

O PAPEL DA MEDICINA LEGAL NA AVALIAÇÃO DO *QUANTUM DOLORIS*

Rute Marina Maurício Preto

Mestrado Integrado em Medicina- 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Rua Doutor Vinhais vivenda 1, 5400-566 Chaves

E-mail: rutepreto@msn.com

ABREVIATURAS

AINEs – Anti-inflamatórios não-esteróides

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

RESUMO

A avaliação do dano corporal, pertencente ao âmbito da Medicina Legal, reveste-se, na sociedade actual, como um processo de extrema complexidade, dificultando a missão do perito em valorar o dano com a maior certeza possível. Um dos parâmetros do dano corporal e aquele sobre o qual se foca o presente trabalho é o *quantum doloris*, avaliado no período dos danos temporários. Por compreender não só a dor física mas também a dor vivenciada do ponto de vista psicológico trata-se de um parâmetro fortemente subjectivo, o que implica, naturalmente, acrescidas dificuldades.

Para compreender a avaliação do dano corporal é necessário usufruir das bases teóricas do conhecimento da própria dor, dos métodos actualmente utilizados quer em adultos quer em crianças para uma gradação da dor o mais concreta e objectiva possível, e conhecer as concepções jurídicas sobre o tema e as implicações que a avaliação acarreta no âmbito do Direito Civil. Ultrapassada a problemática da avaliação em si e concluída a imputabilidade médica e o nexos de causalidade parte-se para a reparação do dano descrito no Direito Português como dano não patrimonial. A reparação do dano pressupõe uma indemnização que funciona como sanção para o lesante e simultaneamente como satisfação e compensação para o lesado.

A procura de métodos de avaliação com maior capacidade de objectividade tem recaído sobre as novas tecnologias, em particular as técnicas de neuroimagiologia, alimentando a esperança de que num futuro próximo as assinaturas neurológicas façam legalmente parte da avaliação do dano corporal.

Palavras-chave: dano corporal, *quantum doloris*, dor, métodos de avaliação, reparação do dano, indemnização, imputabilidade médica, neuroimagiologia

ABSTRACT

The evaluation of personal injury, in the scope of Forensic Medicine, lines up in today's society as a process of extreme complexity that complicates the expert's task of appraising the damage with the greatest certainty possible. This paper focuses on the *quantum doloris*, which is one of the parameters of personal injury rated in the period of temporary damage. It comprises not only the physical pain but also the pain experienced from a psychological point of view, which makes it a highly subjective parameter and, of course, implies additional difficulties.

To understand the evaluation of personal injury it is necessary to have the theoretical basis of the knowledge of the pain itself, the methods that are currently used both in adults and children for the most concrete and objective graduation of pain, and to know the legal concepts of the topic and the implications that the evaluation entails under the Civil Law. After overcoming the problem of the evaluation itself and as soon as the medical liability and the causal link is determined as positive it is necessary to repair the damage that is described in the Portuguese Law as a non-material damage. The repair of the damage assumes an indemnification that works as a sanction for the culprit and at the same time that works as satisfaction and compensation for the injured.

The search for evaluation methods with greater capacity of objectivity has been reflected on the new technologies, particularly on techniques of neuroimaging, hoping that, in a near future, neurological signatures will legally be a part of the assessment of personal injury.

Keywords: personal injury, *quantum doloris*, pain, assessment methods, damage repair, indemnification, medical liability, neuroimaging

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	6
2- OBJECTIVOS	8
3- MÉTODOS	8
4- DESENVOLVIMENTO	9
I- A Dor	9
a- Origem	9
b- Conceito	10
c- Neuroanatomia e Neurofisiologia	10
d- Classificação	12
II- Envolvimento médico-legal na avaliação da dor	14
III- <i>Quantum doloris</i>	15
IV- Métodos de avaliação da dor	17
V- Relevância da perícia psicológica	25
VI- Simulação e dissimulação	28
VII- Avaliação do dano corporal em crianças	31
VIII- Aspectos jurídicos da indemnização	34
IX- Imputabilidade médica	38
X- Imagiologia no estudo da dor	41
XI- Casos clínicos	42
5- CONCLUSÃO	49
6- AGRADECIMENTOS	52
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

A evolução da abordagem da dor tem vindo a conduzir a uma reflexão mais profunda sobre a avaliação do dano corporal. A modificação dos hábitos sociais e culturais, o desenvolvimento de novas tecnologias e terapêuticas e a adopção de uma visão multidimensional da dor levaram a novos conceitos de valorização do dano, adquirindo crescente importância no sector jurídico, nomeadamente no âmbito do Direito Civil (1).

O dano corporal consiste num prejuízo primariamente biológico que se pode traduzir por perturbações a nível das capacidades e das situações de vida. Embora a palavra “corporal” possa remeter única e exclusivamente para a lesão orgânica, a verdade é que o dano se poderá tratar apenas de um dano a nível psicológico, com eventuais repercussões funcionais e situacionais, devendo por isso avaliar-se os danos na pessoa como ser individual, com todas as suas características e vivências próprias (2).

A realização de uma revisão teórica acerca da avaliação do *quantum doloris* surge com a necessidade de compilar, sumariamente, os diversos conhecimentos acerca do tema e que até aqui têm sido exaustivamente trabalhados em separado. Um parâmetro entrelaçado por completo na subjectividade que lhe é inerente necessita de metodologias de avaliação que o objectivem com a maior certeza possível na medida em que é um parâmetro susceptível de indemnização e que, portanto, será a sua avaliação que servirá como um dos meios de prova para instituir a justa e equitativa reparação do dano (2).

A noção da necessidade de regular a reparação dos danos corporais provocados por terceiros surgiu muito cedo na história da Humanidade. Actualmente, o principal objectivo da reparação é o de satisfazer e compensar a vítima, ajudando-a de uma forma adaptada às particularidades do seu estado e de modo a repor, dentro do possível, a sua situação anterior. Por conseguinte, o dano indemnizável não deverá cingir-se às sequelas físicas, residindo

também nas múltiplas consequências no plano da vida quotidiana, da vida afectiva, familiar e da vida profissional ou de formação (2).

A determinação da existência do dano, a sua caracterização e classificação, é a tarefa que recai sobre o perito e que se concretiza com a elaboração do seu parecer. Sob pena de ter efectuado tarefa judicialmente inaproveitável, o perito deverá, no seu relatório, concluir ou não pela imputabilidade médica, fazendo transparecer toda a operação lógico-científica (3).

O objectivo desta revisão prende-se com o papel da ciência social que é a Medicina Legal no estudo das diversas metodologias que permitem definir as lesões e os parâmetros de dano em termos técnico-científicos, culminando, no âmbito do Direito Civil, no processo indemnizatório que visa a reparação e a satisfação da vítima, assim como a sua reintegração e promoção da autonomia, nos casos mais graves. Nos ordenamentos jurídicos dos países da União Europeia há dois princípios fundamentais contemplados: todos desfrutamos dos mesmos direitos e, no caso de dano corporal, a situação deve ser reposta o mais próximo possível daquela que existiria se o evento traumático não tivesse tido lugar. Estando de acordo com os princípios enunciados, é a perícia médica que orienta a reparação do dano de forma justa e adequada às reais necessidades das vítimas (2).

OBJECTIVOS

O principal objectivo deste estudo é elaborar uma revisão bibliográfica relativamente à problemática da avaliação do *quantum doloris*, no âmbito da Medicina Legal.

Tendo por base os diversos autores em que se apoia o quadro conceptual que enforma o artigo, pretende-se rever o conhecimento existente no que concerne à importância da perícia médico-legal na sociedade actual, aos métodos e tecnologias definidos para utilização quer em adultos quer em crianças, aos aspectos jurídicos da indemnização dos danos não patrimoniais e ainda à questão da imputabilidade médica.

Tendo em conta que cada vez mais o Homem é socialmente abraçado como um todo, visto nas suas componentes física, funcional, psíquica e ambiental, parece pois relevante realizar uma revisão que permita, resumidamente, compendiar e compreender todo o processo lógico-científico da objectivação da qualidade e intensidade dos “subjectivos dolorosos”.

MÉTODOS

No âmbito do 6º ano médico em que se visa a realização de um trabalho final com vista à atribuição do grau de Mestre no ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, foi proposta a realização de um artigo de revisão sob a temática do papel da Medicina Legal na avaliação do *quantum doloris*.

Posteriormente aceite, partiu-se para a pesquisa de artigos nas bases electrónicas Pubmed e Medline, seleccionados através das palavras-chave acima indicadas, sem esquecer a actualidade da data da sua publicação. Pela dificuldade em encontrar informação relativa ao tema, uma segunda pesquisa foi realizada na biblioteca da Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, utilizando os mesmos critérios. Alguns dos elementos figurativos apresentados foram pesquisados em homepages de organizações com elevado reconhecimento.

DESENVOLVIMENTO

I – A Dor

a- Origem

A dor é uma experiência multidimensional complexa, indissociável da condição humana, que desde sempre preocupou o Homem, motivando-o na procura árdua de uma explicação para a mesma (4).

Ao longo da História da Humanidade a dor tem sido entendida e aceite de diferentes maneiras. Desde fenómeno cósmico na Antiguidade, com tratamento necessariamente mágico, passando por um castigo de Deus com o início da civilização judaico-cristã, punindo o Homem pelo pecado original, a dor foi, durante mais de um milénio, orientada por uma concepção moral e religiosa (4).

Foi Hipócrates que, na obra *Corpus Hippocraticum*, descreveu pela primeira vez a dor em contexto de doença, passando a ser atribuído um significado diferente consoante a sua localização e intensidade. Mas é em 1664, na sua obra *L'Homme*, que René Descartes descreve pela primeira vez a dor como um fenómeno nervoso, transformando a discussão filosófica da dor numa discussão fisiológica, separando a metafísica da fisiologia. A explicação do fenómeno doloroso faz com que a dor assuma definitivamente o lugar que por direito lhe pertence nas Ciências Médicas. Além disso, Descartes realiza a proeza de virar o pensamento reinante na época quando frisa que a dor pode atingir qualquer ser humano independentemente da sua condição social, religiosa ou outra (4).

Todavia, até à primeira metade do século XX, a dor é apenas parcialmente respeitada e compreendida uma vez que os médicos consideravam infundados os fenómenos dolorosos que não correspondessem a uma lesão tecidual visível (4).

À luz dos conhecimentos actuais, a realidade dolorosa passa a ser colocada no complexo biocultural em que o corpo e o pensamento interagem, tendo uma abordagem

pluridisciplinar. A dor é pois vista como uma experiência subjectiva em que o estímulo nocivo se associa à representação simbólica que o indivíduo faz das suas experiências passadas, do seu conhecimento e cultura, das suas convenções sociais e convicções religiosas (4,5).

b - Conceito

A dor é uma experiência individual, subjectiva e multidimensional, que envolve aspectos físicos, sensoriais, afectivos, cognitivos e comportamentais, sendo influenciada pelo contexto cultural, condições sócio-económicas, sinais vitais, história médico-cirúrgica e estratégias de *coping*. É uma vivência com repercussões negativas, impregnada de motivações pessoais, sociais e culturais que condicionam a maneira como é sentida, aceite e comunicada aos outros (5,6).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de uma tal lesão” (7). Esta lesão tecidual está ligada à resposta física a um estímulo, resposta essa que se denomina nocicepção, um conceito mais restrito e objectivo. A dor é, porém, algo mais vasto, é um estado mental associado à activação dos circuitos da nocicepção. Os dois conceitos estão por isso intimamente ligados, aliando sempre a resposta física da nocicepção à resposta psicológica da dor (4,5).

c- Neuroanatomia e Neurofisiologia

O estudo da dor e a sua compreensão de um ponto de vista fisiopatológico implicam o conhecimento de todo o processamento da dor, desde os estímulos e receptores nociceptivos, passando pela organização anatómica e funcional dos circuitos neuronais, até aos mecanismos de controlo da dor (4).

A percepção da dor envolve mecanismos anátomo-fisiológicos, pelos quais um estímulo é criado e transmitido por vias neurológicas (5,8).

A reacção à dor é a manifestação específica do indivíduo resultante da sua percepção de uma experiência desagradável. Esta fase envolve factores neuro-anatómicos e fisiopsicológicos extremamente complexos que englobam o córtex, sistema límbico, hipotálamo e tálamo, que determinam exactamente a conduta do paciente a respeito da sua experiência desagradável (5,8,9).

A estrutura anatómica inicial da via da dor são os nociceptores, receptores sensoriais periféricos, encontrados nos tecidos superficiais, profundos e vísceras. Tratam-se de terminações nervosas livres, com alto limiar de excitabilidade, que se podem classificar em: mecanociceptores, sensíveis a estímulos mecânicos; termociceptores, sensíveis a estímulos térmicos; e nociceptores polimodais, que respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos (10).

A informação percorre por fibras do tipo A δ e do tipo C em direcção à espinhal medula, alcançando-a através do gânglio da raiz posterior ou dos seus equivalentes quando se trata de nervos cranianos. Os aferentes primários fazem sinapse com os neurónios das pontas posteriores da medula e desta sinapse surge o aferente secundário que, integrado na via ascendente medular, faz chegar ao cérebro, passando pelo tálamo, a informação nociceptiva proveniente da periferia (9–11).

Nos cornos posteriores da medula existem dois tipos de neurónios: neurónios específicos, que respondem exclusivamente a estímulos dolorosos e que constituem o feixe neo-espinhotalâmico; e neurónios não-específicos, que respondem a estímulos nociceptivos e inócuos e que formam o feixe paleo-espinhotalâmico. O feixe neo-espinhotalâmico, de condução rápida, projecta-se em núcleos talâmicos e é o responsável pela transmissão da informação discriminativa sobre a dor, especialmente da dor aguda, bem localizada. Por sua

vez, o feixe paleo-espinhotalâmico, de condução lenta, efectua sinapses na formação reticular do tronco cerebral e no sistema límbico e é responsável pelo componente autonómico e afectivo que a dor acarreta, desencadeando comportamentos de defesa e encontrando-se relacionado com a dor crónica (10,12).

Além dos feixes mencionados, existem vias alternativas da dor, revelando a multiplicidade e complexidade na transmissão dos estímulos dolorosos, o que demonstra a inexistência de um centro cortical único, específico para a dor (10,12).

Quando um estímulo intenso provoca lesão tecidual, há desencadeamento de um processo inflamatório, com mediadores inflamatórios a agir sinergicamente, o que aumenta a sensibilidade dos nociceptores e, conseqüentemente, produz uma redução do seu limiar de excitabilidade, série de eventos conhecida como sensibilização e que pode ser acompanhada por um mecanismo de modulação inibitória mediado por receptores opióides periféricos, designado por controlo segmentar. Outro nível de modulação da dor é o controlo supra-segmentar exercido por duas vias descendentes paralelas que exercem a sua acção a nível medular. Uma via utiliza como mediadores a β -endorfina, a serotonina e a encefalina; a outra exerce o seu efeito por um mecanismo α -adrenérgico (9,12).

d- Classificação

A dor pode ter uma classificação neurofisiológica, de acordo com os mecanismos dolorosos que a desencadeiam, ou uma classificação temporal, que relaciona temporalmente o aparecimento da lesão causadora com a duração da dor (13).

Na primeira classificação considera-se a dor nociceptiva, a dor neuropática e a dor psicogénica (13).

A dor nociceptiva resulta da activação de nociceptores (fibras A δ e C) através de estímulos dolorosos, os quais podem ser mecânicos, térmicos ou químicos. É a manifestação

directa e sintomática da acção de um estímulo extrínseco ou intrínseco. Se a sensação de dor emana da pele, músculos, articulações, ossos ou tecido conjuntivo é classificada como dor somática. É de natureza cortante sendo, habitualmente, fácil de localizar. Se, por outro lado, a dor tem origem nos órgãos internos, como numa cólica biliar ou apendicite, é conhecida como dor visceral. Esta dor é frequentemente vaga, contínua e mais difícil de localizar (5,13).

A dor neuropática é devida a lesões primárias dos elementos nervosos quer do Sistema Nervoso Central (SNC) quer do Sistema Nervoso Periférico (SNP). Pode ser episódica, temporária, ou crónica, persistente, podendo inclusive não estar associada a qualquer lesão detectável. Esta dor pode tratar-se de uma consequência de doenças degenerativas que levam à compressão das raízes nervosas, ao nível da coluna, assim como de uma lesão por traumatismo destrutivo. A dor neuropática manifesta-se de várias formas, como sensação de queimadura, peso, picadas, facadas ou choques, podendo ou não, ser acompanhada de parestesias. São exemplos a nevralgia do nervo trigémeo, a nevralgia pós-herpética, a neuropatia periférica, o arrancamento ou corte de nervo sensitivo em consequência de amputação, entre outros. Este tipo de dor é explicado pela ausência da acção moduladora inibitória do interneurónio inibidor e pelo crescimento desordenado das fibras nervosas na tentativa de restabelecer a normal inervação do território correspondente – dores de desafferentação (4,12–14).

Por último, a dor psicogénica é uma forma de dor funcional, não baseada em causas orgânicas. Trata-se de um diagnóstico de exclusão e de ocorrência rara, utilizado quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático é identificado e existem sintomas psicológicos suficientes para o estabelecimento de critérios psiquiátricos. Para o doente significa frequentemente um longo e frustrante percurso até ao diagnóstico correcto e, portanto, um exaustivo percurso até ao tratamento da dor (13,14).

A classificação temporal subdivide a dor em aguda ou crónica. A primeira é de duração relativamente curta e limitada, funcionando como um sinal de alarme. Resulta das mais variáveis situações, desde causas inflamatórias, traumáticas, infecciosas, até pós-operatórios e procedimentos médicos e terapêuticos em geral. Usualmente é bem localizada e descrita com clareza pelo doente, podendo ser tratada com analgésicos, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) ou com suporte terapêutico da causa desencadeante da dor (4,13).

A dor crónica por sua vez é um autêntico problema de saúde pública, com graves repercussões laborais e sociais. É uma dor prolongada, desgastante, multifactorial, que condiciona toda a vida do doente. É mal localizada, com dificuldade de definição e com duração de pelo menos três a seis meses. Provoca perturbações e desregulações dos mecanismos homeostáticos, devendo ser encarada como uma verdadeira doença e não como um simples sintoma. Habitualmente, está associada a patologia oncológica ou doenças crónicas não malignas mas igualmente graves como seja a patologia reumatológica de diversas etiologias (4,13).

II – Envolvimento médico-legal na avaliação da dor

A Medicina Legal é a especialidade médica que, utilizando os conhecimentos técnico-científicos de todas as ciências que subsidiam a Medicina, presta esclarecimentos para a actuação da Justiça. Surgiu pela necessidade e utilidade do ensino da medicina aos juristas, contribuindo para uma administração da justiça mais humana, mais exacta, por forma a obter o equilíbrio do Homem numa sociedade distanciada dos princípios medievais (15).

Não se trata apenas da ciência da Patologia Forense, dado assumido até há relativamente pouco tempo e que ainda hoje perdura na mente de uma vasta população, mas

trata-se sim de um conjunto de ciências médico-forenses que na sua globalidade aplica conhecimentos biomédicos e científicos às questões das ciências jurídicas, quer exista uma acção judicial ou não (15).

A Medicina Legal é, indubitavelmente, uma ponte entre a Medicina e o Direito, visando a homeostasia destas duas artes através da análise científica das mais variadas questões jurídicas, continuamente com mira na dignidade do Homem como ser superior (15). A avaliação de danos corporais em Direito Civil, em especial do *quantum doloris*, constitui uma das principais áreas de intervenção pericial no âmbito da clínica médico-legal e é sobre esse mesmo tema que este trabalho se pretende focar.

A avaliação do dano é feita de acordo com as consequências das lesões para a saúde do ofendido e a respectiva repercussão na sua vida diária, social e profissional, avaliação esta que permite a fundamentação do direito a uma reparação integral pelos danos sofridos mediante pedido civil de indemnização de perdas e danos emergentes de um crime formulado no processo penal, mediante pedido civil de indemnização deduzido no tribunal civil ou mediante a fixação de uma indemnização a requerimento do lesado (16).

A avaliação de danos corporais é um acto médico-legal por excelência de tal maneira que, qualquer que seja o contexto substantivo ou processual em que se avalie o dano, haja a possibilidade de oferecer à vítima uma avaliação justa e objectiva da totalidade dos parâmetros de danos sofridos (16).

III – Quantum doloris

O *quantum doloris* é o conjunto de sofrimentos padecidos pela vítima em consequência de lesões e sequelas, englobando os danos físicos e as suas consequências ou repercussões

psíquicas, assim como os sofrimentos morais. Trata-se de um parâmetro de dano corporal que é avaliado no período de danos temporários, isto é, o período compreendido entre a produção das lesões e a data fixada para a sua cura ou consolidação (17).

A valorização da dor física, dor resultante dos ferimentos sofridos e dos tratamentos que esses mesmos ferimentos implicaram, é uma componente objectiva da avaliação na medida em que o médico-legista perito, detentor dos conhecimentos técnicos essenciais, sabe, melhor que ninguém, apreciar e valorizar a dor (18). A objectivação da dor física é possível através de, citando o Exmo. Senhor Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira em *A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil*, “aspectos como as características das lesões sofridas (natureza, localização, intensidade, extensão, profundidade, etc.), o tipo e o número dos tratamentos exigidos (intervenções cirúrgicas, permanência em extensão contínua, imobilizações, etc.) e a existência ou não de complicações evolutivas, entre outros.”.

A verdadeira dificuldade da avaliação do *quantum doloris* surge aquando da tentativa de quantificar a dor vivenciada do ponto de vista psicológico. Esta dor é referente à angústia e ansiedade criadas pelas circunstâncias inerentes ao acidente, pelo percurso hospitalar, desde necessidade de anestesia geral e de intervenções cirúrgicas até ao número de dias de internamento, pela consciência do risco de vida, pelo afastamento do meio familiar e das ocupações profissionais, etc. É fundamentalmente uma dor individual, que depende das características objectivas da vítima como sejam a idade, constituição física e estado clínico anterior, mas, sobretudo, que depende de uma panóplia de subjectivos tais como as vivências prévias do indivíduo, as suas experiências relacionais e emocionais, a sua expressão cognitiva e manifestações comportamentais, e o contexto sócio-cultural em que se insere (18). A avaliação deste parâmetro do *quantum doloris* é, pois, extremamente complexa, roçando o enigmático e recheada de subjectividade.

Há que considerar que duas pessoas distintas sujeitas exactamente ao mesmo estímulo doloroso podem vivenciá-lo de maneiras totalmente diferentes, além de que o mesmo estímulo doloroso aplicado no mesmo indivíduo embora em alturas diferentes da sua vida pode ser vivenciado de forma desigual. Esta condição da subjectividade humana do sentir acarreta por si só uma enorme problemática da avaliação justa e coesa do dano corporal. No entanto, a problemática da subjectividade não fica por aqui e aventura-se ainda a invadir a avaliação do próprio perito que não conhece também senão as dores que ele próprio já experienciou (18).

Assim, os subjectivos dolorosos manifestam-se na primeira abordagem da avaliação do dano quando a vítima realiza a sua própria apreciação da dor e manifestam-se na segunda abordagem, já realizada pelo perito, que não deixa de ser pautada pelo omnipresente subjectivismo da apreciação pericial. Deste modo, a dor é um parâmetro de dano cuja avaliação se considera ser duplamente subjectiva (18). A sua avaliação requer, pois, métodos práticos e objectivos que levem a dupla subjectividade ao mínimo e que permitam uma apreciação lógica e imparcial, responsável pela justa compensação dos danos causados.

IV – Métodos de avaliação da dor

A dor é um elemento essencial na avaliação médica do dano corporal. O doente interrogado refere sistematicamente a dor como sintoma principal do dano corporal, sem nunca pôr de parte as consequentes marcas que permanecem na memória. Não é de admirar uma vez que a dor constitui um sintoma elementar da condição humana, acompanhada de uma elevada carga emocional, pautada por sofrimento que preocupa e, muitas vezes, aterroriza (19,20).

Apesar de tudo, a avaliação da dor tem também muito de objectivo, fazendo uso de aspectos médicos, tabelas e escalas que têm vindo a ser aperfeiçoadas, e cujo propósito final é a uniformização de critérios, de maneira a valorar de igual forma todas as situações em que o grau de disfunção é o mesmo (21).

A metodologia inicial para a avaliação médica de qualquer situação consiste na realização de uma história clínica sólida e coerente. Aqui, efectua-se uma anamnese correcta, detalhada e minuciosa, determina-se o estado anterior do doente, procede-se ao estudo dos exames complementares de diagnóstico, e assegura-se pericialmente a existência denexo de causalidade entre o evento traumático em questão, as lesões da vítima e a situação resultante (17).

Antes da utilização de qualquer classificação tabelada, o perito deverá executar uma descrição exhaustiva que traduza a realidade concreta e personalizada do prejuízo (18). Esta descrição deve explicar as alterações produzidas e o mecanismo fisiopatológico da sua produção. Deve ter-se em conta factores do tipo pessoal como sejam a idade, o sexo, o estado civil, o estado anterior, os sofrimentos para a vítima como consequência da dor, e as actividades da vida diária que foram afectadas, limitadas ou anuladas (17,20). Deve ainda descrever-se ao pormenor as características do acidente em questão (com informação acerca da existência de vítimas mortais, período de encarceramento, tempo de espera até aos primeiros socorros, entre outros), a dor física no momento do acidente e posteriormente, as lesões sofridas secundariamente ao traumatismo, o seu número, importância e evolução, as características da dor, o sofrimento pelos tratamentos necessários, e a estabilização lesional (17,22). Deve-se especificar a existência pós-traumática de perturbações do humor como, por exemplo, depressões reactivas, a natureza dos tratamentos preconizados (redução de fracturas, tracção, cirurgia, cinesiterapia, etc.), o número de incidentes verificados no decurso do processo evolutivo das lesões (as complicações infecciosas, o número de intervenções

cirúrgicas, etc.), o tempo de hospitalização, o tempo de incapacidade, as perturbações da vida familiar, as mudanças económicas, o sentimento de insegurança em relação ao futuro, a necessidade de ajuda de terceira pessoa e as sequelas permanentes. Estes parâmetros podem objectivamente ser indicadores de uma situação dolorosa, independentemente da capacidade de resistência à dor que o indivíduo possa ter (22,23). Mas é, indubitavelmente, a componente psíquica que desempenha um papel fundamental nos mecanismos de adaptação à dor, sendo que a repercussão em cada indivíduo está dependente da respectiva estrutura afectiva, culminando numa subjectividade quer física quer psicológica da dor que explica a extrema dificuldade em quantificar o *quantum doloris* (23).

Não obstante de todas as suas limitações, o conhecimento da dor é cada vez mais profundo e amplo, existindo diversos métodos de quantificação que facultam a inclusão da avaliação deste parâmetro no relatório pericial de avaliação do dano corporal, de forma a que haja a possibilidade da indemnização íntegra dos danos (19).

Existem, actualmente, variados métodos de avaliação da dor ao dispor da Medicina, bem como uma multiplicidade de escalas e de questionários, alguns dos quais se exemplificam nas figuras e tabelas abaixo. Na realidade da avaliação de um tema tão marcado pela subjectividade é natural que, no âmbito da objectividade oferecida por cada um, nenhum método atinja a perfeição idealizada, apresentando limitações especificamente relacionadas com o indivíduo a ser examinado designadamente a sua idade, o seu grau de cooperação, o seu contexto clínico (ansiedade, compromisso do nível de consciência, patologia psiquiátrica, etc.), o seu nível intelectual, grau de escolaridade e expectativa de ganho secundário. É, por isso, crucial que o perito, com a sua formação específica, domine o manuseamento de tais métodos susceptíveis de constituir um precioso auxiliar de avaliação, para que deles retire alguma utilidade e permita um juízo mais fundamentado na missão complexa da avaliação deste parâmetro de dano (18).

Escala Visual Analógica



Figura 1. Escala Visual Analógica.

Consiste numa linha com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima” (46).

Escala Numérica

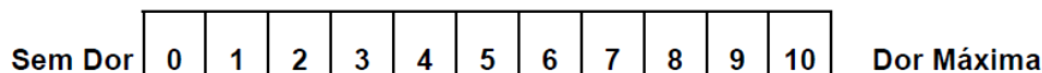


Figura 2. Escala Numérica.

Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (46).

Escala Qualitativa

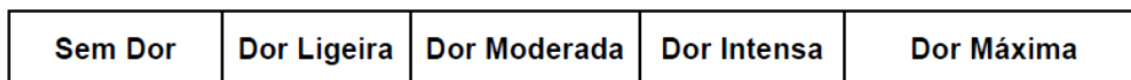


Figura 3. Escala Qualitativa.

O doente classifica a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (46).

Escala de Faces

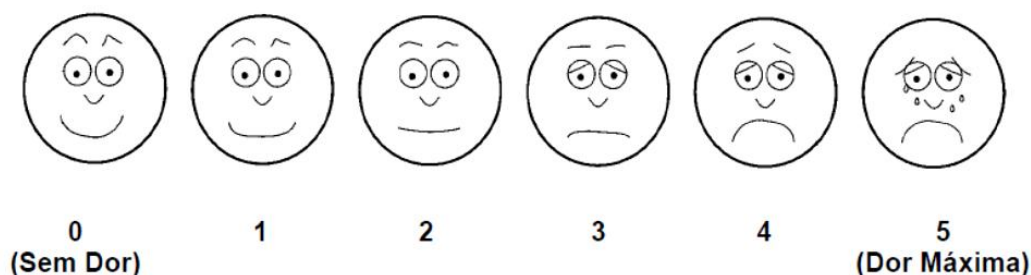


Figura 4. Escala de Faces.

O doente classifica a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima” (46).

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

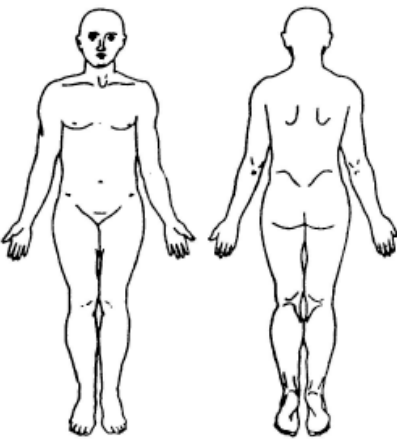
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">1 FLICKERING</td><td style="width: 50%;">11 TIRING</td></tr> <tr><td>QUIVERING</td><td>EXHAUSTING</td></tr> <tr><td>PULSING</td><td>12 SICKENING</td></tr> <tr><td>THROBBING</td><td>SUFFOCATING</td></tr> <tr><td>BEATING</td><td>13 FEARFUL</td></tr> <tr><td>POUNDING</td><td>FRIGHTFUL</td></tr> <tr><td>2 JUMPING</td><td>TERRIFYING</td></tr> <tr><td>FLASHING</td><td>14 PUNISHING</td></tr> <tr><td>SHOOTING</td><td>GRUELLING</td></tr> <tr><td>3 PRICKING</td><td>CRUEL</td></tr> <tr><td>BORING</td><td>VICIOUS</td></tr> <tr><td>DRILLING</td><td>KILLING</td></tr> <tr><td>STABBING</td><td>15 WRETCHED</td></tr> <tr><td>LANCINATING</td><td>BLINDING</td></tr> <tr><td>4 SHARP</td><td>16 ANNOYING</td></tr> <tr><td>CUTTING</td><td>TROUBLESOME</td></tr> <tr><td>LACERATING</td><td>MISERABLE</td></tr> <tr><td>5 PINCHING</td><td>INTENSE</td></tr> <tr><td>PRESSING</td><td>UNBEARABLE</td></tr> <tr><td>GNAWING</td><td>17 SPREADING</td></tr> <tr><td>CRAMPING</td><td>RADIATING</td></tr> <tr><td>CRUSHING</td><td>PENETRATING</td></tr> <tr><td>6 TUGGING</td><td>PIERCING</td></tr> <tr><td>PULLING</td><td>18 TIGHT</td></tr> <tr><td>WRENCHING</td><td>NUMB</td></tr> <tr><td>7 HOT</td><td>DRAWING</td></tr> <tr><td>BURNING</td><td>SQUEEZING</td></tr> <tr><td>SCALDING</td><td>TEARING</td></tr> <tr><td>SEARING</td><td>19 COOL</td></tr> <tr><td>8 TINGLING</td><td>COLD</td></tr> <tr><td>ITCHY</td><td>FREEZING</td></tr> <tr><td>SMARTING</td><td>20 NAGGING</td></tr> <tr><td>STINGING</td><td>NAUSEATING</td></tr> <tr><td>9 DULL</td><td>AGONIZING</td></tr> <tr><td>SORE</td><td>DREADFUL</td></tr> <tr><td>HURTING</td><td>TORTURING</td></tr> <tr><td>ACHING</td><td>PPI</td></tr> <tr><td>HEAVY</td><td>0 NO PAIN</td></tr> <tr><td>10 TENDER</td><td>1 MILD</td></tr> <tr><td>TAUT</td><td>2 DISCOMFORTING</td></tr> <tr><td>RASPING</td><td>3 DISTRESSING</td></tr> <tr><td>SPLITTING</td><td>4 HORRIBLE</td></tr> <tr><td></td><td>5 EXCRUCIATING</td></tr> </table>	1 FLICKERING	11 TIRING	QUIVERING	EXHAUSTING	PULSING	12 SICKENING	THROBBING	SUFFOCATING	BEATING	13 FEARFUL	POUNDING	FRIGHTFUL	2 JUMPING	TERRIFYING	FLASHING	14 PUNISHING	SHOOTING	GRUELLING	3 PRICKING	CRUEL	BORING	VICIOUS	DRILLING	KILLING	STABBING	15 WRETCHED	LANCINATING	BLINDING	4 SHARP	16 ANNOYING	CUTTING	TROUBLESOME	LACERATING	MISERABLE	5 PINCHING	INTENSE	PRESSING	UNBEARABLE	GNAWING	17 SPREADING	CRAMPING	RADIATING	CRUSHING	PENETRATING	6 TUGGING	PIERCING	PULLING	18 TIGHT	WRENCHING	NUMB	7 HOT	DRAWING	BURNING	SQUEEZING	SCALDING	TEARING	SEARING	19 COOL	8 TINGLING	COLD	ITCHY	FREEZING	SMARTING	20 NAGGING	STINGING	NAUSEATING	9 DULL	AGONIZING	SORE	DREADFUL	HURTING	TORTURING	ACHING	PPI	HEAVY	0 NO PAIN	10 TENDER	1 MILD	TAUT	2 DISCOMFORTING	RASPING	3 DISTRESSING	SPLITTING	4 HORRIBLE		5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>E = EXTERNAL</td> </tr> <tr> <td>I = INTERNAL</td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>COMMENTS:</p> </div>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT	E = EXTERNAL	I = INTERNAL
1 FLICKERING	11 TIRING																																																																																																	
QUIVERING	EXHAUSTING																																																																																																	
PULSING	12 SICKENING																																																																																																	
THROBBING	SUFFOCATING																																																																																																	
BEATING	13 FEARFUL																																																																																																	
POUNDING	FRIGHTFUL																																																																																																	
2 JUMPING	TERRIFYING																																																																																																	
FLASHING	14 PUNISHING																																																																																																	
SHOOTING	GRUELLING																																																																																																	
3 PRICKING	CRUEL																																																																																																	
BORING	VICIOUS																																																																																																	
DRILLING	KILLING																																																																																																	
STABBING	15 WRETCHED																																																																																																	
LANCINATING	BLINDING																																																																																																	
4 SHARP	16 ANNOYING																																																																																																	
CUTTING	TROUBLESOME																																																																																																	
LACERATING	MISERABLE																																																																																																	
5 PINCHING	INTENSE																																																																																																	
PRESSING	UNBEARABLE																																																																																																	
GNAWING	17 SPREADING																																																																																																	
CRAMPING	RADIATING																																																																																																	
CRUSHING	PENETRATING																																																																																																	
6 TUGGING	PIERCING																																																																																																	
PULLING	18 TIGHT																																																																																																	
WRENCHING	NUMB																																																																																																	
7 HOT	DRAWING																																																																																																	
BURNING	SQUEEZING																																																																																																	
SCALDING	TEARING																																																																																																	
SEARING	19 COOL																																																																																																	
8 TINGLING	COLD																																																																																																	
ITCHY	FREEZING																																																																																																	
SMARTING	20 NAGGING																																																																																																	
STINGING	NAUSEATING																																																																																																	
9 DULL	AGONIZING																																																																																																	
SORE	DREADFUL																																																																																																	
HURTING	TORTURING																																																																																																	
ACHING	PPI																																																																																																	
HEAVY	0 NO PAIN																																																																																																	
10 TENDER	1 MILD																																																																																																	
TAUT	2 DISCOMFORTING																																																																																																	
RASPING	3 DISTRESSING																																																																																																	
SPLITTING	4 HORRIBLE																																																																																																	
	5 EXCRUCIATING																																																																																																	
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS																																																																																																
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY																																																																																																
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT																																																																																																
E = EXTERNAL																																																																																																		
I = INTERNAL																																																																																																		

Figura 5. Questionário da Dor de McGill.

Consiste em agrupamentos de palavras que descrevem a dor. O doente classifica a sua dor através da classificação das palavras de cada grupo (47).

Tabela 1. *Tabela de Thierry e Nicourt.*

Consiste na atribuição de um número pela intensidade da dor. Escala de sete graus, numérica e qualificativa, estabelecida em França pelo Ministério da Justiça em 1971 (17).

Tabela da Thierry e Nicourt	
1.	Muito ligeiro
2.	Ligeiro
3.	Moderado
4.	Médio
5.	Considerável
6.	Importante
7.	Muito importante

Tabela 2. *Tabela de Barrot.*

Consiste na atribuição de uma percentagem a cada grau da escala de sete graus (17).

Barrot, 1982		
1.	Muito ligeiro	14%
2.	Ligeiro	29%
3.	Moderado	43%
4.	Médio	58%
5.	Considerável	73%
6.	Importante	88%
7.	Muito importante	100%

Em Portugal, à semelhança do que acontece em França, o método de avaliação para a quantificação do *quantum doloris* que apresenta maior divulgação na prática médico-legal é a escala de Thierry e Nicourt (Tabela 1). Esta escala realiza uma descrição quantitativa de 1 a 7 acompanhada de uma avaliação qualitativa (de muito ligeiro a muito importante), proporcionando valorizações de referências (que o perito ajustará em função do caso concreto) susceptíveis de facultarem uma maior equidade na avaliação (18). Numa descrição mais pormenorizada acerca desta escala é de referir que a dor muito ligeira não corresponde a nenhum sintoma fundamental, não produzindo incapacidade, necessitando de uma curta hospitalização ou não necessitando de hospitalização de todo; a dor ligeira corresponde a lesões que apresentam necessidade de uma imobilização simples entre 15 a 20 dias, hospitalização entre 5 a 10 dias ou, eventualmente, de sessões de reabilitação; a dor moderada está relacionada com uma dor mais intensa que produz incapacidade, mas que pode ser atenuada com analgésicos, estando normalmente associada a uma hospitalização entre 15 dias a 3 semanas, imobilização entre 2 a 3 meses e cerca de 30 sessões de reabilitação; a dor média é referente a situações mais complexas em que há necessidade de mais intervenções cirúrgicas ou do prolongamento do internamento, representando uma hospitalização de 1 mês ou mais e uma reabilitação com a duração de vários meses; a dor considerável produz incapacidade e não pode ser superada simplesmente com analgésicos, estando relacionada com o aumento do número de intervenções cirúrgicas, uma reabilitação prolongada e uma readaptação especializada; a dor importante significa diversas lesões traumáticas graves com necessidade de intervenções cirúrgicas múltiplas ou iterativas, vários meses de tratamento e reabilitação bastante prolongada; a dor muito importante anula toda a actividade do sujeito pela sua intensidade, importância e persistência, sendo que para a sua mitigação são necessários fármacos extremamente potentes tais como os opiáceos, vários meses de hospitalização e múltiplas intervenções cirúrgicas (19,24). A escala de Thierry e Nicourt corresponde a uma

tabela indicativa do *quantum doloris* paralelamente a cada situação lesional, sendo sempre obrigatória a fundamentação da valoração atribuída a este parâmetro de dano (25).

Apesar de actualmente a escala de 7 graus ser uma das escalas mais usadas dentro da União Europeia, a sua utilização não é obrigatória, podendo o perito recorrer a qualquer outra escala qualificadora desde que, no seu relatório pericial, faça menção da escala adoptada dado que o qualificativo por ele atribuído e o respectivo valor dependem do posicionamento relativo que têm dentro da escala escolhida. O uso da classificação de 7 graus é ainda assim defensável por uma questão de harmonização e uniformização de procedimentos (18).

É de referir que, em certas situações, há quem defenda a utilização exclusiva da escala quantitativa (que vai do 1 ao 7) ao invés do uso da classificação simultânea que compreende também a escala qualitativa (que vai do muito ligeiro até ao muito importante) visto que pode dar-se a condição de o sinistrado aceitar mal o qualificativo – inteligivelmente, a sua percepção do próprio traumatismo poderá estar amplificada relativamente à realidade, além de que a avaliação de todo um conjunto de sofrimentos padecidos por um simples adjetivo poderá não ser aplicável. Assim, para que este tipo de situações não ocorra, o perito deve estabelecer o grau do *quantum doloris* numa perspectiva quantitativa, ou seja, assinalar, por exemplo, *quantum doloris* de grau 2 em 7, em vez de ligeiro (14,18,20).

O justo ressarcimento de cada caso só é possível através de uma ponderação individualizada na medida em que o dano à saúde apresenta um aspecto estático, repercussões específicas da lesão sofrida, contudo apresenta também um aspecto dinâmico, ou seja, as diversas utilidades que cada indivíduo retira da fruição da saúde e dos bens ou dons da personalidade. O direito à saúde ou à integridade psico-física torna-se indizivelmente difícil de avaliar e quantificar pois é necessário a existência de um sistema criterioso bem fundamentado, estruturalmente apoiado numa sólida reflexão teórica assim como numa experiência prática, sem nunca esquecer que, ao longo da sua vida, cada ser entretece

diferentes laços, vivências e malhas que a lesão sofrida pode romper irremediavelmente ou comprometer de modo mais ou menos gravoso (21).

Sabendo o indeclinável pressuposto de que o valor do Homem é idêntico para todos os seres humanos aplicam-se logicamente princípios básicos e uniformes na avaliação do dano corporal, nomeadamente do *quantum doloris*, tentando objectivar o valor jurídico da pessoa humana. Todavia, a igualdade efectiva só pode ser realmente atingida se tal processo dispuser de flexibilidade e elasticidade suficientes que permitam uma apreciação *ad personam*, tendo sempre em conta que a mesma diminuição funcional pode ter leituras e repercussões sociais e culturais diferentes de indivíduo para indivíduo. Perspectiva-se uma avaliação dinâmica do dano, cujo percurso se faz por uma multiplicidade de caminhos e que culmina no encontro do ponto de equilíbrio entre o objectivo e o subjectivo (21).

V – Relevância da perícia psicológica

O dano corporal, independentemente do seu tipo e da sua gravidade, tem sempre repercussões no indivíduo, desencadeando uma reacção de stress mais ou menos ajustada ao conflito. Esta reacção é promovida pela disrupção que a dor física causa na actividade psíquica, tendendo a desvanecer os limites entre o Ego físico e o Ego psíquico e alimentado o reforço da experiência da dor (26).

O modo como o ser humano reage e confronta a situação, integrando o psiquismo do dano corporal, depende da estrutura da sua personalidade e do seu cenário de vida. Cada um cria os seus planos e ilusões de vida, que vai modificando e aperfeiçoando ao longo do tempo à medida que vai evoluindo, sendo que esta evolução é perpetuamente individualizada de acordo com as vivências e laços de cada ser, ajustados à sociedade em que assentam e

naturalmente regidos pelas suas normas, aspectos culturais e económicos (26). O desenvolvimento de um traumatismo psíquico decorrente do dano corporal é um processo que, embora normal, pode comportar importantes conotações e complicações psicopatológicas – certos sujeitos podem passar pela histeria enquanto outros experienciam a hipocondria ou ansiedade patológica, havendo ainda aqueles que acabam por sucumbir a perturbações depressivas. A experiência da dor é irredutivelmente subjectiva uma vez que abarca o indivíduo como um todo, com as suas dimensões psicológicas e sociais, e colocando em jogo as suas representações, atitudes afectivas e história de vida (27).

A justa reparação do dano corporal é um direito da realidade humana, mas que se torna preenchido por ambiguidades e armadilhas quando aplicado ao *quantum doloris*: a dor é dependente do sujeito e das suas interpretações (27). Desta forma, ressalta-se a importância da perícia psicológica, responsável por caracterizar a personalidade, traços psicológicos e perfil evolutivo do doente, descrever minuciosa e detalhadamente os antecedentes pessoais e familiares, e todo o ambiente, quer seja de carácter afectivo quer seja de carácter profissional, que rodeia o indivíduo. Este estudo aprofundado permitirá aferir se antes do trauma já existiria alguma condição psicopatológica ou, se pelo contrário, os problemas do foro mental que eventualmente se verifiquem são exclusivamente imputáveis ao trauma inicial (7).

De acordo com a Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil há vários estados psíquicos que podem ocorrer, apresentando graves repercussões na autonomia pessoal, social e profissional do indivíduo. Embora para aqui serem avaliadas, as alterações apresentadas terem de demonstrar uma evolução e carácter prolongados, a perícia psicológica inicial deve fazer referência e descrição dos transtornos encontrados, tendo sempre em atenção que se os danos forem aqui valorados não o poderão ser mais tarde a título permanente a fim de não acontecer duas vezes a mesma reparação. Existem várias perturbações psíquicas que podem ocorrer como resposta ao trauma sofrido tais como

perturbações do humor, stress pós-traumático, transtorno orgânico da personalidade, estados fóbicos, estados obsessivos, quadros psicóticos, entre outros. Qualquer uma destas perturbações pode ser objecto de valorização pericial desde que seja estabelecido um nexo de causalidade com o acontecimento traumático (28,29).

A expressão “dano corporal” pode induzir em erro por parecer evocar apenas os danos físicos e orgânicos ao invés da totalidade de todos os danos, isto é, os danos corporais, funcionais, subjectivos e situacionais. A avaliação médico-legal das consequências do traumatismo sofrido deve, assim, valorizar as lesões e sequelas corporais e funcionais, sem nunca deixar de parte as repercussões psico-sociais, avaliadas pela perícia psicológica. Os danos do foro psicológico podem estar presentes mesmo na ausência de lesão física, como resultado do impacto emocional pós-traumático, salientado mais uma vez a importância da avaliação dos danos na pessoa e não apenas a avaliação dos danos físicos (30).

Para ter uma ideia mais autêntica do verdadeiro valor que o sofrimento representa para a vítima é necessário um olhar mais de perto. Um ambiente médico e um quadro jurídico totalmente polarizados sobre o corpo não são adequados sabendo a concepção dinâmica segundo a qual os danos devem ser valorados. A avaliação do *quantum doloris* deve pois ser uma avaliação multifactorial que naturalmente tem em conta aspectos somáticos e funcionais, mas que também se rege por uma perícia psicológica que efectua uma crítica descrição que conjuga os elementos relacionados com a personalidade do sujeito, com a sua biografia e com todo o ambiente que o rodeia. A dimensão psíquica da dor e a incapacidade que a acompanha devem ser avaliadas e reparadas com a mesma justiça com que o são os danos físicos, cabendo ao perito a importante tarefa de descrever e caracterizar todas as alterações pós-traumáticas com a maior atenção e credibilidade, referenciando os danos em todas as suas componentes (31).

VI – Simulação e dissimulação

Na prática médico-legal, nomeadamente na avaliação do dano corporal, detecta-se frequentemente um fenómeno denominado simulação. Genericamente, este fenómeno significa fingir, fazer o simulacro de, fazer parecer real o que não o é. No âmbito da Medicina Legal, o conceito de simulação é mais abrangente, compreendendo não só a alegação de uma doença ou lesão inexistentes, mas também a exageração dos sintomas correspondentes a uma patologia real, cujo propósito final é o de obter benefícios próprios, usualmente a nível económico (32).

Embora os dois conceitos estejam interligados e um possa estar contido no outro, é importante ressaltar a diferença entre mentir e simular: o primeiro conceito limita-se a uma simples expressão verbal, isto é, o sujeito apenas verbaliza algo que não é verdade, enquanto que no acto da simulação existe uma expressão psicomotora, ou seja, o sujeito, para além de dizer o que não é verdade, vai mais longe e finge sintomas e cenários que possam corroborar o seu disfarce (32).

Numa perspectiva médico-legal é possível estabelecer três modalidades de simulação: a mentira, a exageração e a falsa atribuição. Na mentira não há doença ou lesões, estas tratam-se apenas de expressões verbais inventadas pelo sujeito numa tentativa de enganar quer o perito quer os tribunais. De todas as modalidades, esta é menos frequente uma vez que o perito tem à sua disposição os documentos médicos que comprovam a assistência recebida aquando do acontecimento traumático, sendo realmente difícil que o sujeito consiga enganar o perito com uma doença inventada. Na exageração há realmente uma doença ou lesão, contudo o sujeito refere sintomas de maior intensidade que aquela que efectivamente têm, sobretudo a nível de sintomas dificilmente objectiváveis como, por exemplo, a dor, vertigens, tonturas, cefaleias, entre outros. Na falsa atribuição há de facto uma lesão mas na verdade a sua origem é anterior ao trauma, ou seja, não há nexo de causalidade. O sujeito aproveita o acontecimento

lesivo para lhe tentar atribuir a responsabilidade de certo dano, de maior ou menor gravidade, do qual já anteriormente padece. Este tipo de simulação é comum em lesões como hérnias discais, fracturas vertebrais ou entorses cervicais (32).

Comumente o acto da simulação ocorre em relação à sintomatologia a fim de atrasar o processo avaliativo e assim obter um maior número de dias necessários para a cura. Este tipo de situação simulatória ocorre em especial nos sintomas mais pautados por ambiguidade e subjectividade e que, portanto, se tornam mais difíceis de avaliar e quantificar. Durante o interrogatório e exame físico, o perito depara-se muitas vezes com sintomas e sinais atípicos, de carácter não orgânico, frequentemente interpretados como expressão de uma disrupção psicológica associada, embora possam também ser considerados como indícios da existência de simulação. Os sintomas atípicos vulgarmente referidos na prática clínica são dor no ápex do sacro, dor generalizada, entorpecimento ou falência de todo o membro inferior, dor quotidiana pouco intensa sem qualquer tipo de padrão durante pelo menos um ano, intolerância ou efeitos indesejáveis de tratamentos e admissão no Serviço de Urgência hospitalar por lombalgia. Relativamente ao exame físico os sinais atípicos que usualmente se verificam são hiperalgesia superficial em ponto extremamente bem localizado ou, pelo contrário, em região de distribuição não anatómica, teste de carga axial positivo, sinal de Lasègue modificado pela distração, fraqueza muscular e problemas sensitivos de distribuição não anatómica e comportamento exagerado depois da realização do exame (33).

Quer o tempo de cura, quer o tempo de incapacidade, quer as sequelas são elementos do dano corporal susceptíveis de reparação indemnizatória, o que faz com que, naturalmente, a simulação não ocorra só em relação à sintomatologia: há quem exagere o período de incapacidade, aumentando fingidamente o número de dias em que se viu impedido de realizar as tarefas que habitualmente desempenhava até ao momento do trauma, e há ainda quem simule sequelas (32).

Por sua vez, dissimular é o fenómeno oposto, isto é, há também o fingimento e o disfarce mas no sentido da negação. Significa fingir que não vê, não ouve ou não sente, significa suprimir a aparência daquilo que se pretende ocultar. Não é frequente na prática médico-forense mas quando acontece o sujeito demonstra intenção de esconder uma lesão ou doença da qual padece verdadeiramente (32).

Num estudo realizado por Rodes Lloret, F., Martí Lloret, J. e Márquez, M. em 1995 numa amostra de 1000 questionários, chegou-se à conclusão de que ocorrem situações de simulação em 16,8% dos casos, sendo que o factor mais comumente simulado é sintomatologia (51,8%). Quanto ao sexo, quem mais simula são as mulheres e em relação à idade existe uma maior percentagem de simulação na faixa etária dos 50-59 anos. De acordo com a etiologia do acontecimento traumático há maior simulação nos casos de acidentes de viação e em relação à patologia predominante a simulação aumenta nos casos de patologia neurológica e psiquiátrica. Constata-se também que quanto maior a gravidade das lesões e quanto maior o período de incapacidade, maior é a percentagem de simuladores. Acresce que os lesionados que curam com sequelas também simulam mais relativamente àqueles que curam sem elas. Todavia, estes dados não podem ser tidos como verdade absoluta na medida em que é necessário ter em conta que este estudo se refere aos “maus simuladores” e que, por isso mesmo, viram a sua farsa ser detectada, continuando obviamente a existir “bons simuladores” que conseguem realmente enganar o perito, atingindo os seus objectivos (32).

A alegação de sintomas inexistentes e o exagero em relação aos que realmente são sentidos introduz a dúvida na relação médico-doente. Estas atitudes conscientes que visam benefícios secundários tornam ainda mais difícil a missão do perito em interpretar os subjectivos dolorosos, podendo indefinidamente pairar a hesitação entre processos de simulação e reacção psicológica individualizada sequente a enorme stress emocional provocado pelo acontecimento traumático (33).

VII – Avaliação do dano corporal em crianças

Nos últimos 20 anos, o modo de encarar a dor nas crianças e, por conseguinte, o modo como é feita a avaliação do dano corporal neste grupo etário evoluíram drasticamente, deitando por terra os conceitos pré-concebidos que alegavam que as crianças não seriam capazes de sentir dor da mesma forma que os adultos e que não conseguiriam lembrar-se dessa mesma dor após o seu término (34). Todavia, apesar dos sentimentos de culpa e relativa impotência que possam apoderar-se do adulto, a dor na criança tende a ser subestimada na medida em que se expressa de maneira diferente do adulto, podendo mesmo ser minimizada pela própria criança, além de que existe sempre a problemática das crianças pré-verbais e dos recém-nascidos nem sempre conseguirem demonstrar a dor que estão a experienciar de forma a que o perito a compreenda (35). As dificuldades multiplicam-se nos casos em que as crianças apresentam uma cognição debilitada, atraso no desenvolvimento, problemas de linguagem ou doença crónica, pois todas estas condições podem influenciar a maneira como sentem e expressam a dor. É função do perito interpretar e assimilar os comportamentos da criança, realizando um relatório correcto e preciso que forneça a possibilidade de caminhar na direcção da instituição dos tratamentos mais adequados (34). Quando não tratada ou insuficientemente tratada, a experiência dolorosa pode destabilizar a criança com comprometimento psicológico e relacional e até com alterações dos esquemas corporais (35).

É possível expressar a dor de acordo com uma componente sensorial ou de acordo com uma componente emocional. A primeira só é verdadeiramente utilizada em crianças a partir dos 12 anos idade pois trata-se de uma comunicação verbal que utiliza linguagem elaborada. Geralmente na criança a dor é exprimida através da componente emocional, isto é, através de modificações do comportamento, agitação, choro ou problemas neurovegetativos. Embora não sejam específicos, estes sinais são sempre merecedores de atenção tendo em conta que podem traduzir qualquer outra situação de encargo patológico. É importante analisar reacções

defensivas e alterações psicomotoras que possam indicar atonia motora e/ou atonia psicológica dado que estes sinais são bastante credíveis e de intensidade proporcional à dor vivenciada (35). No âmbito da avaliação do dano corporal em crianças há ainda a faca de dois gumes representada pelos pais, que por um lado podem melhor reconhecer e interpretar as respostas da sua criança ao desconforto, adiantando o reconhecimento da dor e o seu respectivo e apropriado tratamento, mas que, por outro lado, podem, inconscientemente, e apenas pela sua presença, encorajar comportamentos que não se relacionam directamente com a dor mas que são susceptíveis de semear dúvidas (34).

Obviamente que a avaliação do dano nestes casos é também influenciada quer pelo desenvolvimento cognitivo da criança, quer pelo ambiente em que decorre a perícia, sendo de realçar que é natural que, mediante ambientes profissionais stressantes, as crianças se amedrontem e intimidem, falhando no estabelecimento de uma comunicação clara e distinta e demonstrando reacções que facilmente podem ser confundidas com expressões de dor (34).

Neste contexto, uma das mais antigas ferramentas de avaliação da dor em crianças é a Escala de Oucher (Fig. 6), que consiste numa escala numérica que vai desde 0 até 100 e que conecta alguns dos números a imagens de crianças com vivências de dor de diferente intensidade. Quanto maior a dor demonstrada pela expressão facial da criança, maior será o valor numérico correspondente. Existem 7 versões desta escala de maneira a que exista uma para cada etnia, no entanto, a maior parte é representada unicamente por crianças do sexo masculino o que pode constituir uma desvantagem. Na tentativa de superar este problema foi desenvolvida a Escala da Dor de Manchester (Fig. 7) que consiste numa escada numerada de 0 a 10 e com os diversos níveis de dor ilustrados por desenhos de rostos ou de pandas ou de humanos. Esta escala tem como vantagens ser mais facilmente utilizada por crianças de diferentes idades e não apresentar necessidade de ostentar um fundo étnico específico (34).

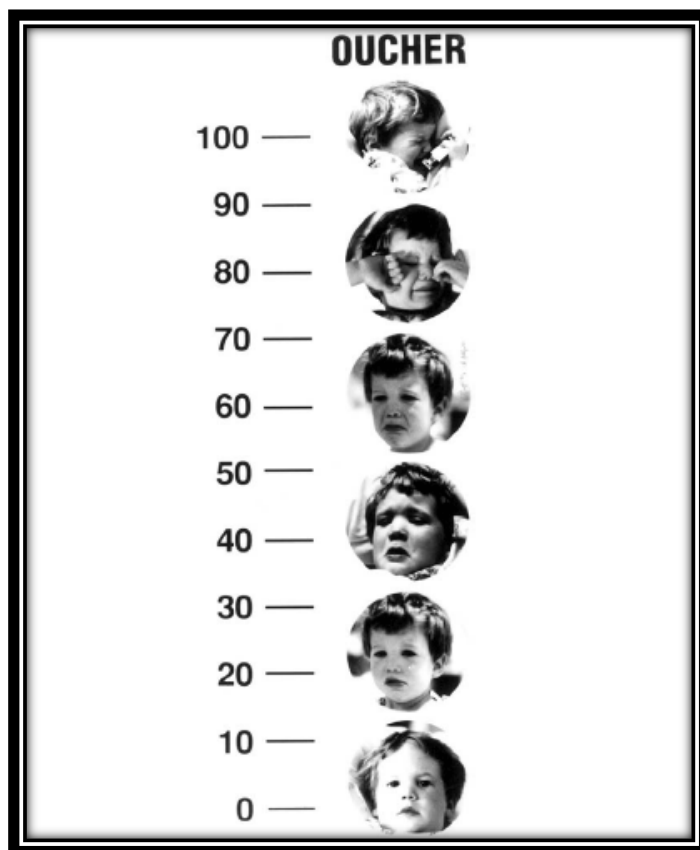


Figura 6. Escala de Oucher.

Consiste em duas escalas verticais separadas: uma numérica, de 0 a 100, para crianças mais velhas e uma fotográfica, com expressões de dor desde o “sem dor” até à “maior dor alguma vez sentida”, para crianças mais novas (48).

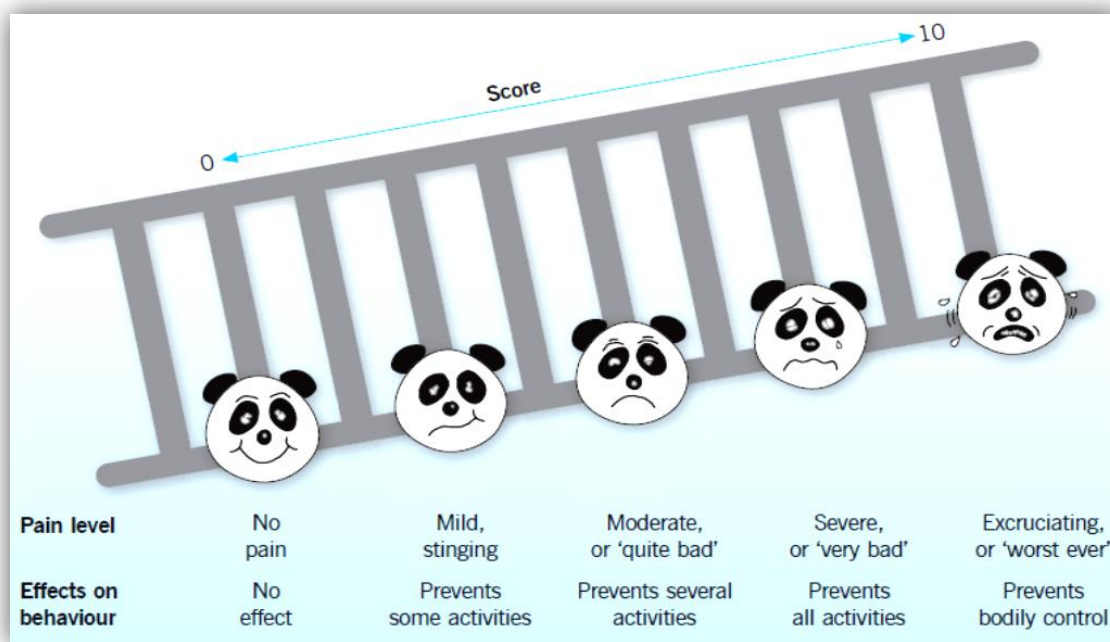


Figura 7. Escala da Dor de Manchester.

Escala numérica de 0 a 10 associada a escala ilustrativa com faces de expressões dolorosas de pandas (34).

Ressalve-se, porém, que ambas as escalas têm sido criticadas uma vez que a sua utilização depende da capacidade da criança examinada em relatar a dor que sente, o que se pode tornar um problema aquando da avaliação de crianças com atrasos do desenvolvimento ou dificuldades na linguagem. Não obstante, a introdução de métodos como estes tem permitido uma avaliação mais apropriada da dor na criança, sem nunca esquecer, claro está, a observação e análise pormenorizadas do seu comportamento, em especial das crianças com uma idade inferior a 3 anos, assim como a participação dos respectivos membros familiares na interpretação das experiências vivenciadas pela criança (34).

É de salientar que as crianças podem apresentar diferentes ressentimentos em relação à dor, de acordo com o estado do seu desenvolvimento cognitivo. É comum verificar-se um aumento da ansiedade, um sentimento de abandono e de solidão e a sensação de culpabilidade. A resposta ao acontecimento traumático pode ainda manifestar-se como uma regressão comportamental ou como hostilidade e/ou agressividade, o que incrementa o risco de alienação do meio envolvente, em especial nas crianças de menor idade (35).

VIII – Aspectos jurídicos da indemnização

Segundo uma perspectiva médica, a dor surge como um fenómeno individual, pessoal e subjectivo, que deve ser identificado, mesurado dentro do possível e devidamente controlado pelos diversos tratamentos que se encontram disponíveis. No âmbito jurídico, este fenómeno deve ser objectivado a título da reparação do dano corporal, levando à definição de uma justa conversão financeira que constituirá a indemnização do prejuízo sofrido (36).

Os recentes avanços dos conceitos de incapacidade e *handicap* tornam possível que o fenómeno da dor seja abordado de um ponto de vista de semiologia funcional, integrado num

novo conceito antropológico do “Homem funcional”, conciliando uma abordagem tridimensional (biológica, psicológica e social) com a noção de qualidade de vida (37).

As origens da necessidade de reparação de uma lesão sofrida remontam a uma carência de vingança, representada actualmente por uma ambivalência do direito da reparação do dano corporal: punir um culpado e indemnizar uma vítima (37). O princípio de condenar um culpado no pagamento de uma quantia em dinheiro relativa ao dano corporal da vítima, aplicando uma tarifa baseada nas características físicas das lesões resultantes, subsistia já no Código de Hammurabi cerca de 2000 anos A.C., na Babilónia, culminando estas noções de desonra e vingança na concepção actual de perda de capacidades humanas (38).

Para o Direito Português, os danos indemnizáveis reconduzem-se a duas grandes categorias: patrimoniais e não patrimoniais. Independentemente da natureza do dano, é expressamente reconhecido na lei a obrigação de indemnizar o lesado pelos danos que, pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito, danos esses, resultantes daquele que, com dolo ou mera culpa, violou ilicitamente o direito de outrem, devendo o montante indemnizatório corresponder aos danos causados (3,39).

A integridade física, a saúde, a angústia, o medo, a liberdade, a honra, o bom nome e a reputação são bens de natureza não patrimonial o que significa que se tratam de danos que não são susceptíveis de uma avaliação pecuniária, em dinheiro. Todavia, danos patrimoniais podem resultar da lesão, tal como a violação de um bem patrimonial pode reflectir um dano não patrimonial. Por outras palavras, o facto ilícito, traduzido na lesão de bens patrimoniais ou não patrimoniais, pode causar danos de uma e de outra natureza. Na indemnização dos danos não patrimoniais o que verdadeiramente conta é a natureza (não patrimonial) do próprio dano e não a natureza do bem ou interesse lesado (40). As diferenças entre os subjectivos dolorosos sentidos e compensados têm exclusivamente a ver, não com o seu reconhecimento

ou relevância pelo e para o Direito, mas sim com a existência ou não denexo de causalidade (3).

Em regra, a inaptidão parcial ou total do princípio da reconstituição natural, por impossibilidade de aplicação, devido à própria natureza dos danos, é o que importa no ressarcimento dos danos não patrimoniais. Quando a reconstituição natural não repara integralmente os danos ou quando não é possível, por outros meios, reconstituir a situação anterior ao acontecimento traumático, toma-se como medida, a diferença entre a situação do lesado na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal e aquela que teria se não tivessem ocorrido os danos, fixando-se uma indemnização em dinheiro (3).

Perante estes factos, colocam-se importantes questões: Como poderá indemnizar-se, através de uma quantia em dinheiro, um dano que, por definição, não é susceptível de avaliação pecuniária? E não será imoral exigir uma quantia monetária para ressarcir uma dor ou sofrimento, quer seja de ordem física ou psíquica, que não será de maneira nenhuma capaz de afastar ou remover o dano? (40)

Quanto à primeira questão é lícito dizer que as dificuldades práticas em calcular o montante da compensação devida ao lesado não são privativas deste tipo de danos uma vez que também o dano patrimonial suscita, frequentemente, especiais dificuldades de quantificação, sem que isso tenha conduzido à negação da sua ressarcibilidade (40).

Em relação à imoralidade do ressarcimento monetário de lesões físicas ou psíquicas, a reparação indemnizatória surge não porque se possa colocar um preço na dor mas sim porque tais danos são susceptíveis de serem compensados. Mediante um montante capaz de proporcionar prazeres ou satisfações à vítima, a dor pode ser contrabalançada e os danos atenuados e compensados, justificando-se a referida reparação, cujo propósito final é o de proporcionar uma satisfação ao lesado, com a consequente compensação, mais do que a ideia, em si, da indemnização. Acresce dizer que, em relação à concepção materialista ou utilitarista

em que se alicerça a tese da reparação dos danos morais, mais imoral se afigura a negação dessa mesma reparação, invocando a natureza não patrimonial dos danos. Essa negação só redundaria em benefício do lesante que não suportaria qualquer encargo pelo dano por si causado, enquanto que a vítima sofreria definitivamente o dano, isenta de qualquer reparação ou compensação. Ora, parece então fazer todo o sentido e ser de toda a justiça, fazer recair sobre o lesante a prestação pecuniária do dano não patrimonial sofrido pela vítima, constituindo assim uma sanção pelo dano provocado e, simultaneamente, uma compensação do dano para o lesado (40).

Para a fixação do montante indemnizatório a atribuir por danos não patrimoniais, o Tribunal deve julgar equitativamente, dentro dos limites que tiver por provados, atendendo ao grau de culpabilidade do lesante, à sua situação económica e à da vítima e do titular da indemnização, e quaisquer outras circunstâncias especiais que no caso concorram, uma vez efectuada a prognose póstuma de que seria aquela a quantia aceite como adequada para equilibrar a dor e sofrimentos infligidos para um qualquer ofendido (3,39).

Médicos, juízes e companhias seguradoras entendem a dor como algo eminentemente subjectivo, o que só por si torna a compensação pecuniária da lesão um processo de extrema dificuldade. É, por isso, de crucial importância que a descrição do dano seja precisa e detalhada, não deixando espaço para dúvidas porquanto o relatório pericial funcionará como prova central na apreciação do Juiz. A sua tarefa passa pela verificação das conclusões, da motivação, da descrição dos factos trazidos do processo, do método científico empregue e do relato do desempenho pericial (3,41).

A fixação do nível de sofrimento de determinado lesado e a sua respectiva designação não representam qualquer ajuda para o julgador. O enquadramento numa escala e a exposição da motivação que levou àquela graduação é que fornecem a informação imprescindível para decidir qual a compensação económica adequada. É desta forma que se realça o poderoso

valor da tripla qualificação da dor, pelo indicador numérico do *quantum doloris* na escala de sete graus usualmente utilizada, pela sua designação com a expressão correspondente e, fundamentalmente, com a exposição dos motivos que levaram àquela escolha, caracterizando a vítima como um todo, no conjunto das suas desqualificações (3,37).

IX – Imputabilidade médica

Em Medicina, o estudo da etiopatogénese responde à exigência científica de conhecer e à finalidade primária de curar. Contudo, o desconhecimento das verdadeiras causas da doença, não sendo raro acontecer, não impede a descoberta médica da cura, tal como não impede a ocorrência de diversos resultados, entre eles, resultados viáveis (42).

Neste contexto e pensando num dos pilares das perícias médico-legais – o estabelecimento do nexos de causalidade – é lícito afirmar-se que a Medicina Legal demonstra um interesse particular pelos problemas etiológicos das patologias, ou seja, pelo estudo das suas causas. Tratando-se de uma especialidade interdisciplinar que se situa entre dois mundos, o da Medicina e o do Direito, perspectiva a solução dos problemas que encara através de métodos oferecidos pela Medicina, modulada pelas exigências do Direito. O estudo das causas do dano é, indubitavelmente, um dos processos mais complexos e difíceis, quer pelos seus pressupostos doutrinários quer pelos imperfeitos métodos de avaliação onde se englobam os subjectivos dolorosos. Utilizando conhecimentos médico-biológicos para resolver as questões etiológicas no terreno jurídico, a Medicina Legal consegue complementar e relacionar a etiologia e patogénese na Medicina e o problema conceptual da etiologia no âmbito jurídico. Isto significa que no estudo aprofundado de um determinado problema são necessárias não só as noções médicas adequadas, como também o vasto conhecimento dos

conceitos jurídicos, numa tentativa de colmatar as dificuldades que a aplicação da lei enfrenta (42).

O interesse pelo problema etiológico torna-se crucial para o perito devido à própria necessidade médica de possuir o conhecimento exacto das causas das doenças e devido, elemento este fundamental, à necessidade de identificar a probabilidade casuística do dano por forma a que possa funcionar como uma prova certa nas exigências do Direito. Daqui se deduz que na avaliação dos danos, a etiologia e a patogénese apresentam uma matriz biológica em comum com a restante Medicina, sendo indispensável a utilização de uma metodologia peculiar que inclua os princípios jurídicos em geral e as normas de um determinado país em particular. O Direito exige que a causa do dano seja determinada com a maior certeza possível, senão mesmo com a absoluta, visando o seu conhecimento e a respectiva atribuição ou não da existência de um claro nexó entre a causa e o resultado final do dano (42).

A declaração de um autêntico nexó de causalidade no âmbito dos danos na pessoa é fonte dos mais graves erros médicos periciais – para além dos problemas inerentes ao diagnóstico, a sua investigação inclui também a dúvida científica, o conhecimento do estado anterior e o segredo médico (42).

Na apreciação do nexó de causalidade é pois importante distinguir dois conceitos: o de imputabilidade médica e o de causalidade jurídica. O primeiro refere-se à necessidade de admitir e de estabelecer cientificamente um laço entre uma alteração da saúde e um estado patológico. O segundo é o que reporta que determinado acontecimento seja causa de uma certa situação dolosa, com todas as consequências relativas à responsabilidade do lesante e ao direito de reparação da vítima (42).

Para descrever e analisar todos os elementos passíveis de fundamentar uma decisão relativamente ao nexó de causalidade, isto é, relativamente à imputabilidade médica na

conspecção do perito, está disponível um conjunto de sete critérios estudado e divulgado por diversos autores com Muller e Cordonnier, Oliveira e Sá, Simonin, entre outros, que constitui uma preciosa ajuda à reflexão e à decisão (42,43).

O primeiro critério, o mais simples e subtil, é o da verossimilhança científica, ou seja, o de uma natureza do acontecimento traumático cientificamente adequada na produção das lesões evidenciadas. O segundo critério envolve a certeza diagnóstica – consiste em associar consistentemente a natureza das lesões a uma etiologia traumática. O terceiro critério refere-se à adequação entre o local do traumatismo e o local da lesão, não significando necessariamente uma concordância anatómica. O quarto critério é o do encadeamento anatomo-clínico entre o trauma e o dano, devendo existir uma continuidade sintomatológica e uma sucessão de feitos fisiopatológicos que tornem aceitável a cadeia causal entre ambos. O quinto critério é o da adequação temporal, isto é, a determinação do tempo decorrido entre o acontecimento traumático e o dano. O sexto critério trata da exclusão da existência de dano prévio ao traumatismo, excluindo a existência de estados patológicos anteriores ou, no caso de estes existirem, determinar a sua relação com o trauma e as suas consequências. Por fim, o sétimo critério refere-se à exclusão de uma causa estranha do traumatismo, estabelecendo as condições necessárias e suficientes para presumir aceitavelmente acerca do nexo de causalidade entre o acontecimento traumático e o dano (42,43).

Para concluir pela imputabilidade é importar interpretar os critérios supracitados com precaução e probidade, sendo que a verificação de alguns deles é absolutamente obrigatória, apesar de doutrinalmente não existir nenhuma máxima que estipule a implicação de um determinado número deles. A expressão dos referidos critérios não pretende outorgar ao Juiz uma resposta afirmativa ou negativa da abordagem da existência do nexo de causalidade, mas sim explicar e mostrar, no plano médico, a ponte que une a causa ao efeito (42,43).

X – Imagiologia no estudo da dor

Querendo ou não, a verdade é que a neuroimagem está a bater à porta dos tribunais. Estudos recentes conseguiram identificar um padrão de actividade cerebral ligado à dor física, que poderá ser utilizado como ferramenta objectiva no estudo e avaliação da dor. Apesar do consenso geral admitir que esta área científica ainda se encontra numa emergência e evolução constantes, a possibilidade da sua utilização objectiva e das suas sequentes aplicações legais é extremamente real (44).

Em Abril de 2013, Wager, T., Atlas, L., Lindquist, M. et al. publicaram uma pesquisa envolvendo 114 participantes, quatro estudos distintos e o desenvolvimento de uma medida baseada em ressonâncias magnéticas funcionais que predizia a intensidade da dor experienciada por cada sujeito. Esta medida individualizada foi designada por assinatura neurológica e é correspondente a um determinado padrão de actividade na ressonância magnética funcional que está associado a regiões específicas do cérebro previamente estudadas. Foi analisada a dor provocada pelo calor induzido, a sensação provocada pelo aumento térmico sem existir dor, a dor social, que activa muitas das regiões activadas pela dor física, e a resposta a agentes analgésicos como o remifentanil. Os resultados mostraram ser possível distinguir a dor provocada pelo calor, da sensação não dolorosa da experiência do aumento térmico; assinaturas neurológicas substancialmente reduzidas aquando da utilização de opióides; e ainda uma discriminação entre a dor física e a dor social, embora com uma sensibilidade de 85% e uma especificidade de apenas 73%. É de salientar que o estudo foi realizado em indivíduos saudáveis sujeitos a variadas experiências e que os padrões associados à dor são influenciados pela localização, tipo de dor e causa clínica, o que potencia a eventual necessidade de diversas assinaturas neurológicas para o mesmo caso (45).

Apesar de estes métodos ainda não terem sido validados na prática clínica, a sua utilidade remete-se para as situações em que os doentes não conseguem comunicar

eficazmente ou para situações em que os relatos de dor são postos em causa, sem nunca esquecer que é obrigatória a presença de fundamento neurofisiológico (45).

A possibilidade da utilização corrente deste tipo de métodos na avaliação da dor leva à oportunidade de ser admitido como válido e objectivo no âmbito jurídico, o que suscita ainda a questão de provas acompanhadas de fundamentos visuais demonstrarem um carácter mais persuasivo e convincente. Embora ainda numa fase embrionária, o avanço tecnológico, no seu global, parece ser o caminho a tomar na direcção de um futuro mais objectivo (44).

XI – Casos clínicos

Para uma melhor compreensão e consolidação dos conhecimentos teóricos revistos ao longo deste artigo no âmbito da prática clínica, apresenta-se de seguida uma breve descrição de três relatórios periciais, cada um alusivo a um indivíduo distinto, e todos referentes ao mesmo acontecimento traumático, com a respectiva sentença. Naturalmente que ostentam diferentes avaliações e por consequência as devidas reparações indemnizatórias mostram-se desiguais. Os relatórios periciais foram realizados no Gabinete Médico-Legal de Chaves e, por uma questão de privacidade dos envolvidos, não serão aqui publicados.

Caso 1

A.I.A.C., sexo masculino

À data do evento o examinando tinha 51 anos de idade e era agricultor, profissão que mantém na actualidade.

No dia 04-03-2003, pelas 05h30, terá sofrido acidente de viação – quando circulava na estrada com o seu tractor, um veículo automóvel embateu-lhe por trás. No momento da ocorrência não usaria capacete de protecção. Do evento terá resultado traumatismo craniano, ferida na face direita e fractura do terço distal dos ossos do antebraço direito. Na sequência do evento teve assistência hospitalar, onde efectuou radiografias, foi operado e ficou internado até 08-04-2003. Foi seguido na consulta de Ortopedia e internado novamente a 03-01-2005 por apresentar pseudartrose do rádio direito. Foi operado a 05-01-2005, tendo efectuado extracção dos fios de Kirschner do rádio e cúbito, curetagem e osteossíntese com placa e parafusos e enxerto ósseo com colheita no íliaco esquerdo. Teve alta hospitalar a 10-01-2005, transferido para a consulta externa, onde permaneceu até 25-05-2005. Não refere antecedentes pessoais, familiares ou contextuais relevantes para o caso em apreço. Refere alterações nos hábitos da vida diária como dificuldades em escrever, conduzir, alimentar-se e realizar a sua higiene pessoal. Em relação à vida profissional refere dificuldades em trabalhar com a sachola, conduzir o tractor e transportar material de um local para o outro. Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientado e com bom estado geral; no crânio ostentava cicatriz com 3cm de dimensão situada na região supraciliar direita; membro superior direito com cicatriz com 10cm de comprimento na face antero-externa do antebraço, atrofia de 2,5cm dos músculos do terço médio do antebraço e rigidez do punho com limitação da extensão e flexão, da pronação e da supinação; sem outras alterações. Não foram efectuados exames complementares de diagnóstico.

Os elementos disponíveis permitiram admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo à adequação entre a sede do traumatismo e a sede do dano corporal resultante, à continuidade sintomatológica e adequação temporal entre traumatismo e dano corporal resultante, ao tipo de lesões e respectiva adequação de uma etiologia traumática e ao tipo de traumatismo e a sua adequação a produzir o tipo de lesões referido.

A data de consolidação médico-legal das lesões foi fixável em 25-05-2005 tendo em conta a data da alta clínica, o tipo de lesões resultantes e o tipo de tratamentos efectuados.

No âmbito do período de danos temporários, o *quantum doloris* foi fixável no grau 5 numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta as lesões resultantes, o período de recuperação funcional, o tipo de traumatismo e os tratamentos efectuados.

Não sendo de interesse para o tema em questão a discussão exaustiva da totalidade dos parâmetros avaliados nem a responsabilidade na ocorrência do acidente, refere-se apenas a sentença referente à avaliação dos danos não patrimoniais. Assim, entendeu o Tribunal que a quantia adequada para compensar o autor em relação a danos não patrimoniais ascende a €15.000,00, designadamente por causa das intervenções cirúrgicas e dos períodos de internamento e convalescença, sintomáticos da gravidade da situação.

Caso 2

N.J.D.O., sexo masculino

À data do evento o examinando tinha 24 anos de idade e era cozinheiro. Actualmente desenvolve outro tipo de profissão: electricista.

No dia 04-03-2003, pelas 05h30, terá sofrido acidente de viação – colisão entre dois veículos. Quando seguia como passageiro no banco de trás de um veículo ligeiro, o mesmo embateu na traseira de um tractor. No momento da ocorrência usaria cinto de segurança. Do evento terá resultado traumatismo na cabeça, tórax, membro superior esquerdo e membros inferiores. Na sequência do evento teve assistência hospitalar, recebendo os primeiros socorros e tendo alta medicado. No dia seguinte recorreu ao Hospital Distrital, onde efectuou exame ao nariz e teve novamente alta para o domicílio. Veio posteriormente a ser operado ao nariz (em 2006), com 1 dia de internamento. Teve alta para a consulta externa, onde

permaneceu 4 meses. Não refere antecedentes pessoais, familiares ou contextuais relevantes para o caso em apreço. A nível funcional refere fenómenos dolorosos, nomeadamente cefaleias dolorosas no local das feridas (região fronto-parietal direita). Sem alterações dos actos da vida diária, vida social e familiar e vida profissional. Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientado e com bom estado geral, com marcha normal, sem apoio ou claudicação; no crânio verificavam-se duas cicatrizes com 2cm de comprimento cada, situadas na região frontal direita; face com cicatriz com 3cm, situada na face anterior do pavilhão auricular direito, e ligeira tumefacção na região dorsal do nariz; membro superior esquerdo com cicatriz com 5cm na face posterior do terço inferior do braço; membro inferior direito com duas cicatrizes de 4cm e 3cm de comprimento, situadas no terço superior e terço inferior da face anterior da perna; membro inferior esquerdo com cicatriz com 4x2cm na face anterior do terço médio da perna; sem outras alterações. Não foram efectuados exames complementares de diagnóstico.

Os elementos disponíveis permitiram admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo à adequação entre a sede do traumatismo e a sede do dano corporal resultante, à continuidade sintomatológica e adequação temporal entre traumatismo e dano corporal resultante, ao tipo de lesões e respectiva adequação de uma etiologia traumática e ao tipo de traumatismo e a sua adequação a produzir o tipo de lesões referido.

A data de consolidação médico-legal das lesões foi fixável em 04-05-2003 tendo em conta a data da alta clínica, o tipo de lesões resultantes e o tipo de tratamentos efectuados.

No âmbito do período de danos temporários, o *quantum doloris* foi fixável no grau 3/7, tendo em conta as lesões resultantes, o período de recuperação funcional, o tipo de traumatismo e os tratamentos efectuados.

Para indemnizar o autor pelas dores e sofrimento padecidos, o Tribunal entendeu como a adequada para compensar danos não patrimoniais a quantia de €7.500,00.

Caso 3

T.A.A.F., sexo masculino

À data do evento o examinando tinha 21 anos de idade e era militar, profissão que mantém na actualidade.

No dia 04-03-2003, pelas 05h30, terá sofrido acidente de viação – colisão entre dois veículos. Quando seguia como passageiro no banco de trás de um veículo ligeiro, este embateu na traseira de um tractor. No momento da ocorrência usaria cinto de segurança. Do evento terá resultado traumatismo na orelha direita, face, tórax e membro superior esquerdo. Na sequência do evento foi assistido no Hospital Distrital, onde foi suturado ao pavilhão auricular direito, efectuou radiografias e, no mesmo dia, teve alta medicado. Posteriormente, foi assistido no Hospital Militar onde se realizou guia para efectuar curativo da orelha direita e audiograma, que demonstrou hipoacusia neurosensorial à direita. Não refere antecedentes pessoais, familiares ou contextuais relevantes para o caso em apreço. A nível funcional refere diminuição da audição à direita e fenómenos dolorosos, nomeadamente nas costas, para esforços e movimentos bruscos com o corpo. Sem alterações dos actos da vida diária, vida social e familiar e vida profissional. Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientado e com bom estado geral, com marcha normal, sem apoio ou claudicação; face com cicatriz com 2cm de comprimento no pavilhão auricular superior direito, pouco visível, referindo diminuição da audição à direita e sensação de estalidos no ouvido direito; sem outras alterações. Como exames complementares de diagnóstico efectuou-se audiograma ao ouvido direito, no Hospital Militar do Porto, cujo resultado foi atrás descrito.

Os elementos disponíveis permitiram admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo à adequação entre a sede do traumatismo e a sede do dano corporal resultante, à continuidade sintomatológica e adequação temporal entre traumatismo e dano

corporal resultante, ao tipo de lesões e respectiva adequação de uma etiologia traumática e ao tipo de traumatismo e a sua adequação a produzir o tipo de lesões referido.

A data de consolidação médico-legal das lesões foi fixável em 19-03-2003 tendo em conta a data da alta clínica, o tipo de lesões resultantes e o tipo de tratamentos efectuados.

No âmbito do período de danos temporários, o *quantum doloris* foi fixável no grau 2/7, tendo em conta as lesões resultantes, o período de recuperação funcional, o tipo de traumatismo e os tratamentos efectuados.

Com excepção da questão auditiva, as consequências sofridas pelo autor foram menos graves do que as sofridas pelo autor do caso 2. Sofreu menos lesões, esteve acamado menos tempo e não ficou com cicatrizes. Todavia, ficou com a capacidade auditiva diminuída, se bem que não se sabe, em concreto, o grau dessa diminuição. Assim, tendo em conta que sofreu menos lesões mas que ficou a padecer de uma incapacidade auditiva, entendeu-se como adequado indemnizá-lo por danos não patrimoniais com a mesma quantia que o anterior autor, ou seja, €7.500,00.

Caso 4

J.J.M.S., sexo masculino

Na sequência do acidente de viação ocorrido a 04-03-2003, faleceu o referido indivíduo, que seguia como passageiro da frente no veículo ligeiro que embateu na traseira do tractor. O mesmo não utilizava cinto de segurança à data do evento. Lesões traumáticas crânio-encefálicas consequentes do embate foram causa directa e necessária da sua morte.

Sendo certo que a morte do filho lhes causou danos de vária ordem, A.E.S. e M.Z.B.S., pai e mãe da vítima, intentaram acção declarativa de condenação.

Ao tempo do acidente, o falecido tinha 19 anos de idade, era solteiro e não tinha descendentes. Jovem saudável, possuído de grande alegria de viver, que estimava as suas amizades e era muito carinhoso e amigo dos seus pais e dos demais familiares. Entre os autores e o seu filho havia muita união, afecto, carinho e amor. A dor e desgosto sofridos pelos pais da vítima foram enormes, jamais se apagando das suas memórias, chorando e lamentando o sucedido e recordando-o permanentemente.

Apuradas as disposições supracitadas, entendeu o Tribunal tomar em linha de conta, como parcela autónoma dos valores indemnizatórios a proceder, a perda da vida da vítima entre os danos morais sofridos pelos familiares. Ao lado dos desgostos ou dos vexames causados pela agressão ou por causa dela, a falta do lesado é, para os seus familiares, raríssimas e anómalas excepções, causa de profundo sofrimento. A indemnização por danos não patrimoniais ascende assim a €46.000,00.

CONCLUSÃO

A Clínica Médico-Legal é uma área da Medicina Legal dirigida para a actividade médica pericial na pessoa viva, aplicando técnicas e conhecimentos biomédicos, sempre que está em causa encontrar uma prova científica para esclarecimento da Justiça. A Medicina Legal, elo de ligação entre ciências de diferenças abismais, a Medicina e o Direito, cuja essência trabalha para o mesmo princípio de bem-estar e qualidade de vida do ser humano, é a especialidade médica responsável pelo equilíbrio dinâmico entre dois mundos distintos.

A avaliação do dano corporal em sede do Direito Civil está essencialmente relacionada com o pós-trauma de acidentes de viação e, por vezes, de agressão. Para a sua devida e justa reparação no âmbito jurídico é decisiva a correcta avaliação pericial, momento de maior importância para a obtenção do resultado, isto é, a valorização médico-legal do dano, consubstanciando o relatório o elemento de maior importância para a apreciação desse mesmo resultado.

Desta forma, torna-se categórico o mais profundo conhecimento dos processos fisiopatológicos subjacentes à dor assim como dos métodos, aplicados às diferentes faixas etárias, que permitem uma avaliação do dano o mais objectiva possível tendo em conta toda a subjectividade circundante. A verdade é que, apesar da prova pericial ser essencialmente médica, exige-se, cada vez mais, uma abertura à interdisciplinaridade e transversalidade de saberes, de forma particular à Antropologia Social e à Psicologia, uma vez que a pessoa é vista como um todo, de modo individualizado. O *quantum doloris* corresponde pois ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de danos temporários.

Para uma avaliação real o dano deve ser visto de forma global e personalizada, descrito em todo o seu pormenor e abrangendo os aspectos biológicos característicos do indivíduo, as capacidades funcionais inerentes ao ser humano de acordo com a sua idade e sexo, a situação

de vida em conformidade com o meio físico, social e cultural específico, e a pessoa em si com a respectiva história pessoal, estado anterior, vivências e condição emocional.

Desde os primórdios da Humanidade, o dano corporal tem sido entendido com um dano ao qual deve corresponder uma punição à altura do prejuízo físico, social e individual criado. Com o evoluir dos tempos, esta reacção punitiva associou-se a uma preocupação ressarcitória da vítima, tendo a jurisprudência dos Tribunais Superiores vindo a adoptar, pacificamente, o critério de determinar um capital que produza compensação e satisfação do lesado, através do recurso a métodos específicos e objectivos. Contudo, nenhum método surge como absoluto, devendo ser aplicado como índice ou parâmetro temperado com a aplicação de um juízo de equidade pois, na avaliação dos prejuízos, é necessário atender sempre à multiplicidade e à especificidade das circunstâncias que concorrem no caso e que o tornam diferente e único.

Qualquer que seja a etiologia da vitimização, a avaliação do dano corporal emerge no sentido da reparação pecuniária de um dano não patrimonial perspectivada na autonomia da pessoa e na procura da sua reintegração familiar, social e profissional. Não é então de estranhar, tal como verificado nos casos clínicos apresentados, que cada indivíduo seja avaliado de forma personalizada, respeitando a justiça e a equidade, e, como tal, as devidas reparações e as respectivas fundamentações variem de sujeito para sujeito.

Os conhecimentos técnico-científicos do perito adquirem grande importância na avaliação do dano corporal não só a nível da utilização de metodologia concreta, mas também na determinação da imputabilidade médica e na detecção de situações que assumam um papel fraudulento como sejam a simulação e a dissimulação. O propósito final prende-se com uma avaliação o mais objectiva possível que permita uma apreciação jurídica baseada na igualdade e imparcialidade. Para colmatar as dificuldades intrínsecas aos subjectivos dolorosos prespectiva-se uma evolução no sentido da neuroimagemologia e no seu potencial como prova perante Tribunais.

Apesar de todas as possíveis metodologias que tentam a uniformização de critérios, cada caso é único e, ainda que com sequelas lesionais e funcionais semelhantes, o que se considera apropriado para uma vítima pode não o ser para outra. A avaliação constitui assim um acto médico ao qual se aplicam as habituais regras da arte médica associado à personalização do indivíduo e que intenta a atribuição de uma indemnização compensatória no âmbito deste assunto sensível e complexo, de enorme interesse social, que é o dano corporal.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de certa forma contribuíram para a concretização deste trabalho, tanto a nível profissional como pessoal, o meu muito obrigada.

Agradeço especialmente ao Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira e à Mestre Carla Michelle Marques Carreira, por todo o apoio, orientação e disponibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mottin D, Blond S, Rogier A. La douleur: approche médicale et médico-légale. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):121–3.
2. Magalhães T. Da avaliação à reparação do dano corporal. Inst. Nac. Med. Leg. - Deleg. do Norte; Fac. Med. e Inst. Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Univ. do Porto.
3. Coelho dos Santos J. A reparação civil do dano corporal: reflexão jurídica sobre a perícia médico-legal e o dano dor. Rev. Port. 1994;3(Dano Corporal):73–90.
4. Dourado M. Fisiopatologia da dor. Fisiopatol. - Fundam. e Apl. 2009. p:261–79.
5. Lacerte M, Shah R. Pain Concepts, Assessment, and Medicolegal Issues. Am. Acad. Phys. Med. Rehabil. 2003; 84(Interventions in Chronic Pain Management):S35–8.
6. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. O que é a dor? [Internet]. 2013. Available from: <http://www.aped-dor.com/>
7. De Mol J. Approche psychopathologique de la douleur chronique. Rev. franç. 2005; 1(Dommage Corp.):37–45.
8. Fisiopatologia da Dor. 2002;1–11.
9. Ducable G. Physiologie de la sensation douloureuse. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):127–30.
10. Pocock G, D. Richards C. Sistemas sensoriais. Fisiol. Humana - A Base da Med. 2006. p:111–24.
11. Vie des associations. Rev. franç. 1994; 2(dommage corp.):175–80.
12. P. Rathmell J, L. Fields H. Dor: Fisiopatologia e Tratamento. Med. Interna Harrison. Mc Graw Hill; 2013. p:93–101.
13. Viana I, L. Ducla Soares J. Dor. Semiologia Médica - Princípios, métodos e Interpret. Lidel; 2007. p:22–8.
14. Blond S, Meynadier J, Defontaine M-C. Le diagnostic somatique permet-il un pronostic? Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):131–40.
15. Pinto da Costa J. História da Medicina Legal [Internet]. Cent. Médico-Legal, Lda. Available from: <http://jpintodacosta.pt/>
16. Magalhães T, Pinto da Costa D, Corte-Real F, Nuno Vieira D. Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais. Rev. Direito Penal. 2003;63–82.

17. Laborda Calvo E. Quantum Doloris. Asp. práticos da avaliação do dano Corpor. em Direito Civ. 2008. p:97–104.
18. Nuno Vieira D. A missão de avaliação do dano corporal em direito civil. 2000. p:23–30.
19. Hernández-Cueto C. El precio del dolor. Rev. Port. 2002; 11(Dano Corporal):65–76.
20. Proust B, Varant E, Rogier A. Les souffrances endurées. Résultats d'une enquête préliminaire. Enseignements tirés de la table ronde. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):201–5.
21. Álvaro Dias J. Como avaliar os danos corporais? Rev. Port. 2002; 11(Dano Corporal):09–48.
22. Attal Y, Rogier A, Rousseau C. Evaluation médico-légale des souffrances endurées. Rev. franç. 1990;16-2(dommage corp.):229–38.
23. Pinto da Costa J, Carneiro de Sousa M, Magalhães T, Amado J, Matos E. L'évaluation du quantum doloris. Rev. franç. 1993;2(dommage corp.):181–5.
24. Sahuc V, Carbonnie C. Cotation des souffrances endurées: nécessité et justification d'un barème opposable. Rev. franç. 2000;1(Dommage Corp):59–70.
25. Magalhães T, Nuno Vieira D. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil. Imprensa da Univ. Coimbra [Internet]. 2013; Available from: <http://hdl.handle.net/10316.2/4195>
26. Christophe JL. Le retentissement psychologique de la douleur. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):167–70.
27. Cohadon F. Le traumatisme, la douleur, la réparation. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):175–80.
28. Decreto-Lei n.º 352/2007. Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil. Diário da República. 2007;1ª série(N.º 204):7715–808.
29. Brion S, Brion F. Expertises psychiatriques et douleurs chroniques. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):193–200.
30. Magalhães T, Hamonet C, Carneiro de Sousa M, Pinto da Costa J. Du dommage corporel aux dommages chez la personne. 1998. p:610–1.
31. Proust B, Vaz E. Définition et évaluation des souffrances endurées. Rev. franç. 1995; 2(dommage corp.):221–4.
32. Rodes Lloret F, Martí Lloret J, Vázquez Márquez M. Simulación y exageración en la valoración del daño corporal. Rev. Port. 1995; 4(Dano Corporal):47–59.

33. Doubrère JF, Boureau F. Incidences de l'implication médico-légale dans la prise en charge de la douleur. *Rev. franç.* 1995;2(dommage corp.):181–91.
34. Nash L. How to assess pain in children and young people. *Emerg. Nurse* [Internet]. 2012 May;20(2):19–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22792836>
35. Devaux A-M. La douleur chez l'enfant. *Rev. franç.* 1995;2(dommage corp.):163–6.
36. Laebens P-Y. Aspects médico-légaux de la douleur. Le point de vue du régleur. *Rev. franç.* 1995;2(dommage corp.):225–7.
37. Hamonet C. Douleurs et handicaps. Aspects médico-légaux et culturels. *Rev. franç.* 1995;2(dommage corp.):213–9.
38. Hamonet C. Contribuição dos conceitos de handicap e de readaptação para a reparação jurídica do dano corporal. *Rev. Port.* 1994;3(Dano Corporal):65–72.
39. Ferreira BBOM. A problemática da titularidade da indemnização por danos não patrimoniais em direito civil. *Verbo Jurídico.* 2008;(Direito Civil).
40. Pinto Monteiro. Sobre a reparação dos danos morais. *Assoc. Port. Avaliação do Dano Corpor.* 17–25.
41. Muller P. Douleur et évaluation du dommage corporel. *Rev. franç.* 1995; 2(dommage corp.):207–11.
42. Hernández-Cueto C. Imputabilidad Médica. *Rev. Port.* 1994;3(Dano Corporal):33–63.
43. N. Vieira D, Corte-Real F. Nexo de Causalidade em Avaliação do Dano Corporal. *Asp. prácticos avaliação dano Corpor. em Direito Civ.* 2008. p:61–84.
44. Miller G. Brain Scans of Pain Raise Questions for the Law. *Science* (80). 2009; 323 (Neuroscience):195.
45. Wager TD, Atlas LY, Lindquist M a, Roy M, Woo C-W, Kross E. An fMRI-Based Neurologic Signature of Physical Pain. *N. Engl. J. Med.* [Internet]. 2013 Apr 11 [cited 2013 Dec 13];368(15):1388–97. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3691100&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
46. Direcção Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circ. Norm.* 2003;1–4.
47. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277–99.
48. Beyer J, Turner S, Jones L, Young L, Onikul R, Bohaty B. The Alternate Forms Reliability of the Oucher Pain Scale. *Pain Manag. Nurs.* 2005;6(1):10–7.

