

RAFAELA SOFIA BARBOSA DA SILVA

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA DOR NAS CONSULTAS DE CLÍNICA FORENSE DA DELEGAÇÃO DO NORTE DO INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES, I.P.

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Dr. José Manuel Soares Malheiro Romão.

Categoria: Professor associado convidado.

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

*«Se ao menos esta dor servisse
se ela batesse nas paredes
abrisse portas
falasse
se ela cantasse e despenteasse os cabelos
se ao menos esta dor se visse
se ela saltasse fora da garganta como um grito
caísse da janela fizesse barulho
morresse
se a dor fosse um pedaço de pão duro
que a gente pudesse engolir com força
depois cuspir a saliva fora
sujar a rua os carros o espaço o outro
esse outro escuro que passa indiferente
e que não sofre tem o direito de não sofrer
se a dor fosse só a carne do dedo
que se esfrega na parede de pedra
para doer doer doer visível
doer penalizante
doer com lágrimas
se ao menos esta dor sangrasse»*

Renata Pallottini

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa que estou a terminar repleta de conhecimento, novas experiências e aprendizagens, mas sobretudo de novas amizades e outras que foram consolidadas, pois sem o apoio daqueles que mais amo e de todos os que me apoiaram e incentivaram nesta longa caminhada nada disto seria possível.

O meu agradecimento sincero:

.Ao Dr. José Romão por ter sido um excelente orientador de dissertação de mestrado, pela sua prontidão e interesse no meu pedido de orientação, dando-me a conhecer a dor e a sua envolvimento. Agradeço por todo o apoio, motivação, disponibilidade e por ter estado ao meu lado em todas as dificuldades e conquistas deste percurso. Obrigada por ter tornado o meu sonho possível. Obrigada por tudo.

.À Professora Doutora Maria José Pinto da Costa, apresento o meu profundo reconhecimento e agradecimento pela sua generosidade e disponibilidade tanto no âmbito de “coorientadora” de dissertação como de orientadora de estágio, pois sem a professora a minha recolha de dados não teria sido possível. Obrigada por todos os esforços, motivação e ajuda, bem como pelos conhecimentos que dedicadamente me foi transmitindo ao longo do curso.

.Ao Professor Doutor José Eduardo Pinto da Costa, por todos os ensinamentos científicos e humanos transmitidos ao longo do mestrado e de tantos outros cursos que permitiram enriquecer o meu conhecimento na área da Medicina Legal. Obrigada por ter sido o responsável pelo meu interesse pela Medicina Legal desde criança.

.À Doutora Catarina pela ajuda, ensinamentos no tratamento estatístico dos dados recolhidos e por toda a disponibilidade demonstrada.

.À Helena, Mário Rebelo, Dr. Bessa (em especial) por todo o apoio no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. e um agradecimento também a todos os outros que durante o mês de estágio ajudaram a superar todas as dificuldades no meu estudo, acarinharam-me e receberam-me muito bem. Obrigada por tudo, sinto que fiz amigos para a vida.

.À Maria Godinho pela disposição e companhia no estágio. Obrigada por todas as gargalhadas quando tudo parecia correr mal.

.Aos meus pais e irmã pela preocupação, pelo carinho, pelo amor que me transmitiram, pelos valores que desde sempre me inculcaram, por tudo o que fizeram por mim e por me permitirem seguir o meu sonho e concluir os meus estudos. Sem eles nada

disto seria possível. Não esquecendo o meu cunhado e as minhas sobrinhas que me enchem de carinho e alegria, são o meu orgulho e é por elas que tanto me esforço para poder-lhes demonstrar o quão difícil é a vida se não houver sacrifício e que devemos sempre lutar pelos nossos sonhos, quero ser um exemplo na vida delas.

.Às minhas meninas do mestrado com quem partilhei experiências que jamais irei esquecer, agradeço todo o apoio, motivação e carinho, em especial, à Teresa Machado, à Sílvia Navega, Mónica Vilar, Ana Gonçalves e Farene Fonseca, por me terem ajudado sempre que precisei, por apoiarem o meu sucesso e superarem comigo as dificuldades, pela vossa disponibilidade, pelos cursos que fizemos juntas. Obrigada por serem quem são, obrigada por estarem ao meu lado, obrigada por terem aparecido na minha vida.

.À Rita Mendes e todos os meus AMIGOS, que apesar da ausência e da distância fizeram de tudo para me sentir integrada e por me apoiarem sempre. Obrigada por terem estado presentes nas minhas dificuldades e nas minhas conquistas, porque AMIGOS não abandonam na primeira queda e no primeiro obstáculo.

.Um agradecimento especial às minhas estrelinhas que não me conseguiram acompanhar fisicamente nesta conquista, mas que ambicionaram sempre o meu sucesso e apoiaram o meu sonho. Obrigada pela vossa força e por nunca desistirem de mim, pois eu sei que vocês estão felizes pela minha conquista.

.Ao Manuel Forjaz por ser a minha inspiração ao longo deste percurso, com a famosa frase “ NUNCA TE DISTRAIAS DA VIDA”.

A todos muito obrigada!

RESUMO

A dor, definida como uma *experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*, tem adquirido uma constante importância na Medicina Legal através das consultas de Clínica Forense, visto diariamente serem avaliadas no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., no âmbito do Direito Penal, Civil e do Trabalho um número considerável de vítimas de agressão, violação, acidentes de trabalho ou de viação, que apresentam queixa dor nas consultas. Contudo, é frequentemente encarada como tentativa de simulação e conseqüentemente desvalorizada. Pelo facto de a dor apresentar um carácter subjetivo e pessoal e envolver aspetos biológicos, emocionais, socioculturais e ambientais, a sua avaliação torna-se uma tarefa árdua e complexa. Para auxiliar nessa tarefa, deve recorrer-se a instrumentos padronizados de avaliação que permitem avaliar a dor em todas as suas vertentes.

Na Medicina Legal o estudo da dor ainda permanece incompleto como demonstra a escassez de dados na literatura portuguesa e internacional. No entanto, é uma queixa frequente nas consultas desta especialidade. Os objetivos desta investigação são avaliar a prevalência e características da dor nas consultas de Clínica Forense.

Para esta investigação foi realizado em estudo transversal de uma amostra de 105 indivíduos numa população de 805, 56 do género feminino e 49 do género masculino que apresentavam queixa de dor nas consultas de Clínica Forense da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I.P., de 7 de abril a 7 de maio de 2015. Nesta investigação foi utilizado o instrumento BPI (*Brief Pain Inventory*) validado para a língua e cultura portuguesas e um questionário com dados sociodemográficos e clínicos: género, idade (maiores de 18), estado civil, habilitações literárias, situação profissional, duração e motivo da dor.

Na análise dos resultados foi possível verificar que 85,7% dos participantes classificou a sua dor máxima de moderada a pior dor imaginável. No entanto, apesar de 79 indivíduos terem feito algum tipo de tratamento, apenas 3,8% tiveram alívio completo, sendo que em 46,8% dos participantes a percentagem de alívio foi de 0% (sem alívio) a 30% (alívio reduzido).

Relativamente à condição clínica dos participantes, 52,4% referiu sentir dor há menos de um mês e 41,0% referiu sentir dor há mais de 6 meses. Dos 105 participantes o principal motivo de dor mencionado foi a agressão, seguindo-se o acidente de trabalho e apenas 7 participantes referiram o acidente de viação.

Apesar das limitações associadas ao tamanho da amostra não terem permitido inferir a prevalência da dor na população que recorreu às consultas de clínica forense, os resultados permitem concluir que há um elevado número de indivíduos que refere esta queixa.

Palavras-chave: Dor, medicina legal, clínica forense, prevalência, epidemiologia, instrumentos de avaliação.

ABSTRACT

Pain, which is characterized as an unpleasant sensory and emotional experience associated to a real or potential tissue injury or described in terms of such an injury, has been displaying a rising importance in Forensic Medicine, namely through examinations in Forensic Clinic. On a daily basis, evaluations in the context of Penal, Civil and Work Law are performed in Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. to a considerable number of victims of aggression, sexual assault, work or transport accidents. Those patients often complain of pain during appointments but, in many cases, it is either considered as simulated or belittled. Since pain is linked to subjective and personal features and implicates biological, emotional, sociocultural and environmental traits, its evaluation becomes a hard and complex task; therefore, standardized tools of evaluation should be used.

In Forensic Medicine, the study of pain is still remains incomplete, as can be seen by the lack of data in the Portuguese and international literature. However, it is a frequent complaint in the appointments of this specialty. The objectives of this research are to assess the prevalence and characteristics of pain in Forensic Clinical appointments.

For this thesis, a cross-sectional study was performed using a sample of 105 individuals, out of a population of 805,56 females and 49 males, who complained of pain during their appointments in Forensic Clinic of the Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I.P., from April 7th to May 7th of 2015. In this research, the validated portuguese version of Brief Pain Inventory (BPI) was used, as well as a survey with sociodemographic and clinical data, namely: gender, age (higher than 18 years old), marital status, literacy competencies, professional situation, duration and reasons for the pain. The results show that 85.7% of the participants rated their maximum pain from moderate to the worst pain imaginable. However, although 79 individuals received some type of treatment, only 3.8% had complete relief and in 46.8% of the participants, percentage of relief was between 0% (no relief) to 30% (low relief).

Regarding the clinical condition of the participants, 52.4% reported pain for less than a month and 41.0% reported pain for more than six months. The main reason for pain was aggression, followed by accidents at work, and only 7 participants evoked traffic accidents.

Although sample size did not allow to infer the prevalence of pain in forensic clinical appointments, our results show that there is a high number of individuals that evoke this complaint.

Key words: Pain, forensic medicine, clinical medicine, prevalence, epidemiology, evaluation instruments.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
I. INTRODUÇÃO	1
1. Dor	1
1.1. Perspetiva Histórica.....	2
1.2. Perspetiva Etnográfica.....	3
1.3. Tipos de dor	5
1.4. Avaliação da dor.....	6
2. Medicina Legal - evolução e áreas de atuação.....	12
2.1. A dor e a Medicina Legal	14
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
III. RESULTADOS.....	19
IV. DISCUSSÃO	37
V. CONCLUSÃO.....	43
VI. BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequências absolutas e relativas da população para as variáveis: idade, género e estado civil. (n=805)	19
Tabela 2: Variáveis de caracterização sociodemográfica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: idade; género; estado civil. (n=105)	20
Tabela 3: Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: habilitações literárias; situação profissional atual. (n=105)	21
Tabela 4: Variáveis de caracterização clínica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: duração da dor; motivo da dor. (n=105)	22
Tabela 5: Variável de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável área de dor. (n=105)	23
Tabela 6: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: intensidade máxima de dor; intensidade mínima de dor; intensidade média de dor; intensidade de dor no momento da avaliação. (n=105)	24
Tabela 7: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável tratamentos/medicamentos realizados. (n=105)	25
Tabela 8: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável percentagem de alívio após tratamentos/medicamentos. (n=79)	25
Tabela 9: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: interferência na atividade geral; interferência na disposição; interferência na capacidade para andar a pé. (n=105)	26
Tabela 10: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: interferência no trabalho normal; interferência nas relações com outras pessoas, interferência no sono; interferência no prazer de viver. (n=105)	27
Tabela 11: Resultados do teste de Qui-quadrado. Diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à intensidade de dor no momento da avaliação. (n=105)	29
Tabela 12: Resultados do teste de Qui-quadrado. Diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à intensidade de dor máxima. (n=105)	30

Tabela 13: Resultados do teste de Qui-quadrado. Diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à interferência de dor no prazer de viver. (n=105).....	31
Tabela 14: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças do tempo de dor em relação ao motivo de dor. (n=105)	32
Tabela 15: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças do motivo de dor em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105).....	33
Tabela 16: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da interferência da dor na atividade geral em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105).....	34
Tabela 17: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da interferência da dor no trabalho normal em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105).....	35
Tabela 18: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da intensidade de dor no momento da avaliação em relação à recolha dos dados. (n=105).	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Escala Visual analógica	6
Figura 2: Escala de Avaliação Numérica	7
Figura 3: Escala Qualitativa	7
Figura 4: Escala de faces <i>Wong Baker</i>	8
Figura 5: Escala de faces revista	8

LISTA DE ABREVIATURAS

BPI – Brief Pain Inventory

CPCI – Chronic Pain Coping Inventory

DGCG - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

DN4 – Douleur Neuropathique en 4 Questions

EAN – Escala de Avaliação Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

IASP – International Association for the Study of Pain

ICBAS-UP – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

INMLCF, I.P. – Instituto Nacional de medicina Legal e Ciências Forenses

PBPI – Pain Beliefs and Perception Inventory

PDI – Pain Disability Index

PCS – Pain Catastrophing Scale

SF-36 – Short Form 36

SPSS – Statistical Package for the Sciences

TNI – Tabela Nacional de Incapacidades

WHY-MPI – West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory

1. INTRODUÇÃO

1. Dor

A dor, de acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”¹. Deste modo, a sensação de dor envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais e a sua interpretação varia de indivíduo para indivíduo, assim como no próprio indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, sob diferentes circunstâncias, surgindo assim o seu carácter subjetivo². A dor é considerada como 5º sinal vital, por representar um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e por ser fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas que não deve ser causa de sofrimento desnecessário³. Assim, a avaliação é fundamental para o controlo da dor, dado o seu carácter pessoal e o facto de a dor não dar origem a qualquer indicador biológico mensurável³, sendo privilegiado o auto-relato, visto a dor ser *aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre na pessoa que sente dor*⁴.

A prevalência da dor em Portugal foi estudada pelo Observatório Nacional de Saúde, em 2002, através de entrevista telefónica a famílias portuguesas e foi verificado que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica³. Posteriormente foi estudada ainda em Portugal a prevalência da dor crónica na população adulta portuguesa entre Janeiro de 2007 e Março de 2008, concluindo que 14,3% padece de dor crónica, cuja intensidade varia de moderada a severa, apresentando estas consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano⁵. Ao nível europeu, foi ainda concretizado um estudo, que não incluiu Portugal e que indica que, a prevalência média da dor crónica na Europa é de 20%⁶. É possível prever o aumento da prevalência da dor crónica no futuro, devido ao aumento da esperança média de vida e conseqüente aumento da longevidade de doentes padecendo de patologias degenerativas que se acompanham de dor³.

1.1. Perspetiva Histórica

As teorias sobre a dor têm seguido várias fases através dos séculos, sendo que a necessidade de a controlar ou explicar tem acompanhado a história da humanidade ⁷.

Nas civilizações mesopotâmicas, o homem primitivo acreditava que todas as dores tinham uma origem exterior, para além das provocadas por qualquer tipo de ferimento também eram provocadas por espíritos malignos e deuses do mal, sendo que cada dor era representada por determinados monstros e demónios (demónio das dores de ouvidos ou pássaros demoníacos que picavam certas zonas dolorosas). Outras teorias representavam a dor como o espírito de outro homem, morto ou em agonia, que penetrava outros corpos, daí a única proteção para dor ser a utilização de amuletos, talismãs e tatuagens ⁷.

No século IV A.C a dor adquire um novo significado, visto que os egípcios, os hebreus e os gregos primitivos consideravam-na como um sinal enviado por Deus sobre os homens. Ainda neste século, foi introduzida por Aristóteles uma nova perspetiva em que, não consideravam a dor como uma sensação (como as provocadas pela visão, olfato, etc.), mas sim como uma emoção oposta ao prazer, achando assim, que a dor podia ser ultrapassada pela lógica e pela razão. No final deste século Hipócrates tentou desmistificar o sofrimento, definindo-o como um estado que está contra a harmonia natural, ou seja, a dor representaria um desequilíbrio, devido a fatores exteriores como o clima e o regime alimentar ⁷.

Posteriormente, no século XII surgem indícios da influência da Igreja Católica, para a qual a dor representa por um lado um castigo de Deus e por outro, uma dádiva particular ou uma recompensa ⁷.

No século XVII, os médicos começam a tentar diminuir a dor começando a utilizar licor à base de ópio e no século XVIII, são editados três grandes tratados da medicina moderna em que a dor era considerada um precioso sinal de alarme e Marc-Antoine Petit (cirurgião de Lion), defendeu que a dor é um eterno inimigo do homem e descreveu as diferentes formas e localizações da dor dizendo que, *ela é perigosa, faz muito mal ao doente e pode chamar a morte, sendo importante pelo menos atenuá-la*. Para isso, era necessário otimizar todos os recursos do doente (ar que respirava, alimentos, bebidas e meio ambiente que o rodeava) e, necessária a tranquilidade do sono assim como, fazer exercício físico e ter esperança ⁷.

No início do século XIX, foi publicado o tratado “*De La Douleur*”, por Jaques Alexandre Salgues, em que o objetivo era demonstrar a utilidade da dor na medicina. Contrariando a opinião comum que só via mal na dor, esta adquiriu um carácter benéfico,

desde que, tivesse um caráter externo, circunscrito, de curta duração e inseparável da saúde, sendo nociva a sua sedação intensa ⁷.

Assim, no final de 1800 e início de 1900 é descoberta a aspirina e o veronal (o mais importante barbitúrico da altura), contudo os cirurgiões contestam esta descoberta, pois no seu ponto de vista a dor é inevitável e faz parte da cirurgia, afirmando que quem consente a anestesia não tem coragem de enfrentar e suportar a dor. Deste modo, no século XX, começou a luta contra o sofrimento e a tentativa de evitar a dor, começando a haver uma melhor compreensão dos medicamentos e outras terapias alternativas, assim como um melhor conhecimento da fisiopatologia da dor, permitindo adotar estratégias de terapêutica específicas e mais adequadas ⁷.

Atualmente, considera-se a dor uma experiência pessoal que depende de fatores individuais em que a aprendizagem cultural desempenha um papel essencial na forma como é sentida ⁷.

Vários estudos antropológicos e psicológicos têm demonstrado, que pelo menos em humanos, a dor não depende exclusivamente da intensidade da lesão orgânica, mas também depende da influência das experiências vividas anteriormente e da capacidade de compreender as suas causas e consequências. É assim fundamental que as pessoas com dor saibam que esta pode ter tratamento e devem confiar nos profissionais que as tratam ⁷.

Assim, a dor para além do desconforto sentido, também pode ser situada num determinado momento da história e em determinada cultura ⁷.

1.2. Perspetiva Etnográfica

Cada cultura, grupo social ou família tem a sua própria linguagem, que pode afetar a expressão da dor, sendo esta demonstrada por alguns grupos de forma extravagante, enquanto outros na presença da mesma situação reagem com uma atitude insensível. Portanto, a avaliação da dor torna-se um fenómeno bicultural em que a pessoa expressa a unicidade do seu fenómeno doloroso e o outro indivíduo tenta interpretar esse mesmo fenómeno com a melhor precisão possível devendo assim, ser mantida uma postura objetiva neste contexto, devido ao elevado risco de mal-entendidos, tratamento desigual ou abuso de poder. Deste modo, em qualquer situação onde haja diferenças entre a cultura

do assistido e a do que assiste, há o risco de prestação de cuidados de saúde sem sensibilização cultural ⁷.

O controlo psicofisiológico da dor pode ser observado em indivíduos capazes de elevados níveis de condicionamento emocional, um dos exemplos é o festival anual da suspensão do gancho, em algumas aldeias remotas da Índia, na qual um indivíduo sem apresentar sinais de sofrimento é suspenso numa armação móvel de bambus, por dois ganchos colocados através da pele e fixados aos músculos, contudo o indivíduo em estado de transe, influenciado por determinantes culturais, não apresenta qualquer sinal de dor, atribuindo esta incrível tolerância aos diferentes níveis de limiar da dor, que variam de acordo com a cultura da pessoa ⁷.

Zborowski examinou os componentes culturais da vivência da dor em três grupos (italo-americanos, judeus-americanos e antigos protestantes americanos) e encontrou diferenças nestes grupos. Tanto os italianos como os judeus eram mais emotivos e exageravam mais ao exprimir a dor, contudo tinham expectativas diferentes, nos italianos a ansiedade estava centrada nos efeitos da experiência da dor enquanto esta durava, após analgésicos voltavam ao seu comportamento habitual. Em contraste, os judeus preocupam-se com o significado da dor em relação à sua saúde, ao seu bem-estar futuro e das suas famílias, rejeitando os medicamentos, convencidos que estes tratavam a dor e não a doença e por medo dos efeitos secundários. Assim, é possível verificar que reações semelhantes à experiência da dor em grupos etnoculturais diferentes, não demonstram necessariamente a mesma forma de vivenciar a dor, pois apesar de manifestações semelhantes podem ter diferentes objetivos e funções nas diversas culturas ⁷. Todavia, os protestantes americanos mostram-se menos emotivos em relação à dor, descrevem-na (tipo, localização e duração), colaboram com o pessoal de saúde e a sua ansiedade é orientada para o futuro, sendo mais otimistas em relação ao tratamento. Assim, se a pessoa for desde pequena condicionada por aspetos culturais, que a ensinam a dar mais ou menos importância à dor vão ser influenciadas pelo comportamento dos pais e estes aspetos vão efetivamente modular o limiar da dor e a resposta ao episódio doloroso. Na mesma linha de pensamento, enquanto na Polónia (assim como noutras culturas) as dores de parto são esperadas e aceites pela mulher que vai ter um filho, nos Estados Unidos pelo contrário, estas não são bem aceites e a analgesia é frequentemente utilizada ⁷.

Portanto, vistas estas atitudes em relação à dor serem conhecidas desde criança, como parte integrante do crescimento numa determinada família e comunidade é importante cada vez mais melhorar a compreensão de que a dor difere de pessoa para

pessoa, podendo adquirir interpretações distintas de acordo com a religião, comunidade ou período histórico ⁷.

1.3. Tipos de Dor

A dor é dividida basicamente em dois tipos: aguda, que é uma dor de início recente e de provável duração limitada e crónica, que de acordo com a definição da IASP é uma dor que persiste além do tempo normal de cicatrização dos tecidos e propõe 3 meses de duração contudo, muitos investigadores e clínicos consideram a sua duração de 3 ou 6 meses ^{4,5}.

A dor aguda é uma dor que normalmente tem uma definição temporal e/ou causal ⁴ e que se pode considerar fisiológica com uma função de alerta importante, funcionando como uma defesa, visto ser uma sensação que surge quando há ameaça de dano aos tecidos e é fundamental senti-la para manter a integridade do organismo ^{2,8}.

A dor crónica, pelo contrário é normalmente de difícil identificação temporal e/ou causal, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo, podendo manifestar-se com várias características e afeta negativamente a qualidade de vida pelo sofrimento causado, podendo ainda condicionar alterações importantes de vários órgãos e sistemas, assim como perturbações do foro psiquiátrico, gerando diversas situações patológicas ^{4,8}. Este tipo de dor tem um conjunto de consequências no plano individual que vão além do seu aspeto biológico, nomeadamente alterações cognitivas, perturbações depressivas e de ansiedade levando os indivíduos com dor crónica a demonstrar irritabilidade, insónia, depressão, preocupação e desinteresse pelas atividades diárias, que levam a uma diminuição significativa da qualidade de vida, afetando o seu quotidiano e as suas relações pessoais ^{2,8}.

1.4. Avaliação da Dor

A avaliação da dor é uma tarefa árdua, complexa e fundamental para o seu controlo, pelo facto de a sua perceção envolver aspetos biológicos, emocionais, socioculturais e ambientais e devido ao seu carácter pessoal e subjetivo. Deste modo, a avaliação da dor deve ser sistemática, continuada e documentada, baseada no auto-relato, que permite descrições minuciosas da interferência na vida diária do indivíduo e das características da dor, tais como: localização, qualidade, evolução e intensidade ^{2,4}.

A localização tem um grande valor no diagnóstico da dor e deve ser documentada em palavras e idealmente num diagrama representativo do corpo humano, em que o paciente indica o local específico de dor ou área envolvente. A qualidade ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor, podendo esta ser descrita como moedeira, queimadura, facada, formigueiro, etc. A evolução inclui duração, frequência e padrão de dor e permite distinguir dor aguda de crónica (enquanto a dor aguda tem início repentino e de curta duração, a crónica é persistente). É possível avaliar a intensidade através de instrumentos apropriados baseados em escalas simples e validadas ⁹.

Os instrumentos de avaliação surgem assim, não só como necessidade de dimensionar a dor, mas também para medir a eficácia das terapias propostas, sendo os mais utilizados ²:

a) Escala Visual analógica (EVA)

A escala visual analógica (figura 1) é uma escala de referência na avaliação da dor e consiste numa linha horizontal ou vertical com dez centímetros, que tem assinalada numa extremidade a classificação “*sem dor*” e na outra a classificação “*dor máxima*” ^{4,10}.



Figura 1: Escala Visual analógica.

Fonte: Circular Normativa nº9/DGCG ¹⁰.

b) Escala de Avaliação Numérica (EAN)

A escala de avaliação numérica (figura 2) pode ser usada sem instrumento físico e consiste numa régua horizontal ou vertical, dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de zero a dez, permitindo equivalência entre intensidade da dor e classificação numérica, sendo que o zero corresponde a “*sem dor*” e dez a “*dor máxima*”^{4,10}.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Figura 2: Escala de Avaliação Numérica.

Fonte: Circular Normativa nº9/DGCG¹⁰.

c) Escala Qualitativa

A escala qualitativa (figura 3) permite classificar a intensidade da dor de acordo com cinco expressões: “*sem dor*”, “*dor ligeira*”, “*dor moderada*”, “*dor intensa*” ou “*dor máxima*”^{4,10}.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Figura 3: Escala Qualitativa.

Fonte: Circular Normativa nº9/DGCG¹⁰.

d) Escala de Faces

A escala de faces (figuras 4 e 5) permite avaliar a intensidade da dor de acordo com expressões faciais de sofrimento crescente, sendo que variam de um rosto alegre que expressa ausência de dor “*sem dor*”, até um rosto triste que expressa pior dor imaginável “*dor máxima*”. Esta escala pode ser representada sob duas formas: escala de faces *Wong Baker* (figura 4) e escala de faces revista, esta recomendada pela IASP (figura 5)⁹.



Figura 4: Escala de faces *Wong Baker*.

Fonte: Circular Normativa nº9/DGCG ¹⁰.

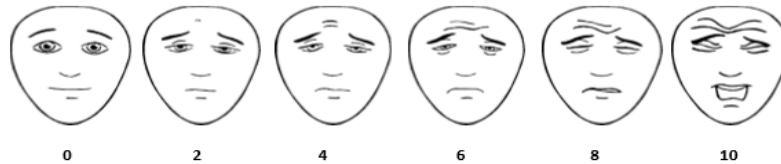


Figura 5: Escala de faces revista.

Fonte: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) ¹¹.

Assim, os instrumentos de avaliação tentam “objetivar” a subjetividade da dor e facilitam a comunicação entre o doente e os profissionais, sendo que a escolha dos instrumentos deve atender a: idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e utilização noutros estudos ^{2,4}. Em Portugal encontram-se traduzidos e validados alguns dos questionários internacionalmente mais utilizados na área da dor, sendo eles ⁸:

a) Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory – BPI*)

Instrumento recomendado por grupos de consenso na área da medição e avaliação da dor e validado em mais de dez línguas, reprodutível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor. Este questionário apresenta muito boas propriedades psicométricas e tem vindo a ser crescentemente utilizado no contexto clínico e de investigação, por ter sido concebido com o objetivo de ser de fácil aplicação, rápido, simples e por permitir a medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional, pois ao longo de 15 itens permite avaliar a existência, intensidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia no tratamento da dor ⁸.

b) Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory – WHY-MPI)

Um dos questionários mais usados na avaliação clínica e investigação na área da dor crónica. É um questionário de autoaplicação constituído por 52 itens e distribuído por três secções conceitualmente distintas, em que a primeira avalia a percepção individual de intensidade da dor, a sua interferência funcional, a percepção de autocontrolo do doente sobre a sua própria vida, o *distress* afetivo associado à dor e a sua percepção do apoio familiar existente. A segunda secção avalia a percepção do doente sobre o comportamento e resposta da sua pessoa significativa (pessoa de quem o doente se sente mais próximo) relativamente às suas queixas e comportamentos relacionados com a dor e por fim, a terceira secção avalia a frequência com a qual o doente refere dedicar-se a um conjunto de atividades da vida diária ⁸.

O WHY-MPI encontra-se traduzido e validado para várias línguas, é de fácil aplicação e tem boas características psicométricas, no entanto ainda há alguma discussão em torno da sua estrutura fatorial ⁸.

c) Índice de Incapacidade Relacionada com a dor (*Pain Disability Index – PDI*)

Questionário de autoaplicação, breve, de fácil aplicação, com boas propriedades psicométricas e com uma vasta utilização em vários contextos e em doentes com quadros dolorosos de etiologia muito variada, existindo uma evidência sobre a sua adequada validade, reprodutibilidade e sensibilidade, contudo ainda existe alguma discussão sobre a sua estrutura fatorial. É constituído por sete itens, com escalas de classificação numéricas que avaliam a incapacidade nas diferentes atividades do indivíduo ⁸.

d) Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (*Chronic Pain Coping Inventory – CPCI*)

O conceito e as estratégias de *coping* revestem-se da maior importância na avaliação, tratamento e acompanhamento de indivíduos que padecem de dor, assim é importante distinguir essas estratégias que condicionam melhoras clínicas daquelas que não as condicionam, podendo mesmo agravar o problema. Assim, o CPCI é um instrumento completo de autoavaliação com 65 itens, que tem sido extensamente utilizado em vários contextos, apresentando utilidade e aplicabilidade na investigação e na clínica e

avalia de forma adequada e equilibrada os componentes cognitivos e comportamentais de *coping*. Este instrumento já está traduzido em várias línguas, apresenta adequadas propriedades psicométricas, elevada consistência, reprodutibilidade e validade, contudo a sua estrutura fatorial ainda é alvo de discussão ⁸.

e) Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (*Pain Beliefs and Perception Inventory - PBPI*)

As convicções e percepções relacionadas com a dor determinam diretamente as estratégias de *coping* do indivíduo, fortemente associadas à resposta terapêutica, ao resultado ou desfecho clínico em doentes com dor, em particular quando esta é crónica. Assim, o PBPI é um questionário de autorresposta com 16 itens correspondentes a afirmações relativas a convicções ou percepções relacionadas com a dor, tendo demonstrado ser completo, de fácil utilização, com boas propriedades psicométricas, tem sido aplicado em vários contextos de clínica e investigação e encontra-se traduzido, validado e adaptado para várias línguas ⁸.

f) Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale – PCS*)

Está demonstrado que o desânimo e/ou pessimismo são um dos mais importantes determinantes psicológicos da experiência e resultados clínicos da dor, especialmente quando esta é crónica. Deste modo, o PCS é um questionário de autorresposta e inclui 13 itens que descrevem um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor, apresenta propriedades psicométricas excelentes e a sua utilização tem sido extensa na clínica, como auxiliar na avaliação dos doentes com dor, ou na investigação ⁸.

g) Instrumento Genérico de Medição do Estado de Saúde SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form 36 – SF-36*)

Instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, provavelmente o mais utilizado a nível mundial, que contempla oito dimensões em oito escalas multi-item (função física, limitações no desempenho por motivos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, função social, limitações no desempenho por problemas emocionais e bem-estar emocional) e a sua reprodutibilidade e validade estão amplamente documentadas. Este inquérito apresenta excelentes propriedades psicométricas e

contempla uma escala específica para avaliação da dor num conjunto diverso de contextos e patologias, classificando-a relativamente à sua intensidade e interferência funcional, tornando-se assim útil como critério de comparação para os outros questionários em análise ⁸.

2. Medicina Legal – Evolução e áreas de atuação

A Medicina Legal é todo um conjunto de conhecimentos médico-psico-biológicos aplicados ao direito nas mais diversas expressões deste (direito civil, direito penal, direito do trabalho, direito administrativo, entre outros) ¹², cujo objetivo é a prestação de serviços para auxiliar o direito na aplicação da justiça, englobando igualmente aspetos ligados à investigação, ao ensino e à formação profissional ¹³.

No passado, a medicina legal, apesar de integrar o currículo escolar das escolas médicas restringia-se apenas à tanatologia, sendo que ao longo da história foi sempre atribuído aos médicos o papel de prestar cuidados de saúde às pessoas doentes ou traumatizadas sem que se valorizassem alguns aspetos de natureza legal, como a recolha de vestígios ou a análise das consequências de casos de violência ¹³.

No entanto, no último século ocorreram grandes mudanças alterando a abrangência da medicina legal e das ciências forenses, nomeadamente no seu papel social. Entre essas mudanças salienta-se: o aumento da violência voluntária (agressões, crimes sexuais) e involuntária (acidentes), desenvolvimento da ciência médica tanto a nível dos cuidados de emergência como a nível tecnológico, noção mais abrangente de saúde e do papel social do médico e da medicina, o posicionamento do direito e da lei face à tomada de consciência sobre os direitos humanos e alargamento dos cuidados de saúde a toda a população ¹³.

A medicina legal trata-se de uma ciência em total expansão, o que implica uma adaptação de materiais e métodos às novas tecnologias, às descobertas científicas e às mudanças sociais e do direito. Esta ciência apresenta uma perspectiva transdisciplinar e interinstitucional, devido ao seu posicionamento privilegiado entre as ciências biológicas e o direito, deste modo a medicina legal compreende as seguintes áreas: **medicina forense** (tanatologia forense, clínica médico-legal e psiquiatria forense) e **outras ciências forenses** (toxicologia forense, genética e biologia forense, anatomia patológica forense, psicologia forense, criminalística, antropologia forense, odontologia forense, etc.) ¹³.

No contexto português, a organização médico-legal foi recentemente reformulada através do Decreto-Lei n.º 166/2012 de 31 de julho, sendo que atualmente se designa por Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), que tem como incumbência principal a realização de perícias médico-legais e forenses, a coordenação científica em todos os aspetos que digam respeito à medicina legal, fomentando a formação e orientação contínua de profissionais contratados. O INMLCF, I.P., encontra-se sediado em Coimbra com delegações no Porto, Lisboa e Coimbra (das quais dependem os gabinetes médico-legais) ¹⁴. Foi ainda prevista a redução dos serviços técnicos de cada

delegação, os quais pela Portaria n.º 522/2007 de 30 de abril, passaram a ser essencialmente quatro serviços principais: clínica, patologia, toxicologia e genética ¹⁵.

Serviço de Patologia Forense

As competências deste serviço estão relacionadas com a realização de autópsias médico-legais respeitantes aos óbitos verificados nas comarcas do âmbito territorial de atuação da delegação, assim como perícias de identificação de cadáveres e de restos humanos, de embalsamamento e de estudo de peças anatómicas e exames de anatomia patológica forenses ¹⁶.

Serviço de Clínica Forense

É o responsável pela descrição e avaliação de danos provocados na integridade psicofísica nos diversos domínios do direito, designadamente no Direito Penal, Civil e Trabalho, nas comarcas do âmbito territorial de atuação da delegação, realizando ainda exames e perícias de natureza psiquiátrica e psicológica forense, assim como avaliações de natureza social ¹⁶.

Serviço de Toxicologia Forense

Permite assegurar a nível nacional, no âmbito das atividades das delegações e dos gabinetes médico-legais e forenses, bem como da solicitação das autoridades e entidades competentes a realização de perícias e exames laboratoriais químicos e toxicológicos, de modo a pesquisar e determinar os valores de álcool etílico, medicamentos, drogas de abuso, pesticidas, monóxido de carbono, metais, produtos voláteis, entre outros ¹⁶.

Serviço de Genética e Biologia Forense

Responsável a nível nacional pela realização de perícias e exames de identificação genética, nomeadamente os de investigação biológica de parentesco, identificação individual, de criminalística biológica ou outros, no âmbito das atividades das delegações e dos gabinetes médico-legais e forenses ¹⁶.

2.1 A dor e a Medicina Legal

A relação entre a dor e a medicina legal surge através da clínica forense, que lida com vítimas de criminalidade sexual, maus-tratos familiares e de menores, diagnóstico da capacidade para o exercício profissional, justificação de faltas ao trabalho e todos os exames que forem requisitados pelo tribunal ¹². A clínica forense permite ainda perícias no âmbito do direito penal (avaliação do dano corporal, incluindo exames sexuais e avaliação do estado de toxicodependência), direito civil (avaliação do dano corporal), direito do trabalho (avaliação do dano corporal e doenças profissionais), direito administrativo (avaliação do estado de saúde) e todas as perícias complementares de outras especialidades (psicológicas, psiquiátricas, neurológicas e ortopédicas) ¹⁶. Assim, a dor é um elemento essencial na valorização médica do dano corporal, constituindo um dano moral, sendo esse geralmente de difícil avaliação e perceção da sua existência ¹⁷.

No entanto, o grau de dificuldade de avaliação da dor pode ser amplificado, devido à simulação exercida pelos pacientes, que resulta numa intensão para falsear grosseiramente sintomas físicos ou psicológicos exagerados, motivados por incentivos externos ¹⁸.

Em contexto Médico-Legal, a simulação surge com maior frequência sob a forma do exagero de sintomas de doenças comuns mais frequentes, acidentes de trabalho e doenças profissionais, cujo objetivo é evitar o serviço militar, a atividade profissional, obter compensação financeira ou ilibar-se de um processo criminal. Deste modo, os simuladores optam por simular patologias de carácter crónico e persistente no tempo, devido à sua subjetividade e à sua maior prevalência clínica, sendo provável que tenham experienciado essas patologias, perpetuando sintomas já melhorados. Relativamente às condições dolorosas agudas, essas têm menor carácter de simulação, visto serem mais rápidas e “menos interessantes” por apresentarem menos sintomas clínicos ^{18,19}.

Assim, na avaliação da dor devem ser tidos em consideração indicadores que façam suspeitar de simulação, tais como: falta de dados que justifiquem sintomas e exagero dos mesmos, presença de benefícios colaterais, ausência de resposta ao tratamento, situação de trabalho conflituosa, falta de cooperação e adesão ao tratamento, descrição de sintomas e mecanismos de produção imprecisos e atitude hostil e agressiva ¹⁹.

Apesar dos inconvenientes da simulação e da dificuldade da sua avaliação, ainda existe o facto de a dor apesar de ser o 5º sinal vital, a par dos outros quatro sinais (frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura) não ser

reconhecida a sua importância. Na Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) não existe nenhum capítulo atribuído à “dor”, tal como existe para outras situações como doenças oncológicas ou aparelho locomotor, pelo que a sua contabilização para fim de atribuição de um grau de incapacidade não é efetuada em igualdade de circunstâncias, sendo que no estudo realizado por Lurdes Neto em 2012 é verificado que quanto maior a dor corporal, mais baixo o grau de incapacidade atribuído ²⁰.

Assim, a escassez de informação relativa ao tema em estudo demonstra o quanto a dor é desvalorizada e, dado a existência desta queixa e por sinal muito prevalente deve ser valorizada e considerada como tal. No entanto, esta desvalorização associada à dor parte também dos profissionais de saúde não só em Portugal mas em todo o mundo, pois está instituída uma cultura de desvalorização de dor que tem como consequência o subdiagnóstico e subtratamento da dor. Deste modo, sabendo que a dor gera mais dor, prestar menor atenção pode contribuir para a sua perpetuação, afetando assim a qualidade de vida das pessoas e pode causar interrupção completa de vida do indivíduo (na presença de dor crónica) com repercussões devastadoras.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de estudo

Na presente Investigação foi realizado um estudo transversal, visto ser apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis, permitindo associações entre elas.

2. Objetivos da investigação

1º - Avaliar a prevalência da dor nas consultas de Clínica Forense.

2º - Avaliar as características da dor nas consultas de Clínica Forense.

3. População e amostra

A amostra da presente investigação é constituída por 105 participantes de ambos os géneros (56 do género feminino e 49 do género masculino), que apresentavam dor nas consultas de Clínica Forense. Foram excluídos todos os menores de 18 anos.

4. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados dois inquéritos, o “Questionário Sociodemográfico e Clínico” e o “BPI – *Brief Pain Inventory*”.

O primeiro constituído por cinco questões sociodemográficas relativas à idade (maiores de 18), género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional, e ainda duas questões clínicas relativas à duração e o motivo que originou a dor, sendo que em todas as questões é pedido apenas uma resposta das possíveis apresentadas.

O instrumento “BPI – *Brief Pain Inventory*” validado para a língua portuguesa e utilizado com a respetiva autorização dos autores, consiste num questionário de autopreenchimento e de autoavaliação das características da dor, constituído por 15 itens. Contém um item dicotómico para verificação da existência da dor, um item para localização da dor através da indicação das áreas da dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de intensidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e no momento da avaliação) com escalas numéricas de classificação (de 0 a

10), um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, finalmente uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver ⁸.

5. Procedimentos estatísticos

5.1. Recolha de dados

Após os pedidos de autorização à comissão de ética do ICBAS-UP e ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. para realização do estudo e aos autores dos instrumentos para respetiva utilização, seguiu-se o procedimento de recolha de dados, baseados na aplicação dos instrumentos apresentados anteriormente.

A recolha de dados foi realizada na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I.P., no período de um mês (de 7 de abril a 7 de maio de 2015), antes ou após as consultas de Clínica Forense. Aos participantes foram explicados o âmbito e a finalidade do estudo, foram informados de que a sua participação é voluntária e foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos. Assim, após aceitarem estes critérios foi pedido que assinassem o consentimento informado e preenchessem os respetivos questionários.

5.2. Análise de dados

Os dados recolhidos foram registados numa base de dados informática de forma anónima e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Sciences*, versão 22), de modo a elaborar a respetiva estatística descritiva, assim como as correlações entre variáveis.

3. RESULTADOS

1. Estatística descritiva

1.1. Caracterização da população

De 7 de abril a 7 de maio de 2015 decorreram 901 consultas de Clínica Forense na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I.P, sendo que 805 consultas foram destinadas a maiores de 18 anos e 96 consultas a menores de 18 anos

Assim, sendo que a população em estudo deveria ter pelo menos 18 anos foram realizados no âmbito do direito penal 493 exames, do direito civil 35 exames, do direito do trabalho 275 exames e foram realizados 2 exames de natureza sexual. Quanto ao género nas 805 consultas realizadas 439 dos indivíduos eram do género masculino e 366 eram do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos (média de 42,84 anos).

Tabela 1: Distribuição de frequências absolutas e relativas da população para as variáveis: idade, género e estado civil. (n=805)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas; (n)
Idade		805	100%	Média: 42,84 Mediana: 43,00 Desvio-padrão: $\pm 14,794$ anos Mín. – Máx.: 18-90 anos
Género	Masculino	439	54,5%	
	Feminino	366	45,5%	
	Total	805	100%	
Tipo de exame	Natureza sexual	2	0,3%	
	Penal	493	61,2%	
	Civil	35	4,3%	
	Trabalho	275	34,2%	
	Total	805	100%	

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

1.2. Caracterização sociodemográfica (amostra)

A amostra deste estudo é constituída por 105 indivíduos, 53,3% são do género feminino e 46,7% do masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos (média de 39,56). Da tabela 2 pode-se ainda inferir que 43,8% dos participantes são solteiros.

Relativamente à tabela 3 é possível verificar, que 31,4% dos inquiridos completou o ensino básico (9ºano de escolaridade), no entanto uma percentagem maior (34,3%) completou o ensino primário, sendo que apenas 1,9% não sabe ler nem escrever. Da totalidade da amostra é possível verificar ainda que 31,4% encontra-se no desemprego e que a grande maioria (45,7%) encontra-se a trabalhar a tempo inteiro.

Tabela 2: Variáveis de caracterização sociodemográfica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: idade; género; estado civil. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas; (n)
Idade		105	100%	Média: 39,56 Mediana: 39,00 Desvio-padrão: ±13,876 anos Mín. – Máx.: 18-76 anos
Género	Masculino	49	46,7%	
	Feminino	56	53,3%	
	Total	105	100%	
Estado civil	Solteiro(a)	46	43,8%	
	Casado(a)	38	36,2%	
	União de facto	2	1,9%	
	Viúvo(a)	1	1,0%	
	Divorciado(a)	18	17,1%	
	Total	105	100%	

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 3: Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: habilitações literárias; situação profissional atual. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	2	1,9%
	Ensino Primário	36	34,3%
	Ensino básico (9ºano de escolaridade)	33	31,4%
	Ensino Secundário (12ºano de escolaridade)	25	23,8%
	Ensino superior	9	8,6%
	Total	105	100%
Situação profissional atual	A trabalhar a tempo inteiro	48	45,7%
	A trabalhar a tempo parcial	6	5,7%
	Desempregado (a)	33	31,4%
	Reformado(a)	6	5,7%
	Doméstica(o)	5	4,8%
	Estudante	7	6,7%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

1.3. Caracterização Clínica (amostra)

Relativamente a dados relacionados com a condição clínica dos participantes reuniram-se os mesmos na tabela 4, abaixo apresentada. Pela sua análise, observa-se que 52,4% dos participantes em estudo refere sentir dor há menos de um mês e 41,0% dos participantes refere sentir dor há mais de 6 meses. Da amostra total 29,5% refere que o motivo da sua dor foi um acidente de trabalho, o acidente de viação apenas foi o motivo de dor para 6,7% dos indivíduos, sendo que o principal motivo que originou a dor foi a agressão (63,8%).

Tabela 4: Variáveis de caracterização clínica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: duração da dor; motivo da dor. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Duração da dor	Menos de 1 mês	55	52,4%
	1 a 3 meses	2	1,9%
	3 a 6 meses	5	4,7%
	Mais de 6 meses	43	41,0%
	Total	105	100%
Motivo da dor	Acidente de viação	7	6,7%
	Acidente de trabalho	31	29,5%
	Agressão	67	63,8%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

1.4. Caracterização da Dor - BPI (amostra)

Todos os indivíduos que preencheram o questionário BPI apresentavam queixa dor, sendo que quanto à localização, de acordo com a tabela 5 é possível verificar que as áreas em que os indivíduos sentem mais dor são: membros inferiores (13,3%), membros superiores (18,1%) e cabeça (31,4%).

De modo a facilitar a classificação da intensidade da dor, esta foi agrupada em classes sendo elas:

- 0 – Sem dor;
- [1 – 3] Dor ligeira;
- [4 - 6] Dor moderada;
- [7 – 9] Dor intensa;
- 10 – Pior dor imaginável;

Apesar de não haver um consenso, a classificação apresentada é a mais frequente, daí a sua adaptação para este estudo.

Assim, é possível verificar através da tabela 6 que relativamente à intensidade máxima de dor 85,7% dos indivíduos classificou a sua dor de moderada a pior dor

imaginável. Na intensidade mínima de dor 61,9% dos indivíduos classificou a sua dor de moderada a pior dor imaginável.

Os participantes responderam ainda que a intensidade que melhor descrevia a sua dor em média era a dor moderada (38,1%), sendo que em 78,1% dos inquiridos a dor foi classificada de moderada a pior dor imaginável e relativamente à intensidade de dor no momento de avaliação é possível verificar que 26,7% dos participantes apresentava dor moderada, sendo que 21,9% não apresentava dor e apenas 8,6% classificava a sua dor como a pior dor imaginável.

Tabela 5: Variável de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável área de dor. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Área de dor	Só membros superiores	19	18,1%
	Só membros inferiores	14	13,3%
	Só tórax	2	1,9%
	Só dorso-lombar	8	7,6%
	Dorso-lombar e membros	8	7,6%
	Só cabeça	33	31,4%
	Cabeça, tronco e membros	7	6,7%
	Membros superiores e inferiores	3	2,9%
	Cabeça e dorso-lombar	2	1,9%
	Cabeça e membros superiores	6	5,7%
	Cabeça e tórax	1	1,0%
	Cabeça e membros inferiores	2	1,9%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 6: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: intensidade máxima de dor; intensidade mínima de dor; intensidade média de dor; intensidade de dor no momento da avaliação. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Intensidade máxima de dor	0 – Sem dor	3	2,9%
	[1 – 3] Dor ligeira	12	11,4%
	[4 – 6] Dor moderada	33	31,4%
	[7 – 9] Dor intensa	36	34,3%
	10 – Pior dor imaginável	21	20,0%
	Total	105	100%
Intensidade mínima de dor	0 – Sem dor	11	10,5%
	[1 – 3] Dor ligeira	29	27,6%
	[4 – 6] Dor moderada	30	28,6%
	[7 – 9] Dor intensa	24	22,8%
	10 – Pior dor imaginável	11	10,5%
	Total	105	100%
Intensidade média de dor	0 – Sem dor	7	6,7%
	[1 – 3] Dor ligeira	16	15,2%
	[4 – 6] Dor moderada	40	38,1%
	[7 – 9] Dor intensa	30	28,6%
	10 – Pior dor imaginável	12	11,4%
	Total	105	100%
Intensidade de dor no momento da avaliação	0 – Sem dor	23	21,9%
	[1 – 3] Dor ligeira	20	19,0%
	[4 – 6] Dor moderada	28	26,7%
	[7 – 9] Dor intensa	25	23,8%
	10 – Pior dor imaginável	9	8,6%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

A percentagem de alívio associado foi agrupada nas seguintes classes para facilitar a sua classificação: 0% – Nenhum alívio; [10% – 30%] Alívio reduzido; [40% - 60%] Alívio moderado; [70% – 90%] Alívio elevado; 100% – Alívio completo.

Assim, dos 105 participantes 75,2% mencionou ter feito tratamentos/medicamentos para atenuar a sua dor, tais como: pomadas, comprimidos, injeções, gelo, intervenções

cirúrgicas ou fisioterapia (tabela7). Desses apenas 3,8% tiveram alívio completo, sendo que em 46,8% dos participantes a percentagem de alívio foi de 0% (sem alívio) a 30% (alívio reduzido) como é possível verificar na tabela 8.

Tabela 7: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável tratamentos/medicamentos realizados. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tratamentos/medicamentos realizados	Não fez	26	24,8%
	Fez (pomadas/comprimidos/ injeções/gelo/intervenção cirúrgica/fisioterapia)	79	75,2%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 8: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável percentagem de alívio após tratamentos/medicamentos. (n=79)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Percentagem de alívio após tratamentos/medicamentos	0% - Nenhum alívio	6	7,6%
	[10% - 30%] – Alívio reduzido	31	39,2%
	[40% - 60%] – Alívio moderado	21	26,6%
	[70% - 90%] – Alívio elevado	18	22,8%
	100% - Alívio completo	3	3,8%
	Total	79	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Foi avaliada a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver numa escala de 0 a 10, de acordo com as seguintes classes:

- 0 – Não interferiu;
- [1 – 3] – Interferiu ligeiramente;
- [4 - 6] – Interferiu moderadamente;

- [7 – 9] – Interferiu intensamente;
- 10 – Interferiu completamente;

Assim, é possível verificar na tabela 9 e 10 que a dor interferiu numa escala de 7 a 10 na atividade geral de 48,6% dos participantes, interferiu de 7 a 10 na disposição da maioria dos inquiridos (56,2%), em 52,4% não interferiu na capacidade para andar a pé, interferiu de 7 a 10 no trabalho normal da maioria (50,5%), não interferiu nas relações com as outras pessoas em 53,3% dos participantes, assim como também não interferiu no sono (36,2%) nem interferiu no prazer de viver (43,9%) num número considerável de participantes.

Tabela 9: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: interferência na atividade geral; interferência na disposição; interferência na capacidade para andar a pé. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Interferência na atividade geral	0 – Não interferiu	19	18,1%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	10	9,5%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	25	23,8%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	27	25,7%
	10 – Interferiu completamente	24	22,9%
	Total	105	100%
Interferência na disposição	0 – Não interferiu	21	20,0%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	6	5,7%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	19	18,1%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	36	34,3%
	10 – Interferiu completamente	23	21,9%
	Total	105	100%
Interferência na capacidade para andar a pé	0 – Não interferiu	55	52,4%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	13	12,4%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	10	9,5%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	16	15,2%
	10 – Interferiu completamente	11	10,5%
	Total	105	100%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 10: Variáveis de caracterização da dor. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: interferência no trabalho normal; interferência nas relações com outras pessoas, interferência no sono; interferência no prazer de viver. (n=105)

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Interferência no trabalho normal	0 – Não interferiu	25	23,8%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	10	9,5%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	17	16,2%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	26	24,8%
	10 – Interferiu completamente	27	25,7%
	Total	105	100,0
Interferência nas relações com outras pessoas	0 – Não interferiu	56	53,3%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	11	10,5%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	19	18,1%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	13	12,4%
	10 – Interferiu completamente	6	5,7%
	Total	105	100,0%
Interferência no sono	0 – Não interferiu	38	36,2%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	7	6,7%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	13	12,4%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	20	19,0%
	10 – Interferiu completamente	27	25,7%
	Total	105	100,0%
Interferência no prazer de viver	0 – Não interferiu	46	43,9%
	[1 – 3] Interferiu ligeiramente	14	13,3%
	[4 – 6] Interferiu moderadamente	17	16,2%
	[7 – 9] Interferiu Intensamente	14	13,3%
	10 – Interferiu completamente	14	13,3%
	Total	105	100,0%

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

2. Inferência estatística

2.1. Teste estatístico de Spearman

No anexo 1 encontram-se numa tabela as correlações não paramétricas entre variáveis ordinais (sociodemográficas/clínicas e BPI) através do teste estatístico de *Spearman*. As variáveis utilizadas foram:

- **Idade:** [18 - 29], [30 - 39], [40 - 49], [50 - 59], [60 - 69], [70 - 79];
- **Habilitações literárias:** [não sabe ler nem escrever], [ensino primário], [ensino básico – 9º ano de escolaridade], [ensino secundário - 12ºano de escolaridade]; [ensino superior].
- **Duração da dor:** [menos de 1 mês], [1 a 3 meses], [3 a 6 meses], [mais de 6 meses];
- **Intensidade de dor (máxima/mínima/média/no momento):** [0 – sem dor], [1 – 3 dor ligeira], [4 – 6 dor moderada], [7 – 9 dor intensa], [10 – pior dor imaginável];
- **Interferência funcional (atividade geral/disposição/capacidade andar a pé/trabalho normal/relações/sono/prazer de viver):** [0 – não interferiu], [1 – 3 interferiu ligeiramente], [4 – 6 interferiu moderadamente], [7 – 9 interferiu intensamente], [10 – interferiu completamente];

Verificam-se correlações positivas se $R > 0$ e correlações negativas se $R < 0$. Assim é possível verificar que a idade influencia todas as variáveis exceto as relações com as outras pessoas e o sono. O tempo de dor/duração tem influência nas variáveis sociodemográficas estudadas no teste de *Spearman*, nas intensidades máxima, mínima e média de dor e nas interferências funcionais da atividade geral, capacidade de andar a pé e trabalho normal. A intensidade de dor influencia todas as variáveis em estudo exceto a capacidade de dormir, contudo a intensidade de dor no momento da avaliação não apresenta correlações com cerca de metade das variáveis. Assim, verifica-se também que a disposição interfere em todas as variáveis exceto o tempo de dor e que a capacidade para andar a pé influencia todas as restantes variáveis, sendo que apresenta correlação negativa apenas com as habilitações literárias.

2.2. Teste estatístico de Qui-quadrado

Nas seguintes análises estatísticas das variáveis em estudo foi utilizado o teste de Qui-quadrado de associação, que permite verificar a existência de associação significativa entre variáveis, podendo estas ser ordinais ou nominais.

Na tabela 11 é possível verificar que existe dependência entre o género e a intensidade de dor no momento da avaliação ($p < 0,05$), sendo que, no momento de preenchimento dos questionários, dos 105 participantes 26,7% referiam que a sua dor era moderada, contudo 57,1% dos que referiam esta intensidade de dor eram mulheres. Dos 49 homens inquiridos, 16 não sentiam dor aquando do preenchimento e 17 das 56 mulheres inquiridas diziam que a sua dor era intensa.

Tabela 11: Resultados do teste de Qui-quadrado, diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à intensidade de dor no momento da avaliação. (n=105)

Género		BPI - número melhor descreve dor momento avaliação					Total
		0-sem dor	[1-3] dor ligeira	[4-6] dor moderada	[7-9] dor intensa	10-pior dor imaginável	
M A S C U L I N O	número	16	12	12	8	1	49
	% género	32,7%	24,5%	24,5%	16,3%	2,0%	100%
	% BPI	69,6%	60,0%	42,9%	32,0%	11,1%	46,7%
F E M I N I N O	número	7	8	16	17	8	56
	% género	12,5%	14,3%	28,6%	30,3%	14,3%	100%
	% BPI	30,4%	40,0%	57,1%	68,0%	88,9%	53,3%
Total	número	23	20	28	25	9	105
	% género	21,9%	19,0%	26,7%	23,8%	8,6%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p=0,010							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Entre o género e a intensidade máxima de dor não existe associação significativa ($p > 0,05$), ou seja, o género é independente da intensidade máxima de dor (tabela 12). Na tabela 13, verifica-se dependência entre o género e o prazer de viver ($p < 0,05$). Dos 105 participantes 46 referiam que a sua dor não interferia no prazer de viver e desses 67,4% eram homens. Das 56 mulheres inquiridas 26,8% diziam que a dor não interferia no prazer de viver e 23,2% mencionavam uma perda completa do prazer de viver.

Tabela 12: Resultados do teste de Qui-quadrado. Diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à intensidade de dor máxima. (n=105)

Género		BPI – número melhor descreve dor máxima					Total
		0-sem dor	[1-3] dor ligeira	[4-6] dor moderada	[7-9] dor intensa	10-pior dor imaginável	
M A S C U L I N O	número	3	8	16	13	9	49
	% género	6,1%	16,3%	32,7%	26,5%	18,4%	100%
	% BPI	100%	66,7%	48,5%	36,1%	42,9%	46,7%
F E M I N I N O	número	0	4	17	23	12	56
	% género	0,0%	7,1%	30,4%	41,1%	21,4%	100%
	% BPI	0,0%	33,3%	51,5%	63,9%	57,1%	53,3%
Total	número	3	12	33	36	21	105
	% género	2,9%	11,4%	31,4%	34,3%	20,0%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p=0,129							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 13: Resultados do teste de Qui-quadrado. Diferenças entre o género masculino e feminino, relativamente à interferência de dor no prazer de viver. (n=105)

Género		BPI - interferência dor no prazer de viver					Total
		0- não interfere	[1-3] interfere ligeiramente	[4-6] interfere moderadamente	[7-9] interfere intensamente	10- interfere completamente	
M A S C U L I N O	número	31	5	10	2	1	49
	% género	63,3%	10,2%	20,4%	4,1%	2,0%	100%
	% BPI	67,4%	35,7%	58,8%	14,3%	7,1%	46,7%
F E M I N I N O	número	15	9	7	12	13	56
	% género	26,8%	16,1%	12,5%	21,4%	23,2%	100%
	% BPI	32,6%	64,3%	41,2%	85,7%	92,9%	53,3%
T O T A L	número	46	14	17	14	14	105
	% género	43,9%	13,3%	16,2%	13,3%	13,3%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p<0,0001							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Na tabela 14 seria de esperar uma dependência lógica entre o motivo e o tempo de dor, pois $p < 0,05$, contudo 8 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5, daí

não se poder utilizar o teste de *Qui-quadrado*, pois um dos pressupostos deste teste é que não é aplicado se 20% das observações forem menores que 5.

Tabela 14: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças do tempo de dor em relação ao motivo de dor. (n=105)

Motivo		Há quanto tempo tem dor				Total
		Menos de 1 mês	1 a 3 meses	3 a 6 meses	Mais de 6 meses	
Acidente de viação	número	0	0	0	7	7
	% motivo	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%
	% tempo	0,0%	0,0%	0,0%	16,3%	6,7%
Acidente de trabalho	número	0	0	1	30	31
	% motivo	0,0%	0,0%	3,2%	96,8%	100%
	% tempo	0,0%	0,0%	20,0%	69,8%	29,5%
Agressão	número	54	3	4	6	67
	% motivo	80,6%	4,5%	6,0%	8,9%	100%
	% tempo	100%	100%	80,0%	13,9%	63,8%
Total	número	54	3	5	43	105
	% motivo	51,4%	2,9%	4,8%	40,9%	100%
	% tempo	100%	100%	100%	100%	100%
p<0,0001						

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Na tabela 15 é possível verificar que existe dependência entre os tratamentos realizados e o motivo de dor ($p < 0,05$), sendo que, no momento de preenchimento dos questionários, dos 105 participantes 79 fizeram algum tratamento, tendo a sua dor sido originada por acidente de viação, acidente de trabalho ou agressão. Nos 96,2%, dos indivíduos inquiridos que não fizeram qualquer tratamento para a sua dor, esta tinha sido

originada por agressão, sendo que todos os indivíduos, presentes neste estudo, que sofreram um acidente de viação fizeram algum tipo de tratamento/medicação para atenuar a sua dor. Na tabela 16 considerando ainda a possível correlação entre a variável tratamentos utilizados para atenuar a dor e as restantes variáveis é possível verificar que existe dependência entre os tratamentos realizados e a interferência da dor na atividade geral ($p < 0,05$), sendo que em 30,8% dos 26 participantes que não fizeram tratamento, a dor não teve qualquer influência na sua atividade geral e em nenhum desses participantes influenciou completamente. Por outro lado apesar de 79 dos 105 participantes terem feito algum tratamento a dor continuou a interferir de alguma forma em 68 destes, sendo que em 24 participantes a dor continuou a influenciar completamente a sua atividade geral.

Tabela 15: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças do motivo de dor em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105)

Tratamentos		Motivo de dor			Total
		Acidente de viação	Acidente de trabalho	Agressão	
Não fez	número	0	1	25	26
	% tratamentos	0%	3,8%	96,2%	100%
	% motivo	0%	3,2%	37,3%	24,8%
Fez	Número	7	30	42	79
	% tratamentos	8,9%	38,0%	53,1%	100%
	% motivo	100%	96,8%	62,7%	75,2%
Total	Número	7	31	67	105
	% tratamentos	6,7%	29,5%	63,8%	100%
	% motivo	100%	100%	100%	100%
p<0,0001					

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Tabela 16: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da interferência da dor na atividade geral em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105)

Tratamentos		BPI - interferência dor na atividade geral					Total
		0- não interfere	[1-3] interfere ligeiramente	[4-6] interfere moderadamente	[7-9] interfere intensamente	10- interfere completamente	
NÃO FEZ	número	8	6	7	5	0	26
	% tratamento	30,8%	23,1%	26,9%	19,2%	0,0%	100%
	% BPI	42,1%	60,0%	28,0%	18,5%	0,0%	24,8%
FEZ	número	11	4	18	22	24	79
	% tratamento	13,9%	5,1%	22,8%	27,8%	30,4%	100%
	% BPI	57,9%	40,0%	72,0%	81,5%	100%	75,2%
TOTAL	número	19	10	25	27	24	105
	% tratamento	18,1%	9,5%	23,8%	25,7%	22,9%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p=0,001							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Assim, na tabela 17 foi determinada a correlação entre a variável tratamentos e a interferência da dor no trabalho normal e foi verificada a sua dependência ($p < 0,05$), sendo que em 46,2%, dos participantes que não fizeram qualquer tratamento, a dor não

influenciou o seu trabalho normal e influenciou completamente em apenas um indivíduo. Dos inquiridos que mencionaram ter feito algum tipo de tratamento para alívio da sua dor (79 indivíduos) apenas 13 referiram que a dor não interferiu no seu trabalho, sendo que 26 dos 66 participantes restantes referiram que a dor interferiu completamente no seu trabalho normal.

Tabela 17: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da interferência da dor no trabalho normal em relação à possibilidade de ter feito ou não tratamentos. (n=105)

		BPI - interferência dor no trabalho normal					Total
		0- não interfere	[1-3] interfere ligeiramente	[4-6] interfere moderadamente	[7-9] interfere intensamente	10- interfere completamente	
NÃO FEZ	número	12	5	5	3	1	26
	% tratamento	46,2%	19,2%	19,2%	11,5%	3,9%	100%
	% BPI	48,0%	50,0%	29,4%	11,5%	3,7%	24,8%
FEZ	número	13	5	12	23	26	79
	% tratamento	16,5%	6,3%	15,2%	29,1%	32,9%	100%
	% BPI	52,0%	50,0%	70,6%	88,5%	96,3%	75,2%
TOTAL	número	25	10	17	26	27	105
	% tratamento	23,8%	9,5%	16,2%	24,8%	25,7%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p=0,001							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Na tabela 18 é possível verificar que não existe associação significativa ($p > 0,05$) entre a recolha de dados e a intensidade de dor no momento da avaliação, ou seja, o momento em que os dados foram recolhidos (antes ou após as consultas) é independente da intensidade de dor no momento do preenchimento dos questionários.

Tabela 18: Resultados do teste de Qui-quadrado, relativamente às diferenças da intensidade de dor no momento da avaliação em relação à recolha dos dados. (n=105)

		BPI – intensidade de dor no momento avaliação					Total
		0- sem dor	[1-3] dor ligeira	[4-6] Dor moderada	[7-9] dor intensa	10-pior dor imaginável	
A N T E S	número	15	8	11	10	3	47
	% recolha dados	31,9%	17,0%	23,4%	21,3%	6,4%	100%
	% BPI	65,2%	40,0%	39,3%	40,0%	33,3%	44,8%
D E P O I S	número	8	12	17	15	6	58
	% recolha dados	13,8%	20,7%	29,3%	25,9%	10,3%	100%
	% BPI	34,8%	60,0%	60,7%	60,0%	66,7%	55,2%
T O T A L	número	23	20	28	25	9	105
	% recolha dados	21,9%	19,0%	26,7%	23,8%	8,6%	100%
	% BPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
p=0,275							

Fonte: Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

4. DISCUSSÃO

Dos 805 indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, que se deslocaram à Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de 7 de abril a 7 de maio de 2015 apenas foi possível recolher dados de 105. Esta diferença de números foi devida à indisponibilidade das pessoas, que por motivos alheios ao estudo, não tinham tempo, nem disponibilidade para responder aos inquéritos, contudo o principal motivo por não ter sido obtido um maior número de participantes, foi devido a dificuldades internas do serviço de clínica forense e deste modo foram perdidos muitos possíveis participantes. Também neste período deslocaram-se às consultas de Clínica Forense para avaliação do dano corporal alguns presidiários e devido à sua situação não foi possível recolher dados. Apesar de terem sido recolhidos dados de 105 participantes, este número de inquiridos tornou-se uma desvantagem na utilização do teste de Qui-quadrado (análise estatística), pois certas opções de resposta não foram selecionadas por nenhum dos participantes e deste modo, a célula correspondente na tabela de contingência adquiriu o número zero. Este foi um problema ao longo da análise dos dados, difícil de ultrapassar, visto terem sido estes os dados obtidos, dificultando assim a determinação de dependência de variáveis pelo teste de Qui-quadrado, pois não vai de encontro aos pressupostos deste teste. Esta situação foi verificada em algumas análises não sendo assim possível determinar a dependência entre certas variáveis.

Na totalidade da população a idade estava compreendida entre os 18 e os 90 anos, contudo na amostra o participante mais velho apresentava 76 anos, isto porque a maioria das pessoas com idade superior à recolhida deslocavam-se ao INMLCF, I.P. com mobilidade reduzida transportados normalmente de maca ou cadeiras e com um elevado grau de incapacidade, não apresentando assim quaisquer condições para responder aos questionários.

Tal como acontece no estudo epidemiológico português ⁵, a maioria dos participantes pertence ao género feminino (apesar de a população ter maior percentagem de indivíduos do género masculino, na amostra as mulheres mostraram-se mais disponíveis e responderam em maior número aos inquéritos), o desemprego está presente num elevado número de inquiridos (apesar de a maioria se encontrar a trabalhar a tempo inteiro ou parcial) e possuem baixo nível de escolaridade (o preenchimento dos questionários dos indivíduos que não sabem ler nem escrever foi orientado por familiares próximos).

A partir desta investigação foi possível verificar a quantidade de pessoas que se dirige diariamente às consultas de Clínica Forense pelos mais diversos motivos (vítimas de

agressões, acidentes de trabalho ou de viação e doenças profissionais), sendo que durante a recolha de dados (um mês) a maioria dos participantes deslocou-se ao INMLCF, I.P. para avaliação do dano corporal devido a agressões, seguindo-se os acidentes de trabalho e de viação. Apesar de terem sido realizados dois exames de natureza sexual, no mês em estudo, não foi possível recolher os dados desses exames para esta investigação.

Todos os participantes neste estudo alegavam queixa dor e apresentavam-na em diversas localizações e distintas interferências funcionais, estratégias terapêuticas e respetivo alívio associado. Dos 105 participantes apenas 79 fizeram tratamentos/medicamentos para atenuar a sua dor como pomadas, comprimidos, injeções, gelo, intervenções cirúrgicas ou fisioterapia, contudo o alívio obtido não foi o desejado, visto que apenas uma pequena percentagem dos participantes conseguiu obter um alívio completo. Apesar de a maioria dos inquiridos ter sentido algum tipo de alívio, 46,8% dos participantes sentiram uma percentagem de alívio entre 0% e 30%. Este alívio reduzido na maioria dos participantes pode estar associado ao facto de não haver valorização da dor pelo seu médico que pode levar a uma incorreta prescrição.

A dor interferiu direta ou indiretamente no quotidiano, disposição, relações com as outras pessoas e no prazer de viver dos indivíduos, que apresentavam esta queixa muito frequente nas consultas de Clínica Forense e geralmente pouco valorizada. No entanto, a interferência da dor na capacidade para andar a pé está condicionada ao local onde o participante sente dor, pois se os membros inferiores foram os mencionados como localização da dor/lesão, então a capacidade para andar a pé está mais limitada. Nas relações com as outras pessoas, apesar de a maioria dos participantes ter indicado que a dor não teve qualquer interferência (apenas interferiu na relação com o agressor), uma grande parte dos inquiridos manifestou que a dor interferiu nas relações, pois de certo modo isolaram-se um pouco das restantes pessoas após a agressão/acidente. Relativamente à interferência da dor no sono, apesar de a maioria dos inquiridos ter referido que não havia interferência, no geral os participantes que foram vítimas de agressão manifestaram quando estavam a preencher os questionários, que não conseguiam dormir pois a agressão ainda estava muito presente na sua mente, segundo eles “ *quando fecho os olhos ainda vejo o agressor a agredir-me*”. Dos 105 participantes apenas uma pequena percentagem manifestou que a dor interferiu completamente no prazer de viver, contudo a maioria dos inquiridos apesar da situação dolorosa, do sofrimento, da interferência no quotidiano e de todos inconvenientes que a dor pode ter, revelou que a vida continua e que deve ser encarada com um sorriso, não perdendo o prazer de viver.

Durante esta investigação foi possível verificar no contacto com os participantes, que pode haver diferentes formas de expressar a dor (dos mais expressivos aos mais contidos) e que nem sempre quem sofre mais é quem o demonstra, daí a subjetividade associada à dor, sendo que no geral as pessoas questionadas manifestavam muita revolta pelo facto de a sua dor não ser valorizada.

De modo a verificar uma correlação entre as variáveis em estudo, foi utilizado o teste estatístico de *Spearman* que permitiu determinar quais as variáveis que se relacionam, ou seja, que apresentam influência sobre outras com um nível de significância de 95% ou 99%. Assim, nesta investigação foi possível verificar ao analisar os dados dos 105 indivíduos inquiridos que, quanto maior a idade maior a intensidade de dor e maior a interferência da dor nas atividades funcionais como a atividade geral, a disposição, a capacidade de andar a pé, o trabalho normal e o prazer de viver, o que era de esperar pois se normalmente um indivíduo mais idoso apresenta menor capacidade para realizar as tarefas diárias (impossibilidade de ser independente) e maior dificuldade em andar a pé na presença de dor todas estas atividades são mais afetadas e a capacidade para lidar com estas circunstâncias é menor daí a disposição ser mais afetada com o aumento da idade, pois sente-se inútil, levando assim a uma perda da sua vontade/prazer de viver.

Conforme o esperado, a correlação entre a idade e as habilitações literárias é negativa, ou seja, quanto maior é a idade menores são as habilitações académicas. As habilitações apresentam correlações negativas com a maioria das variáveis, o que quer dizer que, quanto mais habilitações tem um indivíduo menor é a duração da sua dor, menor a intensidade máxima, mínima e média de dor e menor a interferência na atividade geral, na disposição, na capacidade de andar a pé e no trabalho normal. Relativamente ao tempo de dor foi possível verificar que quanto maior a idade maior o tempo de dor, ou seja, a dor crónica associa-se mais a indivíduos idosos e a dor aguda aos mais jovens, sendo que ainda foi possível averiguar que relativamente à dor aguda, a dor crónica apresenta maior intensidade máxima, mínima e média e maior interferência na atividade geral, capacidade de andar a pé e trabalho normal, ou seja, a dor crónica apresenta maior influência no quotidiano dos participantes, visto ser uma dor mais persistente e de intensidade mais elevada. As relações com as outras pessoas não são influenciadas pela duração da dor ou pela sua intensidade, mas sim por todas as interferências funcionais em estudo, o que quer dizer que quanto maior for a interferência na atividade geral, trabalho normal, disposição, capacidade para andar a pé, sono e prazer de viver mais afastado das restantes pessoas estará o indivíduo que apresenta dor. Nesta amostra foi possível verificar também que, a intensidade máxima, mínima e média de dor apresentam correlação com todas as variáveis em estudo exceto com as relações, tal como foi referido anteriormente, o que significa que

a intensidade de dor influencia cada indivíduo em estudo, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Neste estudo foi possível verificar a dependência entre o género e a intensidade de dor no momento de avaliação, sendo que após a análise dos dados foi possível concluir que no geral as mulheres apresentavam maior intensidade de dor no momento do preenchimento dos questionários do que os homens, pois para intensidades de dor mais baixas [0-3] a maioria dos participantes eram homens e para intensidades de dor mais elevadas [4-10] a maioria dos participantes eram mulheres. Contudo, esta dependência não foi verificada entre o género e a intensidade máxima de dor, o que quer dizer que apesar de no momento do preenchimento dos questionários as mulheres sentirem mais dor do que os homens, não quer dizer que a intensidade máxima de dor seja superior nas mulheres, pois não foi possível obter essa associação (variáveis independentes). Ainda foi possível averiguar a dependência entre o género e o prazer de viver, ou seja, verificou-se que no geral são as mulheres que têm mais dor e essa dor interfere mais no seu prazer de viver, ou seja, a dor sentida tem maior impacto na vida das mulheres.

Relativamente às diferenças do tempo em relação ao motivo dor, apesar de ter sido obtida uma dependência lógica ($p < 0,05$) não foi possível utilizar o teste de Qui-quadrado nem determinar a dependência destas variáveis, contudo verificou-se (pela análise da tabela de contingência correspondente – tabela 14) que a dor crónica associou-se mais a acidentes de viação e de trabalho e a dor aguda foi associada às agressões. Esta investigação também permitiu verificar a dependência entre o motivo e os tratamentos para a dor, sendo possível concluir que a maioria dos participantes fez algum tratamento, tendo a sua dor sido originada por acidente de viação, acidente de trabalho ou agressão; dos indivíduos inquiridos que não fizeram qualquer tratamento a maioria foi vítima de agressão, sendo que todos os indivíduos, presentes neste estudo, que sofreram um acidente de viação fizeram algum tipo de tratamento/medicação para atenuar a sua dor. Deste modo, foi possível verificar que os indivíduos que optaram por não fazer tratamentos/medicamentos a maioria sofreu uma agressão, caracterizada por uma dor aguda/pouca duração, tal como foi visto anteriormente. Quanto aos acidentes de viação/trabalho (normalmente associados à dor crónica/persistente no tempo), visto necessitarem de mais cuidados/tratamentos/medicamentos para controlar a dor e, sendo que os indivíduos que sofrem de acidente de viação/trabalho são os que provavelmente vão mais ao serviço de urgência, logo são mais medicados, foi possível verificar que estes motivos apresentavam maior número de participantes que disseram ter recorrido a algum método de alívio de dor.

Considerando ainda a possível correlação entre a variável tratamentos utilizados para atenuar a dor e as variáveis interferência na atividade geral e no trabalho foi verificada a sua dependência em ambos os casos. Assim, foi possível verificar que apesar dos tratamentos efetuados, no geral os indivíduos permanecem com dor e esta interfere significativamente na qualidade de vida dos inquiridos seja ao nível laboral (trabalho normal) ou qualidade de vida (atividade geral), pois tal como foi descrito anteriormente apenas uma pequena percentagem dos indivíduos que fez algum tratamento conseguiu um alívio completo e que a maioria teve um alívio reduzido, o que vem comprovar que o reduzido alívio obtido com os tratamentos tem repercussões negativas para os indivíduos. Deste modo, dado que foi obtida nesta investigação uma elevada percentagem de vítimas de acidente de trabalho (apresentam dor mais persistente) e que apesar de terem feito tratamentos o alívio sentido foi reduzido, é de prever que estes indivíduos vão ter maior interferência de dor no seu trabalho e como a recuperação é mais prolongada, maior vai ser a incapacidade para retomar a sua situação profissional totalmente.

Por fim, não foi possível verificar uma associação significativa entre o momento em que os dados foram recolhidos e a intensidade de dor nesse momento, o que significa que independentemente de os inquéritos terem sido preenchidos antes ou depois das consultas a intensidade de dor não foi influenciada, o que vai de encontro ao que era pretendido demonstrar, pois foi criado o estereótipo de que as pessoas ao entrarem nas consultas têm a pior dor imaginável e após a consulta encontram-se sem dor, sendo esta dor uma mera simulação. Contudo, o inquérito não foi preenchido pela mesma pessoa duas vezes, ou seja, antes e depois da consulta (dada a dificuldade já mencionada em recolher os dados e a indisponibilidade dos inquiridos) apenas foram recolhidos dados em 47 participantes antes das consultas e em 58 participantes depois das consultas, tendo em conta os 105 indivíduos que preencheram os inquéritos; talvez se a recolha tivesse abrangido os mesmos indivíduos antes e após as consultas as conclusões poderiam ser distintas e curiosas e teria sido interessante averiguar esse aspeto.

5. CONCLUSÃO

Na amostra recolhida de 7 de abril a 7 de maio de 2015, apesar de não ser possível inferir a prevalência da dor na população que recorreu às consultas de Clínica Forense os resultados permitem concluir que há um elevado número de indivíduos que refere esta queixa. Foi ainda confirmada a dificuldade da avaliação e quantificação da dor e verificada a importância da Clínica forense na Medicina Legal e a sua relação com a dor.

O interesse desta investigação foi valorizar a importância da dor e da sua correta avaliação e tentar desmistificar o conceito de que esta queixa é sempre simulada e que a presença nas consultas de Clínica Forense tem por finalidade apenas um incentivo externo e não o seu alívio e avaliação.

Perante estes resultados verifica-se o grande número de indivíduos que se desloca diariamente ao INMLCF, I.P. para avaliação do dano corporal nas consultas de Clínica Forense no âmbito do direito penal, civil e do trabalho e é possível concluir a partir dos resultados que estes indivíduos vão às consultas pelos mais diversos motivos (vítimas de agressões, acidentes de trabalho ou viação) e que apresentam uma diversidade de lesões, faixas etárias, estados civis, situações profissionais, habilitações académicas e quanto à duração da dor apresentavam tanto dor aguda como crónica. Através de todas as pessoas que preencheram os questionários foi possível concluir ainda que, apesar de se deslocarem ao serviço de clínica forense não significa que a sua dor apresente a intensidade máxima e que podem apresentar diferentes formas de a expressar, tendo assim resultados muito diversos em relação às localizações de dor, interferências funcionais, estratégias terapêuticas e respetivo alívio associado.

Assim, como perspetivas futuras há a intenção de publicar esta investigação numa revista indexada, de modo a tentar refutar o estereótipo criado em relação à dor e tentar sensibilizar as entidades competentes para um problema de saúde pública geralmente muito pouco valorizado, promovendo esta queixa tão frequente nas consultas de Clínica Forense, mas para o qual na literatura portuguesa e internacional existe pouca informação. Como trabalhos futuros seria interessante averiguar como foi avaliada e valorizada a dor destes participantes, através da análise do relatório pericial emitido pelo perito médico-legal, de modo a comparar a avaliação/valorização médica com o BPI (Brief Pain Inventory) respondido pelos participantes, assim como deveria ser dada uma especial atenção à Tabela Nacional de Incapacidades com o intuito de uma possível revisão, visto não haver nenhum capítulo atribuído à “dor”, tal como existe para as doenças oncológicas, a sua contabilização para fim de atribuição de um grau de incapacidade não é efetuada da mesma forma, em igualdade de circunstâncias. Devido ao impacto que a dor tem na

limitação das atividades dos indivíduos e no seu cotidiano, não é possível ignorar esta lacuna na TNI.

BIBLIOGRAFIA

- [1] International Association for the Study of Pain. (2012). IASP Taxonomy. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?novItemNumber=576#Pain> (acedido a 30 de novembro de 2014)
- [2] Bastos, D.F.; da Silva, G.C.C.; Bastos, I.D.; et al. (2007). Dor. *Rev. SBPH*.10 (1). 85-96.
- [3] Direcção Geral de Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Lisboa: Direcção Geral de Saúde*.
- [4] Ordem, D. E. (2008). Dor: guia orientador de boa prática. *Lisboa: ordem enfermeiros*. 11-40.
- [5] Azevedo, L.F.; Costa-Pereira, A.; Mendonça, L.; et al. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- [6] Breivik, H.; Collect, B.; Ventafridda, V.; et al. (2005). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, impacto on daily life, and treatment. *Eur J pain*. 10. 287-333.
- [7] Espadinha, A.; Santos, V. (2012). Concept and Experience of Pain: Cross-Cultural Perspective. *Journal of Aging Inovation*. 1 (5). 55-68.
- [8] Azevedo, L.F.; Costa-Pereira, A.; Romão, J.; et al. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*. 15. 6-56.
- [9] Hughes, J. (2008). Pain Management – from basics to Clinical practice. *Elsevier*.
- [10] Direcção Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº9/ DGCG*.
- [11] International Association for the Study of Pain. (2005). Faces Pain Scale – Revised. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/FPSR> (acedido a 1 de abril de 2015).
- [12] Pinto da Costa, J. (2009). Curso Básico de Medicina Legal. *Euedito*. 17-20.
- [13] Magalhães, T. (2004). Introdução à Medicina Legal. *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. 2-8.
- [14] Decreto-Lei n.º 166/2012 de 31 de julho. *Diário da República n.º 147/2012 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.

- [15] Portaria n.º 522/2007 de 30 de Abril. *Diário da República n.º 83/2007 – I Série*. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Justiça Lisboa.
- [16] Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I.P. Disponível em: <http://www.inml.mj.pt> (acedido a 7 de maio de 2015)
- [17] Calabuig, G. (2004). Medicina Legal y Toxicología. *MASSON*. 511-512.
- [18] Greve, K.W.; Ord, J.S.; Bianchini, K.J. et al. (2009). Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context. *Arch Phys Med Rehabil*. 90. 1117-1126.
- [19] Santamaria, P.; Ramírez, P.C; Ordi, H.G. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*. 24. 139-151.
- [20] Neto, L. P. E. (2012). Caracterização do estado de saúde dos indivíduos a quem foi atribuído algum grau de incapacidade em junta médica, na USP do Aces X durante o período de Outubro a Dezembro de 2011. Disponível em: http://www.ihmt.unl.pt/biblioteca/TeseseDissertacoes/Mestrados_Resumos_Dissertacoes_2008-2012/files/assets/basic-html/page22.html (acedido a 13 de maio de 2015)
- [21] Angelini. A dor não é uma inevitabilidade. Disponível em: <http://www.angelini.pt/wps/wcm/connect/pt/home/areas-terapeuticas/Tratamento-da-Dor/Patologia/A-dor-nao-e-uma-inevitabilidade/#> (acedido a 11 de setembro de 2015)

Anexos

Anexo 1: Tabela de correlações de Variáveis - Teste estatístico de Spearman

Correlações (N=105)

ró de Spearman	idade em classes	habilitações literárias	Há quanto tempo tem dor	Há quanto tempo tem dor no seu máximo	EPI - número melhor descreve dor no seu mínimo	EPI - número melhor descreve dor em média	EPI - número melhor descreve dor neste preciso momento	EPI - número descreve atividade geral	EPI - número descreve como dor interferiu disposição	EPI - número descreve como dor interferiu capacidade de andar a pé	EPI - número descreve como dor interferiu trabalho normal	EPI - número descreve como dor interferiu relações com outras pessoas	EPI - número descreve como dor interferiu no sono	EPI - número descreve como dor interferiu prazer de vida
Coefficiente de Correlação	1,000	-.468**	,222	,353	,436	,402	,276	,446	,299	,323	,382	,033	,172	,252
Coefficiente de Correlação	-.468**	1,000	-.216	-.308	-.315	-.297	-.127	-.250	-.194	-.233	-.246	,013	-.114	-.176
Coefficiente de Correlação	,222	-.216	1,000	,293	,251	,339	-.003	,431	-.008	,287	,478	,096	-.128	-.094
Coefficiente de Correlação	,353	-.308	,293	1,000	,722	,818	,529	,393	,343	,507	,322	,153	,295	,254
Coefficiente de Correlação	,436	-.315	,251	,722	1,000	,842	,546	,366	,334	,516	,376	,108	,271	,300
Coefficiente de Correlação	,402	-.297	,339	,818	,842	1,000	,572	,419	,272	,591	,378	,132	,284	,247
Coefficiente de Correlação	,276	-.127	-.003	,529	,546	,572	1,000	,181	,457	,421	,155	,098	,531	,483
Coefficiente de Correlação	,446	-.250	,431	,393	,366	,419	,181	1,000	,320	,417	,734	,292	,119	,252
Coefficiente de Correlação	,299	-.194	-.008	,343	,334	,272	,457	,320	1,000	,193	,410	,304	,540	,550
Coefficiente de Correlação	,323	-.233	,287	,507	,516	,591	,421	,417	,193	1,000	,442	,234	,226	,246
Coefficiente de Correlação	,382	-.246	,478	,322	,376	,378	,155	,734	,410	,442	1,000	,347	,153	,204
Coefficiente de Correlação	,033	,013	,096	,153	,108	,132	,098	,292	,347	,347	,153	1,000	,348	,517
Coefficiente de Correlação	,172	-.114	-.128	,295	,271	,284	,531	,119	,204	,204	,153	,348	1,000	,701
Coefficiente de Correlação	,252	-.176	-.094	,254	,300	,247	,483	,252	,517	,204	,701	,701	1,000	1,000

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* .A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Anexo 2: Autorização para utilização do BPI – Doutor Luís Azevedo.

Re: Pedido de autorização

Re: Pedido de autorização

Ações

Luís Azevedo (lazevedo@med.up.pt)

[Adicionar aos contactos](#)

10-02-2015

Para: Rafaela Silva

Mostrar esta mensagem...

De: **lfazevedo55@gmail.com** em nome de **Luís Azevedo** (lazevedo@med.up.pt)

Enviada: terça-feira, 10 de Fevereiro de 2015 19:24:22

Para: Rafaela Silva (rafaelasofi@hotmail.com)

Cara Rafaela Silva,

É sempre muito satisfatório ver o nosso trabalho a ter utilidade para outros investigadores e profissionais. Obviamente, tem autorização da nossa parte para a utilização da versão portuguesa do BPI no seu trabalho. Chamo-lhe, no entanto, a atenção para o facto de este instrumento ter copyright que pertence aos autores da versão original do mesmo, pelo que deverá, também, obter a autorização destes. Para isto, recomendo-lhe que envie um e-mail ao Prof. Tito Mendoza (tmendoza@mdanderson.org), da Universidade do Texas, USA, que lhe poderá informar das formalidades necessárias para proceder à utilização da versão portuguesa do BPI. É ele e não o Prof. Cleeland que trata directamente destes assuntos.

Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.

Muito atentamente,

Luís Azevedo.

Anexo 3: Autorização para utilização do BPI – Charles Cleeland, PhD.

RE: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools

RE: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools

Ações

symptomresearch (symptomresearch@mdanderson.org)

[Adicionar aos contactos](#)

02-03-2015

[Documentos](#)

Para: 'Rafaela Silva' Cc: symptomresearch

Mostrar esta mensagem...

De: **symptomresearch** (symptomresearch@mdanderson.org)

Enviada: segunda-feira, 2 de Março de 2015 17:54:04

Para: 'Rafaela Silva' (rafaelasofi@hotmail.com)

Cc: symptomresearch (symptomresearch@mdanderson.org)

Hello,

I have attached the BPI as you requested. Please note that:

- Your use of the BPI is limited only to the study specified. To use the BPI in additional studies, you must reapply online at www.mdanderson.org/departments/prg > Symptom Assessment Tools > The Brief Pain Inventory (BPI).

- You are permitted to reproduce the copy of the BPI that is included with this e-mail. However, you must not remove the copyright notice.

The BPI may not be modified in any way or translated into another language without the express written consent of the copyright holder; Charles S. Cleeland, PhD. Failure to comply may result in legal action.

Permission to alter or translate the instrument may be obtained by contacting me at symptomresearch@mdanderson.org or by mail.

Please let me know if you have any questions. Thank you for your interest in the BPI.

Regards,

Mary Samad

-----Original Message-----

From: Rafaela Silva [mailto:rafaelasofi@hotmail.com]

Sent: Tuesday, February 24, 2015 7:07 PM

To: symptomresearch

Subject: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools

Order Form for Department of Symptom Research Symptom Assessment Tools

Assessment Tool: Brief Pain Inventory (BPI)

Psychometrically validated language(s):

Linguistically validated language(s): Portuguese - Portugal

Purpose: Non-funded academic research

Study Type: Descriptive study or survey

Detailed description:

the

study allows the evaluation of the prevalence and characteristics of pain in patients attending in forensic medicine consults which is followed by statistical analysis using the SPSS software

Study

ID: Prevalence and Characteristics of pain in Clinica Médico-Legal appointments from the North delegation of the Instituto de Medicina Legal

Disease Type: not applicable to the study

Mailing Address:

First Name: Rafaela

Last Name: Silva

Title:

Company:

Department:

Address: Rua Presa da Lavandeira, n°94 Paço de Sousa, 4560-388

City: Penafiel

State:

Country: Portugal

ZIP Code:

Telephone: +351912248381

Fax:

E-mail: rafaelasofi@hotmail.com

Billing Address: Same as Mailing Address

Anexo 4: Autorização para recolha de dados no INMLCF, I.P.



Exma. Senhora Diretora do Departamento de Investigação, Formação e Documentação
Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

DESPACHO DO RAI - RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO

ASSUNTO: Título do projeto/artigo científico: *«Prevalência e Características da dor nas consultas de Clínica Médico-Legal da Delegação do Norte do Instituto de Medicina Legal»*. Requerimento de 25-2-2015. Elemento que vai desenvolver o projeto/artigo: **RAFAELA SOFIA BARBOSA DA SILVA.**

26 de março de 2015

1. Descrição do pedido

Do requerimento apresentado liquida-se que o acesso pretendido visa permitir a elaboração de dissertação no Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), e cujos objetivo e metodologia constam do referido requerimento e aqui se dão como integralmente reproduzidos.

Pretende-se, em suma, a colaboração do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) para a presença da requerente nos (durante a realização dos) exames de Clínica Médico-Legal (na Delegação do Norte do INMLCF), no período de um mês, e, relativamente aos examinados maiores de 18 anos que se queixem de dor, para efetuar, mediante consentimento destes, *«uma entrevista estruturada, que consta de um questionário com dados demográficos, sendo eles: género, idade (maiores de 18), estado civil, habilitações literárias e estado laboral»*, sendo *«ainda utilizado o instrumento BPI (Brief Pain Inventory)»*.

2. Enquadramento do pedido à luz das legais atribuições do INMLCF

2.1. A atividade de investigação científica no INMLCF

É expressa atribuição do INMLCF «desenvolver atividades de investigação e divulgação científicas, de formação e de ensino, no âmbito da medicina legal e de outras ciências forenses e desenvolver formas de colaboração científica e pedagógica com outras instituições» (cf. a alínea c do n.º 2 do mencionado artigo 3.º). Consequentemente, e nos termos do n.º 1 do artigo 20.º Decreto-Lei n.º 166/20012, de 31 de julho, «o INMLCF, I.P., prossegue as suas atribuições e exerce as suas competências em colaboração com os estabelecimentos de ensino superior, especialmente escolas médicas, nomeadamente de investigação, públicas ou privadas, mediante a celebração de protocolos nas áreas do ensino, da formação e da investigação científica.».

Deve ainda referir-se - como reforço do mencionado interesse público na atividade de investigação científica por parte dos serviços médico-legais - que uma das finalidades da existência, nos serviços médico-legais, de «ficheiros de dados informatizados nas áreas de tanatologia forense, clínica médico-legal, biologia forense, toxicologia forense, psiquiatria forense, anatomia patológica e histopatologia forense, e criminalística» (n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 395/99, de 13 de Outubro, que autoriza e regula os mencionados ficheiros de dados informatizados) é a «**elaboração de trabalhos de investigação científica, desde que não sejam identificáveis as pessoas a que respeitam**» (alínea h do n.º 4 do referido artigo 1.º).

Temos, pois, que a atividade de investigação científica é uma atividade que o legislador desejou para o INMLCF entendendo-se que a colaboração com os estabelecimentos de ensino universitários é fundamental para a constante atualização do conhecimento científico, seja o que pode diretamente constituir suporte óbvio da continuidade e melhoria da qualidade das perícias médico-legais e forenses e, em geral, da intervenção pericial dos serviços médico-legais, seja o que se traduza, mesmo que indiretamente, na adoção de medidas de intervenção nas problemáticas relacionadas com as situações de vitimação que justificam a intervenção pericial do INMLCF.

2.2. A natureza jurídica e processual da intervenção pericial dos serviços médico-legais

Os serviços médico-legais, administrativamente organizados no INMLCF, são (os) serviços de apoio técnico aos tribunais e ao Ministério Público, na área da Medicina Legal e de outras Ciências Forenses, conforme definido no Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de julho.

A atividade fundamental e estruturante do INMLCF é a atividade pericial de apoio técnico à administração da justiça, conforme se pode diretamente liquidar das várias disposições relativas às atribuições e competências dos distintos órgãos e serviços médico-legais, constantes do sua lei orgânica (Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de julho) e dos seus Estatutos, aprovados pela Portaria n.º 19/2013, de 21 de janeiro, quer ainda, obviamente e sobretudo, de todo o conteúdo normativo do regime jurídico da realização das perícias médico-legais e forenses (Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto).

Nos termos da sua lei orgânica e da lei das perícias médico-legais e forenses, e de acordo com as leis de processo nos tribunais, os serviços médico-legais atuam no âmbito dos processos judiciais como auxiliares (serviços de apoio técnico pericial) do Ministério Público (ou do Tribunal), estando por isso obrigados a respeitar as regras processuais que dispõem sobre a produção da prova pericial. Com efeito, existem regras para o surgimento da perícia médico-legal no processo, consoante a área do Direito em questão, fixadas, designadamente, no Código de Processo Civil (cf., especialmente, quanto à realização das perícias médico-legais, o artigo 467.º, n.º 3), no Código de Processo Penal (cf., especialmente, quanto à realização das perícias médico-legais, o artigo 159.º), no Código de Processo do Trabalho (cf., em processo especial, os artigos 101.º e 102.º, artigo 105.º, n.º 2, 117.º, 134.º, 139.º, 139.º, e 145.º), e também na Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto (especialmente os artigos 2.º a 6.º, e 9.º a 26.º).

Encontramos, assim, uma clara conexão entre as perícias médico-legais e o processo a que se destinam, daqui resultando uma dependência processual da intervenção pericial médico-legal, dependência que se reporta à fixação do objeto da perícia, ao momento e ao tempo processual da intervenção pericial, e ao tratamento e disposição da informação pericial.

Precisamente, e como se colhe do Parecer n.º 30/2005, de 2-6-2005, do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República (PGR), a perícia tem uma função exclusivamente processual. Conforme aí se refere, «o regime processual relativo à prova

pericial apresenta-se, assim, suficientemente determinado em termos de assinalar à perícia a natureza de meio de prova organizada e produzida no próprio processo que a utiliza, quer porque se destina a fazer a prova de factos processualmente relevantes na relação discutida ou na situação averiguada, quer porque a lei estabelece por quem e em que condições é determinada ou solicitada (requisitada) às entidades que têm por funções ou atribuições realizá-la.».

Em conformidade com o enquadramento processual da atividade dos serviços médico-legais, existe entre estes e as autoridades judiciais uma relação funcional no âmbito da qual estas autoridades definem os casos a submeter à intervenção dos serviços médico-legais e determinam o objeto da perícia, cabendo aos serviços médico-legais exercer a sua função de serviços auxiliares da administração da justiça mediante a realização de exames e perícias, estando excluída da competência destes serviços a prática de quaisquer outros atos processuais que não tenham a prévia indicação ou autorização da autoridade judiciária competente, ou sejam solicitados por autoridade policial ou administrativa a que faleça a devida competência legal (processual), própria ou delegada¹.

Assim, encontram-se os relatórios periciais médico-legais numa situação de dependência processual relativamente aos procedimentos judiciais para que são produzidos (isto é, pertencem *ao processo*) pelo que o acesso de terceiros a essas peças processuais está subordinado aos **poderes de direção intraprocessual da respetiva autoridade judiciária competente.**

Estão os serviços médico-legais por isso obrigados a respeitar as regras processuais relativas ao acesso aos documentos do processo, obrigação que se estende aos próprios documentos (os relatórios periciais) produzidos por aqueles serviços, **incluindo qualquer informação relativa ao diagnóstico médico-legal do facto em apreciação, ou surgida ou recolhida durante e por causa da intervenção pericial.**

Pelo que, inexistindo anonimização dos dados pessoais e eliminação de referências processuais ou periciais, o acesso aos relatórios periciais ou a qualquer informação resultante da perícia deve ser solicitado à **autoridade judiciária titular do processo no âmbito do qual foi realizada a perícia, ou que nele tiver proferido a última decisão.**

¹ Ressalvada a exceção prevista no artigo 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, quanto à competência dos serviços médico-legais para a prática de atos urgentes e recebimento de denúncias de crimes.

Importa precisar que se o acesso aos relatórios periciais for feito em condições que não permitem a identificação do processo (direta, através do número do processo, ou indireta, através do nome do examinado ou de outras especificidades factuais), a **questão do acesso não assumirá já relevância processual** (poderá, porém, assumir relevância no que toca à confidencialidade de dados de natureza pessoal dos examinados)².

3. Viabilidade do acesso à informação pretendida

A apreciação da viabilidade do acesso à informação pretendida toma como pressuposto a necessidade da adequação da atividade científica do INMLCF ao ambiente processual no qual se insere a atividade fundamental e prioritária deste Instituto, que é, como é sabido, a atividade pericial.

Mas, se a eficaz concretização da legal atribuição de desenvolver atividade científica (mesmo que em colaboração com instituições terceiras) admite que o INMLCF possa, para os exclusivos fins de viabilização da produção de conhecimento científico, decidir sobre pedidos de consulta de relatórios periciais ou sobre pedidos de acesso a informação pericial ou processual, inclusivamente a assistência à realização de exames e de perícias, parece que tal só será possível desde que esteja previamente garantido, pelo INMLCF, o devido condicionamento do acesso à informação por parte dos utilizadores estranhos ao Instituto (que, em regra, são os requerentes dos pedidos de consulta), de modo a impedir que aqueles identifiquem e registem os processos judiciais concretos a que respeitem os relatórios periciais, ou os respetivos ficheiros informáticos, consultados, bem como, naturalmente, a informação deles constante, sobretudo a que diga respeito a dados pessoais da vítima (de saúde ou outros) e a factos com (eventual) relevância criminal.

A preservação do acesso aos dados periciais - que são processuais e de natureza confidencial - assume especial relevância quanto aos processos de natureza penal que eventualmente³ se encontrem em segredo de justiça, cujo regime, em princípio, impedirá que qualquer terceiro não interveniente processual aceda ao processo. Ora, o INMLCF não

² Estando garantido, nos termos do n.º 3 do artigo 2.º da Lei n.º 46/2007, 24 de agosto, o interesse direto, pessoal e legítimo no acesso a documentos nominativos que incluem dados de saúde, importa zelar pela reserva de confidencialidade, mediante anonimização dos dados pessoais sensíveis dos examinados (designadamente de saúde), nos termos do n.º 4 do artigo 4.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

³ O segredo de justiça tem, por definição legal, natureza excecional. A regra é a publicidade, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 86.º do CPP, podendo ser sujeito a segredo, nos termos do disposto nos n.ºs 2 e 3 do mesmo artigo.

sabe se os processos penais em que intervém - maioritariamente, aliás, na fase de inquérito - se encontram em segredo de justiça, sendo que um processo relativamente ao qual vigore a regra da publicidade pode ser sujeito a qualquer momento ao segredo de justiça (e vice-versa, aliás) sem que disso seja o INMLCF notificado.

Daí que a permissão de consulta (seja de relatórios periciais, seja de bases de dados de perícias, ou de qualquer outro suporte documental que contenha informação pericial) concedida pelo INMLCF, ou de qualquer outra forma de acesso a informação surgida na intervenção pericial, implique os adequados orientação e acompanhamento do acedente, visando assegurar que se respeitem as implícitas e necessárias restrições no acesso concedido.

4. No caso vertente:

- 4.1. A atividade a realizar visa a produção de conhecimento científico, constituindo objeto das atribuições e competências legais do INMLCF no domínio da colaboração na atividade científica, e existe enquadramento institucional protocolado que abrange a atividade proposta (existe protocolo genérico de cooperação pedagógica e científica com o ICBAS).
- 4.2. Importa separar e autonomizar, na maior medida possível, o momento da intervenção pericial (o momento processual), do momento da investigação científica, visando evitar que os atos de investigação constituam acesso ilegítimo a informação pessoal e pericial (logo, processual). Neste sentido, admitindo-se embora, desde que por inultrapassáveis motivos de metodologia do trabalho académico que se pretende realizar, a presença da requerente durante a realização do exame pericial (presença que tem de ser absolutamente não interventiva, estando completamente vedada qualquer recolha de dados), é imperativo que se observe o seguinte:
 - a) A abordagem junto do examinando para a participação no estudo é feita pelo perito médico antes do início da realização do exame e sem a presença do investigador (requerente), incluindo-se também nesse momento a prestação do consentimento para que a requerente possa assistir ao exame;
 - b) A informação sobre o estudo é fornecida oralmente e por escrito, através da entrega de documento explicativo do estudo, do seu objeto, finalidade e interesse;

- c) A participação do examinado no estudo será feita de forma completamente anónima (não será registado o nome ou a morada, qualquer referência a documentos de identificação, ou sequer o número do processo judicial ou médico-legal);
- d) Não será feita ao examinado qualquer pergunta sobre os factos que suscitaram a intervenção do INMLCF, versando as perguntas unicamente sobre a dor referida pelo examinado;
- e) Nada do que resultar da “entrevista” com a requerente poderá ser usado para fins da perícia ou para outros fins processuais;
- f) O examinado é informado do referido nas anteriores alíneas c) a e);
- g) O consentimento informado para a realização do exame é dado perante o perito médico, por escrito, e sem a presença do investigador;
- h) A realização da “entrevista” tem lugar em local (gabinete) distinto daquele em que se realizou o exame pericial, sendo o examinado encaminhado para o investigador diretamente pelo perito médico.

- 4.3. Cabe ao Serviço de Clínica e Patologia Forenses da Delegação do Norte do INMLCF a responsabilidade de verificar os procedimentos indicados no ponto 4.2 e de garantir a reserva e a confidencialidade que são devidas no acesso à informação que contenha elementos suscetíveis de permitir a identificação de pessoas, e, ou, processos.

5. Conclusão

Em conformidade com o exposto, e com sujeição aos termos, pressupostos e condições assinalados, conclui-se pelo **DEFERIMENTO** do pedido.

O Responsável pelo Acesso à Informação



(Diogo Pinto da Costa)

Anexo 5: Parecer da Comissão de Ética ICBAS – UP.



Parecer da Comissão de Ética do ICBAS-UP

PROJETO Nº 108/2015

Título: *Prevalência e características da dor nas consultas de Clínica Forense da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.*

Investigador Responsável: Rafaela Sofia Barbosa da Silva

Orientador: Dr. José Romão

Coorientadora: Professora Doutora Maria José Pinto da Costa

Duração do Projeto: até setembro de 2015

A Comissão de Ética (CETI) do ICBAS-UP reuniu dia 29 de julho de 2015 no edifício do ICBAS-UP na presença de Liliana de Sousa, Manuel Vilanova, Margarida Araújo, Maria Antónia Gonçalves, Paulo Maia e Paula Faria. Considerando o disposto na decisão que culminou em despacho favorável emitido pelo responsável pelo acesso à informação (RAI) do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) e o acompanhamento próximo de todo o projeto pelo orientador e coorientadora, decidiu a CETI ICBAS-UP emitir parecer favorável à realização do projeto supracitado, por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria.

Anexo 6: Consentimento Informado.

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA DOR NAS CONSULTAS DE CLÍNICA MÉDICO-LEGAL DA DELEGAÇÃO DO NORTE DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Consentimento Informado

No âmbito da Tese de Mestrado em Medicina Legal, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, de Rafaela Sofia Barbosa da Silva, intitulado "Prevalência e Características da dor nas consultas de Clínica Médico-Legal da Delegação do Norte do Instituto de Medicina Legal", sob orientação do Dr. José Romão e coorientação da Professora Doutora Maria José Pinto da Costa, venho solicitar a sua colaboração.

O estudo pretende avaliar a prevalência e características da dor nas consultas de Clínica Médico-Legal, visto ser um problema de saúde pública geralmente muito pouco valorizado e de grande importância na Medicina Legal, mas para o qual existe pouca informação.

Com esse propósito, será pedido para preencher, durante a consulta de Clínica Médico-Legal, um questionário relativo a dados pessoais e um outro para recolher características da dor (BPI), que terá a duração de cerca de 10 minutos, e cujos dados serão posteriormente analisados estatisticamente.

A sua participação tem um carácter voluntário e caso não queira participar não tem quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros, podendo desistir a qualquer momento.

Os dados recolhidos, destinados apenas a fins de investigação científica, são confidenciais e serão mantidos sob anonimato, sem registo de dados de identificação, apenas será identificado por um número atribuído ao participante.

Obrigada pela sua colaboração.

Rafaela Silva, estudante do Mestrado em Medicina Legal – ICBAS

Rafaela Sofia Barbosa da Silva

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Anexo 7: Inquérito sociodemográfico e clínico

Prevalência e características da dor nas consultas de Clínica Médico-Legal da Delegação do Norte do Instituto de Medicina Legal

Número atribuído ao participante (a ser preenchido pelo responsável do estudo): _____

Data do preenchimento do questionário: ___/___/___

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

3. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro(a) Casado(a) União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

4. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções)

Não sabe ler nem escrever Ensino Primário
Ensino Básico (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)
Ensino superior

5. Qual a sua situação profissional atual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial
Desempregada (o) Reformada (o)
Doméstica (o) Estudante

DADOS CLÍNICOS

6. Há quanto tempo tem dor? (escolha uma das seguintes opções)

Menos de 1 mês 1 a 3 meses 3 a 6 meses Mais de 6 meses

7. Qual o motivo da sua dor? (escolha uma das seguintes opções)

Acidente de viação Acidente de trabalho Doença profissional
Agressão Violência sexual Serviço militar
Outro (qual) _____

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente