.....	5 a 10

2.2. Esqueleto orbital:

- Deformidade significativa (com ou sem sequelas oftalmológicas).....5 a 15

TABELA DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE VISUAL

A visão de um olho é indicada por uma coluna horizontal, a visão do outro por uma coluna vertical. O ponto de encontro dá a taxa de incapacidade médica.

Grau de visão	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20 ou menos	Evisceração
9/10	0	0	0	1	2	4	8	15	19	30	33
8/10	0	0	1	2	4	5	12	17	21	30	33
7/10	0	1	3	4	6	7	14	19	22	32	35
6/10	1	2	4	6	8	9	18	21	24	35	40
5/10	2	4	6	8	10	11	20	23	26	40	45
4/10	4	5	7	9	11	13	22	25	30	45	50
3/10	8	12	14	18	20	22	25	35	45	55	60
2/10	15	17	19	21	23	25	35	50	60	75	80
1/10	19	21	22	24	26	30	45	60	80	90	95
1/20 e menos 1/20	30	30	32	35	40	45	55	75	90	100	100
Evisceração	33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100

Notas Técnicas:

1. Foi retirada a menção a 'Enucleação' como procedimento cirúrgico, mantendo apenas o valor percentual.
2. Reduções por preservação do campo visual periférico: até 20% no máximo.
3. Percentuais não são cumulativos, exceto onde indicado de forma explícita.
4. Sempre considerar a melhor correção óptica disponível no momento da avaliação.

VII. ESTOMATOLOGIA DA ESFERA MAXILO-FACIAL

1. ROSTO:

Além da função em si, o médico especialista pode ter de levar em conta as desfigurações causadas pelas cicatrizes. Neste caso, ele deve se referir ao capítulo "Tegumentos".

A taxa resultante das lesões será estimada de acordo com a perda dentária (avaliada separadamente), a condição da articulação dentária e a possibilidade de uma prótese capaz de restaurar um coeficiente de mastigação suficiente.

O coeficiente de mastigação é calculado atribuindo aos dentes um coeficiente particular: 1 para um incisivo, 2 para um canino, 3 para um pré-molar, 5 para um molar, e somando os dentes existentes com um equivalente no lado oposto.

2. MAXILAR: (MAXILAR SUPERIOR)

2.1. Mobilidade de uma grande parte do maxilar superior com dificuldade de mastigação, sendo o déficit dentário estimado para além da mobilidade do maxilar	30 a 40
2.2. Mobilidade de um pequeno fragmento do maxilar superior (geralmente ablação)	10 a 30
2.3. Afundamento posterior e inclinação (falso prognatismo). Distúrbios graves da articulação dentária, que podem ir até a impossibilidade de prótese e desfiguração.....	15 a 40
2.4. Distúrbio ligeiro da articulação dentária devido à consolidação viciosa de uma fratura do maxilar superior	5 a 15
2.5. Depressão malar: apreciada por causa da desfiguração e fenômenos nervosos.....	5 a 15
Em caso de distúrbios oculares, estes terão de ser avaliados por um oftalmologista	
2.6. Perda de substância (de tecido) da abóbada do palato, respeitando a arcada dentária e permitindo que uma prótese	5 a 10
2.7. Perda de substância do palato mole (não operada), levando a distúrbios da fala e deglutição	15 a 30
2.8. Perda parcial de substância da maxila que não permite uma prótese funcionalmente satisfatória	5 a 20
A perda de substância que permita uma prótese funcionalmente satisfatória será avaliada por referência à perda de dentes.	

3. MANDÍBULA: (MAXILAR INFERIOR)

- Consolidação viciosa com perturbações articulares dentárias, não incluindo possível desfiguração permitindo uma prótese	5 a 15
- Consolidação viciosa com distúrbios graves que podem ir até à impossibilidade de uma prótese.....	15 a 40
- Perda de substância e não união com desconforto na mastigação ou impossibilidade de prótese, dependendo da sua localização e grau de mobilidade.....	5 a 40
- Perda parcial da substância da mandíbula, sem interrupção da continuidade óssea, e não permitindo uma prótese funcionalmente satisfatória.....	5 a 20
- As perdas parciais que permitam uma prótese funcionalmente satisfatória serão avaliadas por referência à perda dentária.	

4. CONSTRIÇÃO DA MANDÍBULA

A abertura da boca é considerada insuficiente abaixo de 3 cm entre os arcos. Para avaliar o grau de incapacidade, a distância entre os incisivos deve ser cuidadosamente medida, independentemente da causa da constrição.

- Espaçamento inferior a 10 mm.....20 a 50
- Espaçamento inferior a 20 mm, mas superior a 10 cm.....10 a 20
- Espaçamento superior a 20 mm.....5 a 10

5. LUXAÇÃO TEMPORO-MAXILAR:

- Irredutível com abertura permanente da boca.....10 a 20
- Recorrente.....5 a 10
- Síndrome de Costen (fissuras, dor contralateral, dificuldade de abertura, possível desvio lateral).....2 a 15

6. LÍNGUA:

- Amputação parcial resultando em desconforto na mastigação e deglutição.....	10 a 20
- Amputação extensa com distúrbios mais pronunciados.....	20 a 75
- Amputação total	80
- Paralisia da língua:	
- Incompleta.....	5 a 15
- Completa.....	50

7. FÍSTULA SALIVAR:

Na pele.....20

8. NEURALGIA:

Neuralgia do suborbital, queixo, etc.; ver "Nervos cranianos".

9. DENTES:

Perda dentária, as taxas oferecidas abaixo são aquelas correspondentes à perda dentária, sem a possibilidade de uma prótese.

- Perda de qualquer peça dentária.....	1,50
- Perda de todos os dentes, sem possibilidade de prótese	48
- Se for possível prótese, as taxas serão reduzidas, tendo em conta a qualidade do método de restauração: Prótese fixa, redução de 75%, Prótese móvel, redução de 50%	
- Perda de todos os dentes, devidamente reparada:	
Com prótese fixa.....	10,5
Por uma prótese móvel.....	21
- Perda de substância óssea acompanhada da perda de um ou mais dentes: A taxa será aumentada de 10% para 20%, dependendo da extensão da perda de substância	
- Perda de vitalidade de um ou mais dentes: por dente	0,50

10. FARINGE:

- Dificuldade em engolir devido a estreitamento.....5 a 35

11. CICATRIZES NA FACE, LÁBIOS E MUCOSA ORAL:

Ver capítulo 15: "Tegumentos".

VIII. SISTEMA DIGESTIVO

1. BOCA E FARINGE:

Ver "Estomatologia; esfera maxilofacial".

2. ESÓFAGO:

A avaliação da incapacidade será feita de acordo com a disfagia, dor, vômitos que possam existir. Também é importante levar em consideração o impacto na condição psiquiátrica.

- Distúrbio leve com disfagia intermitente sem estenose com discinesia.....10
- Sequelas com estenose orgânica parcial que requerem tratamento prolongado.....30 a 50
- Estenose total que compromete a alimentação oral80

3. ESTÔMAGO-DUODENO:

- São muitas vezes sequelas de lesões traumáticas e muitas vezes sequelas cirúrgicas, devendo ter-se em conta, na avaliação, o volume do estômago e a permeabilidade do duodeno. Perturbações ligeiras 10
- Perturbações moderadas.....20 a 30
- Perturbações graves.....50 a 70

4. INTESTINO DELGADO (JEJUNO, ÍLEO):

Muitas vezes, é um envolvimento direto, com contusão ou rutura, desinserção mesentérica; pode ser a revelação ou agravamento de uma condição prévia: angiopatia, angiomatose, doença de Crohn, ileíte jejuno, muitas vezes estas são sequelas pós-operatórias.

- Perturbações ligeiras.....	10
- Perturbações moderadas com a necessidade de uma dieta especial.....	20 a 30
- Perturbações graves: problemas de absorção com diarreia, necessidade de avaliação hepatológica, estudos das fezes e do trânsito intestinal repetidos.....	50 a 70
- Fístula do intestino delgado (duodeno, jejuno, íleo). O impacto geral e digestivo deve ser avaliado de acordo com a escala acima.	
- Fixação adequada da fístula.....	25

5. CÓLON:

Resultado de danos diretos ou agravamento de uma condição anterior (diverticulose, doença de Crohn, colite ulcerosa, etc.).

As sequelas são caracterizadas por distúrbios de trânsito, meteorismo e obstipação e diarreia alternadas, corrimento (muco), elementos hemorrágicos, crises dolorosas. É frequente haver um problema alimentar e um impacto no trânsito.

- Perturbações ligeiras.....	10
- Perturbações moderadas.....	20 a 30
- Perturbações graves.....	50 a 70
- Fístula estercoral intermitente	25
- Ânus não natural.....	60
- Em caso de adição a outras perturbações.....	10 a 30

6. RETO E ÂNUS:

As lesões são geralmente causadas pelo empalmentode ar comprimido.

Proctite, possível colostomia (ver acima), estenose retal, incontinência anal, incluindo os efeitos secundários da operação de Babcock, prolapso, repercussões genitais (especialmente nos homens) serão tidos em conta.

- Perturbações ligeiras	10
- Perturbações moderadas.....	30 a 50
- Perturbações graves.....	50 a 70

Fístulas anais	- Fístulas intraesfínteres subcutâneas	5
	- Fístulas trans ou extraesfínteres com um único trajeto com incidente evolutivo menor e raro	9 a 15
	- Fístula complexa com muitos acidentes evolutivos.....	20 a 30

7. PAREDE ABDOMINAL:

- Cicatrizes viciosas ou queloides (que requerem proteção durante o trabalho de parto).....
.5 a 10
- Rutura isolada do reto abdominal.....10

8. HÉRNIAS:

É necessário garantir que estas são hérnias traumáticas com sinais de intrusão tecidual, nomeadamente: dor, reflexos, síncope e náuseas-hematomas.

- Uma hérnia que não é muito grande, indolor, não escrotal, facilmente redutível	5
- Hérnia escrotal mais ou menos redutível	8
- Hérnia grande, dolorosa, difícil de reduzir ou irreductível.....	20
- Hérnia bilateral, dependendo do carácter, taxa máxima	25

Eventração (conforme o volume)	- Pequeno.....	5
	- Médio.....	15
	- Grande.....	30 a 40

Hérnias internas (transdiafragmáticas):

A avaliação será feita de acordo com os distúrbios digestivos, respiratórios e gerais apresentados pela vítima:

- Perturbações moderadas.....10 a 20
- Perturbações significativas.....20 a 40

9. FUNÇÃO HEBATO-BILIAR:

O trauma no fígado geralmente não afeta a função hepática.

Uma eventual hepatite viral imputável ao tratamento, em consequência do acidente de trabalho, só pode justificar a atribuição de uma IPP na medida em que os exames biológicos revelem sequelas relativas às funções hepáticas.

10. FUNÇÃO PANCREÁTICA EXÓCRINA (para a função pancreática endócrina, ver o capítulo "Glândulas endócrinas"):

As lesões pancreáticas podem ser causadas por trauma abdominal, contusão, hematoma, rutura, que podem resultar em perturbações digestivas e fistulas. Também é aceite que uma pancreatite aguda possa surgir nas horas ou dias após o choque inicial.

A longo prazo, a formação de um pseudocisto ou a constituição de pancreatite crônica pode estar ligada a um trauma prévio.

Para a reparação, serão tidas em conta as repercussões, os danos pancreáticos no estado geral, os problemas nutricionais que provoca, a dor resultante e as possíveis sequelas cirúrgicas (fístula pancreática, supuração crônica, etc.).

A coexistência de perturbações de controlo de açúcar no sangue também leva a uma diminuição da capacidade da vítima e deve ser avaliada separadamente, pois as duas taxas devem ser somadas.

IX. SISTEMA RESPIRATÓRIO

1. PAREDE TORÁCICA:

- Fratura da costela, dependendo da intensidade da dor..... 2 a 5
- Fratura da costela com retalho torácico e deformidade5 a 10
- Fratura do esterno:
 - Com desconforto e dor ao esforço.....2 a 5
 - Com afundamento e dor ao esforço.....5 a 15

2. DANOS À FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Insuficiência respiratória ligeira	- Dispneia de esforço, algumas anomalias radiológicas, teste de função pulmonar: déficit leve (capacidade vital entre 0 e 70% do valor teórico, índice de Tiffeneau entre 60 e 70%.....	10 a 30
------------------------------------	---	---------

Insuficiência respiratória moderada	- Dispneia desproporcionada ao esforço, anomalias radiológicas (principalmente diminuição significativa da cinética toracodiafragmática). Na exploração da função pulmonar, déficit significativo (capacidade vital acima de 60% do valor teórico, índice de Tiffeneau abaixo de 60%.....	30 a 50
-------------------------------------	--	---------

Insuficiência respiratória grave	- Dispneia acentuada em repouso, cianose mais ou menos pronunciada, taquicardia, tosse produtiva, diminuição significativa da cinética toracodiafragmática, aumento da área cardíaca à custa das câmaras direitas, no eletrocardiograma, Cor pulmonale, alteração mais ou menos significativa do estado geral, déficit significativo na avaliação da função pulmonar.....	50 a 100
----------------------------------	---	----------

9 CASOS ESPECIAIS:

<ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose pulmonar estabilizada, quando atribuída a um trauma ou reconhecida como agravada por ele. A taxa de I.P.P deve ser determinada de acordo com as sequelas definitivas (ver IX.2) - Pneumotórax por rutura das bolhas: as sequelas das 2 condições prévias serão estimadas de acordo com os critérios gerais, tendo em conta, em particular, a gravidade da insuficiência respiratória (os testes funcionais devem ser utilizados com precaução em caso de pneumotórax recorrente). - Fístula de um piotórax de acordo com o tamanho da cavidade pleural residual e a importância da supuração..... 	10 a 20
---	---------

<ul style="list-style-type: none"> - Estenose da traqueia..... <p>A estas taxas pode ser adicionada a taxa estimada para distúrbios da função respiratória de lesões pleuropulmonares associadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traqueostomia: - Sem usar cânula..... - Com uso de cânula..... 	<p>10 a 20</p> <p>50</p> <p>80</p>
---	------------------------------------

X. APARELHO CARDIOVASCULAR

1. CORAÇÃO:

1.1. Insuficiência cardíaca:

-Leve	Perturbações em caso de grande esforço. Necessidade de terapêutica e monitorização descontínuas. Sem sintomas de descompensação, pouco impacto na vida profissional.....	10 a 30
- Moderada	Ausência de sintomas em repouso Perturbações que ocorrem com o esforço e agravados por ele. Pequenos sinais de insuficiência cardíaca que respondem bem ao tratamento, necessidade de monitorização contínua. Alteração da imagem radiológica. Comprometimento da rotina profissional.....	30 a 60
-Graves	Sintomas prováveis de ocorrer em repouso. Risco de assistolia. Necessidade de tratamento contínuo e dieta. •Descida da tensão arterial. Silhueta do coração aumentada. Imagem pleuropulmonar de "Cor pulmonale". Comprometimento grave ou muito grave da rotina profissional	60 a 100

1.2. Pericárdio:

Consequências da pericardite ou lesão do pericárdio (a avaliar de acordo com o comprometimento da função cardíaca – ver acima).

1.3. Miocárdio:

Caso a imputabilidade tenha sido mantida:	
1- Sequelas de infarto ou arritmias, ligadas a uma lesão miocárdica, resultando apenas em algumas alterações nos traçados de E.C.G. de possível dor anginosa, e observância preventiva de certas regras higiênicas e alimentares.....	20 a 30
A esta taxa pode ser adicionada a taxa estimada para insuficiência cardíaca de acordo com o seu grau.	
2- Arritmias que levam à inserção de um estimulador.....	10 a 20

1.4. Endocardite

As sequelas das lesões valvares de origem traumática ou pós-traumática (particularmente infecciosas), passíveis ou não de tratamento cirúrgico, serão avaliadas de acordo com os distúrbios funcionais e o grau de insuficiência cardíaca.

DOENÇAS VASCULARES :

1.5. Artérias:

1.5.1. Aorta:

- Aneurisma da aorta (se a imputabilidade tiver sido admitida) 80 a 100
- Aneurisma da aorta operado, bem controlado..... 30 a 40
- Aneurisma da aorta operado, mal controlado, as sequelas serão avaliadas de acordo com a extensão das doenças, levando em consideração as sequelas parietais.

1.5.2. Outras artérias:

<p>a- Aneurisma das artérias periféricas após trauma aberto ou fechado. A avaliação da incapacidade será baseada nas condições observadas (ver "Obliteração arterial" abaixo).</p>	
<p>b- Aneurisma arteriovenoso, dependendo do local, do tamanho dos vasos e as manifestações periféricas.....</p>	10 a 20
<p>No caso de comprometimento cardíaco a este nível, a taxa correspondente ao grau de insuficiência cardíaca será adicionada.</p>	
<p>c- Obstrução arterial (se admitida imputabilidade), incluindo a resultante de ligação secundária a uma lesão. A taxa de incapacidade será estimada com base nos sinais clínicos, oscilométricos e angiográficos.</p> <p>A obstrução arterial manifesta-se por sinais funcionais no exercício ou em repouso (dor, câibras), distúrbios tróficos e até ulcerações;</p> <p>Pode ser feita uma distinção (tanto nos membros inferiores como superiores):</p>	
<p>- Uma forma leve.....</p>	20 a 30
<p>- Uma forma moderada.....</p>	30 a 50
<p>- Uma forma grave</p>	50 70

1.6. Veias e Linfáticos:

As varizes, por si só, não dão origem a uma avaliação da incapacidade.

- Distúrbios flebíticos e distúrbios venosos e linfáticos trópicos: Distúrbios dos tecidos cutâneos e subcutâneos, edema, paniculite nodular, fibrose da celulite, linfedema, elefantíase, úlcera varicosa persistente, etc.:	
- Leve	5 a 10
- Forma Moderada.....	10 a 20
- Forma Grave.....	20 a 30

2. PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA:

- Pressão arterial elevada per se

.....
10 a 20

- Repercussões em órgãos-alvo indemnizadas de acordo com os danos ou lesões ocorridas no próprio órgão). Ver capítulos específicos da Tabela;
- Hipertensão secundária a lesão renal traumática (ver "Sistema urinário").

XI. TRATO URINÁRIO

1. RIM:

1.1. Nefrectomia:

- Sequelas de nefrectomia sem insuficiência renal significativa.....15 a 20
- Sequelas de nefrectomia sem insuficiência renal significativa, mas com uma

grande eventração

lombar.....30 a 40

1.2. Hematúria:

Hematúria isolada ou proteinúria

isolada.....5 a 10

- Insuficiência renal ligeira: depuração superior a três quartos do normal; Vida profissional normal.....	10 a 20
- Insuficiência renal moderada: depuração entre um quarto e três quartos; pouco impacto na vida profissional.....	20 a 40
- Insuficiência renal significativa: depuração abaixo de um quarto do normal, anemia, possível gota, modificação humoral necessidade em particular de medidas dietéticas ou outras que sejam mais ou menos exigentes, repercussões profissionais que não permitam trabalho regular ou a tempo inteiro.....	40 a 60
- Insuficiência renal avançada, necessitando de terapêutica de substituição (hemodiálise), a avaliação terá em conta anemia, outras manifestações e possíveis dificuldades na aplicação do método e impacto na atividade profissional.....	50 a 100

1.3. Insuficiência Renal:

1.4. Transplante Renal:

- Sequelas do transplante renal, de acordo com as consequências do tratamento imunossupressor e o valor funcional do rim transplantado.

1.5. Trauma renal:

- Sequelas anatómicas do trauma renal.....15 a 30

1.6. Hipertensão secundária a lesão renal traumática: (Ver sistema cardiovascular).

2. PELVE URETERAL:

1.7. Hidronefrose:

- Hidronefrose bem tolerada.....10 a 20
- Hidronefrose complicada (crises dolorosas, infecção)20 a 40

No caso da bilateralidade, estas taxas não se somam e o especialista fará a avaliação acordo com a insuficiência renal.

1.8. Litíase:

Pode ser adicionada a taxa de insuficiência renal ou de infecção do trato urinário associada.

1.9. Sequelas de lesões ureterais:

- Sequelas da rutura do ureter bem tolerada10 a 20
- Mal tolerado ou com fístula ou perinefrite40 a 50
- Ureterostomia cutânea, permanente ou cirúrgica:
 - Unilateral60
 - Bilateral ou num único rim80

2. BEXIGA E URETER:

2.1. Tumor:

- Tumor de bexiga de acordo com o tipo histológico, extensão das lesões e terapias necessárias30 a 80
- Tumor maligno da bexiga com infiltração da mucosa100

2.2. Infeção:

- Infeção crónica ou recorrente do aparelho inferior10 a 30

2.3. Retenção:

- Retenção crónica de urina:
Cateterismo de demora50

2.4. Fístula:

- Incontinência permanente de urina, exigindo o uso de um dispositivo de coleta.....60

(Possivelmente a taxa estimada para outros eventos no caso de lesões medulares e, possivelmente, as taxas correspondentes a uma repercussão renal serão adicionadas).

2.5. Polaquiúria:

- Polaquiúria simples, com capacidade vesical reduzida, conforme evidenciado por investigações adicionais.....10 a 25

2.6. Enterocistoplastia:

- Enterocistoplastia de aumento (incluindo complicações infecciosas).....30 a 50
- Enterocistoplastia (tipo

Bricker).....60

2.7. Disúria:

- Disúria: taxa miccional superior a 10
ml/segundo.....10

2.8. Estenose:

- Estenose sem impacto no aparelho inferior ou superior, sem infecção,
exigindo apenas algumas dilatações por ano20
- Estenose com impacto no dispositivo inferior ou superior30 a 50

Esta taxa pode estar aumentada devido a possíveis complicações: insuficiência renal,
litíase, abscesso perineal, fístulas, impotência, etc.

- Sequelas de estenose uretral que requerem cirurgia reconstrutiva15 a 20

4. EVENTRAÇÃO:

- Eventração hipogástrica após intervenção no sistema urinário:

Pequena.....5

Moderada.....15

Grande.....30 a 40

XII. SISTEMA GENITAL

1. GENITÁLIA MASCULINA:

Condições prévias. - O aparelho genital masculino no seu sentido estrito deve ser considerado como constituído pelas partes seguintes:

- Pénis;
- Testículos;
- Epidídimo;
- Cordão espermático;
- Vesículas seminais;
- Bolsas escrotais.

No caso do homem, há que distinguir esterilidade e disfunção erétil; enquanto a primeira é decisiva para a reprodução, a segunda é imprescindível no homem para a prática sexual, porquanto sem ereção não há coito integral.

Por isso, as incapacidades resultantes de lesões relacionadas com a reprodução ou de perturbações funcionais do aparelho genital relacionadas com a ereção que constam na tabela que se segue são corrigidas com a multiplicação pelo fator 1,5.

Quando às incapacidades do aparelho genital se associarem as do aparelho urinário, procede-se ao cálculo da incapacidade total seguindo o princípio da capacidade restante.

1. Pénis

- 1.1. Dificuldade na ereção, na ejaculação ou perturbações do orgasmo com função reprodutora conservada5-15
- 1.2. Ereção suficiente, com coito possível, mas sem ejaculação16-20
- 1.3. Ausência total de ereção (disfunção erétil neurológica ou vascular pós-traumática)21-35
- 1.4. Perda parcial ou total do pénis, com conseqüente meato ectópico36-45
- 1.5. Perda do pénis e dos testículos46-60

2. Testículos

2.1. Perda de um testículo por atrofia ou destruição pós-traumática ou por orquidectomia terapêutica10-20

2.2. Perda de dois testículos, a graduar de acordo com o resultado do tratamento cirúrgico plástico e a compensação hormonal conseguida21-35

3. Epidídimo, cordão espermático e vesículas seminais

3.1. Sinais ligados a pequenas alterações anatómicas que perturbem a ejaculação, mas, que não exigem tratamento continuado, sem repercussão da função hormonal1-5

3.2. Sinais que traduzem alterações anatómicas que perturbam a função seminal, com ligeira a moderada repercussão da função hormonal6-14

3.3. Alterações graves da integridade do cordão espermático ou das vesículas seminais com repercussão grave da função hormonal15-30

4. Próstata

4.1. Alterações da uretra prostática que perturbem a ejaculação, sem, todavia, a impedir...
.....1-5

4.2. Sequelas de tratamento endoprostático ou prostatectomia com ejaculação retrógrada10-20

5. Bolsas Escrotais

5.1. Mau posicionamento testicular por lesões das bolsas escrotais pós-acidente ou pós doença profissional1-5

5.2. Sequelas dolorosas locais resultantes de acidente ou ato cirúrgico por doença profissional6-10

5.3. Perda total das bolsas escrotais como sequela de acidente ou resultante de ato cirúrgico por doença profissional, com reimplantação ectópica dos testículos 11-20

5.4. Hematoceles ou hidroceles crónicos ou recidivantes pós-acidente ou pós-doença profissional10-15

Nota: Às incapacidades previstas neste Capítulo, que sejam acompanhadas por alterações psicopatológicas, será adicionado o coeficiente de desvalorização decorrente de avaliação psiquiátrica, segundo o princípio da capacidade restante.

2. GENITÁLIA FEMININA:

- Prolapso uterino (em casos excepcionais em que a origem traumática será reconhecida)	
- Casos leves.....	2 a 10
- Casos graves (com incontinência urinária de esforço)	30
- Cicatrizes vulvares ou vaginais embaraçosas (a taxa pode ser aumentada no caso de repercussões funcionais significativas)	5 a 10
- Perda anatômica ou funcional de ambos os ovários, em uma mulher em idade fértil.....	50 a 20
- Histerectomia.....	50 a 20

Amputação de uma mama.....50 a 20

Amputação de ambas mamas.....60 a 30

XIII. O BAÇO

1. SEQUELAS DA ESPLENECTOMIA:

- Cicatriz de boa qualidade, sem alteração no hemograma 10
- Alteração no hemograma.....15 a 30

2. TÉTANO:

Após a cura, o tétano raramente deixa sequelas, mas é necessário cuidar das sequelas permanentes por vezes deixadas pelo tratamento (ver capítulo correspondente da Tabela).

XIV. GLÂNDULAS ENDÓCRINAS

As glândulas endócrinas raramente são danificadas durante o trauma, devido à sua situação anatômica protegida. Além disso, uma pequena parte do parênquima endócrino é suficiente para manter a função hormonal, o que, especialmente no caso de até mesmo órgãos duplos evita distúrbios significativos no metabolismo.

1. SEQUELAS PITUITÁRIAS:

- Diabetes insípida pós-traumática.....10 a 30
- Síndrome de hipopituitarismo prévio (dependendo do grau de deficiência e do resultado do Tratamento.....60 a 70

2. SEQUELAS ADRENAIS:

- Doença de Addison pós-traumática, dependendo do resultado do tratamento.....40 a 70

3. SEQUELAS DA TIROIDE:

- Doença de Graves, dependendo da intensidade dos sintomas.....5 a 40

A esta taxa, pode ser adicionada uma taxa de complicações cardíacas (ver sistema cardiovascular), mas a soma das duas não pode exceder 100%.

4. SEQUELAS DA PARATIROIDE:

- Hipoparatiroidismo ligeiro, ataques tetânicos e espasmos viscerais raros. Poucas alterações exames laboratoriais. Ligeiro impacto na vida profissional.....10 a 30
- Hipoparatiroidismo complicado; às taxas anteriores, devem acrescentar-se as taxas resultantes da incapacidade funcional dos

órgãos em causa.

5. SEQUELAS DO PÂNCREAS ENDÓCRINO:

- Diabetes mellitus controlada por dieta e hipoglicemiantes orais.....5 a 10
- Diabetes mellitus que requer dieta rigorosa e uso de insulina.....30 a 40
- Diabetes mellitus com acidose ou coma. Dieta rigorosa, perda de peso, dificuldade de controlo com insulina.....40 a 70

Durante as revisões, as complicações (arterite, retinite, danos renais, etc.) serão avaliadas de acordo com o défice funcional do órgão afetado (ver "Sistema cardiovascular", "Sequelas oftalmológicas", "Sistema urinário", etc.) e serão adicionadas às taxas acima, a taxa global não excedendo 100%.

XV. TEGUMENTOS

1. CICATRIZES:

1.1. Cicatrizes no couro cabeludo, perda de cabelo:

- Couro cabeludo total, ou queimaduras extensas no couro cabeludo, com fenômenos dolorosos.....30
- Queimadura parcial do couro cabeludo ou couro cabeludo, dependendo da extensão da cicatrização dolorosa (neuroma) ou alopecia pós-traumática.....5 a 20

1.2. Cicatrizes inestéticas no rosto que dificultam a mímica:

Dependendo da deformidade, extensão, desconforto com movimentos faciais, dependendo da localização das deformidades, em particular o dano aos orifícios naturais.....5 a 30

1.3. Cicatrizes nas mãos:

Inestético, queloide do dorso da mão, independentemente da rigidez ou retração:

- Uma mão.....5
- Ambas as mãos.....10

1.4. Cicatrizes viciosas e queloides:

- Necessidade de proteção durante o trabalho, dependendo do assento e da extensão.....5 a 10
- Da planta do pé, dificultando a caminhada.....10 a 20
- Da planta do pé, que é muito importante e impossibilita o uso de sapatos.....20 a 25

2. CANCRO QUE SE DESENVOLVE NUMA CICATRIZ:

Se a condição puder ser considerada controlada, a taxa de incapacidade será estimada de acordo com o déficit funcional remanescente (aparência, amputações, limitações, etc.).

3. DERMO-EPIDERMITE:

Resultantes de danos acidentais nos tegumentos, não incluindo os elementos que podem ser utilizados para avaliar a incapacidade (extensão da lesão, frequência de surtos, prurido, necessidade de tratamento, repercussões profissionais)5 a 10

4. FÍSTULA NA PELE:

Resultante de má reabsorção de suturas ou qualquer outra causa com fluxo, e de acordo com o número.....1 a 8