

AVALIAÇÃO DO DANO NA PESSOA EM SEDE DE DIREITO CIVIL. PERSPECTIVAS ACTUAIS

TERESA MAGALHÃES (*)
DIOGO PINTO DA COSTA (**)

SUMÁRIO: I — Introdução. II — Evolução histórica e social da avaliação e reparação do dano corporal. III — Conceito de dano corporal vs dano na pessoa. IV — Objectivos da avaliação e reparação do dano na pessoa. V — Metodologia da avaliação do dano na pessoa. VI — Parâmetros de dano na pessoa. VII — A harmonização europeia da avaliação e reparação do dano. VIII — Conclusão.

I — INTRODUÇÃO

A questão de saber se os danos corporais provocados por terceiros devem ser indemnizados, a quem compete fazê-lo e quais as formas e os meios para tal, sofreu um longo percurso histórico que variou em função do tipo de sociedades e dos valores nos quais os respectivos sistemas de indemnização se fundavam (Magalhães T., 1998).

O dano na integridade corporal foi sempre entendido como um dano de particular relevância, ao qual devia corresponder uma punição à altura do prejuízo social e individual criado. A esta reacção punitiva, juntou-se, com o evoluir dos tempos, uma preocupação ressarcitória pelo dano causado à vítima.

A vingança privada, enquanto institucionalização das respostas violentas às agressões físicas e pessoais, característica das organizações

(*) Instituto Nacional de Medicina Legal — Delegação do Norte e Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto.

(**) Instituto Nacional de Medicina Legal — Delegação do Norte e Faculdade de Medicina.

sociais primitivas, foi restringida pela Lei de Talião, enquanto que o sistema das composições voluntárias — em que o ofensor tinha que pagar ao ofendido uma determinada quantia para comprar o direito de vingança privada que este detinha — se transformou no sistema de composições obrigatórias. No entanto, só com a aparição dos Estados modernos é que as duas formas de reacção (retribuição e indemnização) se autonomizaram completamente.

O objectivo da reparação evoluiu de um desejo de vingança, exigindo, no terreno penal, a punição do culpado, até à procura da sua responsabilização no terreno civil, exigindo a reparação económica do dano, a qual passou a ser assumida, em muitos casos, pelas companhias de seguros ou pelos fundos de garantia.

Simultaneamente, as ofensas voluntárias contra a integridade física, enquanto causa de dano corporal, foram perdendo importância estatística relativa face aos acidentes de viação que constituem, na actualidade, a origem da maior parte dos pedidos de indemnização em processos judiciais em Direito Civil.

A concepção da reparação do dano corporal ainda hoje reinante nas sociedades ocidentais é a que deriva do Direito romano, sendo imprescindível que o perito médico, no desenvolvimento da missão pericial que lhe é confiada pelos tribunais, conheça o regime jurídico que a rege e tenha a percepção do alcance e das consequências dos seus pareceres, por forma a elaborar os relatórios periciais de maneira adequada e em harmonia com a ordem jurídica. Aliás, na actualidade, os peritos médico-legais, são, cada vez mais, chamados a examinar e a pronunciar-se sobre situações variadas e por vezes de grande complexidade, relacionadas com questões de dano corporal, seja do âmbito penal, civil, do trabalho, administrativo, ou da família e menores.

Assim, a Medicina Legal constitui hoje uma especialidade médica fundamental, onde se formam e habilitam profissionais para o cumprimento de tarefas que exigem, além de conhecimentos e capacidades técnicas muito específicas, um grande rigor científico, uma actualização permanente e uma elevada capacidade de isenção e imparcialidade, de forma a não colocar em risco, em sede de administração da justiça, quer o interesse público, quer os direitos individuais.

A especialidade de Medicina Legal ocupa uma posição muito particular e delicada entre a Medicina e o Direito, cumprindo-lhe servir a um e a outro com o mesmo empenho. Mas, numa época em que a transparência e a qualidade são palavras de ordem, importa reflectir sobre o efectivo serviço que

esta ciência, e muito particularmente no que à questão da avaliação dos danos na pessoa diz respeito, está a prestar à Medicina, ao Direito e à Justiça e, portanto, à sociedade em geral.

A avaliação do dano na pessoa constitui um acto médico e, como tal, a sua metodologia não deve ficar dependente de normas ditadas por não médicos. Com efeito, se este específico tipo de avaliação médica não se apoiar apenas nos adequados fundamentos técnico-científicos, corremos o sério risco de tal avaliação se transformar numa prática abstracta e fantasista que não servirá os interesses da ciência e da Justiça, sem prejuízo de esta metodologia se dever adequar ao contexto legal em que decorre cada perícia. O que está em causa é, apenas e tão só, a necessidade de aos médicos ser conferido espaço para definirem aquilo que têm, ou não têm, efectivamente, capacidade para avaliar, bem como para seleccionarem os instrumentos adequados a essa avaliação, sem ficarem sujeitos a instrumentos cientificamente desadequados ao fim a que se destinam.

É que, efectivamente, a Medicina Legal, confronta-se, actualmente, com exigências cada vez mais complexas relativamente à actividade probatória científica, tratando-se de uma ciência em constante expansão, o que implica que as suas matérias e métodos se adaptem às novas tecnologias, às descobertas científicas e, também, às mudanças sociais e do Direito, pelo que as metodologias periciais terão de ser, necessariamente, definidas pelo corpo técnico de médicos especializados nesta área. Além disso, compete à Medicina Legal, como ciência social, não só o diagnóstico médico-legal dos casos que são submetidos à sua apreciação, mas, também, a contribuição, através da perícia, para a “terapêutica” das situações e, sobretudo, para a sua prevenção e para a protecção, reabilitação e reintegração da vítima.

A metodologia de avaliação destes danos deverá ser, nos termos da lei, definida pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), ainda que existam disposições legais a nível das perícias no âmbito do Direito do Trabalho que prejudicam a capacidade do Instituto para coordenar por inteiro esta actividade médica.

A actividade pericial de apoio técnico à administração da justiça é a actividade fundamental e estruturante do INML, conforme se pode directamente liquidar, quer do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 131/2007, de 27 de Abril, quer das competências e atribuições deste Instituto previstas nos arts. 1.º, n.º 2, 3.º, n.ºs 1 e 2 [especialmente a al. b)], 6.º, n.º 2, 15.º e 17.º, todos daquele diploma, bem como das várias disposições relativas à orga-

nização interna do INML, constantes dos respectivos Estatutos, aprovados pela Portaria n.º 522/2007, de 30 de Abril (1).

Os serviços médico-legais são, pois, os serviços oficiais de apoio técnico pericial aos Tribunais e ao Ministério Público, na área da Medicina Legal e de outras Ciências Forenses, encontrando-se o regime jurídico da realização das perícias médico-legais e forenses estabelecido na Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, cujas normas relativas à intervenção no processo são normas de direito processual (no âmbito civil, laboral, ou penal, consoante a situação a que se apliquem) e são em si mesmo imediatamente executáveis.

A intervenção dos serviços médico-legais no âmbito forense (em sede de um processo judicial) ocorre de acordo com normas processuais que especificamente regulam o surgimento da perícia médico-legal no processo e a produção da prova pericial, e também a concreta realização das perícias médico-legais e forenses.

Relativamente à produção de prova pericial no processo civil, dispõe o Código de Processo Civil (CPC), no art. 568.º, n.º 3: “As perícias médico-legais são realizadas pelos serviços médico-legais ou pelos peritos médicos contratados, nos termos previstos no diploma que as regulamenta”. Ou seja, a lei processual civil determina a requisição obrigatória de perícias médico-legais aos serviços médico-legais, remetendo liminarmente para a organização médico-legal os termos da prestação da informação pericial ao tribunal (com destaque para o conteúdo técnico-científico da intervenção pericial), ficando reservada à aplicação das normas do CPC a forma como os serviços médico-legais são chamados a intervir no processo (2).

(1) Vejam-se os arts. 9.º, n.º 2, als. *b*), *c*), *d*), *h*) e *l*) (atribuições do INML quanto à realização dos exames periciais e à gestão dos serviços médico-legais), 10.º a 14.º (competências dos diversos Serviços Técnicos das Delegações) e 16.º (competências dos Gabinetes Médico-Legais).

(2) O que se encontra regulado nos arts. 569.º (casos de constituição de perícia colegial), 570.º (obrigações inerentes ao desempenho da função de perito), 571.º (regime de da intervenção como peritos), 572.º (verificação dos impedimentos, suspeições, dispensa e escusa à intervenção como peritos), 577.º (indicação do objecto da perícia no próprio requerimento), 578.º (fixação do objecto da perícia pelo Juiz), 579.º (perícia oficiosamente determinada), 580.º, n.º 2 (requisição da perícia), 581.º, n.º 1, *in fine* (dispensa de prestação de compromisso pelos peritos dos serviços médico-legais), 586.º, n.ºs 1 e 2 (relatório pericial em caso de perícia colegial), 587.º (reclamações contra o relatório pericial e prestação de esclarecimentos), 588.º (comparência dos peritos na audiência final e audição por teleconferência), 589.º (realização de segunda perícia) e 590.º (regime da segunda perícia), todos do CPC.

Têm directa aplicação à realização de perícias médico-legais no foro cível as normas dos arts. 2.º (obrigatoriedade de realização das perícias médico-legais pelo INML, ou por entidades ou peritos que este designe para o efeito), 3.º (requisitos da requisição das perícias e condições da sua realização), 5.º (responsabilidade pelas perícias e especificidades técnico-científicas da missão pericial), 6.º (obrigatoriedade de sujeição a exames, dever de comparência dos examinandos, direito de acompanhamento dos examinandos e assistência à realização dos exames periciais), 7.º (arbitramento de despesas de deslocação), 8.º (custos dos exames e das perícias), 12.º (utilização privilegiada da teleconferência na prestação de esclarecimentos complementares), 21.º (número de peritos que realizam as perícias médico-legais) e 22.º (local de realização das perícias), todos da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto.

Do estatuído no art. 568.º, n.º 3, do CPC, e no art. 5.º, n.ºs 4 e 5, da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto ⁽³⁾, resulta claro que o conteúdo da missão pericial que o legislador cometeu aos serviços médico-legais implica obediência às normas, modelos e metodologias que são reconhecidas como válidas e eficazes pela comunidade científica e, por isso, aptas a esclarecer as questões médico-legais que se debatem no processo, assim permitindo a efectiva realização da Justiça.

Ora, o consentimento do desvio aos referidos normativos legais constituirá, porventura, desrespeito ao princípio da legalidade, estruturante do nosso Estado de Direito democrático (cf. o art. 3.º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa — CRP), e ao dever constitucional de sujeição à lei que incumbe aos tribunais e aos juízes (cf. o art. 203.º da CRP). Com efeito, a actividade jurisdicional está vinculada ao direito substantivo aplicável, bem como ao direito processual, aqui se incluindo a legislação codificada (o CPC) e também outras normas, de natureza processual, para as

(3) As referidas normas dos n.ºs 4 e 5 do art. 5.º são do seguinte teor:

“4 — No exercício das suas funções periciais, os médicos e outros técnicos especialistas em Medicina Legal, os médicos contratados para o exercício dessas funções, os médicos dos serviços de saúde e as entidades terceiras referidas nos n.ºs 2, 4 e 5 do artigo 2.º gozam de autonomia e são responsáveis pelas perícias, relatórios e pareceres por si realizados.

5 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os peritos e entidades nele referidos encontram-se obrigados a respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor no Instituto, bem como as recomendações decorrentes da supervisão técnico-científica dos serviços.”

quais aquelas remetam, o que sucede precisamente com a previsão do art. 568.º, n.º 3, do CPC, que expressamente convoca e duplamente legitima ⁽⁴⁾ a aplicação da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, designadamente as disposições legais dos n.ºs 4 e 5 do art. 5.º desta Lei. Consequentemente, o objecto da perícia não pode constituir ou pressupor uma intervenção técnico-pericial considerada errada ou desajustada pelo próprio perito ou pelos serviços que, nos termos da lei, são competentes para definir as metodologias técnico-científicas de “*descrição e avaliação do dano provocados na integridade psicofísica*” (art. 12.º, n.º 1, al. a), dos Estatutos do INML, aprovados pela Portaria n.º 522/2007, de 30 de Abril).

Importa, por isso, reflectir sobre o estado actual das questões relativas à avaliação do dano corporal e, desde logo, sobre o conceito de dano corporal, expressão que sugere uma exclusiva relação com os danos no corpo, quando o que efectivamente está em causa são os danos na pessoa e uma avaliação e reparação perspectivadas na procura da sua reintegração familiar, social e profissional e, portanto, da sua autonomia.

II — EVOLUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DAS METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO E REPARAÇÃO DO DANO CORPORAL

A avaliação e reparação dos danos corporais provocados por terceiros terá constituído a primeira prática médico-legal da humanidade, encontrando as suas raízes na Mesopotâmia, há mais de 4000 anos (Margat H., 1986). A Tábua de Nipur n.º 3191 (2050 a.C.), o Código de Hamurabi — arts. 196.º, 197.º e 200.º (1750 a.C.) —, a Lei de Talião (Bíblia Sagrada: Êxodo, Cap. 21, versículos 23-25; Levítico, Cap. 24, versículos 19 e 20), a Lei das XII Tábuas — art. II, III e IV (542-541 a.C.) —, a Lex Aquilia (séc. IV a.C.) e o Michna ou Segunda Lei — Secção Quarta (séc. I a VI) —, constituem exemplos históricos de previsões normativas sobre metodologias de avaliação e reparação do dano corporal (Geerts A., 1962).

Desde então, algumas dessas metodologias sofreram grande evolução em função do desenvolvimento das sociedades e dos valores nos quais os

(4) Mesmo que o referido dispositivo legal (do n.º 3 do art. 568.º do CPC) não existisse, a interpretação dos textos legais conduziria sempre à obrigatoriedade da observância, no processo judicial, das normas da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto.

respectivos sistemas indemnizatórios se fundavam, enquanto outras permaneceram quase inalteradas.

Actualmente, em Portugal, o sistema legal de apoio e de reparação às pessoas que apresentam dano corporal assenta num mosaico legislativo em que se distinguem três regimes distintos (Magalhães T., 1998). O primeiro, o da responsabilidade civil, fruto da substituição da Lei de Talião pelo pagamento de uma indemnização em espécie, caracteriza-se pela responsabilidade de terceiros que se colocam na obrigação de indemnizar (ex.: sinistros de viação ou de trabalho). O segundo, o da reparação das consequências dos danos sofridos em guerra, tem origem na assistência aos inválidos, que conheceu um desenvolvimento notável na antiga Grécia, tendo subjacente a ideia de recompensa dos soldados feridos nas batalhas. O terceiro, o da segurança social, dos sistemas especiais de segurança social, e da indemnização das consequências de certos riscos sociais (ex.: doenças profissionais), visa tornar a colectividade responsável pela assistência às pessoas carenciadas em virtude da sua deficiência, na continuidade histórica do sentido de dever de ajuda aos indigentes desenvolvido nas sociedades cristãs da Idade Média.

Este mosaico legislativo é fonte de injustiças e desigualdades por levar a que situações semelhantes sejam tratadas de forma diferente, indo, portanto, ao arrepio do princípio da não discriminação previsto na Constituição da República Portuguesa (1992), por discriminar os cidadãos de acordo com a origem do seu dano.

No que se refere ao regime da responsabilidade civil, e no âmbito da avaliação e reparação do dano corporal, importa ter presente que também aqui se verificaram evoluções distintas que levaram a que os respectivos regimes em sede do Direito do Trabalho e do Direito Civil sejam diferentes. No caso do Direito do Trabalho, foi seguido o sistema da tarifação rígida que já os Bárbaros utilizavam (séc. V a.C. a séc. X), enquanto que no Direito Civil se seguiu, claramente, o Direito Romano que, através da "*Lex Aquilia*", previa a reparação concreta dos danos sofridos, de acordo com a apreciação de um Juiz, tendo em conta o valor real do dano e a intenção do ofensor, sem contudo estipular qualquer forma de avaliar esse dano (Geerts A., 1962). Para um homem livre, não se avaliava o valor do homem nem de nenhuma das suas partes: "*cum liberum corpus aestimationem non recipiat*".

Assim, apesar da forte inspiração da metodologia das perícias efectuadas em sede de Direito Civil nas perícias no âmbito do Direito Laboral, verifica-se que aquelas evoluíram de forma distinta das perícias labo-

rais, determinando que, na actualidade, e designadamente em Portugal, as metodologias de avaliação do dano corporal nestes dois âmbitos do Direito sejam substancialmente diferentes, ainda que persista de forma importante, e a nível dos danos patrimoniais permanentes, uma considerável influência do Direito Laboral sobre o Civil. Tal influência tem levado à preterição do que devem ser o objecto e o objectivo únicos de uma e de outra formas de avaliação — a pessoa e a sua melhor reintegração, respectivamente —, em claro benefício da observância de normas de avaliação inscritas na lei aplicável, por vezes já desfasada da realidade e necessidades objectivas das vítimas.

Encontrar o necessário consenso entre um e outro tipo de avaliação será tarefa complexa, dado tratar-se de uma matéria que tendo implicações a nível jurídico, social e económico, não é entendida pelo legislador como exclusivamente técnico-científica, o que inquina, por vezes, a capacidade dos médicos para definirem as “*legis artis*” deste tipo de acto médico de um ponto de vista estritamente clínico.

As falhas de sensibilidade para a integral compreensão desta problemática encontrar-se-ão, porventura, também no carácter recente da reflexão que a mesma tem merecido. De facto, só no fim do séc. XIX se começou a desenvolver na Europa a perícia no âmbito do Direito Civil, passando a utilizar-se tabelas que estabeleciam o equivalente em dinheiro pela lesão corporal e o preço de cada órgão ou parte do corpo, mas foi só no início do séc. XX que se começou a encontrar, entre os diversos autores, uma tentativa de sistematizar as modalidades de avaliação do dano, com vista a estabelecer um consenso geral, tentativa que, de resto, prossegue na actualidade. Realce-se, neste sentido, a Resolução 75(7) do Comité de Ministros do Conselho da Europa, sobre a reparação dos danos em caso de lesões corporais ou de morte (Vieira D.N., 1999), os trabalhos de Margeat (1988) e Dessertine (1990), bem como de Guy Piganiol e colaboradores (1992), e do “Gupo Rothley”⁽⁵⁾ (Boróbia C., 2006 a.). Este grupo, constituído por médicos e juristas, teve como objectivo primeiro a harmonização, nos Estados membros da União Europeia, das normas aplicáveis à indemnização dos danos não económicos (“Perspectivas europeias de racionalização do prejuízo não económico” — Recomendação à Comissão Europeia, ao Parlamento Europeu e ao Conselho da Europa — Trèves, 2000) e, como

(5) Rothley — vice-presidente da Comissão Jurídica e Mercado Interior do Parlamento Europeu.

objectivo segundo, a criação de uma tabela de danos pessoais a ser aplicada à avaliação desses danos, que foi posteriormente apresentada no Congresso de Trier, em 2003 (Carol J., 2006; Lucas P. e col, 2001).

III – CONCEITO DE DANO CORPORAL VS DANO NA PESSOA

O dano corporal consiste, a maior parte das vezes, num prejuízo primariamente biológico (no corpo) que se pode traduzir por perturbações a nível das capacidades, situações de vida e subjectividade da vítima. Em certos casos, poderá tratar-se de um dano a nível psicológico, com eventuais repercussões funcionais e situacionais, sem que implique, necessariamente, e à partida, a existência de um dano orgânico (Magalhães T., 1998).

Não estamos a tratar, como se vê, apenas do dano no corpo mas, sobretudo, de um dano nos diferentes níveis que constituem a pessoa, ou seja, falamos de dano na pessoa.

Este conceito deve ser sempre compreendido a partir das seguintes noções essenciais (Didier J.-P. e col, 1988): *a*) o importante não é o que se perdeu, mas o que resta; *b*) as consequências para a vida real (sequelas situacionais ou *handicaps*) são uma situação relativa que depende de factores pessoais mas, também, de factores do meio, pelo que poderá ser possível minorá-las alterando o meio; *c*) a qualidade de vida depende do aproveitamento das possibilidades restantes. Daí que a referência constante ao meio e ao quadro de vida da pessoa seja uma passagem obrigatória para a avaliação do dano na pessoa (Magalhães T., 2000 b.).

O estudo das situações concretas em que se encontra uma pessoa depois do evento traumático deve constituir, pois, parte fundamental da avaliação desse dano, permitindo objectivar as necessidades dessa pessoa. A descrição concreta dos actos, gestos e movimentos, tornados difíceis e parcial ou totalmente impossíveis em consequência do evento, permite definir os prejuízos em termos de autonomia e indicar as intervenções sobre o meio individual (pessoas próximas, habitação, local de educação, de trabalho ou recreativo, meios de comunicação, de transporte ou de acesso a um conjunto de serviços adaptados às suas necessidades, por exemplo) susceptíveis de reduzir esta limitação (Hamonet C., Magalhães T., 2001).

Este conceito de dano é actualmente sobreponível ao proposto pela Organização Mundial de Saúde na última versão (2001) da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICIDH-2).

IV — OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO E REPARAÇÃO DO DANO NA PESSOA

Como já referido, com o evoluir dos tempos, o objectivo da reparação do dano provocado por terceiros, assente na mera retribuição do mal causado (no desejo de vingança), evoluiu no sentido da sua reparação pecuniária, devendo centrar-se actualmente na perspectiva da melhor reabilitação e reintegração da vítima, qualquer que seja a etiologia da vitimação.

Esta evolução surge naturalmente, não só pelas políticas de protecção e promoção dos direitos humanos mas, também, pelas questões económicas que, atento o peso sócio-económico das sequelas pós-traumáticas, nos obrigam a constantemente equacionar a questão da melhor reabilitação da vítima tendo em vista o seu mais pronto e melhor retorno à vida activa e, se possível, a uma actividade produtiva. Este princípio reparador aplica-se a qualquer tipo de traumatismo ou patologia, não fazendo sentido que existam diferentes formas de avaliação e de reparação, consoante os factos que deram origem à lesão orgânica (Magalhães T. e col, 1996).

Por outro lado, a partir do séc. XX, quase todos os países proclamaram o seu acordo com os universais Direitos do Homem, reconhecendo o direito à saúde, à segurança e à integração (não exclusão) dos cidadãos, assente no direito fundamental a um igual tratamento para todos. Nos respectivos Direitos nacionais desses países, foram previstos meios de compensação e de reparação, tendo por objectivo a reinserção social e profissional dos seus cidadãos.

O objectivo principal da reparação deverá, pois, ser ajudar a vítima, de uma forma não estandardizada mas adaptada às particularidades do seu estado, de modo a repor a sua situação de vida tal como era antes do evento. Desta forma, o dano indemnizável deverá residir muito menos nas sequelas anátomo-fisiológicas do que nas suas múltiplas consequências no plano da vida quotidiana, da vida afectiva, familiar e da vida profissional ou de formação. De facto, os actos essenciais da vida não se limitam à satisfação das necessidades fisiológicas, a vestir-se e a lavar-se; existem outras aspirações, como a possibilidade de comunicar, de obter conhecimentos, de ter passatempos, que devem ser, também, tidas em consideração.

Considerando que o "bem estar físico, mental e social", a reintegração (familiar, social e profissional) e a qualidade de vida, são (ou devem ser) o objectivo de todas as acções para reduzir o dano na pessoa, a insuficiência de recursos económicos não deveria constituir um obstáculo à aquisição de

ajudas técnicas e aos trabalhos de adaptação do domicílio, assim como do posto de trabalho, sobretudo nos casos de *handicap* grave, que merecem todos os esforços possíveis para os solucionar; daí não considerarmos que esta nova concepção de reparação seja uma utopia, mas, antes, uma hipótese entre muitas outras que possam surgir e que merecem ser tidas em conta dada a importância de se alterar a actual abordagem do problema da reparação.

Naturalmente que este objectivo, assim genericamente definido, se aplica, sobretudo, aos casos em que as sequelas constituem um prejuízo traduzível num efectivo *handicap*. Nas outras situações (porventura as mais frequentes), em que o dano não tem repercussões patrimoniais permanentes, a indemnização devida a essas consequências permanentes será muito mais simples, por estarmos perante um dano extra-patrimonial, devendo, nestas circunstâncias constituir antes uma compensação pelo dano sofrido, a qual poderá ser determinada com recurso a tabelas médicas e de indemnização, que se aplicam igualmente a todos os casos.

Deste modo, a avaliação do dano na pessoa no âmbito do Direito Civil visa orientar, cientificamente, a reparação desse dano, de forma justa e adequada às reais necessidades das vítimas. Tal está de acordo com dois princípios fundamentais contemplados nos diversos ordenamentos jurídicos dos países da União Europeia: todos gozamos plenamente dos mesmos direitos; no caso de dano corporal, a situação deve ser reposta o mais próximo possível daquela que existiria se o evento não tivesse tido lugar ⁽⁶⁾.

V — METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DO DANO NA PESSOA

A prova pericial apresenta-se sob a forma de um relatório onde se descreve o resultado do ou dos exames efectuados e se interpretam esses resultados, elaborando-se uma conclusão devidamente fundamentada. O relatório deverá obedecer a normas específicas (Boróbia C., 2006 b.) de maneira a satisfazer cabalmente os objectivos a que se destina, o que varia conforme a área do Direito substantivo (e processual) em que surge e à qual se destina. Deve apresentar uma descrição clara, objectiva, pormenorizada e sistematizada das observações feitas, bem como a indicação das fontes da informação; os conceitos usados devem ser definidos, identifi-

⁽⁶⁾ Veja-se o art. 562.º do CCP e o Princípio da Protecção da Saúde, contemplado em todas as Constituições Europeias.

cando-se também os métodos e instrumentos utilizados (ex.: escalas, tabelas, etc.).

A função do perito é saber dar resposta ao objectivo da perícia, de forma imparcial e objectiva, e traduzir a sua complexidade por palavras simples para que os juristas (e outros profissionais que intervêm no sistema de reparação) a possam apreciar sobre bases concretas, de modo a que a decisão judicial sobre a reparação possa utilizar a informação pericial na respectiva fundamentação (Anciaux P., Attanian E., 1993; Rogier A., 1993). No exercício das suas funções periciais, o perito médico-legal goza de autonomia e é o responsável pela elaboração do relatório pericial (no qual deverá integrar as eventuais opiniões de outros especialistas), estando contudo obrigado a respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor no INML (7).

A metodologia do exame é comum para todos os tipos de perícia mas o seu objectivo e conclusões diferem com o âmbito do Direito à luz da qual surge a intervenção pericial: Direito Penal, Direito do Trabalho, Direito Civil, Direito da Família e Menores, ou Direito Administrativo.

Tendo em vista avaliar o dano de forma global e personalizada, e o mais próximo possível da realidade da vítima, bem como promover uma reparação concreta e integral, teremos de considerar a pessoa não como a soma das partes do seu corpo mas, antes, no seu todo, incluindo as funções e as situações de vida. Estes três níveis podem definir-se da seguinte forma (Hamonet C., Magalhães T., 2001):

- a) Corpo: aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas;
- b) Funções: capacidades físicas e mentais (actuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre. Surgem na sequência das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por factores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anteriores, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitectónicas, as ajudas técnicas ou as ajudas humanas);
- c) Situações de vida: confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural. As situa-

(7) Cfr. o disposto no art. 5.º, n.ºs 4 e 5, da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses.

ções podem ser relativas às actividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas, a nível do corpo e das funções, e de factores pessoais e do meio.

O modelo de relatório pericial de avaliação do dano corporal actualmente em vigor no INML é constituído pelos seguintes capítulos, correspondentes às fases de feitura da perícia: *a)* Preâmbulo; *b)* Informação (História do evento; Dados documentais); *c)* Antecedentes (Pessoais; Familiares); *d)* Estado actual (Queixas; Exame objectivo); *e)* Exames complementares de diagnóstico; *f)* Discussão; *g)* Conclusões.

No “Preâmbulo” deve consignar-se o tipo e data do exame, a identificação do processo judicial e a identificação da vítima (nome, filiação, sexo, data de nascimento, estado civil, profissão, naturalidade, nacionalidade, residência, bilhete de identidade).

No capítulo “Informação” importa, para posterior fundamentação das conclusões, descrever: a data, o local, o mecanismo, o tipo e as circunstâncias do evento traumático; as lesões resultantes; os estabelecimentos médicos a que a vítima recorreu (com indicação das complicações surgidas e tratamentos efectuados); a data de alta hospitalar; as consultas em ambulatório (especialidades, instituições, tratamentos, exames de diagnóstico complementares efectuados e período de consultas com referência às datas de alta); a data de reinício da actividade profissional, o desemprego ou a reforma.

A descrição das circunstâncias do evento, designadamente a vivência do trauma pela vítima, é fundamental para posterior valorização das queixas subjectivas bem como de outros danos, designadamente o *Quantum Doloris* e o dano permanente relacionado com perturbações de stress pós-traumático.

No capítulo “Antecedentes”, descrevem-se os antecedentes pessoais patológicos e (ou) traumáticos da vítima que podem ser importantes, influenciando o resultado final do estado sequelar relativo ao caso em análise (com base na informação da vítima ou em registos clínicos). Podem descrever-se, também, os aspectos relevantes dos antecedentes patológicos familiares e de história de violência no contexto familiar. Este capítulo é fundamental para apoiar a determinação do nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano, na medida em que nele é feita a análise do estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo. Para tanto, sempre que necessário, pode o perito solicitar às instituições de saúde que lhe

sejam presentes registos clínicos ou outros documentos, que lhe permitam confirmar a situação de saúde anterior da pessoa a avaliar ⁽⁸⁾.

O capítulo “Estado Actual” inclui o estado geral, as queixas e o exame objectivo.

As queixas devem ser descritas de acordo com dois níveis: *a)* Funcionais (postura, deslocamentos e transferências; manipulação e preensão; comunicação; cognição e afectividade; controlo de esfíncteres; sentidos e percepção; mastigação e ingestão; sexualidade e procriação; adaptação aos esforços; fenómenos dolorosos; etc.); *b)* Situacionais (actos da vida corrente; vida afectiva e social; vida profissional ou de formação).

Deve descrever-se, para cada um destes níveis, com interesse para o caso concreto, o grau de dificuldade observada na concretização da função ou da situação (Magalhães T., 1998): *a)* Grau 1 — lentidão, desconforto, hesitação; *b)* Grau 2 — necessidade de recurso a ajuda técnica e/ou medicamentosa; *c)* Grau 3 — necessidade de ajuda humana; *d)* Grau 4 — impossibilidade e necessidade de ajuda humana total.

No exame objectivo deve descrever-se o estado geral da pessoa, fazendo-se depois uma descrição orientada das cicatrizes, dismorfias, amiotrofias, dismetrias, alterações da amplitude ou estabilidade articulares, desvio do eixo dos membros ou rotações, perda de segmentos ou órgãos, alterações na força, sensibilidade, equilíbrio, etc., sempre com o tipo de medição adequada e comparando com a região contra-lateral, se for caso disso. Deve ser também feita referência a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior. O exame descreve-se de acordo com as seguintes regiões: Crânio; Face; Pescoço; Coluna e medula; Tórax; Abdómen (conteúdo pélvico e perínio incluídos); Mem-

⁽⁸⁾ O art. 10.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, com a epígrafe “Acesso à informação”, dispõe o seguinte:

“1 — No exercício das suas funções periciais, os médicos e outros técnicos têm acesso à informação relevante, nomeadamente à constante dos autos, a qual lhes deve ser facultada em tempo útil pelas entidades competentes por forma a permitir a indispensável compreensão dos factos e uma mais exaustiva e rigorosa investigação pericial.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, o presidente do Instituto, os directores das delegações, os directores dos serviços técnicos ou os coordenadores dos gabinetes médico-legais podem, observado o disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 156.º do Código de Processo Penal, solicitar informações clínicas referentes aos examinados em processos médico-legais, directamente aos serviços clínicos hospitalares, serviços clínicos de companhias seguradoras ou outras entidades públicas ou privadas, que as devem prestar no prazo máximo de 30 dias.”

bro superior direito; Membro superior esquerdo; Membro inferior direito (pelve óssea incluída); Membro inferior esquerdo (pelve óssea incluída);

No capítulo dos “Exames complementares de diagnóstico” descrevem-se as conclusões dos exames solicitados pelo perito ou os que lhe tenham sido presentes (e que sejam posteriores à data da alta clínica), com a data e a indicação de proveniência dos mesmos (ex.: parecer de ortopedia ou de oftalmologia, relatório de exame imagiológico ou electrofisiológico).

Poderão apresentar-se conclusões preliminares, caso não seja possível concluir o relatório de forma definitiva (por ainda não ter sido atingida a cura ou consolidação médico-legal, ou porque são necessários exames complementares ou de outras especialidades, entre outros motivos).

Caso seja possível apresentar uma conclusão final, elabora-se previamente a “Discussão”, capítulo que versa sobre o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, e sobre a data de cura ou consolidação médico-legal das lesões, apresentando-se ainda a interpretação da observação clínica descrita no relatório como fundamento das conclusões definitivas ⁽⁹⁾.

⁽⁹⁾ Alguns aspectos da avaliação médico-legal que integram o capítulo “Discussão” são comuns a todos os relatórios relativos ao dano pós-traumático, independentemente da sede do Direito em que esta tenha lugar:

- a) Nexos de causalidade: relação de imputabilidade (total ou parcial, directa ou indirecta) entre um traumatismo e um dano, tendo em conta os seguintes aspectos: adequação entre o tipo de lesão e sequelas e a sua etiologia; entre o tipo de traumatismo e o tipo de lesão; entre a sede do traumatismo e a sede da lesão; existência de continuidade sintomatológica entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; adequação temporal entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; exclusão da pré-existência do dano ou de uma causa estranha relativamente ao traumatismo. Considera-se parcial ou indirecto quando existe outra causa associada, tratando-se, a maior parte das vezes, de um estado anterior. O traumatismo devido ao evento em causa poderá contribuir, nestes casos, para desencadear o estado clínico anterior ou para acelerar ou agravar a sua evolução.
- b) Estado anterior: situação patológica ou traumática pré-existente ao evento em causa, podendo este último contribuir para desencadear, acelerar ou agravar as sequelas ou sintomatologia relativa ao referido estado anterior.
- c) Cura médico-legal: momento a partir do qual se verificou a cura das lesões sem que daí tenham resultado sequelas (*restitutum ad integrum*).
- d) Consolidação médico-legal das lesões: momento a partir do qual não é de esperar uma evolução positiva importante das lesões em termos sequelares). Corresponde ao fim do período de incapacidade temporária.
- e) Estabilização médico-legal das sequelas: momento a partir do qual não é de esperar uma evolução positiva importante ao nível da reabilitação e reintegração fami-

Essencialmente, os relatórios elaborados no âmbito do Direito Penal, do Direito Civil e do Direito do Trabalho diferem entre si apenas nos capítulos da “Discussão” e “Conclusões”, de acordo com os diferentes objectivos específicos de cada um desses ramos do Direito.

Será pois nestes dois últimos capítulos que, no âmbito do Direito Civil, encontraremos avaliados e discutidos os diversos parâmetros de dano que de seguida enunciaremos.

Estes parâmetros de dano, patrimoniais e extra-patrimoniais, são fundamentais para descrever a totalidade desse dano. No entanto, até agora, os meios de avaliação do dano corporal têm sido fundados, na maior parte das vezes, na determinação de uma taxa de “incapacidade permanente”, particularmente associada ao dano a nível do corpo, o que é manifestamente insuficiente (Pringent M. A., 1979). De facto, só aparentemente será lógico deduzir a existência do dano corporal a partir da presença de certas sequelas lesionais, pois sabemos que qualquer pessoa pode apresentar uma sequela a nível orgânico sem repercussão funcional ou sem *handicap*, ou um *handicap* sem sequela orgânica ou funcional. Assim, as simples descrições orgânicas não são suficientes para exprimir a realidade das dificuldades encontradas pela pessoa e, conseqüentemente, também o não são para efeito de avaliação do dano corporal (Hamonet C., 1988). É, pois, fundamental que os peritos médico-legais sejam capazes de identificar e avaliar as repercussões dos traumatismos a todos os níveis, traduzindo-as e quantificando-as através dos parâmetros de dano na pessoa definidos para este tipo de avaliação e reparação.

VI — PARÂMETROS DE DANO NA PESSOA

Para efeitos ressarcitórios, consideram-se duas espécies de dano: patrimoniais e extra-patrimoniais.

O dano patrimonial (económico) corresponde às consequências de um dano real sobre a situação patrimonial da vítima. Refere-se àqueles danos que são susceptíveis de avaliação e reparação pecuniária, compreendendo as despesas e as perdas de ganho, temporárias e permanentes, em relação certa e directa com o evento. Pode ser classificado em dano de quantificação certa

liar, social e profissional da vítima (trata-se de um conceito social). Pode não coincidir com a data de consolidação médico-legal das lesões, sobretudo nos *handicaps* graves.

(dano temporário) e dano de quantificação equitativa (dano permanente). Abrange os prejuízos que, sendo susceptíveis de avaliação pecuniária, podem ser reparados ou indemnizados, senão directamente (mediante restauração natural ou reconstituição específica da situação anterior à lesão), pelo menos indirectamente (por meio de equivalente ou indemnização pecuniária). Estes prejuízos incluem: *a*) Dano emergente — prejuízo causado (ex: custos com tratamentos); *b*) Lucro cessante — benefícios que o lesado deixou de obter em consequência do facto ilícito, mas a que ainda não tinha direito à data da lesão (ex.: perda efectiva de capacidade de trabalho, temporária ou permanente); *c*) Danos futuros — danos que não se tendo ainda verificado, são contudo previsíveis (ex.: os custos com cirurgias e internamentos futuros, e custos com terceira pessoa ou ajudas técnicas permanentes); se não forem previsíveis, a fixação da indemnização correspondente será remetida para decisão ulterior (art. 564.º do Código Civil).

As consequências económicas do dano deverão ser objecto de uma indemnização integral, na medida do possível (Boróbia C., 2006 c.), e objectiva, através de um esforço de cálculo exaustivo relativo às perdas reais temporárias e permanentes (Lambert-Faivre Y., 2004).

O dano extra-patrimonial (não económico), é aquele que é insusceptível de avaliação pecuniária porque atinge bens imateriais que não integram o património do lesado, apenas podendo ser compensados com a obrigação pecuniária imposta ao responsável pelo facto danoso, constituindo mais uma compensação do que uma indemnização. Refere-se a questões relacionadas com a saúde, o bem-estar, a liberdade, a beleza, a perfeição física, a honra e o bom-nome. Engloba, pois, as consequências do traumatismo de natureza física (certas dores e a redução do potencial funcional), psíquica e estética, analisadas num sentido genérico e independentemente do prejuízo económico.

As consequências não económicas do dano corporal descrevem-se (na medida do possível) no relatório pericial médico e, em função da sua gravidade (estabelecida pelo médico), poderão dar lugar a uma indemnização global (Boróbia C., 2006 c.), sendo em Portugal considerados, na fixação do *quantum* do dano extra-patrimonial, os precedentes jurisprudenciais, por não existirem tabelas nem *valor do ponto* para este dano ⁽¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁾ No entanto, alguns autores consideram que a compensação deste dano (fisiológico e moral) através de uma indemnização global põe em causa, numa perspectiva humanista, a sua necessária reparação integral (Lambert-Faivre Y., 2004).

Nos exames de avaliação do dano corporal em Direito Civil tem-se sempre em conta estes dois tipos de dano, patrimonial e extra-patrimonial, que se analisam de acordo com dois períodos fundamentais: o período de danos temporários (período de decorre entre a data do evento e a data da consolidação médico-legal das lesões) e o período de danos permanentes (período que se segue à data da consolidação médico-legal das lesões).

No período de danos temporários, consideram-se os seguintes parâmetros de dano ⁽¹¹⁾:

a) Incapacidade Temporária Geral Total (ITGT)

Corresponde ao período durante o qual a vítima esteve impedida de realizar com certa autonomia os actos da vida corrente, familiar e social, sem relação com a actividade profissional. Coincide, em geral, com os períodos de internamento e repouso absoluto no leito, podendo existir vários períodos intermitentes.

Determina-se a partir dos registos dos internamentos hospitalares e dos registos clínicos que referem os períodos de alectuamento no domicílio com dependência de terceiros para as actividades da vida diária e, ainda, através da informação da vítima e do quadro clínico concreto (com base no período de duração esperado, atento esse quadro clínico e a sua normal evolução). No caso de não existirem registos clínicos suficientemente esclarecedores, pode recorrer-se a tabelas que permitem fazer a estimativa deste dano, como por exemplo a de Ramírez (1996) ou de Pérez e col (2006).

Este dano, não se referindo ao aspecto profissional, é extra-patrimonial e, como tal, susceptível de ser reparado com base no recurso a tabelas, como por exemplo a espanhola ⁽¹²⁾.

b) Incapacidade Temporária Geral Parcial (ITGP)

Corresponde ao período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, pode já retomar com certa autonomia a realização dos gestos habituais da vida corrente, familiar e social.

⁽¹¹⁾ Veja-se, a propósito, Vieira D. N. (2000).

⁽¹²⁾ Tabla V — Ley 30/1995, de 8-1 (B.O.E. de 25-3-1999).

Dadas as dificuldades na valorização objectiva de vários períodos de incapacidade temporária, bem como na determinação das taxas dessa incapacidade, considera-se, em geral, apenas um período, medido em dias, sem referência a taxas.

Determina-se, também, com base nos registos clínicos, informação fornecida pela vítima e quadro clínico concreto, ou com base no período esperado, atento esse quadro clínico e a sua normal evolução.

c) Incapacidade Temporária Profissional Total (ITPT)

Corresponde ao período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional habitual.

Determina-se com base nos registos clínicos (do hospital, do médico assistente, da seguradora), no quadro clínico concreto, na informação da vítima e sua profissão habitual, ou com base no período esperado, atento o quadro clínico, a sua normal evolução e a profissão.

Nas situações em que os examinandos desenvolvem exclusivamente actividades consideradas não profissionais (ainda que lucrativas), é descrito e avaliado o período de incapacidade para essas actividades.

Trata-se, aqui, de um dano patrimonial, pelo que deverá ser avaliado e reparado objectivamente.

d) Incapacidade Temporária Profissional Parcial (ITPP)

Corresponde ao período em que já foi possível à vítima começar a desenvolver a sua actividade profissional habitual, ainda que com certas limitações.

Dada, uma vez mais, a dificuldade na valorização rigorosa de vários períodos de incapacidade temporária, bem como na determinação das taxas dessa incapacidade, considera-se, frequentemente, apenas um período, em dias, sem referência a taxas de incapacidade temporária.

Só se deve avaliar a ITPP quando existirem elementos documentais que permitam objectivar essa avaliação. Pode ser também descrita nos casos em que a vítima desenvolve em exclusivo actividades consideradas não profissionais (tal sucede, por exemplo, através da consideração das faltas à escola para tratamento, no caso dos *estudantes*, ou na necessidade de apoio de terceiros para as actividades domésticas, no caso das *domésticas*).

e) Quantum doloris (QD)

Constitui um dano extra-patrimonial que corresponde ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de danos temporários ⁽¹³⁾.

Para esta avaliação é fundamental a entrevista médica, que permite ao perito alcançar a percepção da vítima relativamente à vivência do traumatismo (circunstâncias peri e pós-traumáticas).

Como critérios de avaliação, são tidos em conta o tipo de traumatismo e suas circunstâncias, o tipo de lesões e tratamentos instituídos, a duração do internamento, as complicações médicas e cirúrgicas e a duração e complexidade do período de reabilitação funcional. São ainda considerados os sentimentos compreensivelmente vividos pela vítima durante esse período e por elas descritos: angústia, ansiedade, medo, consciência do perigo de vida, sofrimento pelo afastamento do meio familiar e das responsabilidades profissionais, entre outros.

A sua valorização é feita através de uma escala quantitativa com sete graus de gravidade crescente, podendo recorrer-se à Tabela de Thierry e Nicourt (Rosseau C., Fournier C., 1988), sobretudo útil para valorizar as dores devidas às lesões sofridas.

Em Portugal, a reparação deste dano, tal como dos restantes danos extra-patrimoniais, é feita com base em critérios de equidade do Juiz, tendo em conta também a jurisprudência existente sobre a matéria, mas nos países anglo-saxónicos e como já referido, também em Espanha, a reparação deste dano é feita com base em tabelas com valores indemnizatórios independentes da profissão do lesado (Boróbia C., 2006 c.).

2. No período de danos permanentes avaliam-se os seguintes danos ⁽¹⁴⁾

a) Incapacidade Permanente Geral (IPG)

Corresponde à afectação definitiva da integridade física e (ou) psíquica da pessoa, com repercussão nas actividades da vida diária, incluindo

⁽¹³⁾ Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

⁽¹⁴⁾ Veja-se, a propósito, Vieira D. N. (2000).

as familiares, sociais, de lazer e desportivas, sendo independente das actividades profissionais ⁽¹⁵⁾.

É avaliada relativamente à capacidade integral do indivíduo (100%) podendo, eventualmente, traduzir-se num compromisso total dessa capacidade (ex.: estado vegetativo). A eventual incapacidade relativa ao estado anterior da vítima deve ser “descontada” no valor final da incapacidade permanente.

Trata-se de um dano comum a todas as pessoas, apesar de poder ser personalizado. É determinado tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida) e a consulta de tabelas de incapacidade (sem carácter vinculativo, como é o caso da Tabela dita do *Concours Médical* [2002], adoptada pelo INML), tendo como base fundamental a experiência médico-legal relativamente a estes casos. A tabela oferece um valor de referência que é depois adaptado ao caso concreto. A taxa de incapacidade, de 0% a 100%, é considerada “fixável” e arredondada, traduzindo a magnitude do dano e não um valor aritmético exacto.

No caso das grandes incapacidades (IPG>70%), não deverá ser atribuído um valor percentual, efectuando-se antes uma perícia multidisciplinar acentuadamente descritiva, podendo recorrer-se à avaliação do *Coefficiente de Dano* através da aplicação do *Inventário de Avaliação do Dano Corporal* (Magalhães T., 1998).

As dificuldades na avaliação e reparação deste dano são várias e começam a surgir desde logo no que se refere ao significado de “incapacidade permanente”, persistindo ainda alguns equívocos nesta matéria. Refere-se a “incapacidade permanente” à perda de capacidade de ganho, ao défice funcional pessoal ou a ambos? E o significado que lhe é conferido pelos peritos médico-legais ao realizarem a perícia, é o mesmo que lhe conferem as vítimas, advogados, juízes e seguradoras, ao solicitarem, uns, e ao atribuírem, outros, a reparação do dano? Estas, são perguntas que até há pouco tempo poderiam não ter uma resposta clara mas, na actualidade (e apesar do estado de letargia em que ainda se encontra o nosso país relativamente a esta problemática), começam a verificar-se, na União Europeia, consensos cada vez mais precisos, com o contributo, pela parte portuguesa, do INML. De qualquer forma, e apesar do esforço e do empenho que este Instituto tem desenvolvido a nível nacional no sentido do

(15) Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

dissipar as dificuldades de interpretação e utilização do referido conceito médico-legal, verifica-se que o entendimento sobre a “incapacidade permanente” varia ainda muito no mundo do Direito e da actividade das companhias de seguros.

Merecem aqui esclarecimento alguns aspectos relativos ao conceito de “incapacidade”. A “incapacidade permanente”, de uma forma genérica, corresponde a um dano na integridade físico-psíquica de um indivíduo, de carácter permanente, actual ou futuro, que se repercute em diversas áreas da sua existência: actividades da vida diária; actividades afectivas, familiares, sociais, de lazer e desportivas; actividades de formação; actividades profissionais.

Por seu turno, a “incapacidade permanente profissional” (que no domínio do Direito do Trabalho recebe a designação de IPP — *Incapacidade Parcial Permanente*), tem como objectivo, segundo a *Tabela Nacional de Incapacidades*, para acidentes de trabalho e doenças profissionais ⁽¹⁶⁾ (TNI), descrever o prejuízo funcional sofrido, com perda da capacidade de ganho. Ora, este dano principalmente patrimonial, supostamente traduzindo a perda da capacidade de ganho e repercutindo-se, nessa medida, sobre o património do lesado, poderá encerrar, também, uma vertente extra-patrimonial, dado que existem danos orgânicos e (ou) funcionais, indemnizáveis com base na referida Tabela, mas que muitas vezes não têm repercussões patrimoniais. Todavia, no nosso país, em geral, a nível do Direito do Trabalho, estes danos são reparados como de um só tipo se tratasse, *in abstracto* e tendo em conta a remuneração auferida pelo lesado à data do evento (contrariamente ao que sucede, por exemplo, nos países anglo-saxónicos, em que a reparação é efectuada *in concreto*).

Mas, como referimos já, o Direito do Trabalho exerce, ainda hoje, enorme influência sobre as metodologias de avaliação e reparação do dano corporal em Direito Civil. Por isso, a *Incapacidade Permanente Geral* (IPG), não relacionada com a actividade profissional do lesado, é alvo de tanta polémica, recebendo sistematicamente no nosso país o tratamento conferido à IPP e sendo reparada como tal.

De facto, o Código Civil actual, no que respeita aos acidentes de viação, não concretiza as modalidades de avaliação do dano corporal em Direito Civil, nem os respectivos métodos de cálculo, tendo a jurisprudência moldado esta prática, inspirada, geralmente, no regime jurídico dos

(16) Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro.

acidentes de trabalho. Não obstante, este "vazio legislativo" relativo às formas de avaliação e reparação do dano corporal não compromete a possibilidade de avaliação da IPG a título de dano extra-patrimonial.

Em Portugal, os tribunais e as companhias de seguros ⁽¹⁷⁾ não distinguem, na avaliação do dano em Direito Civil, entre incapacidade fisiológica ou funcional (IPG) e incapacidade para o trabalho, sendo que uma e outra carecem de valoração e consequente indemnização, ainda que as regras do processo indemnizatório se ajustem com maior facilidade às situações em que a lesão sofrida foi causa de uma efectiva privação da capacidade de ganho (Dias A., 2001). No entanto, como afirma Álvaro Dias, os critérios indemnizatórios do Direito Civil não fazem apelo às repercussões do sinistro no dia-a-dia profissional do lesado, antes relevando a actividade do lesado como pessoa, e não como trabalhador. Deste modo, e também para aquele autor, um sistema indemnizatório coerente deverá conglobar, numa perspectiva sistémica, a totalidade dos danos e prejuízos causados por qualquer lesão.

O mesmo é referido por Oliveira Sá (1992), assinalando que em Portugal os diversos actores intervenientes neste processo de avaliação e reparação dos danos não usam os mesmos conceitos e metodologias, adequados a apurar, no momento da atribuição da indemnização, exactamente quais os parâmetros de dano médico-legais (e respectivas categorias jurídicas) que estão a ser reparados. As ambiguidades terminológicas podem estar a causar sérios prejuízos ao interesse das vítimas e à boa administração da justiça, pelo que é indispensável que sejam superadas, tal como já em 1992 desejava Oliveira Sá.

Temos assim que o dano pessoal, quantificado, em grande parte, através da IPG, constituirá um dano extra-patrimonial, não ficando a vítima impedida de ser reparada também numa perspectiva patrimonial relativamente à incapacidade laboral, temporária ou permanente.

Portanto, dado que a IPG não tem qualquer relação com a actividade profissional habitual da vítima, não traduzindo a sua perda de capacidade de trabalho, a indemnização não deveria ter em conta a sua profissão e respectiva remuneração.

Naturalmente que as repercussões laborais, eventualmente incluindo a perturbação na capacidade de ganho, não ficam por avaliar no âmbito do

(17) No âmbito de processos judiciais, a incapacidade é fixada pelo Juiz, sendo esta, em sede de resolução extra-judicial de litígios, fixada pelas companhias de seguros.

Direito Civil, recorrendo-se, para tal, à descrição do *Rebate Profissional*, adiante definida, que permite descrever as capacidades da vítima para o seu trabalho profissional, orientando, em termos clínicos, a companhia de seguros ou o tribunal para uma possível reparação concreta do dano. De facto, no plano técnico-científico, os médicos pouco mais podem adiantar sobre este aspecto, sendo que as percentagens calculadas com base na TNI, de uma forma completamente abstracta e com recurso a regras aritméticas que nada têm a ver com a clínica e a ciência médica, são meras abstrações (que, de uma vez por todas, devem ser encaradas como tal), não traduzindo, na realidade, a perda real de capacidade de trabalho do lesado, como erroneamente se pretende através daquela Tabela. Os danos patrimoniais deveriam ser ressarcidos *in concreto* (segundo a prova produzida pelas partes), sem que fosse possível submeter tais danos a tabelas pré-estabelecidas.

Note-se, contudo — e para além do que já foi dito sobre o significado de cada um destes parâmetros de dano (IPP vs IPG) — que estão em causa, em sede de avaliação, não só diferentes aspectos da vida individual da vítima mas, também, diferentes instrumentos e técnicas de avaliação. Ora, se na avaliação da IPP o perito está obrigado e vinculado à utilização da TNI, já em sede de Direito Civil, a metodologia definida pelo INML tem em conta as normas europeias preconizadas pela atrás referida Comissão para a harmonização da avaliação e reparação do dano (Boróbia C., 2006 a.; Carol J., 2006; Lucas P. e col, 2001) e recorre, no nosso país, à utilização da Tabela de Incapacidades dita do *Concours Médical* (Barème Indicatif d'Évaluation des Taux d'Incapacité em Droit Commun, 2002), o que se continuará a verificar até à publicação da *Tabela Portuguesa para Avaliação da Incapacidade Permanente em Direito Civil*. Esta Tabela foi elaborada com inspiração na *Tabela-Guia Europeia de Avaliação dos Dano na Integridade Física e Psíquica* (Guide Barème Européen, 2006), em utilização experimental no Conselho Europeu, tabela que, no futuro, deverá ser única no espaço europeu. A esta acrescentará uma tabela de indemnizações (tal como existe já em alguns países da Europa), não sendo tida em conta a profissão do lesado, ao contrário do que é a actual prática (da generalidade) dos tribunais portugueses e das seguradoras, o que cria graves injustiças relativas em termos indemnizatórios.

b) Dano Futuro (DF)

Corresponde ao agravamento das sequelas, que com elevada probabilidade se irá registar e que pode traduzir num aumento da *incapacidade*

permanente geral ⁽¹⁸⁾ (ex.: artrose pós-traumática que agravará a rigidez articular e a sintomatologia dolorosa àquele nível, podendo vir a implicar a realização de uma futura intervenção cirúrgica para colocação de prótese).

Haverá lugar à atribuição de DF quando a previsão de agravamento das sequelas é fisiopatologicamente razoável, não só admissível como provável, isto é, quando traduz uma evolução lógica, habitual e normal do quadro clínico constitutivo da sequela (Oliveira Sá F., 1992).

Trata-se, de facto, de uma IPG que só se manifestará mais tarde mas que, sendo previsível, se pode avaliar e acrescer à IPG já constatável. No entanto, nem sempre é possível prever com objectividade e rigor a evolução das sequelas em termos de DF, dadas as múltiplas variáveis a ter em conta em relação à vítima (idade, estados patológicos, tipo de actividades), à lesão (tipo, gravidade e evolução) e aos tratamentos instituídos.

Em alguns casos, dada a dificuldade de estabelecer uma estimativa previsível deste dano, pode propor-se uma avaliação posterior, ou a atribuição de uma renda em vez de um capital, para que a IPG e despesas com tratamentos possam ir sendo ajustadas à situação concreta da vítima.

Mas a repercussão deste dano a nível da IPG não é, em alguns casos, suficiente para o descrever, dado tratar-se, efectivamente, de uma situação de agravamento associada, podendo haver lugar a outros novos parâmetros de dano temporários e permanentes, patrimoniais e extra-patrimoniais.

A maior parte da literatura médico-legal internacional não considera este dano, referindo-se antes aos custos futuros, relacionados com tratamentos e ajudas técnicas e medicamentosas de que a vítima irá necessitar.

c) Rebate Profissional

Corresponde ao rebate do défice funcional no exercício da actividade profissional da vítima à data do evento e (ou) à data da perícia constituindo, portanto, um dano patrimonial.

Podem verificar-se as seguintes situações relativamente ao estado sequelar (Oliveira Sá F., 1992): *a*) compatibilidade com o exercício da actividade profissional; *b*) compatibilidade com o exercício da actividade profissional mas implicando esforços suplementares no exercício da actividade profissional; *c*) incompatibilidade com o exercício da actividade profissional, sendo no entanto compatível com outras profissões na área da

⁽¹⁸⁾ Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

sua preparação técnico-profissional; *d*) incompatibilidade com o exercício da actividade profissional, bem assim com qualquer outro dentro da área da sua preparação técnico-profissional.

***d*) Dano Estético (DE)**

Constitui um dano extra-patrimonial que corresponde à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem em relação a si próprio e perante os outros, que resulta de deterioração da sua imagem ⁽¹⁹⁾.

Pode ser um dano estático (ex.: cicatriz) ou dinâmico (ex.: claudicação da marcha), devendo ser tido em conta o seu grau de notoriedade ou visibilidade (pode recorrer-se, por exemplo, ao método da distância de Rouge — 1996), o desgosto revelado pela vítima (considerada a sua idade, sexo, estado civil e estatuto sócio-profissional) e a possibilidade de recuperação, designadamente cirúrgica. Assinale-se, contudo, que a sua notoriedade pode não ser visual e, antes, ser percebida através de outros sentidos, como a audição (ex.: voz bitonal), ou olfacto (ex.: incontinência urinária, fístula entero-vaginal).

As dificuldades resultantes da dupla subjectividade nesta avaliação (do perito e da vítima), ultrapassam-se descrevendo minuciosamente as sequelas quanto à localização, forma, dimensões, relevo, textura, sensibilidade, coloração e número, e fotodocumentando-as para que o Juiz as possa apreciar. Ainda assim, a avaliação terá de ser personalizada dado que danos iguais podem ter repercussões diferentes.

A valorização do DE é feita através de uma escala quantitativa com sete graus de gravidade crescente.

***e*) Prejuízo Sexual (PS)**

Corresponde à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e (ou) psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação ⁽²⁰⁾.

⁽¹⁹⁾ Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

⁽²⁰⁾ Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

Este dano é frequentemente subavaliado ou não avaliado, dada a relevância de outras sequelas graves que aparentemente se lhe sobrepõem, mas, sobretudo, ao preconceito e vergonha que ainda existe na abordagem deste tema, tanto por parte do perito como da vítima (Magalhães T., 2000 a.).

O perito deve atender, particularmente, à técnica da entrevista e colheita da história (ex.: tipo de traumatismo), à idade e estado anterior da vítima (ex.: diabetes, insuficiência hepática ou renal, vasculopatias) e ao dano físico ou psicológico resultante (epifenómeno do trauma).

O dano que constitui o PS pode manifestar-se através de perturbação da libido, desconforto, disfunção eréctil, perturbação da ejaculação ou do orgasmo, sendo aconselhável, sempre que possível, objectivar estas queixas através de exames complementares.

A sua avaliação tem em conta as lesões iniciais, as complicações resultantes e os estudos complementares efectuados. Em caso de não comprovação de dano de etiologia orgânica, o perito pronunciar-se-á sobre a plausibilidade das queixas, tendo como base os elementos anteriores e a vivência do traumatismo (Magalhães T., 2000 a.). Constitui, também, um dano extra-patrimonial, quantificado numa escala com sete graus de gravidade crescente.

f) Prejuízo de Afirmação Pessoal (PAP)

Corresponde à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, praticadas previamente ao evento responsável pelas sequelas, e que representavam para a vítima um amplo espaço de realização pessoal ⁽²¹⁾.

Também neste caso é fundamental a realização da entrevista, devendo apenas considerar-se o dano concreto e não o potencial.

Os critérios para a sua valorização recaem na importância das actividades para a qualidade de vida e satisfação pessoal da vítima. Tal valorização pode ser feita através de uma escala com cinco graus de gravidade crescente mas, neste caso, a descrição é fundamental, valorizando-se apenas o dano com dignidade para tal (Oliveira Sá F., 1992). Trata-se de mais um dano extra-patrimonial.

(21) Segundo a definição do INML no modelo de relatório de avaliação do dano corporal em Direito Civil.

g) Dependências

As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas enquanto tal, mais frequentemente, as permanentes. Podem ser relativas a diversos tipos de necessidades: medicamentosas, tratamentos clínicos, ajudas técnicas, adaptações (domicílio, local de trabalho, viatura), ou ajuda de terceira pessoa.

As ajudas medicamentosas são relativas à necessidade permanente de recurso a medicação regular (ex.: analgésicos, antiespasmódicos ou antiepilépticos) sem a qual a vítima não conseguirá ultrapassar as suas dificuldades em termos funcionais e nas situações da vida diária.

A dependência de tratamentos clínicos regulares corresponde à necessidade de recurso regular a cuidados de saúde para evitar o retrocesso ou o agravamento das sequelas (ex.: fisioterapia).

A dependência de ajudas técnicas refere-se à necessidade permanente de recurso a tecnologia para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar o dano corporal (do ponto de vista anatómico, funcional e situacional), com vista à obtenção de autonomia e independência nas actividades da vida diária. Podem tratar-se de ajudas técnicas lesionais, funcionais ou situacionais. Pode, ainda, verificar-se necessidade de adaptação do domicílio ou do local de trabalho, ou seja, a necessidade de recurso à tecnologia a nível arquitectónico ou de mobiliário e equipamentos, no sentido de permitir a realização de determinadas actividades diárias a pessoas que, de outra maneira, o não conseguiriam fazer, com o risco de perda da sua autonomia.

A dependência de terceira pessoa corresponde à ajuda humana apropriada à vítima que se tornou dependente. Refere-se a todos os tipos de ajudas humanas, incluindo as clínicas. Corresponde, pois, à necessidade de recurso à ajuda humana como complemento ou substituição na realização de uma determinada função ou situação de vida diária. Idealmente, esta avaliação será multidisciplinar e realizada no meio de vida da vítima (domicílio e local de trabalho), devendo incluir uma avaliação médica (análise das sequelas orgânicas, funcionais e, muito particularmente, situacionais) e uma avaliação, por técnicos especializados, das necessidades em termos de ajudas técnicas, de adaptação do domicílio e de terceira pessoa, considerando sempre as capacidades restantes e a autonomia da vítima, com e sem ajudas técnicas.

A sua caracterização deve ter em conta os seguintes elementos: *a)* tipo de ajuda de terceira pessoa de acordo com a categoria sócio-profissional necessária (técnica ou não) e número de terceiras pessoas, suas qualifica-

ções e funções; *b*) tipo de intervenções (em casa e no exterior), local dessas intervenções (domicílio ou estabelecimento adaptado) e tipo de actividades que visam suportar (vigilância de parâmetros vitais, administração de terapêutica, higiene, vestuário, alimentação, etc.); *c*) grau de ajuda (vigilância, incitação, complemento ou substituição total) e duração e frequência (horário) das intervenções (número de horas por dia).

Consideram-se os seguintes tipos de ajuda humana: de substituição (total); de complemento ou assistência (parcial); de incitação ou estimulação (parcial); de vigilância (passiva) — se não forem passíveis de substituição por um sistema de assistência técnica. Esta classificação é equivalente à classificação espanhola para acidentes de viação⁽²²⁾: Completa (69-72 pontos), Grave (44-69 pontos), Moderada (29-44 pontos) e Ligeira (15-29 pontos).

VII — A HARMONIZAÇÃO EUROPEIA DA AVALIAÇÃO E REPARAÇÃO DO DANO

Como se viu, as indemnizações em dinheiro ou em bens, por motivo de danos corporais, encontram-se reguladas e tabeladas desde recuados tempos históricos, fazendo-se tal influência sentir, ainda hoje, no sistema de percentagens e tabelas que muitas vezes reduz o dano a uma percentagem usada para cálculo da indemnização. Importa, pois, afirmar que o método tradicional de avaliação do dano corporal, baseado quase exclusivamente na “Incapacidade Permanente Profissional”, não serve o objectivo da reparação do dano — que atrás enunciámos —, já que se revela incapaz de responder à evolução das necessidades em termos de reparação da globalidade das sequelas, tendo em vista a reintegração familiar e sócio-profissional das vítimas.

Acresce que o quadro legislativo respeitante às pessoas que apresentam um dano corporal continua a constituir um mosaico de textos obedecendo cada um a uma lógica diferente, quer em Portugal, quer num grande número de países europeus (Magalhães T., 1996). As modalidades de avaliação, orientação, apoio social e reparação variam em função da origem do dano, o que determina a existência de muitos (demasiados) organismos com competências de intervenção no âmbito desta problemática. Deste modo, a coordenação ou articulação das iniciativas e actividades de

(22) Ley 34/2003, de 4-11 (B.O.E. de 5-11-2003).

tais organismos torna-se por vezes difícil, criando-se verdadeiras desigualdades e injustiças sociais em face de situações semelhantes de dano corporal. Haverá, pois, que mudar mentalidades e processos por forma a possibilitar que a vítima reencontre rapidamente um nível de autonomia social, escolar ou profissional o mais próximo possível daquele que perdeu em virtude do acidente (Forcier P., Giroux M., 1994) — estaremos assim a contribuir para uma sociedade mais justa e com mais capacidade de resolver os problemas por ela própria criados.

É certo que as práticas europeias para a fixação da indemnização reflectiram sempre um esforço no sentido de respeitar o princípio da igualdade (Margeat H., 1990), encontrando porém dificuldades na sua uniforme aplicação, atendendo à diversidade dos ordenamentos jurídicos implicados. Algumas dessas dificuldades foram já solucionadas pela Convenção de Haia de 4 de Maio de 1971, e por outras medidas atrás referidas, revelando-se contudo necessário, ainda, um persistente esforço de harmonização.

Não obstante, prevê-se que, cada vez mais, os médicos dos diversos Estados sejam chamados a realizar exames em pessoas de outros Estados e a dar o seu parecer médico-legal relativamente a esses casos, alargando a incidência transnacional da sua intervenção, como sucede já com a actividade das companhias de seguros. Onde residirá então a racionalidade de continuar a avaliar o dano e a calcular as indemnizações sem haver referência a uma norma comunitária relativa aos conceitos e metodologias? E em Portugal, fará sentido continuar a insistir em vincular as normas de avaliação e reparação do dano na pessoa, em Direito Civil, às normas do Direito do Trabalho? E por quanto tempo, num e noutro âmbito destes Direitos se vai continuar a ignorar o sentido e objectivo de cada dano a avaliar e a reparar, misturando-se danos patrimoniais e não patrimoniais? Tais questões, que já colocávamos em 1998 (Magalhães T., 1998), continuam, infelizmente, muito pertinentes.

As tentativas de harmonização de conceitos, metodologias e práticas, nesta matéria, a nível europeu, referem-se, sobretudo, aos danos não económicos, precisamente aqueles em que a harmonização se revela mais passível de ser concretizada.

As regras preconizadas para harmonização europeia de um modelo de compensação de dano não económicos são as seguintes (Carol J., 2006):

- a) Regra da exclusão: são excluídos os danos económicos ou patrimoniais;

- b) Regra da inclusão: consideram-se dois níveis de dano não económicos: *Dano na Integridade Físico-Psíquica* (DIFP) — identificável e quantificável em pontos, o que permitirá a reconversão económica com base numa tabela necessária para uniformizar a compensação; Dano especiais — não quantificáveis, pelo que a compensação não pode ser determinada através de tabelas.
- c) Regra da avaliação: a avaliação e a compensação deste dano deve ser baseada na regulamentação e uso de uma tabela.
- d) Regra da equidade: para eliminar a dimensão subjectiva da apreciação do magistrado e prevenir demandas de personalização do dano que anulem o compromisso da uniformidade.
- e) Regra da experimentação: deve ser garantida a monitorização do desenvolvimento desta prática.

No caso da valorização tabelar do dano, deve ser tido em conta unicamente o dano susceptível de avaliação ou explicação clínica, independentemente de outro tipo de dano (apenas os não económicos) e independentemente das características da vítima, tendo como base a gravidade e duração do dano e o critério de igualdade (uniformidade da reparação), apesar de o dano ser susceptível de particularização.

A utilização das tabelas de indemnização ou do "*valor do ponto*" deve, no entanto, ser estritamente reservada aos casos em que, na ausência de referências concretas, o prejuízo em discussão não possa ser avaliado objectivamente.

Deve acrescentar-se que as tabelas de Incapacidade, em Direito Civil, são um instrumento médico que quantifica em percentagem ou pontos o dano permanente na integridade física e (ou) psíquica de um indivíduo, de acordo com critérios objectivos e valores médios de aplicação automática, podendo recorrer a factores de correcção ou ajustamentos pelo perito, que deverá adaptar a incapacidade às circunstâncias específicas do dano.

Pretende-se que as referidas tabelas cumpram o objectivo de constituírem um instrumento criterioso, transparente, justo, alicerçado na prática e na reflexão teórica, com *limites* bem definidos, sem impor rigidez tabelar, e que permita sensatas ponderações, garantindo a reproductibilidade e quantificando o atingimento na integridade físico-psíquica clinicamente constatável.

Têm como vantagens: a) eliminar ou reduzir a ambiguidade e subjectividade e permitir uma linguagem única; b) uniformizar a avaliação e

a atribuição da indemnização em casos análogos; c) contemplar factores de correcção ou a possibilidade de ajustamentos pelo perito, apesar de não personalizar o dano; d) permitir às entidades reguladoras de sinistros, através da parametrização e previsibilidade das compensações a atribuir, realizar uma gestão fiável, assegurando o cumprimento das obrigações assumidas; e) valorizar mais correctamente os casos mais graves e racionalizar a gestão dos recursos económicos, permitindo aumentar o *valor do ponto* em função da percentagem do dano na integridade física e psíquica.

Mas encerram, também, aspectos negativos, entre os quais se contam: a) a equiparação de situações que só abstractamente podem ser consideradas equiparáveis; b) a insuficiência do critério tabelar para contemplar todas as variações e dimensões das consequências de um dano corporal (não permite personalizar o dano — *parte de padrões e valores médios* — e não permite avaliá-lo de forma global tendo em vista a sua reparação integral, de acordo com o art. 562.º do CC — *valoriza quase exclusivamente o dano no corpo*); c) a impossibilidade de permitir uma diferenciação das consequências pessoais que para cada indivíduo podem advir de uma mesma lesão ou sequela orgânica; d) a ocorrência de avaliações tabelares que conduzem a resultados decisórios manifestamente injustos, como sucede na atribuição das pequenas e das grandes incapacidades; e) o facto de tabelas diferentes de acordo com a origem do dano porem em causa o princípio de igualdade de tratamento das diversas vítimas de lesões corporais, quando o parâmetro de dano a avaliar é o mesmo.

Acresce que, como instrumentos médicos que são, as tabelas deverão ser elaboradas (essencialmente) por médicos e, sobretudo, utilizadas apenas por médicos, com o suficiente espaço de liberdade que lhes permita uma ponderação adequada à realidade do indivíduo em causa. As tabelas avaliam o dano, mas apenas parte deste, faltando a questão do *handicap*, ou seja, o reflexo do dano a nível do corpo e das capacidades, na realidade da vida do sinistrado. É nesse ajuste das taxas ou pontos aos efectivos *handicaps* das vítimas que o perito deverá poder pronunciar-se mas, mais importante do que uma taxa será, seguramente, uma descrição correcta e fundamentada da globalidade do dano sofrido.

Como muito bem refere Oliveira Sá (1992), as tabelas não são um mal em si mesmo, mas já o será o facto de algumas delas serem vinculativas, pois são um instrumento pericial, auxiliar do perito e, portanto, apenas podem ter carácter meramente indicativo. Devemos também ter presente que nenhuma tabela pode contemplar as especificidades de cada caso, competindo ao perito colher as indicações da tabela, inserindo nas suas

linhas de orientação a especificidade do caso que foi chamado a apreciar. O perito serve-se da tabela, não serve a tabela (Oliveira Sá, 1992).

No caso dos danos corporais graves, a taxa de incapacidade e as tabelas são instrumentos desadequados ao respectivo fim (a avaliação do dano), pois as consequências do dano, por altamente complexas, alteram completamente todo o esquema de vida da pessoa. Uma tal situação não é, naturalmente, passível de ser traduzida por uma percentagem como se estivéssemos a lidar com um dano orgânico simples, sem qualquer repercussão no quadro de vida e capacidade de ganho do sinistrado (Barrot R., 1988).

VII — CONCLUSÕES

A avaliação e reparação do dano corporal constitui assunto complexo e sensível, com um enorme interesse social, atendendo não só à questão da administração da Justiça em si mesma mas, também, ao facto de estar em causa a reintegração e o mais pronto e adequado retorno à vida activa de um cada vez maior número de vítimas de traumatismos.

Importa, pois, que, conscientes destes factos, nos disponibilizemos todos a colaborar no grande esforço que começa a ser feito pelas instituições governamentais, universitárias e associativas nos diversos países da União Europeia, para que o descrito projecto de mudança possa ser levado a bom porto.

Assim, teremos de começar a abdicar da utilização de alguns conceitos e metodologias que notoriamente se encontram ultrapassados — pese embora o incómodo da adaptação a novas perspectivas por parte dos profissionais já tão habituados a determinadas práticas — para nos abriremos a novos horizontes e perspectivas. Desta forma, os tradicionais parâmetros de dano avaliados em Direito Civil, que atrás deixámos identificados, integrarão, no futuro, duas classes de dano que se pretendem claramente distintas: os económicos e os não económicos.

De acordo com as normas Europeias relativas à avaliação e reparação dos danos não económicos na pessoa, designados por *Dano na Integridade Física e Psíquica*, estes apenas se devem valorizar quando clinicamente demonstráveis ou explicáveis (Carol J., 2006). Para a sua avaliação médica e correspondente indemnização deve recorrer-se a tabelas (médicas e de indemnização) para uniformização da sua avaliação e indemnização, respectivamente, uma vez que não têm repercussão patrimonial, tal como já

acontece, por exemplo, em Espanha (23). É o caso das sequelas subjectivas por trauma confirmado, das sequelas puramente anatómicas, das sequelas anatómicas com repercussão funcional e das sequelas mentais (Lucas P. e col, 2001), incluindo-se aqui, por exemplo, a *Incapacidade Temporária Geral* e a *Incapacidade Permanente Geral*. Consideram-se, ainda, como sequelas específicas, as *Dores*, o *Dano Estético*, o *Prejuízo Sexual* e o *Prejuízo de Afirmação Pessoal*. Em Espanha, o valor da indemnização por estes danos não económicos é, para todas as vítimas, independente do seu sexo, idade ou profissão, sendo a indemnização por danos psicofísicos feita de forma integral, tendo em conta o ponto de vista do perito médico e as margens de valorização do dano previstas na tabela.

Refira-se, finalmente, que apesar de todas as possíveis metodologias, cada caso é único e o que é adequado a uma vítima não é necessariamente indicado para outra, ainda que com sequelas lesionais e funcionais comparáveis. A função do perito é — reforça-se — avaliar um dano de forma personalizada e traduzir a sua complexidade por palavras simples, para que o Juiz ou a companhia de seguros (em sede extra-judicial) o possam apreciar sobre bases concretas, de modo a que a reparação seja adequada, assim se cumprindo o motivo último da intervenção pericial médico-legal: o indivíduo e a realização da Justiça no caso concreto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANCIAX P., ATTAMIAN E. (1993), L'expert et le préjudice non économique. Rev. Franç. Dommage Corp., 4:345-361.
- BAREME INDICATIF D'ÉVALUATION DES TAUX D'INCAPACITE EN DROIT COMMUN (2002), Le Concours Médical, Paris.
- BARROT R. (1988), Le Dommage Corporel et sa Compensation. Litec éd., Paris.
- BORÓBIA C. (2006 a.), Baremo Europeo. In: Valoración del Daño Corporal. Legislación, Metodología y Prueba Pericial Médica. Masson, Barcelona, pp. 345-351.
- (2006 b.), Informe pericial en la valoración del daño. In: Valoración del Daño Corporal. Legislación, Metodología y Prueba Pericial Médica. Masson, Barcelona, pp. 389-430.
- (2006 c.), Valoración y reparación del daño corporal en Europa. In: Valoración del Daño Corporal. Legislación, Metodología y Prueba Pericial Médica. Masson, Barcelona, pp. 459-462.

(23) Ley 30/1995, de 8-11 (B.O.E de 25-3-1999), e Decreto Legislativo 7/20004, de 29-10 (B.O.E. de 3-2-2006).

- CAROL J. (2006), Baremo Europeo. In: Valoración del Daño Corporal. Manual de Consulta. Atelier, Barcelona, pp. 231-286.
- DESSERTINE A. (1990), L'évaluation du préjudice corporel dans les pays de la C.E.E. Litec, Paris.
- DIAS A. (2001), Consequências pecuniárias do dano corporal. In: Dano Corporal. Quadro Epistemológico e Aspectos Ressarcitórios. Almedina, Coimbra, pp. 255-260.
- DIDIER J.-P., CASILLAS J.-M., MOIGNE C., DENTAN S. (1988), La Classification Internationale des Handicaps: sa place dans l'enseignement médical souhaits et réalités. In: Actes du Colloque CTNERHI "Classification Internationale des Handicaps: Du Concept à l'Application". Diffusion PUF, Paris, pp. 131-141.
- FORCIER P., GIROUX M. (1994), L'indemnisation des accidentés de la route au Québec, Rev. Franç. Dommage Corp., 2:159-164.
- GEERTS A. (1962), L'indemnisation des lésions corporelles à travers les siècles. Librairies Techniques, Paris.
- HAMONET C. (1988), Utilisation du concept de la Classification de Wood dans l'Enseignement du Handicap et de la Réadaptation aux Etudiants et Professionnels de la Santé. In: Actes du Colloque CTNERHI "Classification Internationale des Handicaps: Du Concept à l'Application". Diffusion PUF, Paris, pp. 281-299.
- HAMONET C., MAGALHÃES T. (2001), Système d'Identification et de Mesure des Handicaps. Eska, Paris.
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (2000), www.who.int/icidh
- LAMBERT-FAIVRE Y. (2004), L'indemnisation des préjudices de la victime directe. In: Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation. 5.^a ed., Dalloz, Paris, pp. 159-282.
- LUCAS P., BARGAGNA M., BORÓBIA C., BÉJUI-HUGES H., STRECK W., VIEIRA D. N. (2001), La rationalisation de l'évaluation européenne des atteints à la personne humaine, Revista Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal, 10 (11):21-35.
- MAGALHÃES T. (1998), Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal. Almedina, Coimbra.
- (2000 a.), Avaliação do Dano Corporal em Andrologia. In: Andrologia Prática. Sociedade Portuguesa de Andrologia, Porto, pp. 677-690.
- (2000 b.), O dano pessoal. Revista Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal, IX(10): 46-69.
- MAGALHÃES T., CARNEIRO DE SOUSA M. J., PINTO DA COSTA J., HAMONET C. (1996), Les personnes handicapées au Portugal. Aspects législatifs. Handicaps et Inadaptations — Les Cahiers du CTNERHI, 72:79-88.
- MARGEAT H. (1988), La réparation du dommage corporel à l'horizon 1992, Rev. Franç. Dommage Corp., 14(3):403-408.
- (1990), La quantification du dommage. In: L'évaluation du préjudice corporel dans les pays de la C.E.E., Litec, Paris, pp. 184-199.
- OLIVEIRA SÁ (1992), Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil. APADAC, Coimbra.
- PÉREZ M. G.-B. (2006), Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 14.^a ed. Editorial Comares, Granada.
- PIGANIOL G., ANCIAUX E., CHRIS M., FEVRIER P., LAMARQUE J., ROGIER A. (1992), La Méthodologie de l'Expertise du Dommage Corporel dans les Pays de la CEE, FFAMCEEDC, Soullisse-Cassagnin, Niort.

- PRIGENT M.-A. (1979), L'harmonisation des régimes de compensation du handicap. Les Publications du CTNERHI, 3 (3):11.
- RAMÍREZ L. B. (1996), Tiempos de Curación en Traumatología. Praxis 2.000, Madrid.
- ROGIER A. (1993), L'avis médical et l'expertise, Rev. Franç. Dommage Corp., 2:123-128.
- ROSSEAU C., FOURNIER C. (1988), Précis d'Évaluation du Dommage Corporel en Droit Commun. Ed. AREDOC, Paris, pp. 109.
- ROUGE D., BLANC A., TELMON N., STER F., GAUROY J. P., COSTAGLIOLA M. (1996), Évaluation du dommage esthétique de la face: la méthode des distances. Rev. Franç. Dommage Corp., 4:363-374.
- VIEIRA D. N. (1999), El daño a la persona en Europa. In: Valoración médico-legal del daño a la persona, Criado del Río MT. Colex, Madrid, pp. 648-652.
- (2000), A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil. Sub Júdice, 17:23-30.