LUIZ GONZAGA GOULART RODRIGUES

A SIMULAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador: Professor Doutor Roberto Augusto de Carvalho Campos

Universidade de São Paulo

Faculdade de Direito

São Paulo

2013

LUIZ GONZAGA GOULART RODRIGUES

A SIMULAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

MESTRADO EM DIREITO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo,
como exigência para obtenção do título de Mestre Direito,
sob a orientação do Professor Doutor
Roberto Augusto de Carvalho Campos.

Universidade de São Paulo
FACULDADE DE DIREITO
SÃO PAULO
2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Candidato: Luiz Gonzaga Goulart Rodrigues

Natureza: Dissertação de Mestrado

Instituição: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Objetivo: Exigência para obtenção do título de Mestre em Direito

Orientador: Professor Doutor Roberto Augusto de Carvalho Campos

Concentração: Direito Penal

Data da Banca:_____

_____

Professor Doutor Roberto Augusto de Carvalho Campos (Orientador)

Professor: Henrique Caivano Soares

Titulação: Professor Doutor

Instituição: Universidade de São Paulo

Professor: Jose Jorge Jarjura Jr

Titulação: Professor Titular

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Beatlis, Martim e Luiz Gonzaga, dedico esse trabalho e todo o meu amor;

Aos meus irmãos e em especial à minha mãe (*in memoriam*), que fez de mim o que sou e o que não sou;

A todos os franciscanos, os amigos de turma, os contemporâneos e de todas as turmas dessa gloriosa e amada Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, que gentil e oficiosamente me anteciparam o título a que ora me submeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Roberto Augusto de Carvalho Campos a oportunidade de cursar a pós-graduação como seu Orientando, nesta Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, que me é tão querida. De jovem colega e companheiro nos bancos escolares da Escola Paulista de Medicina a meu Orientador nesta Dissertação para Mestrado em Direito, uma trajetória profissional e acadêmica brilhante, que fez de mim, além de amigo, seu admirador.

Agradeço a Deus por ter me permitido concluir essa Dissertação de Mestrado. E por todos os sonhos que ousei sonhar e que me foram concedidos realizar.

O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que finge sentir dor
A dor que deveras sente.
(Fernando Pessoa)

RESUMO

O presente trabalho de Dissertação visa a realizar um levantamento bibliográfico de relatos sobre a frequência do uso da Simulação como um instrumento ou meio para a obtenção de algum ganho secundário, durante a realização de exames médicos com as mais diversas finalidades, tais como o clínico, ambulatorial, de emergência, ocupacional, pericial, previdenciário, securitário ou demandas judiciais. Quais são os ganhos secundários nas mais diversas especialidades e também repercussões em termos interpessoais, empresariais, ocupacionais e de custo para o sistema de saúde como um todo. A repercussão no Direito da Simulação utilizada em Medicina.

Palavras-chave: Exames Médicos – Perícia Médica – Simulação – Ganhos secundários

ABSTRACT- Key-words:

This thesis work aims to conduct a literature review of reports on the frequency of the use of simulation as a tool or means to obtain some secondary gain during medical examinations with many different purposes, such as clinical outpatient, emergency, occupational, forensic, social security, insurance or lawsuits. What are the secondary gains in various specialties and also repercussions in terms interpersonal, business, occupational and cost to the health system as a whole. A Law repercussions in the Simulation used in Medicine.

Keywords: Medical Exams - Medical Expertise - Simulation – Malingering - Gains secondary

SUMÁRIO

I. Introdução ……... 11
1. O Tema …… 11
2 – Objetivo …… 12
3 - Método …….. 13

II. Modo de apresentação 15

III. Definição e classificações 18
1. Classificação 18
2. Caracterização 19
3. Outras definições 21
4. A Simulação e a Fraude 23
1 – Fraude 23
2 – Falsidade ideológica 24

IV – A importância da Simulação 26
1. As áreas de conhecimento da Medicina e do Direito 26
2. Medicina pericial 26
3. A importância medida pela frequência 29

V – Modos e meios de tentativa de Simulação 32
1. Modos 32
2. Meios mais utilizados 33
1. dor 33
2. impotência funcional 34
3. Sintomatologia psiquiátrica 34

VI – A legislação 36
1. Constituição Federal 37
2. Código de Processo Civil 38
3. Código Penal 41
4. Código de Processo Penal 43
5. Código Civil 44
6. Código de Ética Médica 46

VII – Como a Simulação se apresenta ao Médico 48
1. o relacionamento médico-paciente ideal 48
2. o relacionamento médico-periciado 49

VIII – A atuação Médica 52
1. A Anamnese 52
2. O Interrogatório sobre antecedentes 54
1. A Ergonomia 54
3. O exame físico 55
4. A avaliação psicológica e mental 57
5. A Avaliação da dor 59
6. Os exames complementares 62

7. O diagnóstico 64

IX – O nexo causal 69
1. O nexo causal 69
2. A valoração da perda efetiva 70
3. A Concausa 72

IX – Especialidades médicas 76
1. Psiquiatria 76
1. Evolução história da especialidade 77
2. Classificação dos tipos de doenças mentais 78
1. A Simulação intrínseca 79
1. Doenças Imaginárias 79
2. Síndrome de Ganser 81
3. Malingering 82
2. A Simulação para o ganho secundário 84
1. Somatização 84
2. Conversão histérica 87
3. Depressão 88
3. Semiologia psiquiátrica 91
2. Otorrinolaringologia 95
1. Disfonia 96
2. Disacusia 99
3. A Semiologia 102
3 – Ortopedia/Traumatologia e Neurologia 104
1. Lombalgia 104
2. Fibromialgia 110
3. DORT/ LER 114
4. As Modalidades periciais 119
1. Perícia judicial 119
2. Perícia ocupacional 123
3. Perícia previdenciária 128

XI – Discussão 132
1. Discussão 132
2. Conclusão 137

Referências bibliográficas 138

I – INTRODUÇÃO

O Tema

A Simulação, em termos vernaculares, essencialmente é "*alegar/mostrar o que não é*"[1]. Decorrente dessa definição, pode se depreender que há uma infinidade de situações onde ela é utilizada de modo *inocente*[2], sem maiores conseqüências, seja em relação a outrem, seja em relação à sociedade.

A Simulação é um artifício tão utilizado pelo ser humano em seu convívio social que se torna até mesmo difícil imaginar a vida sem ela. Em suas incontáveis nuances, permeia todo o relacionamento humano, chegando a ser parte intrínseca de regras sociais, como a cordialidade e a polidez. É parte integrante de comportamentos humanos tidos como "virtudes", como a modéstia. Por outro lado integra caracteres tidos como "defeitos" do ser humano, como o "mentiroso", o "hipócrita", sendo todas essas gradações na infinidade de modos de expressão da Simulação. Nos povos de língua inglesa é comum a expressão *white lie* - a mentira branca, leve, sem maiores conseqüências -, em que ambos os interlocutores estão cientes da sua utilização naquele momento; e simulam ignorar a Simulação. A Capitu, de Machado de Assis, "*dissimulada* e com olhos de ressaca" deixa para sempre a incerteza sobre a sua fidelidade. A própria natureza dela se utiliza em também incontáveis situações, sendo a mais explicita o mimetismo, recurso animal e vegetal utilizado, tanto na preservação da vida como na reprodução da espécie.

Como um reflexo do seu uso na vida real, a Simulação é a base de múltiplas manifestações artísticas, como a Literatura, o Teatro, o Cinema. Pode-se até dizer que com a Simulação a vida se torna mais bela. Ou menos árida. Sem ela, a vida é crua e ríspida, como relatam os jornais sensacionalistas "que, torcendo, saem sangue" em suas manchetes de crimes diários. Com ela, Shakespeare escreveu "Romeu e Julieta". Em razão disso a citação parcial do Poema de Fernando Pessoa[3] na apresentação desta Dissertação: *O poeta é um fingidor. Finge tão completamente que finge sentir dor, a dor que deveras sente*".

---

[1] Ferreira , ABH. O dicionário da língua portuguesa. 3. ed – RJ: NFronteira, 1999
[2] Miranda, FCP. Tratado de Direito privado. 3. ed. Rio de Janeiro:Bosch, 1972. t.IV
[3] Fernando Pessoa. O Eu profundo e os outros eus. 10ª ed. RJ. Ed. Nova Fronteira, 1980

O uso da Simulação, em alguma de suas formas e intensidade, passa a adquirir importância quando utilizada de modo a obter vantagem pessoal, em detrimento ou prejuízo de terceiros. Segundo Luiz Regis Prado[4], "*o ilícito se constitui de um arquipélago de pequenas ilhas, em um mar do juridicamente indiferente*". E é essa mesmo a conotação que se tem da Simulação: dentre todas as formas e modos do seu uso, algumas delas são manifestações ou comportamentos que esbarram ou podem esbarrar no ilícito, no direito alheio. Por essa razão, nessa Dissertação sobre o tema, o enfoque é sobre a Simulação, quando ela e/ou as suas conseqüência assumem o aspecto de ilícito. Autores na língua inglesa se utilizam da expressão *Malingering* para exprimir o uso da Simulação com má-fé, objetivando algum ganho secundário, que atinge a esfera patrimonial ou extrapatrimonial de terceiros indevidamente.

Nesses casos, as conseqüências extrapolam os limites da relação médico-paciente nos casos de *Simulação inocente e*, em se tratando de Previdência Social e securitário, são milhões de trabalhadores e segurados envolvidos, envolvendo bilhões de dólares mal-destinados e a perda de milhões de horas de trabalho, sob o aspecto empresarial e trabalhista.

OBJETIVO

A finalidade desta revisão de Literatura acerca do uso da *Simulação em exames médicos periciais* é identificar a sua ocorrência e repercussões jurídicas, econômicas e trabalhistas.

Com o objetivo de estudar a importância do uso frequente da Simulação, apresenta-se a repercussão em termos jurídicos e o destino de verbas previdenciárias e securitárias e, na área Ocupacional, a perda de dias trabalhados. Para tanto, ressalta-se o modo de atuação médica e os recursos utilizados para coibir o seu uso.

[4] Prado, LR. Curso de Direito Penal brasileiro. 5ª ed. Ed.RT. 2005

MÉTODO

Serão abordadas as especialidades de Psiquiatria, Otorrinolaringologia Ortopedia/Traumatologia e Neurologia. Na área pericial, a Medicina do Trabalho, Perícia judicial e Perícia previdenciária.

O critério de escolha foi a subjetividade nos sintomas das doenças abrangidas pelas especialidades, que dão margem ao uso da Simulação.

Estratégia de busca:
Utilizando-se da palavra chave "simulação em exames médicos". Busca realizada nos endereços eletrônicos da

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed - Pubmed

http://lilacs.bvsalud.org Lilacs

http://www.scielo.org/php/index.php Scielo

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/11/biblioteca.html CAPES

http://www.anamt.org.br ANAMT

http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR "Acadêmico" da Google.

Foram encontrados como resultado, cerca de 9800 citações, das quais cerca de 300 foram aproveitadas nesse levantamento bibliográfico, com a ocorrência de alguma forma de Simulação ou o estudo e levantamento de sua ocorrência, nas mais diversas formas, com o ponto comum da obtenção de algum ganho secundário e as suas mais diversas formas nas especialidades médicas apresentadas.

Critérios de inclusão: relatos de casos, artigos e livros que apresentem a Simulação como um artifício apresentado em Exames médicos diversos, sempre com o fim de um ganho secundário. Foram citados em suas devidas

especialidades médicas, ao longo do relato de levantamento bibliográfico. Foram incluídas também citações com a ocorrência da Simulação inocente, como elemento intrínseco de patologias psiquiátricas, onde não se questiona a boa-fé do paciente, mas é um dos muitos sinais e sintomas. Outro aspecto abordado foi o custo que pode representar, seja em termos de perda de dias trabalhados, bem como o custo social decorrente do desperdício de verbas públicas.

Critérios de exclusão: do total dos resultados, foram excluídos aqueles onde a Simulação tem outra conotação que aquela de “enganar”, mas se constitui em técnica válida e legal, como a Simulação de dada situação para estudo e pesquisa, principalmente quando não é exequível o seu estudo de maneira real.

II. Modo de apresentação

A finalidade deste trabalho de levantamento bibliográfico e revisão de literatura é apresentar considerações sobre a utilização da Simulação, Dissimulação e a Metassimulação, durante a realização de exames médicos nas diversas especialidades, perícias médicas judiciais, perícias previdenciárias ou ocupacionais.

O modo de apresentação é na forma de um levantamento bibliográfico na área de Medicina, onde a Simulação aparece como podendo ser um dos elementos que possam influir no diagnóstico médico e suas conseqüências.

Para tanto apresenta-se a Importância do tema escolhido. Sempre é utilizada a expressão “Simulação” e não sua diferenciação em Dissimulação e Metassimulação, apenas para evitar a repetição. Somente nos casos em que é citada uma forma especificamente é que se refere às outras formas, pois ambas são uma modalidade de Simulação.

Para um perfeito entendimento dos eventos apresentados, torna-se importante apresentar uma Definição da Simulação. Mais uma vez, dada a ampla gama de possibilidades de sua utilização nas mais variadas facetas da vida, a definição é múltipla. Algumas serão apresentadas, no que concerne ao assunto do presente dissertação, com definições no campo de conhecimento jurídico e médico.

Apresenta-se também a importância do tema, tendo em vista a sua repercussão em várias esferas, iniciando com a própria vida pessoal do Simulador, sua família, os custos que gera para a Empresa onde presta seus serviços profissionais até esferas mais amplas, como o orçamento nacional, com verbas destinadas ao custeio da Previdência Social. Importante também no âmbito Securitário, dado o envolvimento de milhões de segurados, estando o custo do prêmio baseado na Infortunística e no acometimento da população em geral. Nesse contexto a Simulação vai representar uma onerosidade indevida, encarecendo o custo do prêmio e sobrecarregando reembolsos.

Com esses elementos estabelecidos, apresenta-se a atuação médica nas mais diversas especialidades da Medicina, destacando a importância, a ocorrência, os modos de utilização e as conseqüências do uso da Simulação em exames médicos para diversas finalidades, como a medicina preventiva, terapêutica, ocupacional, previdenciária, judicial e outras. Sempre de acordo com o levantamento bibliográfico realizado, de artigos científicos, revistas ou livros especializados, cujos autores serão indicados no texto e ao final, na Bibliografia.

Apresenta-se a Simulação nas variadas especialidades médicas, de acordo com a ocorrência, o modo de utilização e a finalidade, guardadas as características específicas de abrangência das entidades nosológicas da especialidade. E os recursos utilizados para auxiliar na detecção, sejam técnicas de exame físico estático ou dinâmico ou a solicitação de exames médicos complementares, nas suas mais variadas formas ou ainda a complementação com o auxílio de avaliação de especialista na área específica. Ressalte-se que, em virtude da finalidade visada pelo Simulador, o ganho secundário, há a ocorrência da Simulação, da Dissimulação ou da Metassimulação, conceitos que serão também abordados.

Torna-se importante ressaltar que, por muitas vezes, as especialidades médicas se imbricam, não só pelas características peculiares das doenças em si e sua especialidade, mas como consequência, evolução natural da doença e também pelo uso da Simulação, que pode desviar o enfoque da especialidade. O ser humano é único e organismo complexo e totalmente integrado. Uma doença não atinge apenas um ou mais órgãos, atinge-o por completo. As divisões que se fazem por Especialidades visam apenas uma metodização com vistas ao estudo e aprofundamento de doenças específicas, por grau de acometimento do todo.

Como um fecho para a apresentação do Tema, o *ganho secundário*, razão maior do uso da Simulação, nas diversas especialidades médicas abordadas. Sem ter a pretensão de caráter estatístico, que foge ao escopo do presente Trabalho, mas na forma de um levantamento conclusivo, de acordo com as citações realizadas pelos diversos autores do levantamento bibliográfico realizado. Apresenta-se o detalhamento de algumas doenças em suas

respectivas especialidades médicas onde a ocorrência da Simulação se mostra mais freqüente, mas sem caráter classificatório.

Com a Discussão, abrangendo todas as vertentes levantadas e as peculiaridades apresentadas em cada especialidade médica abordada, bem como às entidades nosológicas com suas particularidades intrínsecas com os relatos e estudos sobre a ocorrência da Simulação, quando e como ocorre.

Imiscuindo-se na Discussão, algumas conclusões do autor desse trabalho, tendo em vista o levantamento da literatura realizado, sua apreciação e a vivência pessoal ao longo da sua experiência profissional na área médica, que inclui a Medicina do Trabalho e a Perícia Médica trabalhista e a visão do tema Simulação também na área do Direito, por sua formação jurídica.

III. Definições e classificações

Por ser a Simulação um comportamento utilizado nos mais diferentes e amplos aspectos da vida cotidiana, serão abordados aqueles decorrentes do seu uso na prática médica, em suas abrangências gerais, bem como a sua eventual decorrência legal. Além desses, o Médico também atua profissionalmente sob a égide do Código de Ética Médica[5] , ao qual deve responder, assim como no campo de atuação da Perícia Médica, com as atribuições e responsabilidades do Médico Perito.

Por essa razão, será apresentada a definição numa abordagem jurídica e, posteriormente, situações-limite com que se depara a prática médica.

1. Classificação[6]

1. A Simulação pode ser:

2.1.1. absoluta

Não se reveste em prejuízo qualquer, consistindo em apenas uma imitação, brincadeira ou o ato didático. Não se quis praticar qualquer negócio jurídico e não houve consciência da vontade.

2.1.2. relativa

Modalidade de Simulação em que ocorre, ou pode ocorrer, qualquer prejuízo a terceiros. Há a realização de um negócio jurídico, porém mentiroso quanto ao seu conteúdo, para dissimular outro, com conseqüências jurídicas desejadas.

Ou ainda, quanto ao prejuízo a terceiros:

2.1.3. nocente

Modalidade de Simulação onde ocorre, ou pode ocorrer, prejuízo a terceiros.

2.1.4. inocente

Não ocorre danos a terceiros.

---

[5] Código de Ética Médica - https://www.cremesp.org.br acessado em 11.11.12

[6] Miranda, PFC Tratado de Direito privado. 3. ed. RJ - :Bosch, 1972. t.IV

2. Dissimulação

Na Dissimulação ocorre a ocultação intencional da verdade.

Na Simulação relativa há um negócio simulado, aquele que aparece é um ato dissimulado. O que efetivamente se quer, não aparece.

3. Metassimulação

A Metassimulação se caracteriza por um exagero, de algo que é, em si verdadeiro, mas não seria suficiente para a concretização de um negócio jurídico, sempre com o fim da obtenção de algum benefício de terceiros.

2. Caracterização, tipificação, utilização e consequências do uso da Simulação

1. é um dos defeitos dos negócios jurídicos. Consiste numa declaração de vontade distinta da vontade real, visando a fugir de obrigações ou imperativos legais, ou ainda a obtenção de algum ganho secundário**.**

Artigo 167 (Código Civil, 2002): *É nulo o negócio jurídico simulado, mas subsistirá o que se dissimulou, se válido na substância e na forma.*

Parágrafo I: Haverá simulação nos negócios jurídicos quando:
II – contiverem declaração, confissão, condição ou cláusula não verdadeira.

Tal nulidade será declarada judicialmente por sentença desconstitutiva, ou constitutiva-negativa.

No Direito brasileiro, os negócios jurídicos simulados são *nulos* desde a sua convenção, ou seja, *ex tunc*. Há a ocorrência tanto do *dolo, intenção de agir,* quanto da *má-fé*, que é dirigida a um terceiro e não à outra parte.

2. O uso da Simulação pode levar ao *Erro*, que é um vício no processo de formação da vontade, na forma de noção falsa ou imperfeita sobre alguma pessoa ou coisas. No Erro há uma defeituosa manifestação da vontade decorrente da má interpretação dos elementos e fatos da situação.

3. Por essa razão, o Erro é um dos vícios de consentimento dos negócios jurídicos. O Erro quando *substancial (*quanto à pessoa, objeto ou natureza do negócio pactuado), invalida e anula o ato jurídico. Já o Erro acidental ou incidental, dito *anulável*, é aquele que pode ser corrigido ou reparado, impedindo com isso que seja levado à invalidação. Apenas as partes envolvidas podem requerer a anulação judicialmente.

Uma das finalidades do levantamento bibliográfico para a elaboração desse trabalho de dissertação é ressaltar da literatura os momentos em que o médico está sujeito ao uso da Simulação, podendo ser levado ao Erro. Do seu Erro decorre da aceitação da Simulação como realidade, já entrando para o campo do ilícito.

Decorrente dessa conceituação, a atividade médica no relacionamento com o paciente, em havendo um Erro, seja por motivo do uso da Simulação que foi detectado ou mesmo por quaisquer outras razões, sempre podem ser reparados ou corrigidos, usualmente sem qualquer prejuízo. Entretanto, no âmbito pericial, na emissão de um laudo pericial, este se torna conclusivo e passa a seguir um rito processual, seja administrativo, cível ou criminal, cujas conclusões serão avaliadas por outro que não o médico, como é o caso do juiz em um processo judicial. No primeiro caso, sendo uma Simulação inocente, sem o envolvimento ou prejuízos de terceiros, ou mesmo feita de má-fé, com vistas a um ganho secundário, há a possibilidade da reparação e correção, pois ocorre dentro da relação médico-paciente. Por essa razão a Simulação em âmbito pericial se torna importante, pois pode conceder benefícios ou propiciar indenizações indevidamente.

3. Outras definições ou classificações

1. Em linguagem cotidiana e informal, Simulação significa *fazer outrem acreditar em algo como diverso daquele real e verdadeiro*.

2. Como definição jurídica, o Dicionário Aurélio[7] explicita:

Simulação (do Latim, *Simulatione)*

"Declaração enganosa da vontade, com o objetivo de produzir efeitos diferente daquele que nela se indica"

Como definição em Psicologia, no mesmo Dicionário Aurélio:

Simulação: "Imitação de uma perturbação somática ou psíquicas, com fins utilitários".

O termo "ganho secundário", inicialmente utilizado em meio psicanalítico passou a ser utilizado no meio médico e pericial em geral.

3. Na Classificação Internacional de Doenças, CID, revista em 1965, no capítulo "Sintomas e estados mal definidos", o

Código 796: *simulação de doença*

Na revisão realizada em 1975 passou a constar na "Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde", no

Código 2065.2/0 – "indivíduo simulando doença".

Na revisão de 1994[8], CID em vigor, encontra-se o

Código Z76 – "*Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias*", e

Z76/5 - "*pessoa fingindo ser doente*" (simulação consciente)

E também encontramos a Simulação no

Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais, sob o Código:

F 68-1

Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas.

4. A Organização Mundial de Saúde (OMS)[9] conceitua a Simulação como:

---

[7] Ferreira, ABH. O dicionário da língua portuguesa. 3. ed – RJ: Nova Fronteira, 1999

[8] CID-10 /OMS: . 4ª ed. SP: Ed. Da USP, 1997

[9] <http://www.who.int/classifications> acessado em 11.11.12

"A *produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por estress ou incentivos externos*".

Como *incentivos externos*, a OMS O conceitua o "ganho secundário": obtenção de vantagens práticas que podem ser alcançadas usando-se de um sintoma para manipular e/ou influenciar outras pessoas.[10]

O incentivo externo referido pela OMS para os esperados ganhos secundários visados quando do uso da Simulação, nas áreas de perícias médicas previdenciária, infortunística e securitária passaram a também se referir como Sinistrose e Indenizofilia[11]. Como será abordado posteriormente, a Sinistrose é um estado de expectativa negativista em relação à própria saúde, enquanto que na Indenizofilia o indivíduo acredita realmente estar doente e se fundamenta nessa doença, ou mais de uma, requerendo benefícios previdenciários, de indenizações ou aposentadoria.

Porém, a Simulação não é em si uma doença, e nem pode ser conceituada como um diagnóstico, mas um comportamento, utilizado como artifício, ferramenta, veículo, meio para atingir determinado fim. Quando exagerada é definida como Metassimulação. A sintomatologia referida existe, mas é aumentada, exagerada. Fávero[12] observa que *sua ocorrência pode estar vinculada à a irritação, ao espírito de vingança contra o ofensor ou à vontade de um repouso maior sem prejuízo com o ônus desse descanso. Quase sempre, contudo, o exagero seria motivado pelo fito de obter o máximo de indenização possível*. Em algumas situações periciais ocorre de, no momento presente não mais haver a sintomatologia alegada. Mas, como o paciente teve a sintomatologia no passado, conhece-a bem e alega a sua persistência até o momento da avaliação. Tal situação ocorre quando o trabalhador encontra-se afastado do trabalho ou declarado como invalidez temporária e deseja permanecer nessa

[10] Bertolote, JM. (Org.). Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental . RGS: Artes Médicas, 1997. 184p.
[11] Alcântara, HR. Perícia médica judicial. At. por GV de França (Coord.). 2 ed. RJ: G.Koogan, 2006. 483p.
[12] Fávero, F. Medicina legal: introdução ao estudo da medicina legal, identidade, traumatologia. 12 ed. Belo Horizonte : Villa Rica, 1991. 1150 p.

condição, muito embora tenha sido tratado e curado, ou a própria doença evolui para a cura espontânea, em razão do repouso laborativo.

A Simulação é fácil de definir, difícil de detectar e muito dispendiosa para qualquer sistema de saúde.[13]

4– A Simulação e a fraude

Tendo em vista o aspecto abordado nesse Trabalho, da utilização da Simulação na prática médica, torna-se necessário apresentar alguns outros conceitos jurídicos

1. Fraude

Art. 171 – Código Penal - *Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.*

Num sentido amplo, uma fraude é um recurso criado para obter ganhos pessoais, apesar de ter, juridicamente, outros significados legais mais específicos. Muitos negócios jurídicos são fraudulentos, objetivando sempre algum ganho secundário geralmente da outra parte, mas há os que objetivam terceiros. Para que se complete a Fraude, faz-se necessário, nos casos estudados neste Trabalho, que a Simulação obtenha êxito, que o Médico aceite ou não se aperceba da sua utilização. Só assim, pode-se afirmar que houve Fraude no negócio jurídico denominado *exame médico*. A Simulação em si, isoladamente, não se constitui fraude. O seu objetivo de ganho secundário sempre é em relação a terceiros e nunca em relação à outra parte, nesse caso, o médico, que foi utilizado como meio para a consecução de objetivos, pois será ele quem emitirá um diagnóstico, laudo ou parecer pericial e o benefício secundário virá da Previdência Social ou da seguradora.

[13] Zarkowski, P. J. Clin Neurophysiol; 24(5): 413-8, 2007 Oct - “Malingering is easy to define, difficult to detect, and very costly for any health care system”.

Na Simulação, o agente procura iludir o outro, dentro dos preceitos legais. Na Fraude, o agente tem a mesma pretensão, apenas que contornando ou fugindo da lei estabelecida.

2. Falsidade ideológica

A modificação de documentos oficiais, tais como relatórios médicos, resultados de exames complementares ou outros, não se pode estabelecer como Simulação, mas são sim, juridicamente outro tipo de ilícito, a Falsidade Ideológica, como prescrito no
Artigo 299 do Código Penal*: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante*.

Em Medicina Legal, a modificação do local do crime, não se constitui Simulação, mas em *obstrução à Justiça*[14]: *Não se trata de preciosismo de linguagem, mas, de uma definição não-técnica como "fazer parecer o que não é". Nesse caso não parece tratar-se de "Simulação", mas simplesmente de um crime de modificar uma cena de crime, o que pode ser interpretado como "obstrução da Justiça". É de maneira semelhante o que ocorre com a fraude, que é o próprio crime e não a Simulação que pode ter levado ou facilitado o crime em si.*

A Simulação e a Fraude são conceitos tão estreitamente ligados, que pode até levar ao cometimento de enganos conceituais, como o que se observa: *"a simulação é uma fraude consciente e premeditada que consiste em provocar, imitar ou exagerar transtornos mórbidos subjetivos ou objetivos com finalidades de interesse (...) O simulador se apresenta ao médico com uma lesão autêntica determinada intencionalmente, algumas de natureza mutiladora exibindo sequelas anatômicas e funcionais definitivas*.[15] . A Simulação não *é* uma fraude, mas um comportamento utilizado pelo agente. Caso tal comportamento seja aceito pela

[14] Ribeiro PP, Amaral JH. O Exame do local de morte – ETIC. Vol. 4, No 4 (2008)
[15] Camargo , RMC. Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado. Rio de Janeiro: Fenaseg, 1991.

outra parte, no caso do presente levantamento bibliográfico, o médico examinador, constitui-se então a Fraude.

Tal diferenciação se aplica também quando um paciente ou periciando apresenta resultados de exames adulterados, com vistas à obtenção de reforço às suas alegações na sintomatologia. A Simulação pode ou não estar contida nas alegações, mas a adulteração de exames se constitui em Falsidade Ideológica, extrapolando a competência médica para averiguação, avaliação, análise e decisão acerca da autenticidade do documento.

A apresentação de um documento falso ou adulterado pode ser considerado como o *Iter Criminis* para a consecução de uma fraude. Em suas três fases, a cogitação em si, por ser uma condição mental, não pode ser criminalizada. A realização da conduta, a segunda fase, é tanto a apresentação do documento falso como a Simulação da sintomatologia. Nesse momento, havendo a aceitação do médico da situação de Simulação como sendo um ato de verdade, está se caracterizando a Fraude[16]. Cuja ocorrência decorrerá da não-detecção da Simulação por parte do médico examinador. Nesse contexto passa a ser conivente e coautor pela negligência na conferência insuficiente da documentação e por não ter percebido e declarado a percepção da Simulação. Por essa razão será ressaltada a importância da Anamnese e do Exame Físico nos tópicos pertinentes.

[16] Nucci, Guilherme de Souza.- Manual de Direito Penal. Parte Geral, Parte Especial 4ª.ed.: São Paulo- Revista dos Tribunais , 2008, p.190.

IV - A importância da Simulação

1. As áreas de conhecimento da Medicina e do Direito

Por serem universalidades de conhecimentos científicos distintos, tanto a Medicina quanto o Direito têm o seu enfoque de ciência específica. Os profissionais que atuam nessas áreas aprofundam seus conhecimentos também distintamente. Ao se depararem com o assunto Simulação em exames médicos periciais com as suas conseqüências jurídicas, cada qual terá a sua visão específica, dado que a imensa maioria daqueles profissionais não têm formação e vivência em Medicina e Direito cumulativamente, dado à própria maneira de desenvolvimento das ciências, sempre como uma especialização e não como os fatos ocorrem, em amplitude de facetas e aspectos.

Esse fato é um empecilho para o entendimento e o estudo da Simulação. As *normas* sobre ela estão estabelecidas dentro da abrangência do universo jurídico de conhecimento, enquanto que o seu *suporte fático*, a sua ocorrência na prática médica, dentro da abrangência do universo médico de conhecimento, nas mais diferentes especialidades, como trabalhista, securitário, previdenciário, além dos campos de Direito Civil e Direito Penal.

Por essa razão a apresentação dos aspectos jurídicos nessa revisão de literatura sobre Simulação são comparativamente em menor número do que aqueles trabalhos científicos pesquisados na área Médica. A Norma ou a Lei vai abranger grande quantidade de fatos *in concreto*, ocorridos na realidade médica.

2. A Medicina Pericial

Os médicos têm um certo desconforto ao tratar do assunto, seja pelo próprio domínio incompleto a respeito e também por ser artifício muito subjetivo e de difícil manuseio[17].

[17] Menezes JSR; Paulino, NJA . Sobre acidente do trabalho, incapacidade e invalidez. SP: LTr, 2002.

A literatura sobre o tema é algo que truncada, dificultando a pesquisa bibliográfica acadêmica. Por se tratar de um artifício utilizado com uma intenção ulterior, a Simulação está presente em grande parte de artigos, dissertações e teses. Porém, como um evento possível e pesquisado, não como tema. Exemplificando, na pesquisa bibliográfica para a realização desta Dissertação, foi consultado o endereço eletrônico da ANAMT – Associação Nacional de Médicos[18]. Sua Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, nº 1, volume 2 (de Out/Dezembro 2003) lista todas as Teses de Doutorado ou dissertações de Mestrado, na sua abrangência de especialidade, desde 1957 até 2002. O resultado para o tema "Simulação" resultou em "negativo". Porém, ao serem consultados vários outros temas, sempre aparece imbricada neles, de forma complementar, como sendo quase um apêndice, com pouco destaque e estudo.

A Perícia Médica é um ato médico no âmbito da Medicina Legal, cuja ciência no âmbito jurídico recebe a denominação de Medicina forense. Tal ciência se constitui em uma nebulosa, por ser limítrofe, intersecção entre os universos de conhecimento da Medicina e do Direito.

Ambas ciências, na realização do estudo de seus objetos específicos, elaboram conceitos apropriando-se obviamente de verbetes da língua portuguesa, dando-lhes cunho específico, válidos dentro daquele universo de conhecimento em particular. Por ser a Medicina legal uma área de conhecimento de confluência entre a Medicina e o Direito, por vezes tais conceitos eventualmente adquirem caráter de significados diametralmente opostos, conflitantes, quando não, diferentes. Tal dificuldade se apresenta no estudo da Simulação em Perícia médica.

A situação em si do uso da Simulação constitui-se em uma situação complexa, em no que tange ao relacionamento médico-paciente. "*A areia movediça das ciências e das verdades cientificas também torna muito flexível a*

[18] <www.anamt.org.br > – consulta em 02.11.2012)

fronteira entre o certo e o errado, fazendo predominar mais a dúvida do que a certeza".[19]

Dificuldade que se torna atenuada na prática médica, em virtude do médico ser o único profissional envolvido, seja em relação ao Exame clínico geral, no diagnóstico e conduta terapêutica. Atuando conforme os ditames da Medicina e sua vasta literatura, o poder recorrer à execução de exames complementares a fim de auxiliar na ponderação de hipóteses diagnósticas, a própria continuidade do atendimento permite, caso seja detectada a Simulação, modificações, seja na conclusão final de exames, do diagnóstico e também da terapêutica aplicada. Ou seja, o médico, diante da constatação do uso da Simulação pode mudar a sua conduta a qualquer tempo, dentro do período de acompanhamento do paciente.

No caso do Perito, por atuar no âmbito jurídico, e como tal um *auxiliar na aplicação da Justiça*, a sua atuação se finda na elaboração do Laudo, com o respectivo diagnóstico e parecer. No âmbito judicial "*o médico não tem a palavra final, como é o usual em sua profissão, quando de um parecer judicial*" [20]

Será nesse momento crucial onde interferirá a linguagem utilizada nas distintas Ciências, ainda mais complicada por não se tratar o Laudo de elemento constituinte único, definitivo e definidor de uma situação Jurídica, decorrente da Simulação. O Laudo apenas constitui-se em elemento aditivo de prova requisitado por um magistrado, com o fim de compor o seu raciocínio de convencimento, fundado em conceitos diversos, inclusive na própria expressão lingüística. O médico nesse contexto perde o domínio de todo o processo, para ser apenas um *auxiliar da Justiça*, com restrita limitação de prerrogativas, conforme determina o Código de Processo Civil ,

Art. 139: *São auxiliares do juízo... o perito.*

Em termos previdenciários, o INSS possui um Manual de Perícia que procura corrigir esse empecilho, orientando o médico-perito na linguagem a ser

---

[19] Teixeira, SF. Direito e Medicina: aspectos jurídicos da medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 256.
[20] Hill MM – Medicine and the Law. The Lancet. Nov. 1957 . pg 943

utilizada no Laudo Pericial para que sejam evitados o confronto eventual entre conceitos médicos e jurídicos.

3 - A importância medida pela frequência

As ausências ao trabalho por doença representam impacto, seja na produtividade quanto nos gastos representados pela empresa e pelo país como um todo, afetando inclusive os levantamentos realizados, tendo em vista as futuras dotações orçamentárias para a Saúde. Trabalho de levantamento realizado[21] no México conclui que mais de 65 milhões de dias de ausências, em um único ano, por doenças gerais e também àquelas decorrentes do trabalho, a um custo de cerca de um bilhão de dólares. Considerando-se a alta incidência da Simulação, especialmente quando se aborda a perícia previdenciária, o autor infere o prejuízo e as repercussões às empresas e ao país[22] relatando sobre a força-trabalhadora no México, correlacionando os custos econômicos decorrentes de injustificados atestados de afastamento do trabalho, incluindo nesses o uso reiterado de Simulação, objetivando meramente a falta ao trabalho ou mesmo o afastamento mais prolongado ao trabalho, sem perder a remuneração.

O mesmo ocorre com o número de pessoas sofrendo disfunções mentais, que vem crescendo muito nos últimos anos e décadas, principalmente entre a força jovem de trabalho. Entre os que apresentam disfunções mentais e somáticas, decorrentes ou não do trabalho, são os mais freqüentes entre aqueles que recebem remuneração da previdência social. Uma das razões de tal incremento acredita-se ser a subjetividade das queixas e sintomas, dificultando em muito a detecção da Simulação, devido ao fato de que a averiguação da origem de tais sinais e sintomas são geralmente indetectáveis aos exames médicos complementares, permanecendo restrita ao exame médico, nem sempre acurado como poderia e deveria ser[23].

---

[21] Echevarria-Zuno S. Sickness absence certification from the medical perspective. Rev.Med.Inst.Mex.Seguro Soc. Set.Out/2009, 47 (5):565-74.
[22] Constantino-Casas P. Prescription of temporal disability certificates in workers attending to IMSS from the perspective of health economy. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.May-Jun/2007, 45(3):290.
[23] Rymaszewska J . Incapacity for work and disability pensions in persons with mental disorders. Psychiatr Pol. Mar-Apr/2007;41(2):171-80.

Também na Grã-Bretanha se observa um dramático aumento nos benefícios previdenciários governamentais pagos ao trabalhador por disfunções mentais isoladas ou somatizadas. E, sempre, nesses casos, aventa-se a possibilidade de ocorrer exagero nos sintomas (metassimulação) ou mesmo até a alegação de sintomas não existentes.[24]

Nos EUA constatou-se que entre aqueles indivíduos com algum tipo de disfunção mental, os que trabalham é quem mais procuram o serviços de benefício social. Atribuem isso a provável melhor acesso ao conhecimento dos requisitos para concessão de incapacidade, aumentando com isso a possibilidade de algum recurso para forçar a concessão, como o uso da Simulação.[25] A concessão de benefícios previdenciários entre portadores de alguma disfunção psiquiátrica e, concomitantemente dependente do álcool e usuários de drogas ilícitas, tais como cocaína e heroína, também passaram a ocupar relevante importância em número e valores dispendidos, em estudos realizados nos EUA.[26]

As avaliações médicas para a concessão dos benefícios passam então a ter maior subjetividade, dada a cumulatividade das queixas e sintomas, aumentando assim a possibilidade da invenção (simulação), uso de exageros (metassimulação) ou ainda a alegação de sintomas e sinais ocorridos apenas no passados, mas como sendo presentes, com a finalidade de reforçar a intenção de um ganho secundário.[27]

Situação médica que vem apresentando também grande aumento refere-se ao Stress pós-trauma, assunto estudado por muitos cientistas e pesquisadores, dado a sua frequência e também a importância que assume em termos de benefício previdenciário e também no aspecto securitário. Particularmente nos EUA, aos *veteranos de guerra* são atribuídos um sem número de casos porque vivenciaram , experimentando algum tipo de stress ou trauma decorrente de

---

[24] Moncrieff J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. J Public Health Med. Mar/2000;22(1):59-67.

[25] *Bilder S. Navigating the disability process: persons with mental disorders applying for and receiving disability benefits. Milbank Quarterly. Vol 81, Issue 1, march 2003, pgs 75-106*

[26] Kouzis, AC. Psychopathology and the initiation of disability payments. Psychiatr Serv. 2000 Jul;51(7):908-13.

[27] Stein MD. Receipt of disability payments by substance users: mental and physical health correlates. American Journal Addict Mar-Apr/2006;15(2):160-5.

atuação em campos de batalha. Desses casos, a maioria recheado de ações sabidamente fantasiosas, constituindo-se em uma Simulação *inocente*, sem qualquer prejuízo a terceiros. Nesses casos, o *ganho secundário*, se é que se possa assim tachar, seria o de se mostrar herói e defensor da Pátria.

Porem, em muitos outros casos, detecta-se a finalidade da obtenção de indenizações ou mesmo os benefícios previdenciários, especialmente no que se refere a doenças psiquiátricas, por sua dificuldade na detecção e mesmo diagnóstico.[28, 29]. Fato a ser ressaltado é que, anteriormente ao serviço militar prestado, o indivíduo não apresentava quaisquer queixas ou sintomas no que se refere às desordens mentais ou psiquiátricas. [30, 31]. Esse fato reforça ainda mais a queixa de que as desordens e sintomas apresentados são efetivamente decorrentes do período de prestação de serviços militares em guerra.

Por essa apresentação de alguns trabalhos, pode-se dimensionar o custo que as doenças apresentadas representam ao País, em termos financeiros e de redução na produtividade geral, inclusive pelo seu grande incremento, ano a ano. E também por acometer faixas etárias inferiores, justamente a força de trabalho da população economicamente ativa. Por serem números constitutivos do efetivo gasto e do provisionamento para o ano seguinte, pode-se avaliar também como fator importante de decisão, pois sabidamente a redução nos números de Simulação, sempre encontrados elevados, demonstraria uma retratação mais fiel e verídica da efetiva incidência daquelas afecções e possibilitaria uma melhor redistribuição de recursos voltados à Saúde e à Previdência Social.

Serão avaliadas nas diversas especialidades médicas a incidência e as formas de apresentação da Simulação, bem como o visado *ganho secundário*.

---

[28] Christopher Frueh BB. Fraudulent Claims of Combat Status in the VA? Pstchiatric Services. March/2000 Vol. 53 No. 3

[29] Oboler S: Disability evaluations under the Department of Veterans Affairs. Rating and Disability Evaluation. Rondinelli. Philadelphia, Saunders, 2000

[30] Laramie JA. Post-traumatic stress disorder at the end of life. Home Healthc Nurse. 2007 May/2007; 25(5):293-8.

[31] Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. American J Psychiatry. April/2006;163(4):586-93.

V – Modos e meios de tentativas de Simulação

1 - Modos

Como já visto e definido, a Simulação pode se apresentar nas formas:

1 – Simulação propriamente dita – o indivíduo apresenta o que não é, o não-existente como existente, uma criação ou invenção.

2 – Dissimulação – o indivíduo oculta o que realmente sente ou é.

3 – Metassimulação – o indivíduo relata ou reage com exagero em relação a uma situação, sinal ou sintoma. Nessa modalidade de Simulação consegue-se ainda detectar a metassimulação apresentadas de duas maneiras:

1 – Mais próxima da realidade: quando o paciente relata um sintoma já existente anteriormente e que no presente já não se apresenta tão intenso e ele reforça a sua importância, por meio do exagero.

2 – grosseira – o relato do sintoma é visivelmente descrito por meio de o paciente ou periciado ter "aprendido" ou 'ouvido falar" de tal sintoma e que, relatando-o, viria a obter o ganho secundário pretendido. Certamente essa é a maneira mais facilmente detectável de Simulação. Entretanto, ainda na dependência da capacidade de convencimento e do potencial de teatralidade do examinando para atingir o seu intento. Há quem descreva tal comportamento como Hiper-simulação.

Em relação ao médico examinador, tanto maior será o sucesso na tentativa da Simulação quanto menos ele esteja realmente atento a essa possibilidade. Ou ainda, no pior dos casos, quando não domine com suficiência a doença em questão, fazendo-se facilmente ludibriável. Flamínio Fávero[32] afirma que "*... o uso da Simulação é uma luta desonesta pela vida, fazendo concorrência à luta honesta*".

[32] Fávero, F. Medicina Legal. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991

Em relação aos eventos encontrados em Medicina, seja na Literatura Médica ou constatados durante um acurado exame médico, podem-se destacar principalmente alguns que, por sua subjetividade, são mais encontradiços na rotina diária de exame de pacientes e periciandos:

2 – Meios mais utilizados

1 - A dor

A dor pode ser localizada ou não localizável; uni ou bilateral; pode acometer um segmento ou local específico ou mesmo todo o corpo; pode ser específica ou acompanhar trajeto anatômico de nervos; pode ser contínua ou intermitente; pode melhorar ou piorar, desaparecer ou aparecer, com alguma circunstância externa, interna ou determinados movimentos. Pode ser superficial ou profunda; e tantas outras maneiras de localização. Ainda se pode falar em caráter da dor, sua evolução no tempo, sua suportabilidade, sazonalidade e outras referências.

A descrição da dor feita pelo paciente geralmente é por analogia, tais como pontada, fisgada, facada, aperto, peso e muitas outras. Em um país continental como o Brasil, pela diversidade cultural e de costumes, há locais que elaboram um "dicionário" de termos médicos utilizados pelos leigos, pacientes ou periciandos, dado que o vocabulário utilizado é tão regional e com neologismos que passa a ser ininteligível para um médico oriundo de fora dessa região.

Por ser de extrema subjetividade, ter ainda como complicador a situação em que mais de uma espécie se intercale ou potencialize, a dor é o meio mais utilizado para, em sua descrição, o periciando acrescentar alguma espécie ou grau de Simulação[33].

A dor, por sua própria característica essencial faz parte da grande maioria das doenças aqui estudadas. Por isso, serão apresentadas com suas

[33] Maranhão, OR. Curso básico de Medicina Legal. 8.ed. rev. e ampl. SP: Malheiros, 2000.

particularidades nos itens de cada especialidade isoladamente, decorrentes ou em conjunto.

2 - A impotência funcional

A Incapacidade está bastante relacionada com a infortunística, acidentes do trabalho e benefícios previdenciários.

A perda de membros ou de sua função, a perda total ou parcial de uma habilidade, a redução na capacidade de executar tarefas, seja ocupacional ou fora do ambiente do trabalho, são sempre condições em que, em alguma medida, o paciente ou periciando pode se utilizar de alguma forma de Simulação, sendo em muitas vezes, indetectáveis, mesmo com a realização de exames complementares.

Em item posterior, sobre a Perícia Médica, ocupacional, previdenciária ou judicial os elementos da Incapacidade serão mais detalhadamente apresentados.

3 – Sintomatologia psiquiátrica

As disfunções mentais ou psicológicas podem ser originárias dessa condição ou mesmo decorrentes de outros acometimentos, tais como acidentes; pós-trauma por guerras, conflitos, violências físicas e/ou psicológicas. Em nosso meio, mais comum são os pós–trauma em virtude de assalto à mão armada, sequestro, tentativa ou estupro propriamente dito, violência doméstica; doenças crônicas; por situações da vida, como a perda de entes queridos ou outras perdas, e tantas outras situações que, de alguma maneira afetem o indivíduo de maneira significativa, em termos mentais ou psicológicos.

Na Psiquiatria como especialidade médica, que será abordada em item posterior, há uma gama extensa de modos de expressão do acometimento do mundo mental, podendo até serem agrupadas em doenças específicas. Porém, em muitas outras, são sintomas esparsos e inespecíficos, impossibilitando a elaboração de um “diagnóstico” específico.

Dessa maneira, os sinais apresentados, os sintomas relatados dão margem a um vasto espectro de expressão, o que, em certas condições, possibilitam a utilização da Simulação. O ganho secundário, por vezes, consiste na tentativa inocente, sem prejuízos de terceiros, de chamar a atenção, de parecer doente ou "mais" doente, da tentativa de conseguir receituário controlado de medicamentos que causam alguma forma dependência física ou psíquica. Já em outras oportunidades, o ganho secundário se reveste de caráter econômico, tais como indenizações, afastamentos do trabalho ou pensões previdenciárias[34]. Ou ainda em situações onde ambos os ganhos secundários são visados.

Camargo[35]: "*a forma mais freqüente da simulação é o seu exagero, a Metassimulação, onde o indivíduo procura aproveitar ao máximo as conseqüências da doença ou acidente, exagerando a importância dos transtornos ou sequelas, geralmente de ordem subjetiva*".

Autores na língua inglesa se utilizam do termo *Malingering* para definir toda Simulação ocorrida na área médica com má-fé, com o objetivo de ganho secundário, com o envolvimento patrimonial ou financeiro, como ocorre nas áreas ocupacionais, trabalhistas, previdenciárias, securitárias ou de responsabilidade civil. Outro termo, *Malingering by proxy*, cuja tradução mais aproximada é a "má-fé por procuração", quando há terceiros envolvidos na busca do ganho secundário. Pais que buscam medicação de uso controlado (para a criança) para uso próprio, afastamentos do trabalho para cuidar do paciente, aposentadoria por invalidez ou indenizações securitárias[36].

---

[34] Almeida ABJ. Lições de medicina legal. 21 ed. SP: Editora Nacional, 1996.
[35] Camargo, RMC. Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no segura privado. RJ: Fenaseg, 1991. 365p
[36] Chafetz M. A case of malingering by proxy in a Social Security disability psychological consultative examination. Clin Neuropsycholo. 200 May; 22(3): 529-46

VI - A legislação

Honeste vivere neminem laedere suum cuique tribuere[37]. Brocardo latino de um dos pilares do Direito. *Viver honestamente, não ofender ninguém e dar a cada um o que lhe é direito*. A Simulação representa exatamente um comportamento que pode invadir direito alheio. Seja pela sua utilização, por parte do simulador, paciente ou periciando, com a aceitação dela por parte do médico examinador. Devido a isso, apresenta-se aqui a legislação que envolve tanto a Simulação quanto aspectos da atividade médica em que ela é usada como um artifício, ferramenta, instrumento para influir no convencimento médico em seu favor.

O conhecimento da Simulação aplicada ao Exame Médico é de suma importância para a realização de uma boa Medicina. Isso porque o Médico em sua lida diária vai se deparar com sinais e sintomas diversos, das mais diversas doenças. Em meio a essa profusão de informes poderá haver a Simulação, para a qual ele deve estar atento. Há uma ampla gama de disfunções psicológicas e psiquiátricas onde o componente Simulação faz parte intrínseca do quadro, quando o paciente a utiliza, mesmo sem a percepção de qualquer ganho secundário, apenas atendendo a um desejo interno, intrínseco à doença de parecer doente, ou mais doente. Porém, importante ressaltar que, dentre aquelas informações obtidas, ocorrerão situações em que é muito tênue a linha que demarca um dado real e verdadeiro ou outro, não-verdadeiro ou falso. E o raciocínio médico, que pende entre os extremos opostos de saúde ou doença frequentemente irá se deparar com a Simulação, recurso de comportamento que tem a intenção de fazer pender esse raciocínio para a condição que melhor atenda as necessidades do paciente, levando o médico ao engano e ao erro.

O Médico atua com as prerrogativas concedidas quando da sua colação de grau em Medicina. Tais prerrogativas dão-lhe certo grau de autonomia de decisões, no que concerne à relação médico-paciente, seja preventiva, terapêutica e inclusive de modo invasivo, como as cirurgias, quando a vida humana em muitas ocasiões depende de sua atuação e decisões. Por essas

[37] Napoleão MA, Gramática latina. 23ª ed. SP; Ed. Saraiva, 1990

razões, quando há observância do uso da Simulação praticado por determinado paciente que se encontra aos seus cuidados, o Médico tem condições de enfrentá-la, de contorná-la, resolvê-la de alguma maneira, dentro de suas prerrogativas de função. Já o mesmo não ocorre no caso pericial, seja ocupacional, previdenciário ou judicial. Nesses casos, o seu parecer e diagnóstico, vão se encerrar em um Laudo. Tal Laudo vai seguir um processamento e estará fora de seu poder de atuação e sob julgamento alheio a ele. E é nesse contexto que a Simulação vai se revestir de maior importância, quando objetivar ganho secundário.

A relação médico-paciente desenrola-se em um campo complexo e dinâmico, entre os quais se ressalta o psicossocial, econômico e o jurídico. O paciente ou periciando não pode ser dissociado do contexto em que vive, de onde pode decorrer situações em que se sinta na condição de mentir ou omitir, para preservar ou conseguir benefícios.[38]

Por essa razão, existe uma série de leis e normas a definir e restringir a atuação Médica, seus limites e consequências.

1. A Constituição Federal

Apesar da ênfase na busca por modos e meios de detectar o uso da Simulação, Médico não pode agir como se tudo o que lhe é apresentado por um paciente como sendo *possivelmente falso*. Ou, ao menos, agir assim, mas externando uma posição de receptividade às informações, de modo passivo, sem externar qualquer questionamento quanto à veracidade do que está sendo informado pelo paciente. Não é e nem deve ser apenas esse o intento do Médico, ao se aprofundar no estudo desse tema tão importante, pela sutileza como ele se apresenta. Das informações obtidas, dentre elas a Simulação, o que se espera é uma postura profissional de imparcialidade e sem o seu envolvimento emocional, de foro íntimo ou julgamento de valor. Um comportamento de quem espera que todas as informações recebidas sejam verdadeiras, a princípio.

[38] Bloon, S. The Doctor and his patient New York, The Free Press, 1965

A Constituição Federal , em seu
artigo V, inciso LVII – "*ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória*" -,

princípio que declara a *presunção de inocência*. Decorre disso que, a princípio, todas as alegações do paciente devem ser consideradas reais e verdadeiras. A possibilidade do uso da Simulação vai decorrer de todo o contexto que envolve o paciente, sua vida e sua doença, e a percepção de ganho secundário, em suas declarações, comportamento e relato de sintomas.

2. O Código de Processo Civil

Por essa razão, dentre todo um arsenal de recursos que o Médico dispõe para a elaboração diagnóstica, o exato conhecimento da Simulação e a sua exata detecção quando de um Exame Médico torna-se de crucial importância. O Médico, ao aventar a hipótese e alegar Simulação, estará afirmando algo contrário ao que o paciente alega, cabendo ao Médico o ônus da prova, conforme preconiza o Código de Processo Civil, em seu
artigo 333:

> *O ônus da prova incumbe: I – ao Autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito*".

Como se trata de uma contra-alegação, uma contestação ou uma negativa em aceitar o alegado pelo paciente, por considerá-la Simulação, deverá então o Médico comprovar as suas alegações. E a comprovação em muitas vezes será constituída tão-somente de fundamentação na literatura médica, principalmente naquelas doenças cujo diagnóstico ainda não existem exames complementares ou equipamentos capazes de demonstrar ou dar condições de correlacionar uma alegada doença com seus sinais e sintomas, dada a sua subjetividade.

Por essa razão restará em defesa do Médico apenas o conhecimento Médico acumulado ao longo de anos de prática e principalmente da literatura médica. Esse é o escopo do presente trabalho de levantamento bibliográfico,

compilando, nas mais diversas especialidades médicas, a ocorrência de situações que possam levar à Simulação por parte do paciente ou periciando. No exercício da Medicina, caso ainda não conte com vivências que constituirão a sua própria experiência, deverá estar a par da experiência alheia, acumulada na literatura médica. E um estudo sobre a frequência da sua utilização será de valia para alertar o médico sobre a possibilidade e a freência do seu uso.

Determina a legislação ainda que o parecer médico em uma demanda judicial não terá o condão de elucidar o caso por completo. O médico, portanto, não tem a palavra final, como é o usual em sua profissão, quando de um parecer judicial.[39] Por isso, cabe a ele em seu Laudo, fundamentar a suspeita por meio de dados de anamnese, resultados de exames físicos e complementares e o relato de literatura médica sobre o assunto. A suspeita de Simulação, portanto deve ser assim descrita e não no modo de Diagnóstico. Caberá ao Juiz, em casos judiciais, a aceitação ou não do que foi alegado pelo Médico. Como estabelecido no Código de Processo Civil, em seu
Artigo 436: "*o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos*.

O Juiz poderá questionar o Parecer, submetê-lo à apreciação de um outro Perito ou mesmo recusá-lo e rejeitá-lo em sua formação de convicção. O Laudo médico precisa fornecer elementos que indiquem a possibilidade da Simulação, tornando-se essa informação mais um dos elementos a compor o convencimento racional do Juiz. Portanto, não pode existir um "diagnóstico de Simulação", mas uma afirmação em sentido contrário, negando o nexo de causalidade entre os sintomas declarados e os achados de exames físicos e complementares, citando literatura médica, fundamentando o seu Parecer.

A Simulação adquire também importância diante de doenças decorrentes do *modus vivendi* atual, como o stress, sedentarismo, hábitos alimentares e tantos outros. Poderá ocorrer o relato sintomatologia, porém vaga e

[39] Hill, MM - The Lancet - Medicine and the Law – nov 9, 1957 pg 943

imprecisa, colocando o Médico no impasse entre a Simulação e um dado real e verdadeiro. A simples menção e reforço de uma determinada sintomatologia colocará o Médico diante da situação de ocorrer a Simulação, neste caso, definida como Metassimulação. O *stress* é uma doença com sintomatologia subjetiva e que não encontra base anatomo-fisiológica, além de abranger diversos órgãos e funções, inclusive no aspecto mental e psicológico, podendo conduzir à suspeita de Simulação mesmo não sendo.

As relações profissionais e de trabalho são fonte de stres e podem originar um sem-número de entidades nosológicas. Por vezes, como nos casos de situações na relação profissional, cujo único fato concreto é a declaração do empregado ou paciente. A título de exemplo, o CID-10[3]

Z56.2 – "Ameaça de perda do emprego".

O mercado de trabalho é agressivo e competitivo. Essa situação social e profissional de certa maneira induz o empregado ao uso da Simulação, em casos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e até em casos de demissão sem justa causa. O receio da perda do emprego e as dificuldades de conseguir uma nova colocação levam-no a se utilizar da Simulação de sintomas, na tentativa de manter o benefício ou o emprego. Estará assim o médico diante da situação de raciocinar entre a assunção daquilo que foi declarado, rumando então o seu diagnóstico em uma direção. Ou detectando a Simulação, certamente tomará outro rumo, com conseqüências diferentes em relação ao paciente, em seus direitos e obrigações.

Ainda outras doenças cujos diagnósticos eram obscuros ou inexistentes e que se tornaram possíveis com os avanços da Medicina. Nesse e em outros casos, uma rica alegação de sintomas não encontra respaldo na correlação clínica, seja num Exame Físico mesmo mais acurado ou exames complementares, mesmo os mais sofisticados. E, mais acuradamente, não há um nexo causal, entre o alegado pelo paciente ou periciando e o observado pelo médico e ainda resultados de exames complementares.

Além do relatado sobre o *stress*, pode-se exemplificar com as doenças mentais, cuja conceituação e tratamento cabem à Psiquiatria e seu exato diagnóstico demanda grande experiência e mesmo assim sujeito a interpretações diversas. Como a avaliação da dor, com dados imprecisos, subjetivos e de extrema dificuldade de mensuração. Nessa área tão ampla, cujos sintomas são fortemente subjetivos e não-detectáveis, a utilização da Simulação é freqüente e também de difícil detecção, por parte do Médico.

3 – O Código Penal

O conhecimento sobre o uso da Simulação reveste-se de vital importância para o médico em sua vida profissional. Pois, em termos de responsabilidade civil ou criminal ele deverá responder, caso ela ocorra. Seja quando há a Simulação e o Médico não a detecta, devendo responder aos interessados em demonstrar a sua existência, como é o caso de Seguros, quando então poderá ser responsabilizado por Imperícia, conforme o Código Penal Brasileiro, em seu

artigo 18: Diz-se o crime:

I I – *culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.*

Ou seja, ser-lhe-á imputado o ônus da ignorância dos conhecimentos básicos para o exercício da Medicina, ao exercê-la sem ter conhecimentos e habilidade técnica para a emanação de um diagnóstico ou o reconhecimento de um sintoma como pertencente ao quadro sintomatológico de determinada doença. Nesse caso, o Médico alegou haver Simulação, quando a parte interessada comprova a existência de alguma doença que embase a ocorrência do sintoma alegado. Houve o Erro médico, causado pelo desconhecimento dos componentes de determinada doença, o que não lhe é permitido. Quando permanecem dúvidas em doenças que fogem a sua especialidade, deve o médico recorrer ao parecer e Laudo de especialista na área, bem como com os exames complementares.

No que concerne ao paciente, este poderá se voltar contra o Médico judicialmente, buscando ter seus interesses juridicamente protegidos, quando o Médico alegou Simulação e ela não existia, havendo a existência real de uma patologia, desconsiderada por ele.

Pode ocorrer também de ser responsabilizado por:

Negligência: *é a inércia psíquica, a indiferença do agente que, podendo tomar as devidas cautelas exigíveis, não o faz por displicência, relaxamento ou preguiça mental.*

Nesse caso o Médico foi induzido ao Erro de julgamento e decisão. Por exclusiva culpa sua, deixou de afirmar algo que tinha conhecimento e condições de diagnosticar, optando por considerar os sintomas apresentados e simulados, assumindo-os como verdadeiros e reais. Muito embora a Simulação não possa ser estabelecida como um diagnóstico, deve o médico relatar em Prontuário médico ou Laudo Pericial todas as suas informações colhidas em anamnese, exames físico e complementares.

Artigo 171 – Estelionato: "*obter para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento*".

A fraude é cometida pelo paciente para a obtenção de *vantagem ilícita, mediante o artifício* da Simulação, em conivência com o médico, caso este não se tenha cercado de todas as precauções e procedimentos visando à detecção do uso da Simulação. Porém, nesse caso não há Erro, mas dolo do periciado, tendo o médico como conivente.

A aceitação da Simulação, a sua não percepção ou a conivência com ela pode ser imputada como "falsa perícia", incorrendo dessa maneira o Médico em falso testemunho, conforme o

O artigo 342 do Código Penal:

Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral.

Muito embora deva ser feito relato minucioso dos resultados auferidos em seu exame, o médico está subordinado à preservação da intimidade do paciente, conforme o

Artigo 154 - *revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência, em razão de função, ministério ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem*.

Fato comum na Medicina Ocupacional, quando dirigentes da Empresa requerem informações ao Médico sobre a condição de Saúde do candidato ao emprego ou já empregado. Ao médico cabe a informação genérica de "Apto" ou "Inapto" à determinação função, sendo-lhe vedado informar eventuais doenças, situação denominada Sigilo Profissional, excetuando-se o caso onde o próprio paciente ou periciado permite isso, por escrito.

4 – Código de Processo Penal

O laudo pericial é prova científica, fundamental na elucidação de conflitos e, não raramente, o único meio probatório ou elemento de convicção, portanto, se não contiver a verdade real, pode condenar um inocente, favorecer a absolvição de um culpado ou ainda atribuir algum ganho secundário indevido. Não devem ser baseados, exclusivamente, na opinião do perito. Ao contrário, deve o Magistrado exigir que esta venha consubstanciada e fundamentado em literatura cientifica pertinente.[40]

[40] Godoy R. A responsabilidade civil no atendimento médico e hospitalar. RT/, v.777 ano 89 jul. 2000, p.89.

O Laudo Pericial não obriga o Juiz em seu livre convencimento ou persuasão racional[41] conforme o

artigo 182 - *o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte*.

Constituindo-se de apenas mais um dos seus elementos de convicção.

No que se refere ao sigilo profissional, o

Artigo 207*: são proibidas de depor as pessoas que, em razão da função devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.*

5 – O Código Civil

O Código Civil Brasileiro, em seu
artigo 186 estabelece:
Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Para o Médico esse ponto é de grande importância, pelas repercussões que pode ter. É o chamado popularmente de "Erro Médico", quando o paciente o aciona judicialmente, em decorrência de algum procedimento médico que, por alguma razão, não saiu a contento do paciente. Certamente que o Médico poderá se defender, mas terá o seu nome veiculado na *mídia sensacionalista,* além de queixas ao Conselho Regional de Medicina. Ao final, mesmo se demonstrar não ter havido dolo ou culpa, o processo como um todo vai lhe render muitas preocupações e até prejuízos financeiros.[42]

---

[41] Grinover, AP, Scarance AF e Gomes AMF. Nulidades no processo penal. 4.ed. São Paulo: Malheiros, 1995, pgs.110-127.
[42] Panasco, WL. A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos, RJ, Forense, 1979, p. 12.

Denomina-se *Simulação oportunística* a situação em que o paciente/periciado, valendo-se da Simulação, da Dissimulação ou Metassimulação de um ou mais sintomas, com a finalidade de conduzir o Médico a um diagnóstico em que ele, o paciente ou periciado, poderá obter quaisquer benefícios.

Todos esses e outros aspectos abordando o assunto Simulação poderão ocorrer quando o Médico atua clinicamente, como Perito, determinado por um Juiz, como Perito Oficial judicial, como Assistente do Médico Perito, auxiliando qualquer das partes. Seja ainda atuando junto à previdência social para a concessão de benefícios ou aposentadoria ou em Medicina Ocupacional, junto a empresas.

A atuação médica também poderá ser questionada por terceiros que considerem seus interesses prejudicados, como a previdência, seguradora ou empresas:

Artigo 168: "*as nulidades... podem ser alegadas por qualquer interessado...*"

Naqueles casos onde houve simulação aceita pelo médico, resultando por exemplo, na concessão de algum benefício ao paciente ou periciando

Artigo 167: "é nulo o negócio jurídico simulado..."

Se a instituição responsável pelo pagamento daquele benefício, julgar que o resultado final do Laudo ou exame médico como uma fraude, contaminado pela Simulação, o médico será questionado em ação regressiva, podendo arcar com os prejuízos alegados, por não ter considerado a possibilidade da Simulação ou por tê-la aceitada como fato verdadeiro.

Caso semelhante quando da ocorrência de Dissimulação praticada por um candidato a emprego que se submete a exame médico admissional e omite alguma doença que possa ser considerada incapacitante, no presente ou em sua evolução futura. Após a admissão, a responsabilização acidentária, previdenciária ou mesmo de afastamentos do trabalho correrão às expensas da Empresa. Que

poderá responsabilizar o Médico, pela não detecção da doença, quando da Admissão.

Na prática diária da atividade médica ocorrem situações conflitantes, que obrigam ao médico o conhecimento jurídico amplo sobre eventos médicos. Como é o caso de Gestação e AIDS, em que é vedado à Empresa e ao Médico a solicitação de exames complementares para a sua detecção. Entretanto, em Prontuário médico deverão ser apostos os resultados de exames clínicos sugerindo ou confirmando a condição. Prontuário esse que faz parte do segredo médico, não podendo estar disponível ou acessível a qualquer empregado da Empresa, nem mesmo da diretoria.

O médico atua ainda sob normas emanadas pelo

6 – Código de Ética Medica

Juramento de Hipócrates (460-370 AC): "*O que, no exercício e no comércio da vida, eu vir e ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo*".

De seus 145 artigos, oito referem-se aos Direitos dos Médicos. Os demais se referem ao estabelecimento de suas prerrogativas e limites de ação, seja em seu próprio benefício, defesa do paciente ou da comunidade.

Em relação ao escopo desse trabalho de levantamento bibliográfico visando à elaboração de Dissertação, particularmente o

Artigo 65:

"*Aproveitar-se de situações de relações médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política*"

Situação essa que pode ocorrer quando da aceitação da Simulação realizada pelo paciente, com a sua conivência, aceitando-a como verdadeira, visando algum tipo de benefício em decorrência disso.

Em relação à Perícia Médica,

Artigo 118 – "*é vedado ao médico: "deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competências*".

Atribuições essas e competências no que dizem respeito à qualificação em especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, para não incair no exercício ilegal da profissão. As convicções de foro íntimo não podem afetar o julgamento médico. A suspeição de Simulação, todo o esforço dispendido como os que aqui são relatados devem ser feitos com o intuito de um Laudo o mais próximo possível da Verdade e não por convicções pessoais.

VII – Como a Simulação se apresenta ao médico

1. Um relacionamento médico-paciente eficaz e ideal

"Quando alguém passa a apresentar sintomas até então inexistentes e que, de alguma maneira o incomodam, ele procura ajuda médica. Ele não busca um diagnóstico ou conduta terapêutica, vocabulário esse do médico. Busca uma ou mais maneiras de se ver livre de tais sintomas e o mais rapidamente possível. Na consulta, o então paciente relata todos os eventos que surgiram, quando e como, quando possível. O médico o escuta e valoriza as informações atentamente. Em seguida fará outras perguntas pessoais, do seu passado, sua formação profissional, atividades e até de sua família. Isso tudo sendo anotado criteriosamente em um prontuário médico, específico daquele paciente. Após isso, fará minucioso exame clínico, com manobras passivas e ativas. Com os elementos colhidos, terá em mente alguns prováveis diagnósticos que serão excluídos por meio da realização de alguns exames complementares, não feitos por ele, a serem feitos pelo paciente. Com os resultados obtidos, num outro momento de continuidade daquela consulta, o médico fará a sua hipótese diagnóstica, agora única. Com esse diagnóstico em mente, fará uma proposta terapêutica, em tempo pré-estabelecido, tais como uma semana, um mês etc. Prescreverá medicações, as mais baratas, eficazes e acessíveis possível. E prescreverá também eventualmente outros procedimentos, tais como orientações dietéticas, atividades físicas, fisioterapia e tantos outros. Sempre numa linguagem não-técnica, acessível de acordo com a capacidade de percepção daquele específico paciente. O paciente, tendo captado perfeitamente as orientações todas, irá ministrar a medicação da exata maneira como prescrita, seguirá rigorosamente as orientações e retornará no tempo previsto solicitado, relatando todo o ocorrido no período, o que mudou e o que não, se melhorou, estabilizou ou piorou. Retornará para o devido seguimento do caso ou mesmo alta, caso tenham desaparecidos aqueles sintomas, após a reavaliação médica".

2. O relacionamento médico-periciado

O antes descrito é um relacionamento médico-paciente tido como "ideal". Por um sem-número de razões e implicações, sabe-se que o relacionamento médico-paciente no cotidiano médico não é conforme o roteiro descrito.[43]

A descrição pode ter se mostrado muito pormenorizada. Porém, ela foi reduzida, apenas para fins de argumentação e exposição. Há em uma consulta, um exame médico ou uma perícia, grande número de outras situações. E, para fins da realização desse trabalho de pesquisa bibliográfica acerca da utilização da Simulação em exames médicos, cada uma dessas situações na relação médico-paciente pode se "contaminar" pela sua presença. E desviar o curso do atendimento médico de maneira indelével, por meio do Erro. Não como em outros eventos, menos importantes ou ainda passíveis de correção. Exemplificando, uma reação alérgica é efeito adverso peculiar de determinado paciente, cujo uso deve ser suspenso e nova medicação prescrita; uma orientação não seguida poderá ser refeita e obtida com sucesso; um exame complementar não satisfatório pode ser refeito. Porém, com a Simulação assim não ocorre. O seu uso por parte do paciente distorce por completo o resultado final do atendimento médico. Essa a principal razão pela qual o Médico deve estar sempre considerando a possibilidade da sua ocorrência, pela sua frequência e multiplicidade de nuances de formas de utilização.

Em cada um dos momentos descritos, há a possibilidade do uso da Simulação. Malatesta[44] afirma que *toda a força de um exame médico se baseia em dois pressupostos: que o medico não se engane e que não se deixe enganar. A Simulação não se adivinha, pois ela não se apresenta clara e cristalina, mas diagnostica-se,* como ensina Fávero[45]. Afirmação essa sujeita a uma restrição: a Simulação não é diagnóstico, mas elemento de exclusão de doença ou incapacidade. Diante do vislumbre da possibilidade do seu uso, o médico, além

---

[43] Stocco, Rui. Responsabilidade civil dos profissionais liberais e dos prestadores de serviços. In: Ensaios Jurídicos, O Direito em Revista. IBAJ, vol. 2. RJ. 1996. pg. 401.

[44] Malatesta, N. F. D. A lógica das provas em matéria criminal. Tradução e notas de Ricardo Rodrigues Gama. Campinas: LZN Editora, 2003. 713p

[45] Fávero, F. Medicina legal: introdução ao estudo da medicina legal, identidade, traumatologia. 12 ed. Belo Horizonte : Villa Rica, 1991. 1150 p.

de seus recursos próprios de exame deve recorrer aos exames complementares, não podendo ser precipitado em sua conclusão, pois com isso pode prejudicar o paciente e seus propósitos.[46] No exame valerá a experiência clínica e o domínio da semiologia, além do embasamento teórico-prático do médico examinador, condições que tornam menos difícil a tarefa de reconhecer um paciente simulador.[47] Tal reconhecimento mostra-se facilitado quando do uso da Metassimulação, que consiste no exagero da manifestação de sintomas e ainda[48] conceitua como super-simulação à circunstância onde o paciente ou periciando adiciona e exagera sinais e sintomas da doença. Ele próprio não os sente, mas que "aprendeu" com outros portadores da doença semelhante ou mesmo foi orientado a apresentá-las. Nesses casos, a despeito da subjetividade do que foi alegado, há flagrante distanciamento do nexo causal. É comum ocorrer quando do uso da Metassimulação o relato de sintomas que afrontam a anatomia, a fisiologia ou mesmo a história natural de uma doença. Exemplificando, o caso de um trabalhador afastado de suas atividades por LER/DORT e que relata que, mesmo após a cessação dos movimentos repetitivos, a dor não só persiste como vem piorando gradativamente. Essa afirmação não condiz com a própria história da doença.

Se essa maneira de Simulação parece menos difícil de detectar, na Dissimulação vai ocorrer o posto, com o paciente pretendendo omitir a doença como um todo ou alguns de seus sintomas ou sinais, incluindo também a minimização deles.[49] Situações todas que envolvem o ganho secundário pretendido e com ele diretamente relacionadas, que recebem também a denominação de Indenizofilia ou Sinistrose.[50]

A despeito de todo um arsenal de recursos que devem ser do conhecimento médico e da situação em que ele deve estar atento para toda e

---

[46] Benfica FS. Medicina legal aplicada ao direito. RGS. Ed. Unisinos, 2003. 184p.
[47] Camargo RMC. Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado. RJ: Fenaseg, 1991. 365 p.
[48] Alcântara HR. Perícia médica judicial. Atualizado por Genival Veloso de França (Coord.). 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. 483p.
[49] Maranhão OR. Curso básico de medicina legal. 8 ed. São Paulo: Malheiros Ed., 1997. 512p
[50] Gomes H. Medicina legal. Atualizado por Hygino Hércules. 33 ed. RJ: Bastos, 2003. 566p.

qualquer tentativa do uso da Simulação, o paciente ou periciando deve ser tratado com cordialidade, respeito e civilidade. Jamais podendo transparecer que possa haver qualquer sinal de dúvida da veracidade das afirmações, pois há o preceito constitucional de presunção de inocência, a ser respeitado pelo médico, em relação ao paciente.

Para que possa haver um bom relacionamento médico paciente, é preciso que haja tempo razoável para o atendimento. Em função do próprio *modus operandi* do sistema de Saúde há exiguidade de tempo, dado o elevado número de atendimentos a serem realizados. Se apenas se atentar ao tempo disponível para o atendimento de todos os que aguardam, poderá o Médico não valorizar todos os elementos e informações obtidas para um diagnóstico e também para o freqüente uso da Simulação.

A Anamnese, o exame físico, o interrogatório sobre antecedentes na Saúde, a atividade profissional, a ergonomia, os exames complementares e pareceres de especialistas são componentes essenciais de uma consulta médica ou pericial e serão examinados a seguir.

VIII A atuação médica

1. A Anamnese

Anamnesis é palavra de origem grega que representa *recobrar da memória.* É por meio de uma conversa dirigida com o paciente que se colhem as informações necessárias ao raciocínio médico para se chegar à uma hipótese diagnóstica. A análise meticulosa de cada caso clínico representa a maior parte do exame médico, no qual o exame demorado do paciente constituirá o elemento informativo principal[51]. Consiste em um extenso roteiro que o médico seguirá, com vistas a obter informações sobre a saúde pregressa do paciente, seus antecedentes familiares, seu estado de saúde e eventuais doenças anteriores, desde a infância, seus hábitos de vida. Em relação à vida profissional, detalhes de suas funções, o modo que as executa, o meio ambiente em que trabalha e a ergonomia das funções já executadas, no presente e no passado. Perguntas dirigidas, outras especificadas e outras ainda abertas, permitindo que o paciente ou periciando fale do seu modo e com o seu vocabulário e conhecimento.

Por não se saber em qual parte do exame como um todo poderá ser utilizada a Simulação, todos os aspectos passam a ter importância e devem receber igual atenção do médico examinador. Logicamente, o maior enfoque se dará no motivo principal do exame preventivo ou terapêutico, se ocupacional, se previdenciário, se pericial ou se pericial judicial. Sobretudo, o profissional médico deve claramente diferenciar, por meio da entrevista e exame, o que é real e o que é alguma forma de Simulação. Deve estabelecer por escrito o que é dado objetivo do que é subjetivo.[52] E também o que pode ser imputável ao acidente ou ao evento lesivo e eventualmente a parte que com ele não se relaciona, não se constituindo parcial ou integralmente com o nexo causal, mas como *concausa*, ou causa mediata ou correlata.[53]

---

[51] Almeida ABOJ. Lições de Medicina Legal. 21 ed. São Paulo: Ed.Nacional, 1996. 614p.
[52] Carvalho, HV. Compêndio de medicina legal. São Paulo: Saraiva, 1987. 377p.
[53] Dembe AE. Occupational and disease. How social factors affect the conception of work-related disorders. New Haven and London:Yale University Press; 1996.

Todos os dados colhidos, incluindo exames complementares realizados, terapêutica, medicações prescritas, cirurgias, farão parte do Prontuário Médico[54], verdadeiro relatório sobre a Saúde do paciente, que inclusive assina, "declarando serem verdadeiras as informações". Constitui-se de documento de importância para o acompanhamento futuro do paciente, com as informações que serão passadas a outros profissionais. E, para o médico, torna-se o único documento para eventual comprovação judicial. Em um processo judicial não é aceita a alegação verbal ou suposições. Resumidamente, o que foi feito está ali; o que não está ali não foi feito. São procedimentos necessários, como precaução para que *o médico não se engane e não se deixe enganar.*[55]

Como será visto, a Simulação nunca poderá ser afirmada, mas sugerida. Exemplificando, ao invés da afirmação "simula dor no punho direito", a afirmação "*a dor referida não é compatível com a atividade praticada, em tempo e intensidade suficientes para produzir a dor referida*". Isso porque, para se afirma a Simulação é preciso que se prove, algo por muitas das vezes, impossível. Nesses casos faz-se muito importante enfatizar a discrepância entre o alegado pelo paciente ou periciado e o dano também alegado e confirmado pelo exame físico. Um simples aperto de mão bem dirigido pode confirmar ou afasta a referida dor no punho, sem que o periciado se aperceba disso.[56]

Se o que se alega é suspeito de Simulação pode se tornar necessário avaliar o local de trabalho, por exemplo, suas condições e modo de trabalho, além de eventual depoimento de testemunhas. Uma das funções atribuídas ao Médico Perito do INSS é a visita ao local de trabalho do periciado. O que, dado ao acúmulo de paciente torna-se uma tarefa inviável.

A seguir serão pormenorizados cada um dos passos, elementos integrantes do exame físico.

---

[54] Código de Ética Médica - artigo 69

[55] Malatesta, NFD. A lógica das provas em matéria criminal. Tradução e notas de Ricardo RG. Campinas: LZN Editora, 2003. 713p.

[56] Maranhão, OR. Curso básico de Medicina Legal. 8.ed. rev. e ampl. SP: Malheiros, 2000

2 - O interrogatório dos antecedentes e a Ergonomia

Esta parte do exame se reveste de grande importância, quando se trata, em clínica médica da detecção de informações sobre doenças crônicas, de herança genética ou familiar, casamentos consangüíneos, cicatrizes imunológicas, se é advindo de regiões endêmicas de certas doenças, como malária, doença de Chagas, doenças da infância, vacinação e outras informações. Em termos trabalhistas, a continuidade em uma mesma função ou a sua variação em várias empresas ao longo da vida.

2.1. A Ergonomia

O interrogatório profissional se torna essencial quando se trata de exame admissional de empregados, perícia ocupacional ou previdenciária. Investigação sobre atividades insalubres ou perigosas, a percepção de adicionais ao salário por realizar essas atividades, ambientes com muito ruído, o uso de equipamentos de segurança, tarefas com movimentos repetitivos, o tempo trabalhado em cada função, a descrição de trabalho contínuo ou intermitente, os intervalos de tempo em que mudou de função ou que permaneceu desempregado. São informações que devem constar detalhadamente no Prontuário médico. Para documentar as informações faz-se necessário que sejam realizados exames complementares atinentes à condição relatada.

O empregador passa a ser responsabilizado também pelas doenças adquiridas pelo empregado, no tempo em que permaneceu na empresa. Por essa razão, a própria legislação exige a realização de exames complementares, seja na admissão e também com periodicidade, na característica de cada risco envolvido, como Audiometria, exames de sangue, radiologia de tórax, entre outros. Tais exames não visam ao tratamento da moléstia em si, mas sim visam a documentar o estágio em que se encontra, tal como na Audiometria. Não existe tratamento para a disacusia de fundo ocupacional, mas o exame define naquela data o estágio em que se encontra a deficiência.

Torna-se importante o aprofundamento dos dados quando de exames Admissionais em virtude da frequência do uso da Dissimulação, por parte dos candidatos à vaga oferecida pela empresa. Com o fim de conseguir a colocação

ou o emprego, o empregado pode omitir ou atenuar doenças pregressas ou sintomas.

Os Acidentes do trabalho

Faz-se necessário a perfeita descrição do acidente, inclusive com o depoimento de testemunhas. São incluídos como acidentes do trabalho o trajeto realizado pelo empregado desde a sua casa até o trabalho, sem interrupções. E o seu retorno à casa, também sem interrupções. É preciso que a descrição faça nexo causal com as atividades exercidas pelo empregado, a serviço da Empresa, dentro ou fora dela.

Por ser fator de estabilidade no emprego, por normatização legal na CLT, é ponto bastante sujeito à Simulação, por meio da Metassimulação.

Previdenciário

Os afastamentos, temporários ou definitivos, da previdência social exigem que a doença que os origina seja bem definida e estabelecida. Porém, em especialidades como a Neurologia, Ortopedia e Psiquiatria, certas doenças envolvem uma sintomatologia bastante imprecisa e subjetiva. Para reduzir a possibilidade do uso da Simulação, o exame físico, a anamnese, a evolução da patologia devem ser bem detalhadas, acompanhadas de Laudos de Especialistas e também exames complementares pertinentes.

3 - O exame físico

Os médicos, de uma maneira geral são unânimes em afirmar a importância de um exame físico minucioso, assim como a anamnese, principalmente nos casos de perícias, muito mais do que na clínica particular ou ambulatórios de especialidades.[57]

Tendo-se em conta que o paciente pode exagerar seus sintomas, ou até

[57] Carvalho, HV. Compêndio de Medicina Legal. São Paulo. Saraiva, 1987.

falsear alguns dados, na defesa de seus interesses, o interrogatório deverá ser extenso, pormenorizado e dirigido. Será no exame físico estático e no dinâmico que o médico poderá avaliar aquilo que foi afirmado durante o interrogatório.

Exame físico estático

O Médico, por meio da palpação, percussão e ausculta, avalia todo o corpo e seus órgãos, observando simetrias, tônus, desenvolvimento muscular, sensibilidade táctil e dolorosa, etc. São dados preciosos, podendo ser foco de Simulação, por meio de dores referidas, insensibilidade táctil ou dolorosa, redução na força e outros dados.

Exame físico dinâmico

O exame se inicia antes mesmo de o paciente ou periciando adentrar a sala de exames. Seu comportamento e modos, de falar, gesticular, permanecer sentado ou em pé, modo de andar, seu humor durante o tempo em que permanece aguardando a chamada para a sua consulta são importantes. Ao não se aperceber observado e analisado ele age de maneira natural. E inclusive age de acordo com a moléstia que alega, quando é verdadeira.[58]

É comum em pacientes que simulam ou pretendem simular o domínio e conhecimento sobre a sua doença, seus sinais, sintomas, objetivos ou subjetivos e até mesmo resultados de exames complementares, de laboratório e radiologia. Essa é uma importante referência para o médico. Sabendo desse fato e pressentindo a Simulação o seu exame físico e anamnese, embora sempre dirigidos, devem ser mais diversificados. Dessa maneira, uma dor referida a um determinado movimento pode ser “esquecida” pelo paciente, quando ele está contando algo do seu interesse. Um movimento que ele não faria, de acordo com a doença que refere, poderá fazê-lo se a sua atenção for voltada para outra manobra sugerida pelo médico. Manobras de avaliação de força muscular, respostas reflexas, equilíbrio e uma infinidade de outras, que irão auxiliar o

[58] Fávero, F. Medicina Legal. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991, p. 971.

médico em seu raciocínio, excluindo doenças, reforçando outras, até que tenha, por eliminação, chegado a uma ou algumas hipóteses diagnósticas.

Serão esses elementos os que indicarão a necessidade ou não da indicação da realização de exames complementares. Em casos de suspeita de Simulação, além de refazer testes e manobras específicas, há uma série de exames que poderão auxiliá-lo na confirmação da doença e também da Simulação. Tais solicitações de exames deverão estar fundamentadas na existência de dados e hipóteses a serem confirmados ou descartados e não uma bateria de exames aleatórios, o que costuma encarecer por demais o próprio sistema de Saúde, com pouca utilidade prática para os fins a que se destina.

Torna-se importante que os dados coletados sejam apostos no Prontuário Médico, para eventual futura comprovação ou contestação e que contenha a assinatura do paciente ou periciado.

4 - A avaliação psicológica e mental

A avaliação da condição mental do periciando se constitui em uma entrevista dirigida e também de observações de comportamentos. Pode-se depreender disso tratar-se de condição muito subjetiva, sujeita a interpretações errôneas por parte do médico e também de Simulação por parte do examinado.

A avaliação pode ser geral e especial. Na avaliação geral, que pode ser feita por qualquer médico, podem ser enumerados uma série de aspectos, tais como postura durante a entrevista, cuidados de asseio pessoal, interesse pelo assunto, capacidade de respostas objetivas, memória de longa duração, memória de curta duração, localização temporal e espacial, afetividade e muitas outras.

Quando é o caso de um diagnóstico prévio de doenças psiquiátricas ou neurológicas é imprescindível que essa avaliação seja feita por especialistas na área, tendo em vista as peculiaridades de cada uma delas. Em casos judiciais, também a psiquiatria forense e a psicopatologia forense.

5 - A avaliação da dor

A Associação Internacional do Estudo da Dor a define como "*uma sensação desagradável associada a um processo destrutivo atual ou potencial dos tecidos, que se expressa por meio de uma reação orgânica e emocional*".[59]

O Código Internacional de Doenças - CID 10[60] -, classifica as síndromes dolorosas crônicas entre os transtornos somatoformes, transtornos factícios e a Simulação. São doenças mentais que se expressam na forma também de dores somáticas. Sendo que o comportamento de doença é desproporcional ao nível dos sinais encontrados e o quadro conhecido das doenças envolvidas.[61]

Há porém doenças somáticas que podem apresentar dores que acabam por desencadear de alguma maneira uma perturbação mental, específica ou não, como é o caso das LER – Lesões por esforços repetitivos – que fazem parte do quadro mais amplo de DORT -Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho. É muito difícil estabelecer qual a condição inicial e a secundária. E, dentre elas, qual a mais significativa ou incapacitante. Esse fator tem grande importância em termos periciais ocupacionais e previdenciários, pois doenças profissionais abordam uma visão jurídica e de benefícios ao portador, enquanto que não sendo uma doença relacionada ao trabalho tem uma outra abordagem e outros benefícios diferentes, com direitos assegurados diferentes.

O conhecimento dos mecanismos biológicos da dor não é suficiente para a compreensão dos pacientes com dores crônicas, sendo necessária a avaliação dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos, o que vai tornar ainda mais complexo o seu estudo e dificultar ainda mais a detecção de um ou mais diagnóstico. Por ser de difícil classificação, a dor como sintoma, associado ou isolado de outras doenças, aparece de diversas formas no CID 10. A tentativa de compartimentalizar os sintomas em síndromes diferentes torna-se um exercício

---

[59] Hiller W, Heuser J, Fichter MM. The DSM-IV nosology of chronic pain: a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. European Journal of Pain 2000; 4:45-55.
[60] World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th. Revision. Geneva: WHO, 1993
[61] Pilowsky I. Abnormal illness behavior. Br J Med Psychol 1969;42:347-351.

de “riscar linhas na água”.[62]. Apesar de externalizar seus sintomas de maneiras diferentes dentro de cada doença, o indivíduo é um só, incluindo a sua vida e o seu trabalho.

As síndromes de dor crônica sem doença de base que a justifique incluem as cefaléias, lombalgias, cervicobraquialgias e as mialgias. São as chamadas não-doenças e para diagnosticá-las ou identificá-las torna-se essencial que o médico domine tanto as doenças como as não-doenças. Para se fazer o diagnóstico do que é chamado de “não-doença”, exige-se profundo conhecimento da doença relacionada. Não-doença seria a doença que a pessoa acha que tem.[63]

Em muitas destas doenças, os agentes nocivos não são demonstráveis e, mesmo assim, as pessoas acometidas alegam grau elevado de sofrimento e incapacidade, com grande desproporção entre queixas e sinais objetivos,[64], tornando ainda mais tênue a linha que separa a verdade da Simulação.

A sensação de dor tem estreita relação com o estado afetivo. Ocorrem também alterações do apetite, excesso ou falta, ansiedade, irritabilidade, alterações do sono, perda de energia, diminuição do interesse ou prazer em atividades sociais, domésticas ou de trabalho, redução da libido, obesidade decorrente da inatividade e, consequentemente, levando a outras doenças decorrentes da presença da dor, em suas diversas maneiras de se apresentar.[65] Fator ainda complicador ocorre pela administração de medidas terapêuticas pois é de conhecimento notório que qualquer medicação tem os seus efeitos colaterais, em maior ou menor grau. Efeitos que podem potencializar ou reduzir aqueles sintomas referidos. Como se pode observar, tanto os sintomas quando as consequências de uma doença levando à outra, com seus sinais e sintomas peculiares, fazem com que seja ao médico extremamente difícil um diagnóstico

---

[62] Shorter E. On the nature and origin of psychosomatic symptoms. Scand J Work Environ Health 1997;23(Suppl 3):105-112.
[63] Meador CK. The art of nondisease. New Engl J Med 1955;272:92-95.
[64] Allan DB, Waddell G. An historic perspective on low back pain and disability. Acta Orthop Scand 1989;60(Suppl 234):1-23.
[65] Mayou R Kirmayer LJ. Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform Disorders: time for a new approach in DSM_V. American Journal of Psychiatry 2005; 162:847-855

individualizado e, quando de mais de um diagnóstico, qual o primário e qual o secundário.[66] A superposição entre as diversas doenças é comum.[67]

Havendo dificuldades em se definir com um determinado diagnóstico os sintomas e queixas alegados, torna-se mais sensato usar denominações sintomáticas e descrevê-las minuciosamente, sem precisar os vínculos com determinada doença, o que seria um diagnóstico. Em grande parte dos diagnosticados como LER, inicialmente o diagnóstico era de Fibromialgia. [68],[69] Destes, um quarto apresenta sensibilidade química múltipla e preenchem também os critérios diagnósticos para Síndrome de Fadiga Crônica.[70]. Na tentativa de criar alguns padrões de referência para que se possa trabalhar com as informações obtidas, surgem várias classificações[71] da dor[72], dada à complexidade das doenças simultâneas ou conseqüentes.

A dor é uma perturbação psiquiátrica que causa sofrimento e deteriorização significativa do indivíduo como um todo[73]. O diagnóstico e as possíveis condutas com pacientes com sintomas sem doença evidente é difícil e a maioria dos médicos não se aprofunda no conhecimento e atualização sobre esses sintomas isolados de doença reconhecida[74]. Os pacientes têm resistência em aceitar apenas orientações e tratamento paliativo, preferindo drogas e outras intervenções.[75,76] A simples menção de “dor” não parece ser um diagnóstico convincente.[77, 78]

---

[66] Henderson M, Bass C. Chronic pain: the role of psychosocial factors in common musculo-skeletal disorders. Psychiatry 2006, 5:2:52-56

[67] Helfenstein M, Feldman D. Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesão por esforços repetitivos (LER). Rev Bras Reumatol 1998;38:71-77.

[68] Bohr TW. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: do they exist? Neurol Clin 1995;13:365-384.

[69] Bohr T. Problems with myofascial syndrome and fibromyalgia syndrome. Neurology 1996;46:593-597.

[70] Buchwald D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. Arch Intern Med 1994;154:2049-2053.

[71] Waddell G, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs; physical disease or illness behavior? Br Med J 1984;289:739-741.

[72] King S. The Classification and Assesment of Pain. International Review Of Psychiatry 2000; 12:2:86-90

[73] Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many Lancet 354: pgs 936-939. 1999;

[74] Loeser JD, Sullivan 1. M. Doctors, diagnosis, and disability: a disastrous diversion. Clin Orthop 1997; 336:61-66.

[75] Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. JAMA 1995; 274:1931-1934.

O detalhamento das doenças e sintomas apresentados tem por finalidade demonstrar que a dor, pela multiplicidade de formas em que se apresenta é o principal sintoma alegado por pacientes ou periciandos, tendo em vista se tratar de doenças cujos exames complementares e mesmo o exame físico dificultam ao médico aventar a hipótese de Simulação. O que se observa é sempre a tentativa de *ganho secundário*, como a Infortunística, com a obtenção de benefícios econômicos de seguro, afastamento do trabalho por curtos períodos ou aqueles maiores, por meio da previdência social e ainda a aposentadoria por invalidez.

São pacientes que mantêm uma evolução clínica estável por longo tempo, a despeito do afastamento do trabalho, da retirada de possíveis fatores desencadeantes, tais como o trabalho repetitivo contínuo, medicação fisioterapia e outros recursos.[79] Certamente, esses são todos componentes que acabam por onerar todo o sistema de Saúde.[80] Por outro lado, essa cronicidade pode ser um indício do uso da Simulação. Como nos casos de LER, em que os periciados afirmam categoricamente (Metassimulação) a persistência da dor e inclusive a sua piora, com o decorrer do tempo. Quando se sabe ser a LER uma doença que estabiliza ou regride sensivelmente com o repouso do membro afetado.

Ocorre a Simulação, pela alegação de sintomas inexistentes, decorrentes de transtornos factícios, ou seja, são criados voluntariamente[81] e a Metassimulação que é o exagero de sintomas existentes ou mesmo a permanência atual de sintomas já inexistentes.[82] Os sintomas conversivos (inicialmente chamados de “conversão histérica”, expressão hoje em desuso) são chamados de pseudoneurológicos por estarem relacionados ao funcionamento motor ou sensitivo voluntário, porém não se enquadrando em padrões

---

[76] Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 1999; 130: 910-921.
[77] Shorter E. From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the modern era. New York: Free Press, 1992.
[78] Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? Scand J Work Environ Health 1997;23(Suppl 3):17-34
[79] Katon W, von Korff M, Lin E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. Gen Hosp Psychiatry 1990;12:355-362.
[80] Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health and health care utilization. Arch Intern Med 1986;146:69-72.
[81] Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. Neurology 1995;45(Suppl 9):26-34.
[82] Ford CV. Dimensions of somatization and hypochondriasis. Neurol Clin 1995;13:241-253.

anatômicos.[83] Acredita-se que sejam precipitados ou desencadeados por conflitos internos mentais e outros fatores tensionais,[84], mas sempre visam a um *ganho secundário*, como a atenção médica e de familiares, a obtenção de drogas controladas, e outras situações com ganhos como a não-prisão, prisão domiciliar para tratamento médico, benefícios previdenciários, securitários ou indenizações.[85] O contato com advogados, médicos e outros reclamantes portadores de sintomas ou doenças semelhantes torna-se um ótimo treinamento para se utilizar da Simulação, pois que a propensão para mentir é maior do que para dizer a verdade, já que esta não é lhe é interessante.[86] Condição que cria um "estilo de vida para o interessado, o "ser doente", a despeito de achados médicos que o justifiquem.[87] A dor crônica na atualidade, pelo alto grau de incapacidade quando efetivamente presente e pela extrema dificuldade na detecção de Simulação, deixou de ser um problema exclusivamente médico e deve ser de abrangência da atenção da saúde pública, inclusive pelo elevado custo econômico e social.[88]

6 - Os Exames Complementares – entre o dado subjetivo e o objetivo

Após a coleta de informações verbais durante o interrogatório, ou até mesmo a da apresentação de laudos de exames pregressos e do exame físico, será o momento da requisição de exames complementares. Assim como é feita de modo dirigido a entrevista inicial, assim também o será os pedidos de exames complementares.

Os exames devem fazer parte da tentativa de elucidação diagnóstica por parte do médico segundo as informações colhidas e que deixam margem de dúvidas quanto à existência, a persistência de lesões ou seqüelas. E servirão

---

[83] Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis 1986;174:593-597.
[84] Weintraub MI. Chronic pain in litigation: real or imagined? 47th Annual Meeting, American Academy of Neurology, San Francisco, 1995:440-23 – 440-28.
[85] Teasell RW, Shapiro AP. Strategic-behavioral intervention in the treatment of chronic nonorganic motor disorders. Am J Physical Med Rehabil 1994;73:44-50.
[86] Faust D. The detection of deception. Neurol Clin 1995;13:255-265.
[87] Ford CV. Illness as a lifestyle: the role of somatization in medical practice. Spine 1992;17:S338-S343.
[88] Oliveira, JT. Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*. 2000, vol.58, n.2A, pp. 360-365

inclusive na tentativa de somar-se aos achados do exame clínico, em caso de suspeita da utilização da Simulação.

A legislação, por meio de Normas Regulamentadoras, como a NR-7[89], também exige que se façam exames complementares, nos casos ocupacionais, de acordo com o grau de risco de acidentes ou o desenvolvimento de doenças profissionais decorrentes do local de trabalho e da exposição a agentes físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos.

Tais exames não terão a característica de embasamento para uma eventual terapêutica, mas como documentação da condição de saúde do empregado naquele momento. Obviamente que, diante de dados alterados, os periciando devem ser encaminhados para tratamento, pois essa é uma das principais razões de ser da Medicina, o "tratar o doente". Tais exames serão repetidos periodicamente conforme determina a legislação em função da atividade exercida e também quando da rescisão contratual, no exame médico demissional. Por ser um exame de desligamento, é comum a utilização da Metassimulação, onde o empregado exagera em sintomas atuais, refere sintomas inexistentes e até naqueles não mais existentes, com a finalidade do ganho secundário que seria a permanência no emprego. Os resultados dos exames são dados objetivos, podendo ser comparados com aqueles feitos quando da Admissão.

Alguns exames complementares são parcialmente subjetivos e possibilitam que o paciente ou periciando interfira em seu resultado, seja de boa ou má-fé, como é o caso da Audiometria Tonal. Por essa razão foram desenvolvidos outros exames mais acurados, específicos e objetivos, como os Testes de Potencial Evocado, que não são passíveis de Simulação pelo examinando, dado que independem da participação verbal do periciado.

Também existem testes realizados mais comumente na Neurologia na avaliação da dor que visam melhor caracterizá-la, por ser dado extremamente

[89] Portaria SSST n.º 24, de 29-12-94 que institui o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

subjetivo. Uma somatória de dados de respostas dadas pelo paciente, colhidos em exame ou anamnese e tem por fim auxiliar na hipótese diagnóstica.

A Lei nº 9.029/95, veda expressamente que se realizem testes para a detecção de gravidez e também de AIDS, seja na Admissão ou Demissão de empregados. Caberá ao médico, nesses casos, acatar o que foi informado pelo candidato, mesmo que o histórico, o exame físico e outras informações não sejam compatíveis com a afirmação.

6 - O diagnóstico

Toda a formação médica se dá no sentido de coligir elementos para chegar a um diagnóstico. O conhecimento do que é estabelecido como "normal", as infinitas alterações possíveis no corpo humano, em sua anatomia e modos de atuar, a fisiologia, a fisiopatologia e o estudo das doenças conhecidas, descritas e desconhecidas. O conhecimento e acompanhamento nas novas tecnologias que o auxiliam em seu convencimento; as drogas existentes e as novas que surgem quase que diariamente para atuar naquelas afecções reconhecidas.

Todo esse conhecimento, que é exigido do médico para o exercício da profissão e está a sua disposição continuamente, tornam-no capacitado a entender e atuar no processo de doença ou de falta de saúde. Com isso ele pode e deve atuar em todos os momentos desse processo, que não é estanque no tempo e nem unidirecional.[90] É possível retroceder a fases anteriores, se assim se quiser, se for necessário, se for conveniente. É possível corrigir até mesmo erros eventualmente cometidos, mudar diagnósticos, mudar a terapêutica instituída, refazer cirurgias e outros procedimentos. Há grande plasticidade no processo em sua reversibilidade, em seus limites.

Segundo a pesquisa bibliográfica realizada, acerca do uso por parte de um paciente ou periciando da Simulação, o médico não tem muita informação ou não dá muita importância a ela e até mesmo evita falar a respeito. O assunto "Simulação" na pesquisa bibliográfica realizada é escasso como tema central,

[90] França, GV. Medicina Legal. 7. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

sendo mencionado como eventualidade, sem qualquer destaque, o que contrasta com a frequência de seu uso observado na prática médica e também nos estudos realizados nos artigos publicados.

Os conhecimentos adquiridos nas ciências Médicas e do Direito, muito embora atuem profundamente na vida biológica e social da Humanidade, não são compartilhados. O leigo, cidadão comum, vive instintivamente a sua vida sob os ditames de um intrincado processo biológico que ele desconhece. E vive socialmente sob a égide de normas impostas por um Direito que ele também desconhece.

Na superposição desses dois universos de conhecimentos, a intersecção, a parte dos universos de conhecimento que se entrecruzam, fazem-no em uma região evanescente, por serem áreas limite. Em ambos os universos existe a Simulação inocente, à exaustão, como se procura aqui demonstrar. A Simulação não é só inocente como uma ferramenta ou artifício, mas torna-se um recurso útil quando do estudo, cada qual em seu distinto campo de atuação. Como já citado anteriormente, o levantamento bibliográfico sobre Simulação acusou cerca de 9800, enquanto que aqueles onde a Simulação visa a algum ganho secundário resultou em cerca de 180. Nos demais, cerca de 9620, a Simulação é um artifício válido e útil para testes e pesquisas na área médica onde não se pode ou não se sabe reproduzir a situação a ser estudada. Por meio dessa Simulação a Medicina obteve grandes avanços, o que a torna um recurso válido e útil.

A Simulação que se pretende estudar a frequência é aquela que possui a conotação prejudicial de ganho secundário, em detrimento do direito alheio, que se torna suporte fático para a incidência de normas que estão no campo de conhecimento jurídico

O processo jurídico por outro lado, tomado em sua concepção geral e específica não é algo natural, mas criado. Tem os seus componentes, seus tempos definidos, seus atributos e atribuições, suas competências e o seu rito, em

seus Códigos de Processo. Nele, é o juiz quem colige informações para o seu convencimento e será ele quem dará a sentença final. E é um processo irreversível, sendo inclusive vedado o seu retrocesso, tornando-o passível de extinção por desobediência a um comando determinado e não cumprido. O Médico, ao entrar no processo, não o faz com todas as atribuições e prerrogativas médicas, mas atua como um *auxilar da justiça.*[91].

Essa convergência e superposição de áreas do conhecimento recebe o nome de Medicina legal, Medicina forense, Biodireito ou Direito médico. Ao longo da História e sob diversos ângulos do conhecimento humano já recebeu inúmeras denominações, tais como: Medicina legal forense (Paré); Questões médico-legais (P. Zacchias); Medicina judiciária (Lacassagne); Medicina judiciária ou dos tribunais (Prunelle); Jurisprudência médica (Alberti); Medicina política (Marc); Medicina forense (Sydney Smith); Antropologia forense (Hebenstreit); Bioscopia forense (Meyer); Medicina forense jurídica (sábios de Roma); Medicina pericial; Medicina criminal; Medicina da lei; Biologia legal; Medicina crítica; Biologia forense; Medicina política e social (França).

Uma ciência autônoma e interdependente, com um objeto próprio de estudo: áreas da ciência do Direito em que há componentes ou elementos do campo da Medicina onde atuam mais preponderantemente as normas do Direito. É a Medicina a serviço das ciências jurídicas e sociais.[92]. Porém a formação básica do Médico não abrange o Direito médico e a jurisprudência médica, sendo apenas ministrados à especialização em Perícia. É essencial na formação geral médica, não apenas quando a Medicina está sob a égide da Justiça,[93] muito embora não seja essa a realidade das escolas médicas.

Tal área é bastante conflituosa, pois atuam nela tanto o Médico quanto os operadores do Direito, cada qual com a sua formação, bastante distinta. E vão convergir exatamente no ponto crucial: o diagnóstico. Como exemplo, o Tema desse levantamento bibliográfico, a Simulação. Por vezes, a Simulação dita inocente, a que não visa algum ganho secundário e que nem invade direito ou

---

[91] Santos JWS. Medicina Legal Aplicada à Defesa Penal. SP/SP: Pró-Livro, 1979.
[92] Benfica, FS. Medicina Legal Aplicada a Direito, São Leopoldo, RS, Unisinos, 2003, p. 11.
[93] Gomes, Hélio. Medicina Legal. Atual. por Hygino H. 33. ed. rev. e atual., RJ: Freitas Bastos, 2004.

algum prejuízo alheio, é aceita pelo Médico como apenas mais um dos elementos colhidos em anamnese e que, eventualmente podem auxiliá-lo no diagnóstico e prognóstico de uma doença. Porém, ao atuar como um auxiliar na aplicação da Justiça, por seu poder de atuação se extinguir em um Laudo Pericial de maneira total e irreversível, a mesma indicação do uso da Simulação, se aceita pelo médico, pode permitir um erro de julgamento por parte do Juiz ou ainda cometer algum tipo de prejuízo a uma das partes, por concessão ou recusa de um benefício indevidamente. Por vezes, pode e vai interferir da vida futura do paciente ou periciado. Por não poder se tratar de um diagnóstico, mas apenas a indicação de sua provável utilização do artifício da Simulação em um Laudo, esse entendimento, se houve ou não a aplicação, ficará por conta de um outro profissional, não médico, o juiz. Que tem uma formação intelectual e profissional muito diferente em seus elementos conceituais e basilares, como um operador do Direito. O médico não tem a palavra final, como é o usual em sua profissão, quando de um parecer judicial.[94]

A Simulação vista pelo Médico é uma Acusação.[95]. Quando aposta como indício em um Laudo é uma Sentença. Sempre consubstanciada em literatura que o apóie em seu parecer[96], assentado na Razão, na Ética e na regulamentação que ordena a sua profissão.[97] O perito não advoga na defesa nem atua vinculado ao Ministério Público. Sua função se limita a verificar o fato, indicando a causa que o motivou.[98]. Mas não é uma sentença sob a vista de um Juiz, sendo apenas mais um elemento coligido. E essa dúplice visão de um mesmo elemento traz conflitos por vezes inconciliáveis como é o caso de uma ponderação sobre o Laudo Pericial, havendo casos em que o Médico é instado a se expressar verbalmente em júri.[99], a fim de elucidar dúvidas surgidas e que fará com linguagem leiga e não técnica, para o entendimento geral, dos leigos, operadores do Direito e Juiz.

---

[94] Hill, MM. The Lancet - Medicine and the Law – nov 9, 1957 pg 943
[95] Camargo, RMC. Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado. Rio de Janeiro: Fenaseg, 1991. 365 p.
[96] Godoy, R. A resp. civil no atendimento médico e hospitalar. RT, v.777 ano 89 jul. 2000, p.89.
[97] Simas J. Perícia Médica. Nexo, danos e incapacidade. SP: LTr, 2010, p.198.
[98] Tonholli, DA. Responsabilidade civil do médico perito. BH: Fundação Unimed, 2005, p.23.
[99] Croce, D. Manual de Medicina Legal. 6. ed. rev. São Paulo:Saraiva, 2009.

Por não ser um diagnóstico, mas apenas um indicativo de que os sintomas apresentados e alegados não são compatíveis com os quadros conhecidos das doenças, a Simulação será ressaltada no estudo do Nexo Causal.

IX - O nexo causal

No estudo para se chegar ao Nexo Causal deve-se também considerar a Concausa e proceder à valoração da perda efetiva e da capacidade laborativa.

1. O Nexo causal

Nexo causal é o vínculo entre uma ação ou omissão e um determinado dano, a ser provado, por via pericial. O exame pericial visa a avaliar se a sintomatologia alegada tem relação de causa-consequência com um evento externo que possa ter trazido algum tipo de prejuízo ao paciente ou periciando. O nexo causal vai depender da área em que há a demanda judicial ou o atendimento a algum requerimento do prejudicado. Pode ocorrer na área Ocupacional, onde o empregado relata alguma doença adquirida decorrente do trabalho ou acidente do trabalho, que levou a perda funcional temporária ou permanente, a perda de membros ou parte deles, tendo como consequência o afastamento do trabalho ou a sua aposentadoria por invalidez. Na área de Medicina do Trabalho torna-se essencial o estabelecimento do nexo causal entre o ambiente de trabalho, as possíveis lesões decorrentes dele, o uso ou não de equipamentos de segurança, assim como as doenças profissionais atinentes e ele e descritas na literatura.[100]

O estabelecimento de nexo causal pode ocorrer na área jurídica cível por alegação de dano físico ou moral, interrupção de ganhos por atividades laborativas decorrentes do evento externo causado, pagamentos de indenizações e outras situações[101].

Na área criminal há o estabelecimento de haver a causa ou concausa que estabeleça algum ilícito, como a lesão corporal, leve, moderada ou grave, a lesão seguida de morte e outras situações. Há ainda a declaração ou não de inimputabilidade penal decorrente de doenças incapacitantes, o que poderá ter como consequência a aplicação de Medida de Segurança, ao invés de penas

[100] Hill, AB. The environment and disease: association our causation? Proc R Soc Med. 1965 May; 58(5): 295–300.
[101] França, GV. Medicina Legal, 6ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001

restritivas de liberdade. E também nos casos onde réus condenados a prisão privativa de liberdade que pedem prisão domiciliar em virtude de doenças que necessitam de cuidados especiais e domiciliares, precisam que haja nexo de causalidade para que o benefício possa ser concedido, durante o período de tratamento. Ainda na área criminal, o médico será instado a responder aos quesitos formulados pelo juiz e também pelos advogados das partes litigantes e interessadas.

Pode-se depreender das situações referidas que o estabelecimento do nexo causal é importante e necessário, pois será ele um instrumento de avaliação que poderá ou não embasar a concessão de um benefício previdenciário, um ganho de causa judicial, indenizações e tantas outras demandas. Não será o médico, mas sim o magistrado quem dará a sentença, fundamentada em Laudo Médico. Inclusive porque no Laudo não haverá uma estipulação tachativa de valoração de perda, quantitativa, mas qualitativa de perda, e suas eventuais conseqüências, cuja quantificação caberá ao juiz.

O nexo causal vai estabelecer algum acometimento físico ou mental que, de alguma maneira, cause restrições nas atividades normais do paciente ou periciado. As lesões físicas são relativamente simples de serem estabelecidas, por atenderem critérios objetivos. Ao contrário do acometimento mental, muito mais complexo e difícil. Há tentativas de se estabelecer a uniformização de uma Semilogia visando a atender os diversos interesses envolvidos em uma perícia[102], porém na prática, o que vai determinar a profundidade e a especificidade de cada exame ainda fica por conta da experiência e do conhecimento do médico examinador[103] e dos recursos propedêuticos que lança mão no auxílio de uma ou algumas hipóteses diagnósticas ou no estabelecimento do nexo causal.[104]

2. A valoração da perda efetiva da capacidade laboral

Nos caso de auxílio doença e aposentadoria por invalidez é preciso estabelecer o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário que representa a relação do dano incapacitante e o exercício da atividade laboral. Não sendo

[102] Calabuig JA. Medicina Legal e Toxicologia. 5ª ed. Editora Masson S.A. Barcelona, 1998
[103] Tedeshi C.G, Forensic Medicine, p. 1317- 1332, v. 1, Saunders Company, 1977.
[104] American Medical Association – Guide to the evaluation of disease Injury Causation – Melhorn & Ackerman 2008

reconhecido, pode ser concedido o auxílio-doença comum e averiguado nexo causal há o auxílio-doença previdenciário que prevê outros benefícios, como continuidade nos depósitos de FGTS pela empresa e estabilidade no emprego de um ano após a cessação do benefício.[105]

Após o estabelecimento do nexo de causalidade, outra importante avaliação é a de quantificação e qualificação da perda de capacidade laborativa. Por perda da capacidade laborativa também se entende a perda da capacidade funcional, não apenas restrita ao trabalho remunerado em si, em determinado local, mas de modo mais amplo, da vida de maneira geral.[106] Em termos previdenciários, a Previdência Social dispõe de uma tabela relativa a perda de membros ou parte deles ou a sua função e redução da capacidade laborativa, em percentagem, que será elemento de cálculo para o pagamento de indenizações, auxílio-doença ou mesmo a aposentadoria definitiva. A quantificação da perda se faz de maneira objetiva, mas, considerando-se o indivíduo como um todo, a mesma quantificação pode, e geralmente vai, muito mais além. Exemplificando, se um violonista tiver a perda do seu dedo mínimo da mão esquerda, toda a sua carreira, eventualmente profissional estará prejudicada. Já a mesma perda para um trabalhador braçal poderá ter pouca influência, podendo até eventualmente ser capitalizada como empenho profissional em outras áreas.

Na valoração da perda da capacidade laborativa torna-se importante tanto o estabelecimento do nexo causal o mais próximo possível, assim como o estabelecimento das condições que possam interferir em eventos futuros, tais como um traumatismo craniano que possa evoluir para alguma sintomatologia de restrição mental.[107] Ainda também se deve tentar estabelecer as condições anteriores à lesão atual, situação bastante complexa e difícil, mas que pode permitir avaliar o dano atual.

É perfeitamente compreensível que para o paciente ou periciando, qualquer perda sempre lhe será de muita importância, pois tal incapacidade não

---

[105] Argolo, LCT. Conselho Regional de Medicina de Goiás – Perícia Médica – 2007
[106] Bonnet, E.F.P. Medicina legal. 2ª ed. Lopez Libreros Editores, Buenos Aires, 1980.
[107] Carvalho, HV. Compêndio de medicina legal. São Paulo: Saraiva; 1987.

dependeu dele, mas sim de causas externas, alheias a sua vontade. Por essa razão, a ponderação feita pelo médico deverá atender a uma avaliação criteriosa, técnica, imparcial, evitando a tendenciosidade, seja para o paciente ou para a outra parte. A coleta de elementos será objetiva, mas a sua valoração é quase que integralmente subjetiva. Serão esses os elementos que o Médico fornecerá em seu Laudo, que tem força de prova, para que o juiz possa formar o seu convencimento, aceitando-o integralmente, em parte ou até mesmo recusando o Laudo.

Na área Cível, a capacidade laborativa pode ser encarada como restrição funcional, no embasamento de processos de indenizações por perdas e também lucros cessantes, compatíveis com a função exercida pelo requerente. Para um trabalhador comum, o engessamento de um membro por motivo de contusão ou torção resultará em uma perda por dias não-trabalhados. Já para um artista, por exemplo, ocorrerá também multas por quebra contratual em decorrência da impossibilidade causada pela restrição funcional. São todas situações a serem avaliadas pelo Juiz, a partir do nexo causal apresentado.

Quando da suspeita fundamentada de que há a ocorrência da Simulação, esta não pode ser indicada como um Diagnóstico, mas como indícios que levaram a essa conclusão. Tal procedimento se deve, posto que a afirmação de Simulação é uma acusação e não há ao médico qualquer condição de comprová-la, principalmente pela sintomatologia subjetiva que a fundamenta. Ao médico cabe apenas a indicação de que os sintomas alegados não são compatíveis com o que se conhece sobre a doença diagnosticada, embasados em seu próprio exame e conhecimento e fundamentado com literatura médica pertinente ao assunto.

3. A Concausa

A Concausa é definida como uma causa alheia à primeira, mas que de alguma maneira a potenciou ou propiciou. "*Concausa é outra causa que,*

juntando-se à principal, concorre para o resultado. Ela não inicia e nem interrompe o processo causal, apenas reforça".[108]

Nos eventos da vida real é situação bastante freqüente, tornando a avaliação do que é causa ou o que é concausa algo bastante complexo e de difícil correlação. Mas de conseqüências decisivas, pois, conforme o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 186 estabelece:
"aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito".

O que significa dizer: deu causa. E a concausa atua sobre ela, mas não é ela. Fundamentado nisso, o entendimento do magistrado pode ser o de concessão ou não de determinado benefício, caso entenda, no caso *in concreto* que a concausa foi determinante ou não para que a causa imediata tenha propiciado a perda alegada.

O Código Penal estabelece a relação de causalidade, em seu artigo 13:
"*O resultado, de que depende a existência do ilícito, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido*".

E, em relação à superveniência de causas independentes, como é o caso da concausa: "*a superveniência de causa relativamente independente exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou*".

Nas demandas judiciais no âmbito do Direito do Trabalho, aceita-se que a empresa é responsável pelos danos eventualmente causados à saúde dos seus empregados, cujo ambiente ou execução de tarefas tenham sido a causa ou mesmo a concausa de lesões, doenças ou incapacidades, temporárias ou

[108] Cavalieri, FS. *Programa de responsabilidade civil*. 5ª ed., SP:Malheiros, 2004.

definitivas. Pela teoria do risco profissional, há a responsabilidade objetiva de indenizar por parte da Previdência Social, quando o fato prejudicial é uma decorrência da atividade ou profissão do empregado.[109]

A avaliação do nexo causal, sua valoração na capacidade laborativa e a mensuração na valoração da perda efetiva são decorrentes de um exame físico detalhado e de uma anamnese bastante abrangente, cabendo inclusive ao médico recorrer aos exames complementares que julgar necessário para auxiliar em seu raciocínio. Havendo necessidade, nos casos mais complexos e que abrangem mais de uma especialidade médica, o Médico Perito deve recorrer ao parecer dos especialistas envolvidos, juntando esses pareceres para fundamentar o seu Laudo final.

Por esse motivo, um campo bastante abrangente para a tentativa do uso da Simulação. O indivíduo submetido a uma perícia médica não está em busca de um diagnóstico ou de uma terapêutica, mas busca do médico perito apenas uma confirmação para verem atendidos os seus interesses. O periciando sempre vem com um diagnóstico de um profissional especializado que emitiu um Laudo Médico, com ou sem exames complementares, acompanhamento esse voltado para o tratamento da doença em questão. Portanto, ao se submeter à perícia, não visa ao diagnóstico ou tratamento, mas objetiva apenas a corroboração de sua reivindicação, atendendo aos seus interesses. Não é portanto, alguém colaborativo, que responda questões, que coopere com a realização do exame ou da anamnese. Esse estado de ânimo faz por piorar e dificultar ainda mais o estabelecimento de um nexo causal, considerando que a Simulação é a criação de um sintoma inexistente ou não-significativo. Mais ainda a Metassimulação, onde o sintoma já não é mais existente, mas é alegado como atual; ou ainda ele é existente, mas potencializado e exagerado em seu relato.

Se uma sintomatologia clínica física torna-se algo objetivo de se investigar, ao afetar o campo psíquico ou mental a subjetividade predomina. E, mais ainda, quando ambas as situações apresentam-se simultaneamente

[109] Pereira, CMS. *Responsabilidade civil*. Rio de Janeiro: Forense,1990, p. 35.

conforme as situações expostas, nos casos em que distúrbios físicos acabam por acometer o estado mental ou aquele estado mental cria condições de potenciar alguma deteriorização física, sem que seja plausível afirmar qual seria a moléstia primária ou secundária. Todo esse contexto já por si apresenta grande dificuldade. E, em cada um dos momentos descritos de exame ou de anamnese sempre se deve aventar a possibilidade de o periciando estar se utilizando da Simulação ou da Metassimulação.

Na área criminal, com a finalidade de tornar mais objetivo o estudo de componentes humanos tão subjetivos quanto o comportamento, o caráter, a motivação para a prática de delitos, há uma série de classificações na área da Psicopatologia forense e Psiquiatria forense, como o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), desenvolvido por Hathaway[110], Rorschach[111], Teste de Bender[112] conhecidos como Psicotestes[113], com a finalidade de auxiliar no estabelecimento de diagnósticos que não dependam da cooperação direta do periciando. E que estejam portanto, menos sujeito ao uso da Simulação. Tais recursos não afastam a Simulação, mas apenas restringem o seu uso e auxiliam na sua detecção. É sabido que quanto maior o detalhamento na Anamnese e no Exame Físico, menor a sua possibilidade, inclusive por demonstrar ostensivamente ao paciente que se está atento à ela, o que parece coibir mesmo a tentativa.

---

[110] Hathsaway, J.Minnesota Multiphasic Personality Investory. Un of Minnesota Press. 1983
[111] Alvin GB. Rorschach's test*:* scoring *and* interpretation*.* NY*:* Hemisphere Pub*.* Corp*. 1989*
[112] Noronha, APP. Evidências de validade do Bender – sistema de pontuação gradual. Psicol. Reflexão Crítica. vol.20 no.2 . Porto Alegre 2007
[113] Maranhão, OR. Psicologia do Crime. 2ª. Ed. SP: Ed. Malheiros, 2003

X - Especialidades Médicas

1. PSIQUIATRIA

Da pesquisa bibliográfica realizada em todas as especialidades médicas relatadas nesse trabalho, a Psiquiatria revela o maior número de casos em que apresenta a Simulação como um artifício utilizado em maior ou menor grau qualitativa e quantitativamente, durante as avaliações médicas realizadas, seja para diagnóstico, acompanhamento, perícias trabalhistas funcionais ou perícias previdenciárias ou judiciais.

Também de acordo com os artigos publicados e citados em outras especialidades, ocorre que patologias diversas, como em Ortopedia e Neurologia, Reumatologia, pelas suas características de intensidade e cronicidade terminam por conduzir o paciente a desenvolver outras patologias distintas, estas dentro da especialidade de Psiquiatria. A dor atua como fator preponderante, pelas suas características e cronicidade. Em decorrência da dor, o paciente passa a ter menos mobilidade e atividade física, o que leva à obesidade, com todas as suas consequências de hipertensão arterial, diabetes e outras doenças. Há modalidades de dor contínua e também aquelas com características de intermitência, fazendo com que o indivíduo evite a exposição social. Tal quadro de sofrimento e isolamento por vezes leva à Depressão, afecção não originária daquela patologia básica ou inicial.

Nessas condições é quase impossível estabelecer se a doença de base desencadeou uma afecção psiquiátrica ou se ela era subclínica, portanto já existente, mas que se tornou clinicamente detectável em decorrência daquela. Como nos clássicos casos de “lombalgia”, inicialmente diagnosticadas e acompanhadas na especialidade de Ortopedia. Em tal doença, em casos de cronicidade, o portador, inicia apresentando sintomatologias referidas e queixas que serão diagnosticadas pela Psiquiatria como quadro de Distúrbios Mentais e comportamentais. Pelo aspecto multidisciplinar da referida doença, o paciente passará a receber cuidados médicos nas duas especialidades, Psiquiatria e Ortopedia. E, por ser doença com ampla gama de sintomatologia, tanto a Depressão quanto a Lombalgia, e queixas subjetivas, amplia a possibilidade da

apresentação da Simulação, com objetivo de *ganho secundário* por diversas finalidades, tais como justificativas para o afastamento do trabalho, recebimento de benefícios previdenciários, seguros por acidente ou doença profissional, aposentadorias e etc.

Há que se ressaltar que diversas afecções abrangidas pela Psiquiatria apresentam em suas características intrínsecas a *tendência* que o portador apresenta de utilizar-se da Simulação. Nessas circunstâncias, torna-se um desafio para o médico examinador diferenciar a Simulação com o quadro real apresentado pelo paciente.

1.1- Evolução histórica

Ao acompanhar a evolução da Psiquiatria[114] no Brasil como uma especialidade médica, desde o final do Século XIX e as primeiras décadas do século XX, o que se pode observar é uma luta constante para diferenciar o que seria Simulação e o que é verdadeiramente uma patologia. Observa-se ainda que essa evolução propiciou o reconhecimento de várias patologias psiquiátricas, desmistificando outras , identificando outras e inclusive encontrando substrato anátomo-patologico de lesões no Sistema Nervoso Central que propiciam os sintomas apresentados e levando essas doenças para a área de Neurologia conjuntamente, em sua subespecialidade de Neuropsiquiatria.

.

Naquele período, houve o início da evolução na identificação das doenças psiquiátricas, propiciada pela evolução da Anamnese e do Exame Físico dos pacientes. De acordo com o Código de Processo Penal, vigente durante o Segundo Reinado, o Exame Criminológico e o Laudo Pericial não tinham previsão legal expressa, ocorrendo apenas quando por requerimento do Magistrado. Por essa razão existia o Médico Legista, pertencente aos quadros da Polícia, que fazia a primeira triagem, quando o indivíduo era preso e acusado, por circunstantes, família ou pela própria polícia, como com “indícios de doença

[114] Roxo, H. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal,* Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro.

mental". Posteriormente a isso, quando ficava diagnosticado em Boletim de Ocorrência Policial, que o acusado era possuidor mesmo de alguns elementos indicativos de doença mental, era encaminhado ao Manicômio Judiciário. Isso no Distrito Federal de então, a cidade do Rio de Janeiro.

No Manicômio, ao ser feita a internação era feita nova Anamnese e Exame Físico, de maneira mais acurada e acadêmica, já que era um anexo da Faculdade de Medicina e o Diretor era o mesmo médico que ocupava o Lugar de Catedrático na Cadeira de Psiquiatria.

Com tal quadro houve um aprimoramento nos diagnósticos de doenças psiquiátricas e a sua classificação, de acordo com a sintomatologia apresentada e o histórico da doença, colhida por meio de uma anamnese, feita a várias mãos e com finalidades diversas.

Como o Código Penal de então tornava inimputável os "loucos de todo gênero", até por sugestão e orientação dos advogados, todo criminoso era um "doente mental", seguindo inclusive a corrente do atavismo de Lombroso.[115] Na prática, o Manicômio recolhia indigentes, prostitutas, escravos libertos, vadios e também criminosos.

Esse contexto propiciou o desenvolvimento de técnicas de anamnese e uma profusão de sintomas e sinais clínicos foram enumerados, além de possibilitar o delineamento e identificação de diversas doenças mentais, atualmente conhecidas e estudadas.

1.2 - Classificação dos tipos de doenças mentais

O CID- Código Internacional de Doenças cataloga as doenças mentais de acordo com vários parâmetros, tais como: com ou sem repercussão somática, alterações da personalidade, conteúdo de alucinações entre outras.

---

[115] *Prado LR. Curso de Direito Penal Brasileiro, Parte Geral, São Paulo, RT, 1999, p. 47.*

Destacaremos algumas doenças que, por seu caráter subjetivo de manifestação, dão margem ao uso da Simulação.

1.2.1 - Simulação intrínseca

1.2.1.1 - Doenças Imaginárias (Factícias)

Em artigo publicado no *Journal of the Royal Society of Medicine,* o autor (Cavendish)[116], questiona a validade das Desordens Factícias ou Imaginárias como um diagnóstico psiquiátrico, conceituando-a mais como um problema social. Afirma que nada se sabe sobre a psicopatogenia da doença. Argumenta que, embora a fraude-doença possa ser mais comum do que até então parecia, como um tipo distinto de transtorno psiquiátrico é conceitualmente errada, diagnóstico prático e clinicamente inútil e deve ser retirado das nosologias existentes.

Refere que a fraude, incluindo a mentira, como uma distorção deliberada de informações destinadas a enganar os outros, é uma forma onipresente de comportamento social que todas as pessoas, em algum momento, já viveram. De fato, há um número crescente de estudos evolutivos, realizados com crianças em Psicopatologia do Desenvolvimento para sugerir que a mentira é uma habilidade que se desenvolve naturalmente durante infância. Geralmente, as pessoas são boas em mentir, mas bastante pobres em detectar mentiras ou mentirosos.

Esta falha para detectar fraude pode ser explicado pelo fato de que muitas mentiras passam despercebidas e porque o observador, no caso o médico, não é motivado ou predisposto a considerar a possibilidade da mentira. Uma pesquisa recente dos Institutos Nacionais de Saúde que financiam cientistas, revelou que um terço dos entrevistados admitiu engajar-se em uma variedade de práticas enganosas, incluindo fabricação, falsificação ou plágio em suas pesquisas. Esse tipo de mentiras ou fraude não é menos comuns que outras, na sociedade.[117]. Sendo um comportamento tão comum, não haveria um porque de ele ser menor, adicionando-se aos ganhos secundários que ela pode propiciar, nas áreas trabalhistas, previdenciárias, securitárias e etc, além dos ganhos primários com a

---

[116] Cavendish C. *Journal of the Royal Society of Medicind. Feb 2007. vol. 100 no. 2 81-84*
[117] *Henderson S. Henderson S. The neglect of volition. Br J sychiatry005;186:273 -4*

doença em si, como a atenção médica, de parentes, o uso de medicação restrita e etc.[118]

Um estudo com 33 mil casos atendidos por neurologistas mostrou exagero nos sintomas (Metassimulação) em 8% a 40%, na dependência da patologia diagnosticada.[119]. Na Inglaterra, um estudo mostrou que, em 22 milhões de atestados médicos, 9% seriam questionáveis.[120]. Noutro estudo nos EUA o autor chegou a 40% dos atestados, com algum grau de Metassimulação.[121]

Sobretudo, a fraude não está restrita aos pacientes. Cerca de 37% dos médicos foram de alguma maneira instados a fraudar pagamentos de contas de seus pacientes no seu seguro médico, criando sinais e sintomas inexistentes.[122]. Torna-se razoável questionar as Doenças Imaginárias ou Factícias como doenças propriamente ditas, pois não apresentam embasamento substancial para propósitos diagnósticos, mesmo se considerar a motivação com consciente ou inconsciente, voluntária ou involuntária.[123]

Na Síndrome de Münchhausen, os pacientes intencionalmente produzem e apresentam sintomas físicos para receber tratamento hospitalar frequente. Uma das características desses pacientes é a mentira patológica, ou pseudologia fantástica, porém sem um aparente interesse em qualquer ganho secundário, exceto o interesse de parecer doente.[124] Aparentemente uma Simulação inocente, mas deve-se considerar que, para um tratamento hospitalar faz-se necessário se afastar de atividades laborativas ou outras, o que faz pressupor a concessão de benefícios previdenciários.

---

[118] *Martinson BC, Anderson MS, de Vries R. Scientists behaving badly. Nature 2005;435:737 -8*
[119] *Mittenberg W, Patton C, Vanyock E, Condit D. Base rates of malingering and symptom exaggeration. J Clin Exp Neuropsychol 2002;24:1094 -1*
[120] Lister S. Bogus sick notes give time off to 9m a year. Times 28 April 2004
[121] Larrabee G. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. Clin Neuropsychol 2003;17:410 -25
[122] Wynia M, Cummins D, Van Geest J, Wilson I. Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. JAMA2000;283:1858 -65
[123] Rogers R, Bagby R, Rector M. Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. Am J Psychiatry1989;146:1312 -4
[124] Wagner FG - Rev Assoc Med Bras 2003; 49(2): 220-4 221

O paciente apresenta extenso histórico de atendimentos médicos, clínicas e hospitais, sempre com uma sintomatologia diferente, para ser submetidos aos mais variados exames complementares e inclusive procedimentos cirúrgicos.[125]. A Síndrome está presente no CID-10 no Título de Transtornos Factícios.

1.2.1.2 - Síndrome de Ganser

A Síndrome de Ganser, primeiramente relatada em 1898 em pacientes presidiários, o que auxiliava em muito na detecção da Simulação, tendo em vista que os pacientes acreditavam que poderiam obter benefícios em relação ao cumprimento da pena em regime fechado, com respostas falsas. Descreve um transtorno dissociativo que abrange conversão, amnésia, pseudo-alucinações e fuga, bem como diminuição do estado de consciência.[126]. Pacientes portadores de tal doença, durante uma avaliação médica apresentam respostas desconexas, jocosas, teatrais e absurdas ao que foi perguntado. Tais respostas ficaram sendo conhecidos por "respostas aproximadas", já que os pacientes aparentemente respondiam de forma proposital o errado, tais como "quantas pernas tem um cachorro? Resposta: 5".[127] Ou seja, não apresentavam ser respostas desconexas, pois não havia fuga da idéia, apenas a resposta tida como absurda e intencional. Apesar de as descrições iniciais terem sido realizadas com homens e prisioneiros, posteriormente foram relatados casos envolvendo mulheres e também crianças.[128]

Atualmente descrita como uma doença psicótica histriônica, doença dissociativa, Doença Factícia e orgânica, muito embora não ocorram quaisquer alterações ao eletro-encefalograma de tais pacientes. Em pacientes com

---

[125] Black W. Resource implications of Muchausen´s Syndrome. Br J Psychiatry 1993; 162:847-8.
[126] Giannini AJ, ME Barringer, MC Giannini, RH Loiselle. Lack of relationship between handedness and intuitive and intellectual (rationalistic) modes of information processing. Journal of General Psychology. 111:31-37 1984.
[127] Schutsman, M. Being approximate: the Ganser Syndrome and beyond. Hournal of Medical Humanities 24 (1/2) 147-158. 2003
[128] Carney MW, Chary TK, Robotis P, Childs S. Ganser syndrome and its management. British Journal of Psychiatry. 1987 nov; 151; 697-700

traumatismos cranianos, uso de drogas ou sintomatologia de demência há a ocorrência de resultados semelhantes à Síndrome de Ganser.[129]

Foi em decorrência da descrição dessa moléstia psiquiátrica por Ganser que criou-se o conceito de “transtorno factício”, ou Doença Imaginária que faz-se importante ressaltar a diferença conceitual com o “transtorno fictício”. No caso do transtorno factício há uma *exacerbação* de uma sintomatologia, um fato, o que caracteriza a Metassimulação. No transtorno fictício, há a *criação* de uma sintomatologia inexistente, o que caracteriza a Simulação. Ambas porém, podem ser agrupadas como sendo formas de Simulação, muito embora conceitualmente diferentes.

A razão da ênfase nas particularidades da Síndrome de Ganser, conforme descrita, é porque fica clara a intenção de Dissimulação para a obtenção de algum ganho secundário, muito embora nem sempre se apresente assim, tão claramente, como no caso dos presidiários. O que se pretende mostrar é a dificuldade que o médico examinador encontra, ao se deparar com a Simulação quando faz parte intrínseca da doença, quando está sendo utilizada visando ganhos secundários com isso ou ainda, quando é Simulação, aproveitando-se da sua doença para simular.

1.2.1.3 - Malingering

Malingering é expressão inglesa utilizada para todo o tipo de “*simulação com má-fé, utilizada na área médica com o fim da obtenção de algum ganho secundário*”, como abster-se do serviço militar, escolares, ocupacionais, benefício previdenciários, obtenção de receituário para drogas controladas, fins judiciais criminais como atenuação de penas ou inimputabilidade.[130]

Quando o médico não consegue detectar o uso da Simulação, haverá uma onerosidade excessiva ao sistema de saúde, além de concessões indevidos de benefícios, nas suas mais diversas formas. Por outro lado, a equivocada

[129] Cocores JA, Schlesinger LB. A review of the EEG literature on Ganser's syndrome. Int Journal Psychiatry Med. 1986-1987;16(1):59-65.
[130] R. Rogers *Clinical Assessment of Malingering and Deception* 3rd Edition, Guilford, 2008.

atribuição de Simulação impõe uma carga considerável de consequências em uma proporção significativa da população de pacientes.[131,132]

Porque a Simulação foi generalizada em toda a União Soviética para escapar de sanções ou coerção, os médicos eram limitados pelo Estado em número de dispensas médicas que poderiam emitir.[133]

No contexto de uma Perícia médico-legal, alguns autores defendem que a Simulação deve ser despojada de sua aura de desonestidade, devendo ser considerada apenas como mais um dos recursos utilizados por aqueles investigados por algum delito. Sob esse ponto de vista, apenas mais um comportamento a ser investigado e provado,[134], cabendo ao Médico apenas a indicação de comportamento que denota a possibilidade de Simulação, e à Justiça decidir e acatar ou não o alegado.[135] Nos casos de doenças que podem desencadear Depressão, como ocorre na Ortopedia e Neurologia, a dor é fator preponderante, dado a sua subjetividade, para possibilitar o comportamento de Simulação. Sempre com finalidade de algum ganho secundário, pecuniário, previdenciário ou ocupacional. Por essa fator, uma avaliação médica sempre deverá ser multidisciplinar, com cada profissional avaliando a sua área de especialidade.[136]

Malingering não é um comportamento que possa ser estudado em correlações estatísticas, dadas as suas características peculiares, estando a percepção do seu uso mais próxima da atividade médica em sua prática profissional. Dados como a Tabela de Waddell, que procura enumerar sintomas em diversas categorias, buscando correlacionar com a Simulação e em que grau

---

[131] Garriga. Malingering in Clinical Setting. Psychiatric Times. Vol. 24. Nº 3, 2007
[132] Shapiro AP. Misdiagnosis of chronic pain as hysteria andf malingering. Currente Pain and Headache Reports 2 (1): 19-28. 1998
[133] Mark GF. Structured Strain in the Role of the Soviet Physician. 1953. The American Journal of Sociology, v.58;5;493-502.
[134] Palermo GB. Clin J Pain. 2004. Nov-Dec; 20(6): 423-32
[135] Mendelson G. Spine J. 2005 Jul-Aug;5(4):404-17.
[136] Aronoff GM. Pain Manag Nurs. 2011 Mar;12(1):33-40. 2010 Apr 9.

e porcentagem de casos, sem sucesso, muito embora os profissionais admitam a existência.[137]

O Departamento de Seguros do Texas relata o custo de cerca de quinze bilhões de dólares anualmente em decorrência de fraudes diversas, incluindo as médicas, em decorrência de Malingering.[138]

1.2.2 – A Simulação para o ganho secundário

A seguir, serão pormenorizadas alguns distúrbio mentais onde a Simulação tanto faz parte intrinsecamente da doença quanto pode ser mais um comportamento.

1 – Somatização

2 – Conversão histérica

3 – Depressão

1.2.2.1 - Somatização[139]

Esse termo, proposto por Steckel em 1921[140], atualmente tem diversas conotações, dependendo em que contexto é usado. Pode ser definido como "*a tendência para experimentar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles*".[2]. O sofrimento emocional ou os problemas comuns da vida são experimentados por meio de sintomas físicos.[141]

É causa comum a procura por consulta médica em serviços de atenção básica à saúde em todos os países. Pesquisas realizadas nas últimas décadas, em serviços de atenção primária, revelam a prevalência de somatizações entre 16 a 50% dos atendimentos.[142, 143] Na Dinamarca, clínicos gerais identificaram

---

[137] Fishbain DA. Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. Clinic J Pain. 1999 Dec;15(4):244-74.

[138] Garriga. Psychiatric Times. Vol. 24 No. 3 Malingering in the Clinical Setting

[139] Lazzaro, CDS. Somatização na prática médica. Arq Ciênc Saúde 2004 abr-jun;11(2):X-X

[140] Hinsie LE. Psychiatric dictionary. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.

[141] Schreiber D. Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61:1073-8.

[142] Spitzer RL. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. JAMA 1994; 272: 1749-62.

somatização em 50 a 70% dos pacientes. Na Inglaterra,[144], em outra pesquisa não se encontrou causa orgânica em mais de 80% das consultas de atendimento primário para avaliação de sintomas mais comuns como dor no peito, tontura, dor por todo o corpo, perda de voz ou cansaço.

Porém, na prática, a Somatização costuma passar despercebida.[145]. Em uma grande amostra de 90.000 consultas ao clínico geral, 72% dos pacientes que receberam diagnóstico psiquiátrico tinham mais de um sintoma físico, entre as queixas principais.[146] Sabe-se que o atendimento em serviços de saúde aos somatizadores é responsável por grandes gastos. Nos EUA, estima-se que o atendimento a somatizadores seja responsável por até 50% dos custos de ambulatórios médicos.[147]

Além disso, esses pacientes costumam demandar uma grande quantidade de consultas médicas e exames, gerando altos custos para o sistema de saúde[148], caso o médico não atente ao diagnóstico de Somatização, encaminhando o paciente para diversas outras especialidades médicas, dando origem a uma série de exames, até internações, afastamentos ao trabalho, pensão previdenciária e aposentadoria precoce.[149]

O difícil Diagnóstico

A formação médica, tendo por base a Medicina como Ciência, toma a dimensão física e biológica do corpo humano. Caso desconsidere a dimensão psicossocial do paciente poderá incorrer em erro ou ainda um não-diagnóstico,

---

[143] Gureje O. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. Am J. Psych 1997: 154: 989-95.
[144] Smith Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. N Engl J Med 1986; 314: 1407-13.
[145] Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatização 1ª parte – diagnóstico prático. NeuroPsicoNews 2003;53: 3-6.
[146] Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. Arch Gen Psychiatry 1985; 42(1):89-94.
[147] Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Styles. Am J Psych 1983;140(3):273-83.
[148] Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. American Journal Psych 1988;145:1358-68.
[149] Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. revalence, health care utilization and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40: 330-8.

pois a Somatização abrange os componentes, físico e mental. Quando não reconhecida a Somatização, esses pacientes poderão ser vítimas de intervenções frustrantes, caras e potencialmente perigosas. E, a despeito de tudo isso, não solucionando os problemas relatados pelos pacientes. Pela simples razão de que não existem, mas foram criados por Simulação. [150]

Os somatizadores são convencidos, por seus sintomas, de que seu sofrimento provém de algum tipo de distúrbio físico presumivelmente não descoberto e intratável, sendo comum o paciente recusar receber um diagnóstico como de fundo "psicológico".[151] Em algumas situações, o médico procura dispensar rapidamente o paciente que, na sua opinião não tem uma patologia específica, diagnosticando Distonia neuro-vegetiva e rotulando pejorativamente o paciente de *poliqueixoso.* Quando isso ocorre, o paciente costuma achar que o médico é incompetente, inexperiente ou desinteressado, e que deve procurar outro profissional.[152] Nesses casos, deve haver respeito ao paciente, orientando-o cuidadosamente sobre tratar-se de um caso difícil e que ele deverá procurar ajuda especializada[153]

Geralmente, a Somatização é um diagnóstico de exclusão. Pacientes somatizadores frequentemente são de difícil diagnóstico, podendo apresentar ou não outros transtornos psiquiátricos, assim como o uso de substâncias psicoativas.[154]. Apesar de apresentar um quadro em que as queixas não encontram ressonância em quadros anatomo-patológicos reconhecidos, o paciente deve ser orientado o mais possível, dentro da sua capacidade de discernimento e encaminhado a um serviço especializado, onde obterá tratamento e acompanhamento para a Somatização e não para outras doenças, de acordo com a sintomatologia referida.[155]

---

[150] Ávila LA. O eu e o corpo. São Paulo: Escuta; 2004.
[151] Guggenheim F, Smith GR. Transtornos Somatoformes. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 1361-81.
[152] Righter, EL. Tratamento da preocupação somática. NeuroPsicoNews 2003; 53: 9-13.
[153] Almeida, EHR. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. RevBioética, vol. 18, nº2
[154] Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Brody D et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Family Med 1994; 3;774-9.
[155] Bombana, JA. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 n.4 São Paulo Dec. 2000

A Somatização tem, em seus componentes intrínsecos, a apresentação de sintomas reais, muito embora sem correlação com o que se conhece em termos de anatomo-patologia. Essa situação pode induzir o médico crer em Simulação. Mas não há a Simulação e os sintomas são reais e inclusive sem a intenção da obtenção de ganhos secundários. O paciente apenas atende a um sentimento interno de que tem a doença referida.

Por outro lado, quando existe qualquer componente que possa ser tido como ganho secundário, tais como afastamentos ao trabalho, perícia previdenciária, securitária, processos judiciais, indenizações, requerimento de inimputabilidade penal ou tantos outros, o componente de Simulação, antes intrínsecos à doença em si da Somatização poderá ser utilizado, sendo um fator complicador de uma perícia, dado à grande dificuldade, podendo até se falar em impossibilidade, na diferenciação de ambas as situações.

1.2.2.2 – Conversão Histérica

A palavra Histeria é um dos termos mais conhecidos da psiquiatria, tendo passado inclusive para o vocabulário não-médico. Descrita desde tempos mais remotos[156] e como sendo uma doença que acomete mulheres, até pelo próprio nome da doença, já que *hystero* é um vocábulo grego para denominar útero. Segundo Hipócrates, a histeria era doença feminina, derivada da ausência de relações sexuais. Alinhando-se a Hipócrates, Platão reforçou a analogia do útero com um ser vivo propondo que esses sintomas seriam determinados por um *desejo de fazer crianças.* Portanto, desde a tradição grega a histeria foi formulada como uma questão própria das mulheres, ligada à insatisfação sexual ou ao desejo de procriar. Com a evolução da nosologia psiquiátrica, durante o século XIX, o termo foi desmembrado, de acordo com a localização ou a origem dos sintomas Os sintomas histéricos de natureza física (sensitivo-motor) passaram a ser denominados *Somatoformes* (incluindo-se a conversão e a somatização) e as manifestações de natureza psicológica passaram a ser denominadas *Dissociativas*. Apesar das vantagens dessa nova catalogação para o Médico das novas categorias, privilegiando os estudos dos sinais e sintomas para o seu posterior diagnóstico, o desmembramento apenas ocorre nos termos utilizados,

[156] Foucault M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 2007

mas a patologia em si apresenta-se de forma una, em seus significados e objetivos. A Histeria se articula no campo da representação e não no campo do corpo anatomo-patológico[157] e sua apresentação tem uma contextualização e significado social.

A histeria deve ser entendida como um comportamento e não como uma doença em si, pois ela não tem uma continuidade, mas apresenta-se como se fossem "crises" diante de algum momento conflitivo porque passa o paciente, sendo um artifício para encarar uma situação real da vida ou mesmo para fugir dela.[158]

Em um relato que consta como sendo o primeiro trabalho científico feito sobre Psiquiatria no Brasil, o médico Antônio Gonçalves Gomide, na cidade de Mariana, em 1814, descreve o quadro de uma beata que permaneceu por vários dias imóvel, deitada com os braços abertos e os pés em posição como a do "cristo crucificado".[159] O ganho secundário visado pela beata tinha claramente fins de reforço em crença religiosa.[160]

1.2.2.3 - Depressão

A Depressão é patologia que consta do CID-10 no Capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais, em suas variadas formas de expressão. Por ser uma doença de difícil diagnóstico, a Associação Médica Brasileira publicou na Revista Brasileira de Psiquiatria, uma Revisão das diretrizes para o diagnóstico e tratamento da Depressão, com a colaboração de renomados profissionais brasileiros na área[161] , bem como com a colaboração da Associação Inglesa de

---

[157] Birman, J. Apresentação: interpretação e representação social e saúde coletiva. *Physis*, 1: 1991
[158] Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. Psychosomatics. 1985;26:371-83.
[159] Silva, SSA. Antônio Gonçalves Gomide: uma semiologia das doenças nervosas no Brasil. História, Ciências Saúde – Manguinhos vol.17 supl.2 Rio de Janeiro
[160] Alvim, CF. Um precursor mineiro da psiquiatria brasileira. *Rev. Univ. MG, BH,* n.12.p.234-50. 1962
[161] Marcelo P. Fleck - Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17 - S8

Farmacologia[162], Associação Americana de Psiquiatria[163], Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA[164] e da Associação Mundial de Psiquiatria[165]

A depressão é uma condição relativamente comum[166], de curso crônico[167] e recorrente[168, 169]. Está frequentemente associada com a incapacitação funcional[170] e comprometimento da saúde física por meio da somatização.[171,172, 173]

Paciente com Depressão geralmente apresentam limitação de atividade social e redução de bem-estar[174, 175], consequentemente utilizando-se mais frequentemente dos serviços de saúde[176], ocorrendo mais absenteísmo nas empresas e benefícios previdenciários. Doença geralmente não diagnosticada em cerca de metade dos casos[177] por médicos não-psiquiatras (clínicos gerais) em serviços primários de saúde[178, 179], acomete mais o sexo feminino e costumam

---

[162] Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 BAP guidelines.*J Psychopharmacol.*2000;14(1):3-20.
[163] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2000;1-45.
[164] US Health. Depression Guideline Panel. *Depression in primary care in clinical practice guideline number 5*. Vols.1-2. US Department of Health and Human Services: Rockville; 1993.
[165] World Psychiatric Association. *Educational program on depressive* disorders. Overview and fundamental aspects. New York; 1997
[166] Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004;49(2):124-38.
[167] Mueller TIRecurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry.* 1999;156(7):1000-6.
[168] Posternak MA. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(5):324-9.
[169] Keller MB. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(10):809-16.
[170] Wells KB. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262(7):914-9.
[171] Penninx BW. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):889-95.
[172] Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med.* 1999;61(1):6-17.
[173] Evans DL, Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry.*2005;58(3):175-89.
[174] Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health*. 1993;83(3):385-90.
[175] Lloyd KR,Jenkins R, Mann A. Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *BMJ.* 1996;313(7048):26-8.
[176] Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA.* 1992;267(11):1478-83
[177] Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J* (Clin Res Ed). 1985;290(6485):1880-3.
[178] Rost K. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998;20(1):12-20.

acompanhar outras doenças do âmbito da Neurologia e Ortopedia, como é o caso da LER, Lombalgia e Fibromialgia.

A depressão é um transtorno incapacitante, entre as primeiras causas de incapacitação ocupacional[180] e geralmente acomete pacientes especificamente ou ainda acompanhando outras doenças, como infartos, neoplasias e também em pacientes internados, chegando a casos de até cinquenta por cento[181]. Apresenta-se como doença recorrente, isto é, ao longo da vida haverá mais de um episódio.[182]

A Distimia é uma forma de Depressão com sintomas semelhantes, porém de forma atenuada ou menos intensos.[183] Estudos demonstram ser a Distimia uma patologia mais frequente que a forma Depressão[184], com maior comprometimento na atuação social e incapacitação profissional, sobrecarregando o sistema de saúde e encarecendo-o.[185]

Dessa maneira, a possibilidade do uso da Simulação, principalmente da Metassimulação - o reforço de relato de sintomas exagerados ou não mais existentes -, na Depressão, constitui-se em fator que sempre deve ser levado em conta, pelas sutilezas dos sintomas, pela impossibilidade de realização de exames complementares. O diagnóstico é eminentemente clínico e nem sempre o Médico é especialista em Psiquiatria, o que é comum nos serviços primários de saúde. Em exames médicos periciais, não sendo o Perito Psiquiatra torna-se recomendável a sua avaliação também por esse especialista.

---

[179] Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatr.*1997;171:427-33.
[180] Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997;349(9063):1436-42.
[181] Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med.* 1984;46(3):199-212.
[182] Kessler RC,; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
[183] World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra; 1993
[184] Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord.* 1996;37(2-3):91-101.
[185] Stewart JW, Quitkin FM, McGrath PJ. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. *Psychiatry Res.* 1998;25:213-22.

Há uma série de doenças psiquiátricas catalogadas em conformidade com o CID-10-F, com todas as sua peculiaridades de sinais e sintomas, quando há ou não o comprometimento físico (somático) ou apenas como uma doença mental. As doenças escolhidas para serem descritas tiveram o objetivo de demonstrar a grande dificuldade que o médico tem para efetuar o diagnóstico o mais corretamente possível. E, na grande maioria das vezes, apenas por meio da Anamnese, na ausência de poder recorrer à realização de exames complementares na investigação diagnóstica.

1.3 – A Semiologia psiquiátrica

A Psiquiatria é um especialidade médica que depende fundamentalmente de uma anamnese detalhada. A avaliação do estado mental é um procedimento planificado que busca descrever os comportamentos do paciente no momento da entrevista, e que deve ser interpretado em conjunto com a história médica, exame físico e dados laboratoriais.[186] Por se tratar de matéria extensa, serão apresentados os dados de maior relevância a serem colhidos para que o médico possa se conduzir a um diagnóstico seguro, descartando diagnósticos diferenciais.[187]

A entrevista deve se realizar de modo mais próximo a uma conversa informal, considerando-se que a conduta humana sempre atende a um contexto de vínculos e relações humanas.[188]. Um dado de importância é saber se o paciente buscou a ajuda médica por iniciativa própria ou se foi solicitado a isso.[189] No caso da Perícia Médica, ela é sempre solicitada por alguma parte interessada, a Empresa, a Previdência Social, a Seguradora, o Magistrado, em casos judiciais. O simples fato de não ser algo espontâneo, já pode predispôr o paciente a não ser tão cooperativo e suas informações não fidedignas, ocultando sentimentos,

---

[186] Freud, S. (1972). Tratamento psíquico (ou mental). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 295-316). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)

[187] Zuardi AW. Semiologia psiquiátrica. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 44-53, jan./mar. 1996

[188] BlegerJ. Temas de psicologia: Entrevista e grupos 7. reimp. Martins Fontes, São Paulo, p. 9-41, 1995: A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação.

[189] Kaplan HI . Compêndio de psiquiatria dinâmica. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 153-181, 1984: Diagnóstico e psiquiatria: o exame do paciente psiquiátrico.

ocorrências e fatos íntimos, tanto própria defesa psíquica quanto por saber que pode ser descoberto, quando em uso de Simulação. Por tudo isso, não é um paciente colaborador[190]. O médico deve ser imparcial, profissional, sem expor sentimentos pessoais seus e nem uma postura de julgamento, o que irá criar situações que certamente interferirão na empatia que deve ser criada, para obter melhor confiabilidade.[191]

Os componentes do estado mental que devem ser avaliados incluem nível de consciência, aspecto ou aparência, atitude e atividade, humor e afeto, linguagem, conteúdo do pensamento, percepção, "insight", julgamento, juízo crítico da realidade e funções cognitivas.[192] Esses, alguns aspectos a serem avaliados, além daqueles de praxe da Clínica Médica, como o Interrogatório, Antecedentes pessoais e familiares e outros.[193]

A entrevista pode ter uma conformação aberta (mais livre, utilizada em clínica), semi-estruturada ou a estruturada, mais utilizada em Perícia Médica.[194] Compõem-se de um questionário, de melhor viabilidade para compôr um prontuário a ser seguido por outros profissionais e em outros momentos. Sendo um prontuário padronizado facilita para os profissionais médicos que darão continuidade ao processo. Em todas as formas, a entrevista é dirigida ativamente pelo médico, muito embora deva a entrevista adaptar-se ao paciente e não o paciente a ela.[195]

Ao final, as informações colhidas devem poder fornecer ao médico os elementos para uma caracterização da personalidade do paciente, seu modo de reagir e interagir diante das situações de sua vida, uma postura ativa ou passiva, o quanto esses estímulos externos modificam ou não componentes internos, se o

---

[190] MacKinnon . A entrevista psiquiátrica na prática clínica. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 15-62, 1981: Princípios gerais da entrevista.
[191] Mucchielli R. A entrevista não diretiva 2. ed. Martins Fontes, São Paulo, p. 30-37. 1994: A situação de entrevista e suas variáveis específicas.
[192]Priszkulnik, L. (1998). As entrevistas diagnósticas em psicanálise. *Psychê*, *2* (2),17-23.
[193] Marcondes, M., Sustovich, D. R., & Ramos, O. L. (1976). *Clínica médica: Propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
[194] Del Porto, JA. Visão geral sobre os instrumentos para obtenção de informações (entrevistas estruturadas e semi-estruturadas). Rev. ABP/APAL, 8 (Supl):18-24,
[195] Dratcu L. O exame do paciente psiquiátrico. In: Almeida OP; Dratcu L & Laranjeira R. ed. Manual de psiquiatria. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 5-21, 1996

indivíduo se considera doente ou não, a sua disponibilidade e adesividade a um tratamento, o quanto a doença interfere em sua auto-estima, ainda que não exatamente, mas de modo geral.[196]

A pormenorização da Anamnese psiquiátrica aqui apresentada não tem a intenção didática de ensino, mas tão somente porque, dado a sua sintomatologia quase que na totalidade subjetiva, o que se apresenta como uma situação propícia ao uso da Simulação.

A fim de auxiliar o médico, tanto no diagnóstico quanto na detecção do uso da Simulação, foram criados alguns testes que também podem ser utilizados, como o OPCRIT (*Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness*) utilizados como critério, quando há um diagnóstico diferencial para Esquizofrenia.[197]. Há também o "Mini-Exame do Estado Mental"[198], que visa a identificar sintomas sugestivos de afecção cerebral, primária ou secundária.

Dentro da Especialidade de Psiquiatria foram escolhidas e destacadas e descritas algumas doenças mais suscetíveis do uso da Simulação, seja como componente intrínseco da doença, o seu exagero, a Metassimulação, visando algum ganho secundário. A escolha, modo e sequência de apresentação das doenças não tem qualquer intenção classificatória ou de importância. Poder-se-ia escolher várias outras, já que a finalidade é a exemplificação. O CID-10 detalha a codificação de todas as patologias psiquiátricas conhecidas. Parte dela apresentam quadros graves, de difícil diagnóstico e tratamento quando a Simulação não precisa ser utilizada como reforço para a obtenção de ganhos secundários.

Com os dados colhidos na detalhada anamnese visando ao diagnóstico psiquiátrico e eventualmente detectar o uso da Simulação, também se buscam elementos para os eventuais diagnósticos diferenciais entre os transtornos

---

[196] Scheiber, SC The psychiatric interview, psychiatric history, and mental status examination. In: Hales, RE. Textbook of psychiatry. 2th. ed, American Psychiatric Press, Washington, p.187-219, 1994.

[197] Martins DC, Alexei Gil, Abreu PSB. Humor e psicose em esquizofrenia R. Psiquiatr. RS(2): 135-157, mai./ago. 2004

[198] Revista da Associação Médica Brasileira, volume 46 n.º 04 de Outubro/Dezembro de 2000

mentais conhecidos. E, ainda, outros diagnósticos de doenças diversas, principalmente porque as doenças psiquiátricas costumam cursar juntamente com outras doenças com substrato orgânico, como na Neurologia e Ortopedia.

2 - Otorrinolaringologia (ORL)

Dentro da especialidade médica de ORL, a Disfonia e a Disacusia são as doenças que se ligam direta ou indiretamente às áreas periciais previdenciárias, ocupacionais, securitárias ou judiciais trabalhistas, que envolvam o âmbito econômico e que podem estar sujeitas à Simulação, sempre visando algum ganho secundário.

Em termos Ocupacionais, existem uma série de Normas Regulamentadoras[199] que estabelecem e determinam parâmetros e condições a serem cumpridas pelas mais diversas atividades econômicas empresariais para que a atividade laborativa prejudique o mínimo possível os trabalhadores. São os equipamentos (e adaptações) de proteção ambiental. Aliado a isso, a indicação de equipamentos de proteção individual, como protetores auriculares, capacetes, botas, luvas e muitos outros. De acordo com a atividade da empresa há uma ou mais Normas Regulamentadoras.

A despeito de toda a proteção preventiva, inclusive considerando que ela nem sempre é realizada, é grande o número de acidentes do trabalho e do desenvolvimento de doenças profissionais. Deve-se ainda levar em conta que alta percentagem dos eventos não são notificados, seja por interesse do empregador ou do empregado.

Com isso, há grande número de perícias visando a estabelecer nexo causal entre a atividade exercida e a doença apresentada. Com uma vasta gama de sintomatologia, há aquelas subjetivas, quando pode então ocorrer a Simulação, em alguma de suas variantes, a Dissimulação ou a Metassimulação. Com o fim de reduzir o grau de subjetividade foram desenvolvidos métodos e equipamentos para determinar objetivamente a disfunção.

Um fator complicador para a afirmação de qualquer perda que seja de origem ocupacional reside no fato de que as doenças, tanto a Disacusia como a Disfonia,são de evolução lenta e gradual, acompanhando o indivíduo nas diversas fases da vida, independente do fator Ocupacional. Torna-se por vezes quase impossível determinar com precisão o nexo causal.

---

[199] N.Regulamentadora nº 15 – Anexo I - Portaria 3.214 de 08/06/1978 do Min. do Trabalho

1 - Disfonia

São profissionais que se utilizam da voz como instrumento de trabalho: professores, cantores, radialistas, operadores de telefonia e outros relacionados. Com isso, a incidência de Disfonia é muito variável, chegando até 90%.[200, 201] Em razão disso, vários são os trabalhos publicados buscando propor um modelo de atendimento para Disfonia relacionado ao trabalho.[202]

Os nódulos de pregas vocais são a afecção mais freqüente nesses profissionais. Porém, existe uma gama de outras alterações orgânicas e funcionais na laringe e trato respiratório em maior ou menor grau que também podem causar Disfonia.[203]

O trabalhador geralmente não recebe informações sobre o funcionamento, cuidados e treinamentos vocais, a fim de diminuir o risco de Disfonia. Os cuidados vocais são mais propagados e realizados entre cantores e outros envolvidos na atividade artística, mas não entre os professores e outros profissionais. Apesar da sua alta prevalência, não é relacionada como uma doença ocupacional, quando o profissional médico, especialista em Otorrinonolaringologia ou não, é instado a emitir um laudo de capacidade laborativa. Ou, quando em outras áreas, como a previdenciária, securitária ou judicial, quando ocorre perda parcial ou total, temporária ou definitiva da voz.

Foi desenvolvido o Voice Handicap Index[204] que procura relacionar os sintomas apresentados com a sua repercussão psicossocial e de redução na capacidade laborativa. Para a análise dos resultados obtidos levam-se em conta fatores ambientais, como ruído, poeira, giz, acústica, ar condicionado, carpete e produtos químicos.

---

[200] Russell A. Prevalence of voice problems in teachers. J Voice 1998; 12(4): 467-79.
[201] Smith E. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. J Voice 1998; 12(3): 328-34.
[202] Erica Ortiz - Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.70 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2004
[203] Mattiiske JA. Vocal problems among teachers: review of prevalence, causes, prevention and treatment. J Voice 1998; 12(4): 489-99.
[204]. Jacobson B. [1] The Voice Handicap Index . *American Journal of Speech-Language Pathology* Vol.6 66-70 August 1997

Levando em consideração os escores no VHI, a Disfonia é mais freqüente no sexo feminino[205, 206] que apresenta modificações constitucionais e anatômicas peculiares[207] em sua configuração glótica.

Os principais sintomas da Disfonia são a fadiga vocal, odinofagia (dor à deglutição), odinofonia (dor ao articular a fala), zumbidos, hipoacusia (diminuição da audição), alterações na dinâmica respiratória, tosse, omalgia (dor nos ombros) e cervicalgia. Observa-se um tempo de fonação diminuído, rouquidão, articulação vocal imprecisa e tensão músculo-esquelética.

Por ainda não ser catalogada como uma doença profissional não há parâmetros estabelecidos, como segmentação por tipo de função, como professor, operadores de telefonia, canto, o que é necessário para o entendimento do uso vocal na profissão.[208]. É ainda importante o estabelecimento de periodicidade, intermitência e a carga horária do uso da voz em termos ocupacionais.[209, 210] Porém, em outros países, como os EUA, existe uma catalogação por atividade profissional com o uso do aparelho fonador.[211]

A Disfonia ocupacional decorre do uso intenso, prolongado, contínuo e inadequado do aparelho fonador e tal sobrecarga funcional apresentará sintomatologia diversa, variando em tempo de início de aparecimento conforme a atividade profissional. Em professores, costuma ocorrer após 10 a 20 anos de trabalho[212], sendo esse período bem menor em professores de educação física, pelas características da função, com o uso de tom mais elevado de voz, de forma brusca e geralmente ao ar livre[213]. Entre os operadores de tele-atendimento a

---

[205] Russell A. Prevalence of voice problems in teachers. J Voice 1998; 12(4): 467-79.
[206] Smith E. Frequency and effects of teachers' voice problems. J Voice 1997; 11(1): 81-7.
[207] Giampieri NIC. La voz em el campo ocupacional. Salud Ocupac 1992; 10(49): 29-31
[208] Costa HO. Caracterização do profissional da voz para o laringologista. Rev Bras Otorrinolaringologia. 2000; 66(2): 129-34.
[209] Garcia OC; Torres RP, Shasat ADD. Disfonias ocupacionales; estudio de 70 casos. Rev Cub Med 1986; 25: 998-1009
[210] Penteado RZ, Pereira IMTB. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. Rev Bras Saude Ocup 1999; 25(95/96): 109-30.
[211] Satalloff RT. Impairment, disability and other medical-legal aspects of dysphonia. Otol Clin N Am 2000; 33(5): 1143-53.
[212] Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner L, Heras H. Frequency and effects of teachers' voice problems. J Voice 1997; 11(1): 81-7
[213] Lemke J, Taylor M, Kirchner HL, Hoffman H. Frequency of voice problems among teachers and other occupations. J Voice 1998; 12(3): 480-8

sintomatologia se evidencia em torno de seis meses do início das atividades laborais.[214]

Para a avaliação anatômica e funcional do aparelho fonador utiliza-se a fibrolaringoscopia. São avaliadas as pregas vocais em sua anatomia e sua conformação para a função de emissão da voz, além de edema, hiperconstrição e nódulos. Constatou-se porém que apenas o exame otorrinolaringológico, mesmo seguido de fibrolaringoscopia, nem sempre é suficiente para o diagnóstico, pois mesmo uma laringe adaptada e com voz adequada pode apresentar alterações estruturais, conforme observado em estudos.[215]. Tornam-se importantes os dados de anamnese[216], as atividades extra-laborais e sintomas como refluxo gastro-esofágico, alergias, tabagismo e outros.[217] Alterações psíquicas podem apresentar uma somatização involuntária, afetando o aparelho fonador e precipitando a Disfonia.[218]

A Disfonia apresenta uma peculiaridade entre as doenças profissionais, pois o seu acometimento nem sempre resulta em afastamento do trabalho, mas cuidados, adaptações e treinamento de aptidão para o correto uso do aparelho fonador.

É uma doença de difícil estabelecimento de nexo causal como originária ou potencializada pelo trabalho, mesmo recorrendo a exames complementares o que a torna passível de Simulação em algum grau, visando a ganhos secundários, como o afastamento do trabalho ou previdenciário. Não se conseguiu até o momento estabelecer uma percentagem de casos onde ocorra a Simulação, mas em qualquer que seja, sempre acarretará conseqüências, como demonstra um

---

[214] Gotaas C. Vocal fatigue among teachers. Folia Phoniatr 1993; 45:120-9.
[215] Elias ME. Normal strobovideolaryngoscopy: variability in health singers. J Voice, 1997; 11(1): 104-7.
[216] Taylor M, Kirchner HL, Hoffman H. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. J Voice 1998; 12(3): 328-34
[217] Mitchell SA. Medical problems of professional voice users. Compr Ther 1996; 22(4): 231-8.
[218] Millar A, Deary IJ, Wilson JA, Mackenzie K. Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? J Psychosom Res 1999; 46(6): 497-505.

trabalho de Consenso Nacional, que estima que 100 milhões de reais são gastos na rede municipal brasileira, por afastamento de professoras.[219]

2 – Disacusia

A orelha corresponde à unidade anatomo-funcional que permite a audição e o equilíbrio.[220] O som resulta da vibração molecular que se transmite em ondas, sendo uma forma de energia mecânica. A orelha interna traduz um sinal físico, o estímulo sonoro recebido, por oscilação dos cílios cocleares, transformando-os em sinais bioelétricos, os potenciais de ação do nervo coclear, que são transmitidos às áreas auditivas dos lobos temporais.[221]

Em sua conformação, os cílios cocleares são sensíveis a faixas específicas de frequência de emissão sonora e a audição humana fica entre 16 e 20 mil decibéis. Estudos histológicos da membrana coclear demonstram que a redução da audição por ruídos ocupacionais fica em 4000 Hz e a deficiência no discernimento da fala humana fica em 3000 Hz.

O declínio da acuidade auditiva a partir da quinta ou sexta décadas da vida é considerada normal, esperada e denominada Presbiacusia.

A Disacusia neuro-sensorial de causa ocupacional provocada por ruído, denominada como PAIRO – Perda Auditiva Induzida por Ruídos Ocupacionais -, é uma doença de alta prevalência (CID 10 – H83.3) causando elevado número de abstenções ao trabalho e afastamento do trabalho pela Previdência Social. [222]

O *Tinnitus* (zumbido ou acúfenos) costuma acompanhar a Disacusia e geralmente é de instalação mais precoce, sendo uma queixa comum, até mesmo

---

[219] Brasil – 1ª Reunião Pró-Consenso nacional sobre Voz Profissional. Sociedade Brasileira de laringologia e Voz. Rio de Janeiro, 6-7/04/2001.
[220] Hernan P. Embriología del oído interno. In: Encycl Méd- Chir, Oto-rhino-laryngologie (Paris-France) 1997; 20-005-A-40, 10p.
[221] Biacabe B. Anatomie fonctionnelle des voies auditives. Encycl Méd Chir, Otorhino-laryngologie (Paris-France) 1999; 20-022-A-10, 8p.
[222] Mocellin, L. – *Profilaxia dos traumatismos sonoros na surdez profissional.* 1951. Tese de Livre Docência – FM da Univ. do Paraná..

sem a queixa de redução ou perda da audição.[223] Resultaria de vibração de células cicatriciais localizadas na membrana ciliar, no local onde houve perda de células ciliadas.[224]

A Organização Mundial da Saúde – OMS - publicou e estabeleceu padrões internacionais para níveis ambientais de ruídos ocupacionais.[225] Acima de 85 dB de ruído ambiental já se faz necessário tomar providências, no sentido de proteger o trabalhador, seja diretamente com os equipamentos individuais de segurança e também com medidas de controle ambiental da emissão de ruídos.

A evolução da Disacusia Ocupacional é lenta e insidiosa, ocorrendo sem que o trabalhador perceba, pois não ocorre dor ou qualquer outro sintoma, com a hipoacusia se instalando progressivamente. A dificuldade em determinar se sua origem é ocupacional reside no fato de a sua evolução acompanhar a história natural da doença e eventualmente somar-se à perda devido ao normal envelhecimento dos ossículos responsáveis pela condução dos estímulos sonoros, bem como da membrana ciliar.[226]

A se considerar ainda que, pelo modo de vida das grandes cidades, o ruído ambiental é grande, acometendo a todos, indistintamente, independente de qualquer atividade laborativa. Por exemplo, o tráfego de veículos que, por si só, geralmente está acima dos preconizados 85 dB. Ou ainda o som de uma turbina de avião que, em sua origem chega a atingir cerca de 130 dB.

Por ser um acometimento de perda de elementos essenciais à audição (perda ou redução da membrana ciliar coclear) não existe medicação ou tratamento específico. Em termos ocupacionais a providência é a realocação do trabalhador para locais com menor intensidade de ruídos. Para casos mais avançados há ainda a recomendação de uso de próteses auditivas.

---

[223] Pratt H.: Detailed analysis of auditory brainstem responses in patients with noise-induced tinnitus. Audiology. 1996 Sep-Oct;35(5):259-70.
[224] Bohne BA, Maghami EG, Bahadori RS, et al: The role of micro-noise trauma in the etiology of aging-related changes in the inner ear. Hear Res 124:132-145, 1998.
[225] World Health Organization. Noise. Environmental. Health *Criteria* 12. Geneva, 1980.
[226] Bunch, C.C. The diagnosis of occupational or traumatic deafness. A historical and audiometric study. *The Laryngoscope* 47:615-691, 1937.

O Ministério do Trabalho publica as Normas Regulamentadoras que estabelecem diretrizes para a atividade empresarial, por área de atuação. A evolução das Normas acompanha os eventos colhidos e publicados em trabalhos médico-científicos realizados com trabalhadores brasileiros, a partir de 1940, época de início da industrialização brasileira e o respectivo grande número de indenizações por causas trabalhistas, incluindo a Disacusia Ocupacional.[227] E acompanham também a literatura mundial, devido à grande importância que adquire para as Empresas e a Previdência Social, em termos de perícias judiciais, cujos estudos e estabelecimento de nexo causal, que até então tinham um caráter empírico.[228] Os critérios médico-legais para a determinação da perda auditiva passam a ter valores de referência.[229]

A Norma Regulamentadora nº 15- PPRA – Programa de Prevenção de Ruídos Ambientais -, estabelece padrões de níveis de ruídos e providências a serem adotadas pelas Empresas, para a redução ambiental e a adoção de equipamentos de proteção individual do trabalhador, de acordo com a função e a exposição ao ruído ambiental. A Norma nº 7 – PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - , estabelece a realização de Exames Audiométricos semestrais ou anuais, de acordo com a função e exposição, sempre que o nível de ruídos ultrapasse os 85 dB. [230]

Os Exames Audiométricos foram inicialmente idealizados por Fowler[231] que elaborou uma Tabela que viria a ser adotada na legislação brasileira[232]. A realização da Audiometria depende em grande parte da informação do indivíduo examinado, o que a torna subjetiva em suas informações.

---

[227] Almeida SIC. Rev. Ass. Méd. Brasil 2000; 46(2): 143
[228] Larsen B. Investigations on noise in certain factories. *Acta Otolaryngol.* (Stockh), 34:71-77, 1946.
[229]Osguthorpe J.D. *Hearing Compensation. Evaluation.* American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, 1989.
[230] AMA- Council of Scientific Affairs: Guide for the evaluation of Hearing Handicap. *J. Am. Med. Assoc.*, 241:2055-2059, 1979.
[231] Fowller, E.P. - Marked deafened areas in normal ears. *Arch. Otolaryngology*, 151-155, 1928.
[232] Portaria 3214 de 8/6/78 do Ministério do Trabalho

Por isso foram desenvolvidos testes e equipamentos como EletroCocleografia, que avalia o Potencial Evocado[233] destinados a avaliar a recepção e a condução dos estímulos sonoros por via neuronal, sendo a análise do processamento cerebral da condução do estímulo sonoro independente de informações do examinando. Trata-se de um exame não-invasivo que capta a atividade bioelétrica cerebral por meio de eletrodos conectados em diversos pontos do crânio.[234] Torna-se importante meio de avaliação do nível de audição em diversas situações onde a informação do paciente é precária ou nula, tais como em recém-nascidos, coma[235] e também naqueles indivíduos onde a Audiometria resultou em inconclusiva ou indicativa de pouca participação do paciente ou a sua Simulação.[236] Desde a sua criação, foram e estão sendo realizados trabalhos científicos, inclusive no Brasil, onde os autores demonstram resultados e aprimoram técnicas para a sua realização e também para o melhor entendimento e abrangência dos resultados.[237]

3 - A Semiologia em ORL

O CID 10 estabelece em Z 76-5 o "Simulador óbvio". Porém a obviedade é subjetiva e, como nos casos da ocorrência de *Malingering* nem sempre é possível reconhecer, em um primeiro momento, a Simulação. Não é um comportamento grosseiro, facilmente identificado como falso, total ou parcialmente. Geralmente ela é sutil e sempre se confunde parcialmente com fatos e dados reais, como é o caso da Metassimulação. Quando o indivíduo já teve determinados sintomas e não mais os têm, ou quando nem os tem mais, mas sabe perfeitamente simular como se os tivesse. Em outras palavras, não é uma "Simulação óbvia".

---

[233] Shemesh Z. Auditory event related potentials in chronic tinnitus patients with noise induced hearing loss. Hear Res. 1993 Dec; 71(1-2):106-13

[234] Nagao DE. Audiometria de tronco encefálico: utilização de "toneburst" em jovens adultos audiologicamente normais. Acta AWHO 2001;20(4):206-10.

[235] Person OC . *The use of auditory evoked potentials as diagnostic method in medicine.* Arq. Med. ABC v. 30 no 1 Jan/Jun 2005

[236] Sohmer H, Student M. Auditory nerve and brainstem evoked responses in normal, austistic, minimal brain dysfunction and psychomotor retarded children. Eletroencepha Clin Neurophysiol 1978;44:380-8.

[237] Mangabeira PLMA.. Eletrococleografia: experiência de três anos. Rev Brás de Otorrinolaringologia vol. 43 / Edição 2 / Período: Maio - Agosto de 1977

Por essa razão é que são constantemente desenvolvidas técnicas de anamnese e exame físico e inclusive novos equipamentos para a realização de exames complementares sempre objetivando retirar o máximo possível da subjetividade na coleta de dados e informações fornecidas pelos pacientes. Há aqui que se ressaltar que toda técnica e todo equipamento tem uma certa margem de erro, o que também atua contra a atuação do médico examinador, ao analisar dados de exames complementares.[238]

Em termos periciais, a Perda auditiva Funcional ou Ocupacional para que o médico examinador possa concluir com maior margem de segurança do possível uso da Simulação, deve realizar a uma acurada Anamnese, observando cuidadosamente o comportamento, atitudes, a qualidade da voz, da fala, da linguagem oral e corporal do paciente. Complementarmente, a realização de exames de audiometria tonal por via aérea e óssea, limiar de recepção de fala e apuração de índice de reconhecimento de fala, audiometria de tronco cerebral, pesquisa da emissão otoacústica e reflexo acústico entre outros. Periodicamente surgem novos recursos tecnológicos, dada a dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico de certeza.

[238] Harris DA. Detecting non-valid hearing tests in industry.J Occup Med. 1979 Dec;21(12):814-20.

3. Ortopedia/Traumatologia e Neurologia

São abordadas doenças do âmbito da Ortopedia e também da Neurologia, por serem tradicionalmente tratadas por ambas as especialidades. Foram escolhidas algumas afecções por sua maior incidência, tanto na população em geral quanto à possibilidade do uso de alguma das formas de Simulação, por suas características e sintomas relatados de maneira bastante subjetiva.

São doenças frequentes em Medicina Ocupacional como consequência da atividade profissional. Outro fator facilitador para o seu uso, é que, a despeito do desenvolvimento de técnicas de anamnese e exame físico, equipamentos para a realização de exames complementares, sempre caberá a possibilidade de que o paciente, visando a algum ganho secundário de alguma maneira falseie ou procure falsear respostas, resultados de manobras feitas para diagnosticar a doença e também afastar a Simulação.

Tal é a dificuldade que, mesmo diante do resultado negativo de exames complementares ou mesmo do exame físico, a doença efetivamente existe, dada ao seu caráter multicausal, onde poderá se imiscuir o comportamento de Simulação, cabendo ao médico examinador a sua constatação.

As doenças que serão abordadas: Lombalgia, Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ DORT – Doenças Osteo-articulares Relacionadas ao Ttrabalho e Fibromialgia. Cumpre ressaltar o acometimento na população em geral, em atividades laborativas, perícias previdenciárias, securitárias e também de envolvimento judicial.

1. Lombalgia

A Lombalgia é uma das principais doenças que causam afastamento do trabalho, recebimento de benefícios previdenciários, indenizações securitárias, tendo portanto significativo impacto ocupacional, social e econômico.[239, 240]

[239] Helfenstein MJ. Rev Associação Médica Brasileira. 2010; 56(5): 583-9

Análises epidemiológicas apontam a sua prevalência na população em geral de 50 a 80%[241], sendo uma das principais causas de consultas médicas, internações hospitalares e intervenções cirúrgicas. Acomete homens acima dos 50 e mulheres acima dos 60 anos, provavelmente em decorrência e conseqüências da Osteoporose.[242]

A lombalgia ocupacional, ou decorrente de atividades laborativas, é a maior causa por faltas ao trabalho (absenteísmo), seja para consultas, tratamento, repouso, fisioterapia ou mesmo cirurgia. É responsável por cerca de um terço dos casos de invalidez.[243, 244], [245]

Acometendo a população economicamente ativa, está relacionada com a incapacidade laborativa, traz sofrimento a pacientes e familiares, acarreta custos pela diminuição de produtividade, aumenta os dias não trabalhados, cria encargos médicos e legais, gera pagamento de seguros e indenizações por invalidez. São razões mais do que suficientes para analisar a Lombalgia Ocupacional não apenas como uma questão médica, mas com abrangência sócio-econômica.[246, 247]

Dado ao seu caráter multicausal, a Lombalgia pode ser analisada com diversos enfoques: a extensão e comprometimento anatômico, se a lesão resulta em comprometimento neurológico; se de origem mecânica, inflamatória, infecciosa, metabólica; se repercussão de doenças sistêmicas ou de origem metastática neoplásica; se acarretou, em sua progressão, distúrbios mentais

---

[240] Hildebrandt V. Back pain in the work population: prevalence rates in dutch trades and professions. Ergonomics. 1995;38:1283-98.
[241] Waddell G. The epidemiology of back pain. In: Waddell G. The back pain revolution. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2004. p.71-89.
[242] Hart LG. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. National survey. Spine. 1995;20:11-9.
[243] Marras WS. Occupacional low back disorder causation and control. Ergonomics. 2000;43:880-902.
[244] Iguti AM. Lombalgias e trabalho. Rev Bras Saúde Ocup.2003,28:78-87.
[245] Moraes ERP. A prevalência de lombalgia em capoeiristas. Rev Fisioter Bras. 2003;4:311-9.
[246] Weiner DK. Chronic low back pain in older adults: prevalence, reliability, and validity of physical examination findings. J Am Geriatr Soc. 2006;54:11-20.
[247] Goumeoens P. Low back pain in 2006: back to the root. Rev Med Suisse. 2006;2:1268-70.

depressivos.[248] Em termos Ocupacionais, faz-se importante avaliar a intensidade das dores, o nível de incapacitação, se a lesão decorre de excesso de esforço ou mesmo por movimentos inadequados[249], o que compete aos responsáveis pelo local de trabalho e à Direção da Empresa, a readequação ergonômica[250] da atividade laboral.[251] Em termos Periciais, se existe, e em que medida, o uso de Simulação, seja para criar dores inexistentes ou relatar dores passadas ou mesmo presentes de maneira exagerada (Metassimulação), com a intenção de algum ganho secundário. É também importante, em termos de nexo de causalidade, estabelecer se a patologia tem relação direta com o tipo de trabalho realizado, se a atividade laborativa é um dos fatores contribuintes ou se é agravada pelo trabalho, mas de origem sistêmica.[252] Para isso faz-se necessário um estudo e análise do posto de trabalho com todas as suas variáveis ambientais (luz, ventilação, ruídos), bem como as condições ergonômicas da função exercida.

As lombalgias inespecíficas representam 80% de todos os casos registrados em adultos[253], impedindo aos trabalhadores a realização de suas atividades laborativas[254], tendo uma duração de seis a doze semanas nos casos de lombalgia subaguda.[255]

Fatores que contribuem para a cronificação da Lombalgia Ocupacional e que não estão diretamente ligadas aos componentes anatômicos ou funcionais, mas que interferem na vida social e na sua atividade profissional e produtividade,

---

[248] World Health Organization (WHO). International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneve: WHO; 1980.
[249] Alencar MCB. Fatores que influenciam nas lombalgias ocupacionais: o caso de mecânicos. Rev Bras Fisioter. 1999;3:29-36.
[250] Cardia MCG. Implantação e avaliação de um programa de treinamento postural: o caso das telefonistas. Dissertação. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1999.
[251] Caraviello EZ, Wasserstein S, Chamlian TR, Masiero D. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de escola de coluna. Acta Fisiatrica. 2005;12:11-4.
[252] Schilling RSF. More effective prevention in occup health practice. J Soc Occup Med.1984;34:71-9.
[253] Nordim M. Nonspecific low back pain. In: Rom WN, editor. Environmental and occupational medicine. 3RD ed. Philadelphia: Lippincort-Raven; 1998. p.947-57.
[254] Silva MC, Fassa AG, Valle NGJ. Dor lombar crônica em uma população adulta no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2004;20:377-85.
[255] Chung TM. Escola de coluna: experiência do Hosp.das Clínicas da USP. Acta Fisiatrica. 1996;3:13-7.

incrementando o absenteísmo: a insatisfação com o trabalho, a estagnação hierárquica (passa diversos anos realizando a mesma tarefa, com os mesmos ganhos),[256] a realização de trabalhos pesados sem orientação, o fator psicossocial de "sentir-se incapaz"[257], sedentarismo, obesidade, hábitos posturais inadequados, o alcoolismo[258], problemas financeiros e conjugais, o stress.[259]

A avaliação médica da Lombalgia Ocupacional é de grande complexidade em seus amplos aspectos que até mesmo quando da detecção de possível Simulação. Para o trabalhador torna-se uma difícil decisão, em termos de ganhos secundários, a equação representada pelos ganhos auferidos,[260] pela perda de benefícios pelo absenteísmo (muitos benefícios estão vinculados à assiduidade), a sensação de incapacidade que pode levá-lo à Depressão e toda a repercussão profissional, social e doméstica que isso causa.[261]

Em casos paradoxais, o trabalhador opta por retornar ao trabalho mesmo com a incapacidade constatada e real pelo médico, para não perder aqueles benefícios. Com isso há uma Dissimulação de sintomas, visando a conquistar um diagnóstico de capacidade.

Por essas razões, uma proposta terapêutica visando apenas o aspecto somático ou psicológico do trabalhador pode não atingir os objetivos desejados.[262]. Torna-se essencial para o médico examinador na Perícia avaliar o quanto é dado a ele a condição de se aprofundar em aspectos que podem não serem considerados médicos.[263] Como no auferimento de ganhos secundários

---

[256] Bigos SJ. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. Spine. 1991;16:1-6.
[257] Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine 1995;20:2702-9.
[258] Brazil AV. Diagnóstico e tratamento das lombo/lombociatalgias. Rev Bras Reum. 2004;66(6) 419-25.
[259] De Lucca MCZ. A eficácia de um protocolo acelerado de tratamento e prevenção das algias vertebrais. Rev Bras Fisioter. 1999;13:61-78.
[260] Chaturvedi SK, Bhandari S. Somatisation and illness behaviour. J Psychosom Res. 1989;33:147-53.
[261] Ciccone DS, Just N, Bandilla EB. A comparison of economic and social reward in patients with chronic nonmalignant back pain. Psychosom Med. 1999;61:552-63.
[262] 43. Freud S. "Sobre o início do tratamento" (1913). Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1976.
[263] Smedley J. Epidemiological differences between back pain of sudden and gradual onset. J Rheumatol. 2005;32:528-32.

não-econômicos, quando é o caso de se buscar a atenção, carinho e amor conjugal e familiar e o ganho secundário econômico ser apenas uma mera consequência da declaração de incapacidade laborativa.[264, 265]

A Anamnese dirigida torna-se essencial para o diagnóstico, feita de uma maneira ampla, não se atendo apenas aos aspectos anátomo-funcionais da coluna lombar, mas as condições do local de trabalho, a função exercida, a regularidade entre a continuidade e intermitência das tarefas realizadas e os aspectos ergonômicos. Também se deve pesquisar sobre a vida social do trabalhador fora do trabalho, suas demais atividades, bem como sua vida doméstica, familiar e conjugal.[266] Muitas vezes o diagnóstico se faz pela observação do comportamento do indivíduo durante a avaliação médica, mas por vezes apenas a citação de outros eventos de sua vida extra-trabalho pode cooperar no raciocínio médico.[267].

Toda essa cuidadosa anmnese se fundamenta na complexidade da patologia em si e também de extrema importância o fato de que os resultados de exames complementares de imagem não refletirem e nem fundamentarem anatomicamente a dor relatada.[268, 269]. Com isso se chega não a um simples diagnóstico, mas a uma decisão de conduta a ser adotada diante do quadro apresentado pelo trabalhador. Além de medicação sintomática, afastamento do trabalho para repouso, geralmente se faz necessário o encaminhamento para a continuidade do tratamento mais abrangente, como fisioterapia, outros exames específicos, solicitar avaliação Psiquiátrica e eventualmente cirurgia.

---

[264] Flor H. A psychophysiological analysis of spouse solitousness towards pain behaviors, spouse interaction and pain perception. Behav Ther. 1995;26:255-72.
[265] Kerns RD. The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. J Psychosom Res. 1987;31:251-9.
[266] Garcia JA. Psicopatologia forense. RJ: Ed. Forense; 1997.
[267] Rohrbeck J. The frequency and characteristics of chronic widespread pain in general practice: a case-control study. Br J Gen Pract. 2007;57:109-15.
[268] Carragee EJ. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. Spine. 2005;5:24-35.
[269] Polatin PB, Cox B, Gatchel RJ, Mayer TG. A prospective study of Waddell signs in patients with chronic low back pain. When they may not be predictive. Spine. 1997;22:1618-21.

Quando existir a suspeição de Simulação, pela execução de diversos testes dirigidos para a sua detecção[270] , não pode ocorrer enfrentamento do profissional com o trabalhador, o que pode piorar e complicar ainda mais o quadro.[271] Além de providências junto à Empresa em relação à Ergonomia e condições ambientais de trabalho, como orientações, curso de treinamentos, bem como, quando for o caso, realocação do trabalhador para outras funções.[272] Por vezes torna-se difícil ao profissional o convencimento do paciente que o seu quadro obterá melhora com exercícios físicos e que não está recomendado o repouso laborativo.[273]

Diante da complexidade na abordagem médica da Lombalgia Ocupacional, pela sua abrangência e subjetividade, a possibilidade do uso do comportamento de Simulação tem que ser considerada paralelamente a todos os demais cuidados referidos.

Considera-se que, de maneira geral, há uma melhor qualidade de vida da população. Paradoxalmente, observa-se o aumento do número de doentes, afastamento do trabalho, a redução na produtividade.[274] Considerando-se que cerca de um terço dos afastamentos concedidos pela Previdência Social referem-se à Lombalgia e isso se traduz em elevado valor em milhões de reais dispendidos[275], é fato concreto que a Simulação onera pesadamente todo o sistema.

A despeito da dificuldade do médico ao lidar com o assunto Simulação, no caso da Lombalgia Ocupacional são concordes em referir o seu elevado índice de

---

[270] Gardner RC. Malingerer test for low-back pain. N Engl J Med. 1970;282:1050.
[271] Kiester PD, Duke AD. Is it malingering, or is it real?: eight signs that point to non organic back pain. Postgrad Med. 1999;106:77-84
[272] Hoogendoor WE. High physical work load and low job satisfaction increase de risk of sickness absence due to low back pain: results of the prospective cohort study. Occup Environ Med 2002;59:323-8.
[273] Rainville J. The influence of intense exercise based physical therapy program on back pain anticipated before and induced by physical activities. Spine. 2004;4:176-83.
[274] Berthoud R. Disability benefits. A review of the issues and options for reform. Report supported by The Joseph Rowntree Foundation. York: ESRC Research Centre on Micro-social Change, University of Essex; 1998.
[275] Rômulo MJ. Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência. Acta Ortop. Bras. vol.19 no.4 São Paulo 2011

utilização[276], porém não há consenso, nem trabalhos estabelecendo percentuais,[277] o que se apresenta como mais uma dificuldade, a de fundamentar os achados como Simulação, reportando-se à literatura médica.[278]

Os exames complementares mais utilizados para o diagnóstico de Lombalgia são o Raios-X, a Tomografia, a Ressonância Nuclear Magnética e a Eletroneuromiografia. Como já relatado, tais resultados, apesar de poderem indicar alterações, concorrem com o fato de que, a despeito de nenhum achado ainda ocorrerem sintomas. Por essa razão, tais resultados devem ser considerados juntamente ao observado no exame físico e na Anamnese.

2. Fibromialgia

Até os primeiros trabalhos de Freud, os sintomas do que viria a ser englobado pela Síndrome Fibromiálgica eram considerados como decorrentes da Histeria, doença restritas ao sexo feminino desde a Grécia Antiga, incluindo o próprio nome, *histeron,* com o significado de "matriz*".* E que toda a extensa sintomatologia, apresentada na quase totalidade por mulheres, resultava de uma "sufocação da matriz" pela falta da pratica sexual e que a Natureza a requisitava para procriar.[279] Doença que passou a ser tratada Psicanálise,[280] diante do questionamento: *seria a nova fibromialgia a velha histeria?*[281] Com a evolução de técnicas de exame físico, dos conhecimentos de anatomia e fisiologia, além da criação de uma enorme gama de equipamentos com novas tecnologias, a doença passou a ser englobada em seus aspectos somáticos pela Ortopedia, Neurologia e Reumatologia, restando o comprometimento mental no âmbito da Psiquiatria.

---

[276] Shaw RS. Pathological Malingering: the painfully disable extremity. N Eng J Med. 1964;271:22-6

[277] Hall HV. Detecting malingering and deception: the revised forensic distortion analysis. 2a. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2002. p. 49-60

[278] Mendelson G, Mendelson D. Malingering pain in the medicolegal context. Clin J Pain. 2004;20:423-32.

[279] Freud S. *Estudos sobre a histeria.* Trad. Cristiano MO.Ed. *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Imago. 1974. p.p.44-49; 99- 109,206-254

[280] DOR, Jöel. *Estruturas e clínica psicanalítica.* Trad. Jorge Bastos e André Telles.RJ. Livrarias Tauros -Timbres,1991.

[281] Leão YAS. *Fibromialgia ou histeria educada?* In. Jornal *Escrituras.* Maceió: Toro de Psicanálise. Ano 06 n.26, p.1-2 jun./ago.2003

A Fibromialgia é uma Síndrome caracterizada por dor crônica musculoesquelética difusa com múltiplos pontos dolorosos[282], distúrbios do sono[283], fadiga crônica, rigidez matinal, depressão e ansiedade. O surgimento dos primeiros sintomas e sua longa evolução acarretam ao paciente níveis intensos e variados de dor, causando stress psicoafetivo e incapacidade funcional.[284]

A incapacidade ou deficiência não se revela apenas para o trabalho remunerado, mas em toda a vida social. Para o paciente, a fadiga intensa é mais incapacitante do que a dor[285]. Por não haver uma causa evidente que justifique as queixas e toda a sintomatologia referida pelo paciente, os colegas de trabalho, assim como familiares acabam demonstrando descrédito, o que forma um círculo vicioso, com a piora do quadro.[286] A repercussão em termos de produtividade é evidente, dada a morosidade com que são realizadas as tarefas[287] e também o absenteísmo decorrente de consultas, tratamentos e afastamentos por incapacidade laborativa.

Pela ampla gama de acometimentos e queixas, a Fibromialgia é tratada nas especialidades de Ortopedia, Neurologia e Reumatologia, mas inicialmente por vezes também pela Psiquiatria, dado que os sintomas são tidos como decorrentes de distúrbios mentais apenas, como a ansiedade e a Depressão. Apenas recentemente (1990) o Colégio Americano de Reumatologia estabeleceu critérios específicos para o diagnóstico,[288] que foram aceitos pela Organização Mundial de Saúde.[289]

---

[282] Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of terms. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994. p.45: Fibromyalgia.
[283] Bluestein HG. Periarticular rheumatic complaints. In: STEIN, J.H. (Ed.) Internal Medicine. 5th ed, St. Louis, Mosby, 1994.
[284] Hawley DJ. Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. J Rheumatol. 18:1552-7, 1991.
[285] Waylonis GW, Ronan PG, Gordon C. A profile of fibromyalgia in occupational environments. Am J Phys Med Rehabil 1994; 73(2):112-115.
[286] Henriksson CM. Living with continuous muscular pain – patients perspectives part I: encounters and consequences. Scand J Caring Sci. 9:67-76, 1995.
[287] Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. J Rheumatol 2002; 27:1271-1276.

[288] Wolfe F. The Am.College of Rheumat. 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990; 33(2):160-172.
[289] Csillag C. Fibromialgia: The Cophenage decalaration. Magnes Res 1992; 340:663-664.

O seu diagnóstico é essencialmente clínico[290] e exige do médico examinador conhecimento profundo das manifestações, para que possa fazer uma Anamnese criteriosa e um exame físico detalhado.[291] Não há provas diagnósticas objetivas, seja pelo algômetro, polissonografia, dosagens de neurotransmissores e estudos por ressonância magnética funcional.

A dificuldade de um diagnóstico preciso deu causa a que a International Social Security Organization realizasse programa que viriam a estabelecer critérios para a aceitação da Síndrome Fibromiálgica como uma entidade nosológica passível de cobertura, para fins de benefícios de Previdência Social.[292] Desde então, vários outros autores vêm publicando trabalhos científicos com recomendações para elucidar o problema trabalhista causado pela doença.[293, 294, 295]

Como a doença causa grande impacto na qualidade de vida do paciente, foi elaborado um Questionário com itens que podem traduzir o acometimento, auxiliando no diagnóstico[296] Por ser doença que começa a apresentar sintomas a partir da terceira ou quarta década de vida, coincidente com a fase produtiva, vai acometer também trabalhadores, o que pode ser inicialmente interpretado como uma doença profissional, potencializada ou decorrente da atividade laboral.

Por meio da Termografia foi criada uma Tabela na tentativa de criar padrões de normalidade para diversos pontos anatômicos acometidos pela Fibromialgia.[297] A Tabela tem a finalidade de mapear os pontos de dor apresentados pelo pacientes sem a sua informação, procurando retirar a

---

[290] Smythe HA. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. Bull Rheum Dis. 1977;28:928-31.
[291] Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicologia. 6 ed. Barcelona.: 2004.
[292] Potter J. Fibromyalgia and work disability: Is Fibromyalgia a disabling disorder? Rheum Dis Clin North Am 1996; 22(2):369-391.
[293] Simms RW, Felson DT, Goldenberg DL. Development of preliminary criteria for response to treatment in fibromyalgia syndrome. J Rheumatol 1991; 18(10):1558-1563.
[294] Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. J Rheumatol 1995; 22(12):2313-2318.
[295]Sandhu HS. Fibromyalgia and post-traumatic stress disorder: another piece in the biopsychosocial puzzle. Semin Arthritis Rheum 2002; 32(1):1-2.
[296] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18(5):728-733.
[297] Biasi G. The role computerized telethermography in the diagnosis of fibromyalgia syndrome. Minerva Med. 85:451- 454, 1994.

subjetividade das respostas.[298] Pode também auxiliar complementarmente o Médico Perito no estabelecimento da extensão de danos somáticos mas não responde ao quesito de instalação da fadiga,[299] subjetivamente diferente para cada indivíduo, mesmo diante do emprego da mesma carga de atividade.

A realocação do empregado pode ser de grande valia para os pacientes portadores de Fibromialgia, melhorando a sua capacidade laborativa e produtividade. O simples afastamento do trabalho não melhora a incapacidade de socialização[300] e as dificuldades encontradas para ter uma vida saudável.[301]

Desta maneira, a Fibromialgia representa uma afecção com múltiplos fatores dificultantes durante um exame médico pericial. A se iniciar pelo próprio diagnóstico, de difícil estabelecimento. Em termos ocupacionais, a decisão se há incapacidade laborativa a indicação de repouso, quando há a faceta de que significativa melhora pode ser obtida exatamente com a atividade física, o que desaconselha o repouso, inclusive laborativo. E, como um pano de fundo de toda essa complexa rede de decisões, a sempre presente possibilidade do uso da Simulação,[302] principalmente a Metassimulação, que é o exagero de sintomas presentes[303] ou mesmo a citação de sintomas passados como se estendendo até o presente,[304] com o fim da obtenção de algum ganho secundário, principalmente econômico e previdenciário. A discussão maior sempre fica não só no estabelecimento do difícil diagnóstico, mas a sua extensão e repercussão somática e psíquica e o seu nível de comprometimento em termos ocupacionais e trabalhistas, além da vida social em si.[305]

---

[298] Hernandez Cueto C. Valoración médica del daño corporal.Guía practica para la exploración y evaluación de lesionados. Barcelona: 1996.
[299] Teixeira MJ. Clinical epidemiology of musculoskeletal pain. Rev Med (SP) 80:1-21, 2001.
[300] Reisine S. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? J Rheumatol 2003; 30(9):2045-2053.
[301] Wallace DJ, Hallegua DS. Quality-of-life, Legal-Financial, and Disability Issues in Fibromyalgia. Current Pain and Headache Reports 2001; 5:313-319.
[302] Smythe H. Fibromyalgia: can one distinguish it from malingering? More work needed; more tools supplied. J Rheumatol 2000; 27(11):2536-2540.
[303] Rothschild BM. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? J Rheumatol 2001; 28(12):2762-2763.
[304] Khostanteen I. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. J Rheumatol 2000; 27(11):2671-2676.
[305] Ferrari R. Fibromyalgia and the law. J Rheumatol 2001; 28(3):675-678. 27. Pellegrino MJ. Fibromyalgia and the law. J Rheumatol 2001; 28(3):676-677.

Segundo estudos estatísticos realizados, 3% da população, trabalhadora ou não, é portadora de algum grau de Fibromialgia. O gasto anual com a doença, em uma população estudada de 80 milhões de habitantes, o custo anual em medicação, tratamento, internação, reabilitação e outro procedimentos, foi de 12 bilhões de euros.[306]

3. DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho/LER - Lesões por esforços repetitivos

São diagnósticos anatômicos de Lesões por Esforços Repetitivos (LER), ocasionada pelas atividade profissional. Acometem trabalhadores no auge de sua produtividade e cerca de 80-90% dos casos de doenças relacionadas ao trabalho são DORT/LER.[307] Em trabalho estatístico realizado no Canadá, em apenas um ano (1987), 600.000 dias de trabalho foram perdidos devido à doença.[308]

As DORT são um gênero e as LER espécies de doenças, acometendo determinada articulação ou mais de uma. São denominadas genericamente como tendinites e a especificação do grupo muscular afetado. Quando decorrentes de atividade profissional, especificadas como Relacionadas ao Trabalho, para fins previdenciários.

Dentre as inúmeras funções e seus movimentos peculiares, pode-se citar o uso dos dedos com o punho fixo (fixar, girar parafusos com os dedos); o uso do punho em posições viciosas e forçadas (tapeçaria); o cotovelo fixo com a rotação do punho (girar chave-de-fenda); a elevação e manutenção do braço erguido, até o nível do ombro e, principalmente, acima dele (pintura); o movimento do ombro e

---

[306] Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. Arthritis Res Ther. 2009;11:117-21.

[307] FERNANDES EH. Síndrome dolorosa miofascial em trabalhadores com LER/DORT. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 9 (1), 2011. p. 39-44.

[308] Pascale Carayon. Work Organization, Job Stress, and Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society December 1, 2012 54: 952-963*

pescoço contra-resistência.[309] Cada uma das citadas e de tantas outras posições viciosas vai condicionar o aparecimento de alterações e posteriormente lesões.[310]

A lesão e consequente dor e incapacidade funcional não resultam do movimento único em si, mas a sua repetição continuada, sem que haja intervalo entre os movimentos, para o devido descanso e recuperação do grupo muscular e articulação considerada.[311]

O que se constata é que nenhuma das formas de LER/DORT se manifesta de maneira isolada, sem que se leve em consideração as condições de trabalho, o tempo que o trabalhador realiza aquela função, as características de modo de produção e as condições de ambiente de trabalho.[312]

O Ministério da Saúde na função de normatizar condutas empresariais na sua prevenção, por meio da Portaria 1339/GM[313] relaciona as doenças que podem ser consideradas como decorrentes da atividade profissional. A Previdência Social se utiliza da mesma norma (Ordem de Serviço 606/98 - Norma Técnica de LER/DORT - e o Decreto 3048, de 6 de maio de 1999)[314] como parâmetros para a concessão de auxílio-doença por acidente do trabalho, quando o auxílio doença comum se relaciona com a atividade profissional. Com vistas à orientação e treinamento de trabalhadores pela Empresa, no que concerne à realização das tarefas de maneira a comprometer o menos possível o organismo foi editada a Norma Regulamentadora nº 17 – Ergonomia[315].

A LER pode acometer qualquer pessoa, mas notadamente ocorre em quase todas as atividades laborais, tendo em vista o modo de produção, em cujas

---

[309] Aoyama H, Ohara H, Ozc Y, Itani T (1979) Recent trends in research on occupational cervicobrachial disorder. J Hum Ergol 8:39–45
[310] Bjelle A. Occupational and individual factors in acute shoulder-neck disorders among industrial workers. Br J Ind Med 38:356–363
[311] Hagberg M. Work load and fatigue in repetitive arm elevations. Ergonomics 24:543–555
[312] Books, PM. Repetitive strain injury does not exist as a separate medical condition. British Med Journal. 307: 1298, 1993.
[313] http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html, acessado em 29.03.2013
[314] http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1999/3048.htm, acessado em 29.03.2013
[315] http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm, acessado em 29.03.2013

funções o trabalhador executa as mesmas tarefas continuamente. A sua manifestação clínica é insidiosa, ocorrendo sensação de cansaço no membro e articulações requisitadas no trabalho. Em sua evolução cronológica começa a se tornar notória a melhora com a cessação do movimento, como à noite e após os fins de semana. Como continuidade, com a realização de pequenas solicitações do membro e articulações envolvidas, já há sensação de incômodo, fadiga, inchaço, sensação de formigamento, queimação e mesmo dor, o que evolui para que o movimento se torne infrutífero ou nulo. Em termos ocupacionais vai ocorrer sensível diminuição de produtividade e aumento no absenteísmo, com o trabalhador buscando consultas médicas e afastamento com repouso laborativo, o que alivia temporariamente a sintomatologia.

Em termos Ocupacionais, quando da ocorrência de um caso de LER/DORT a empresa deve emitir um Comunicado de Acidente do Trabalho, para que o empregado possa ser periciado pelo INSS. Na dependência do resultado pericial, havendo ou não nexo causal, o empregado poderá ser afastados de suas funções, para tratamento e eventualmente cirurgia. Para que o retorno às funções não perpetue o quadro, o laudo pericial pode indicar que o empregado seja encaminhado ao Centro de Reabilitação Profissional do INSS, para que se torne habilitado e treinado para outra função na empresa.

Durante o período de afastamento e por mais 365 dias após o retorno, não poderá ocorrer a sua demissão, excetuando-se a situação de justa causa. Por essa razão, muitos CATs deixam de ser feitos pela empresa, o que falseia grandemente as estatísticas oficiais sobre a moléstia. Qualquer um pode emitir o CAT, quando isso não é feito pela empresa; o próprio interessado, seus familiares, o Sindicato profissional e mesmo na forma de Boletim de Ocorrência Policial. A Norma Regulamentadora nº 7[316] estabelece que a empresa deve realizar o Perfil Profissiográfico Previdenciário, individual, detalhando a função exercida pelo empregado, a biomecânica dos movimentos realizados, o período de trabalho, os intervalos e as condições ambientais e ergonômicas do ambiente de trabalho. Esse PPP auxilia o Médico Perito em seu laudo.

---

http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm, acessado em 29.03.2013

As DORT/LER são moléstias de difícil tratamento. A principal causa de evolução do processo é a continuidade no exercício da mesma função causadora da lesão, quando do retorno ao trabalho. Por essa razão, sendo englobada na providência "tratamento" está o estudo da função exercida em termos ergonômicos e o alerta e treinamento do empregado para interromper a sequência traumática causada pelo movimento repetitivo. E a adequação do mobiliário da Empresa, geralmente fazendo parte das condições ambientais que propiciam o surgimento da doença.[317] Outra providência por parte da empresa é a mudança na dinâmica da produção, criando alternância nas atividades realizadas ao longo da jornada de trabalho, bem como o rodízio de empregados na realização das tarefas.[318]

O tratamento médico em si vai variar no transcorrer da evolução da sintomatologia. Normalmente, apenas o repouso laborativo do membro afetado é suficiente, interrompendo o processo de requisição de movimento, inflamação, inchaço e dor. Calor e gelo alternados também têm boa eficácia, reduzindo a dor e o inchaço. Como é habitual o retorno às mesmas atividades laborais, o quadro vai resultar em novos afastamentos, com repouso laborativo. Nessa fase, alguns profissionais médicos iniciam tratamento medicamento, com anti-inflamatórios não hormonais. Conduta essa não aceita por outros profissionais, fundamentando que o que requer são providências para as referidas alterações ergonômicas na empresa e não a ministração de drogas, sempre prejudiciais de algum modo em seus efeitos colaterais.[319]

A imobilização gessada é um procedimento também utilizado, com a finalidade de impedir os movimentos dolorosos durante o repouso laborativo, mesmo para outras atividades extra-trabalho. Medida auxiliar é a fisioterapia, aplicação de ultrassom e laser, na dependência do tipo de lesão e da articulação

---

[317] Delleman, NJ. Working postures and movements - Tool for evaluation and engineering. New York: CR Press. 2004, p: 262 – 270.

[318] http://www.ccohs.ca - Canadian Centre for Occupational Health & Safety – Work-related Musculoskeletal Disorders – acessado 30.03.2013

[319] Mats Hagbert. Occupational musculoskeletal stress and disorders of the neck and shoulder: a review of possible pathophysiology. International Archives of Occupational and Environmental Health 1984, Volume 53, Issue 3, pp 269-278

acometida. Alguns autores não recomendam a fisioterapia de exercícios, lembrando que o fundamental é o repouso, além do laborativo. Outra indicação que se mostra eficaz em muitos casos é a RPG – Reeducação Postural Global[320], tendo em vista que parte das lesões são propiciadas por posturas inadequadas por longo período.

O diagnóstico das DORT/LER é essencialmente clínico, feito após acurada anamnese geral e exame físico geral e especial, assim como a análise do levantamento ergonômico funcional do trabalhador. A Eletroneuromiografia[321] e a Termografia dão condições de diagnóstico de lesões ou acomentimentos de um grupo muscular e sua articulação, mas o diagnóstico geral será dado pela análise de todos os componentes citados, como as condições pessoais do trabalhador, a sua função exercida e qual o modelo de produção adotado.

Como toda a rica sintomatologia apresentada é subjetiva, há que notar a grande possibilidade do uso do comportamento da Simulação, com a finalidade de algum ganho secundário. Durante a década de 1980, o início da informatização no Brasil, houve uma explosão quase epidêmica de LER, entre empregados alocados na digitação em computadores. Houve efetivamente o chamado *overuse* comandado pelas empresas, sem ainda saber quais malefícios poderiam decorrer daquela política de modo de produção.

Por outro lado, a legislação trabalhista permissiva em muitos países gerou condições para que sindicatos e outras entidades orientassem empregados a que conseguissem benefícios previdenciários por meio de algum modo de Simulação, principalmente a Metassimulação, com o exagero nos sintomas apresentados.[322]

Caberá ao médico examinador e perito equacionar o quanto da sintomatologia apresentada é real e presente e o quanto é realmente decorrente de modos de produção, que são sabidamente nocivos à saúde.

---

[320] Souchard PE. Fundamentos da Reeducação Postural Global. Ed. Realizações. 2010

[321] Hagberg M. Electromyographic signs of shoulder muscular fatigue in two elevated arm positions. Am J Phys Med 60:111–121

[322] Hagberg M. Neck and shoulder disorders. In: Rosenstock L, Cullen MR. Textbook of occupational and environmental medicine. Philadelphia, PA: W B Saunders, 1994: 356-64

Conforme já salientado, pela redução da produtividade, repercussão econômica, social e financeira decorrente do absenteísmo e afastamentos, há sempre que se ponderar sobre a ocorrência da Simulação. O que não deve levar à situação de considerar a todos como simuladores, o que se torna um erro no extremo oposto. Cabe portanto ao médico examinador a ponderação sobre amplos fatores influenciando no contexto do exame pericial, exigindo conhecimento e habilidade.[323]

4. As Modalidades periciais

1. Perícia judicial

A atividade médico-pericial é abrangência da Medicina Legal. Disso decorre que o Médico, no momento em que atua como perito não está executando apenas uma atividade médica, mas também jurídica.

O Perito é o profissional Médico que deve ser dotado de qualificação, conhecimento científico específico, investido do *munus público*, estranho às partes e sem impedimentos ou incompatibilidades para atuar no processo, Poderá ser requisitado pelo Juiz para, após o Laudo Pericial, emitir parecer ou auxiliar a autoridade judicial na colheita, compreensão ou valoração da prova.[324] Não deve trabalhar para as partes, mas na busca da verdade do ocorrido.[325]

O seu Laudo Pericial disciplina-se pelo Poder judiciário e deve se ater as suas normas, expondo publicamente por escrito as suas razões e verbalmente, quando requisitado pelo Juiz.[326] Quando julgar necessário, recorrer ao Parecer das especialidades atinentes ao caso, com vista a melhor fundamentar o seu próprio Laudo.[327] Deve trabalhar eticamente sob os princípios da veracidade, da

---

[323] Hormain, LF. Capacidade examinada: Atuação do perito para os casos de DORT requer conhecimento e habilidade. Rev Proteção, 177: 62- 67, 2006.
[324] Costa Jr., PJ. José da. Curso de Direito Penal. 8. ed. São Paulo: DPJ, 2005, p.812
[325] Alcântara, HR. Perícia médica judicial. RJ. Guanabara Dois, 1982, p.6.
[326] Xavier, EF. Perícia Medica no Processo Civil: como fazer, como entender. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1996, p.13.
[327] Adriano. Acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e relação de trabalho. BH: Fund. Unimed, 2005, p.3.

fidelidade profissional e da imparcialidade da Justiça.[328], além de todos os demais preceitos que regem o exercício da Medicina como um todo.[329]

O trabalho pericial deve ser feito sob sigilo profissional, a iniciar pelo próprio Juramento de Hipócrates, mas também previsto no Código Penal e de Processo Penal. No exercício da função pericial, o médico não está sujeito à regra do segredo em relação ao examinando, devendo prestar à Justiça todos os esclarecimentos necessários.[330]

A Medicina Legal como especialidade autônoma é uma área de conhecimento da Medicina que faz intersecção com o Direito, quando superpusermos as duas áreas do conhecimento humano. No estudo da Simulação, a Norma encontra-se no Direito e o suporte fático na Medicina. Por essa razão, nesse levantamento bibliográfico, a Norma tem destaque reduzido quantitativamente em relação ao apresentado em termos médicos, dada à amplitude das especialidades médicas, onde se pode encontrar o uso de uma das formas de Simulação.

Ao Médico-perito previdenciário cabe estabelecer se a doença, já diagnosticada e comprovada por meio de especialistas médicos, apresenta incapacitação profissional. A legislação prevê que antes de ser encaminhado, o periciando tenha sido avaliado em seu local de trabalho, pelo Médico do Trabalho da Empresa com um laudo estabelecendo se há nexo causal entre a doença apresentada e a função exercida, fundamentado no estudo ergonômico do posto de trabalho detalhado em seu Perfil Profissiográfico Previdenciário. Considerando essa documentação insuficiente, poderá requerer a avaliação e Laudo Médico na especialidade que julgar necessário.

Em termos de responsabilidade civil, visando ao ressarcimento por danos físicos, psicológicos ou morais, uma perícia judicial deve procurar estabelecer a extensão da sequela de um fator particularmente traumatizante o que representa

[328] Aleixo DS. Ética e Perícia Médica. Jornal do CFM. Brasília, ano XVII, n. 136, p.8, 2002.
[329] Souza, C. Perícia médica. Belo Horizonte: Fundação Unimed, 2004, p.96.
[330] Fávero, F. Medicina Legal. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991, p. 971.

o nexo de causalidade. Pode se dizer que há vinculação entre as condições pregressas ao evento e as condições posteriores da vítima em relação ao fato ocorrido, quando houve perda, como deformidade física, prejuízo psicológico ou intelectual e também os aspectos sociais e profissionais.[331] Tal quantificação e qualificação é subjetiva e será nesse momento do processo onde pode ocorrer o comportamento de Simulação, geralmente Metassimulação, quando o querelante exagera na ocorrência e repercussão dos fatos.

O comportamento pode ser espontâneo da vítima ou mesmo por orientação do causídico, com vistas à obtenção de ganho secundário maior do que aquele que se julga compatível com os eventos realmente ocorridos. O que se observa subjetivamente é que quanto maior o grau de detalhamento da Anamnese e do Exame Físico, menor a intensidade do comportamento de Simulação.[332]

O enfoque da perícia deve ser relacionado com a causa e o tipo de processo. Sendo Criminal, a Perícia deve se orientar para atender os interesses do Artigo 129 do Código Penal; se tem finalidade de reparação patrimonial ou extrapatrimonial, balizar-se pelo normatizado pelo Código Civil; se de interesse da administração pública ter como foco as condições de o examinando está apto a exercer suas funções, provisória ou definitivamente; nos casos trabalhistas, atender aos ditames da legislação pertinente.[333]

Perito, diz o Dicionário Aurélio: *aquele que é sabedor ou especialista em determinado assunto*. Mas diz mais: *aquele que é nomeado judicialmente para exame ou vistoria*.[334] E esse é um aspecto fundamental na atividade médica-pericial. Numa perícia judicial, o Médico não é tido como Médico, mas como *auxiliar da Justiça*. Assim determina Código de Processo Civil[2,] em seu Capítulo V – Dos auxiliares da Justiça:

Art. 139*: "*são auxiliares do juízo, dentre outros *... o perito".*

---

[331] Roberto E. Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. Revista Imesc nº 2, 2000. pp. 45-50.
[332] Miotto, NG. "Daño Psíquico en el Fuero Civil". II Congresso Ibero Americano de Psicologia Jurídica, Havana-Cuba, 1997.
[333] França GV. Medicina Legal, 6ª edição, RJ: Edit. GKoogan.
[334] Ferreira, ABH. O dicionário da língua portuguesa. 3. ed. RJ: Nova fronteira, 1999, p.1644.

Desse fato decorrem inúmeras responsabilidades, tanto civis como criminais. E também restrições em seus procedimentos médicos. No âmbito da Medicina há todo um arsenal propedêutico com a finalidade de dar embasamento ao Médico para chegar a um diagnóstico. E, a partir dele, uma *conduta*.

Na atividade médico-pericial, como um "auxiliar da Justiça", a sua tarefa finda-se no *diagnóstico*. O seu Laudo, com o respectivo diagnóstico, servirá como prova e apenas um da várias fundamentações de que o juiz dispõe para realizar o seu convencimento. Poderá inclusive aceitar o Laudo parcialmente ou recusá-lo, conforme o Código do Processo Penal[10], em seu
Artigo 182: *o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte*.

E também no Código de Processo Civil[2], em seu
Artigo 436: "*o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos*".

Por essas razões, Médico-perito não pode incluir em seu Laudo qualquer *conduta* ou *conclusão jurídica*, posto que extrapola a sua competência, como um *auxiliar da Justiça*. Em um diagnóstico, o médico emite um julgamento; numa perícia não. Apenas dará substrato de uma doença e o seu grau de incapacitação. O julgamento caberá tão-somente ao Juiz e a ninguém mais.[335]. Essa, uma importante limitação à atuação médico-pericial que, por vezes causa até a estranheza do profissional médico, por não estar habituado a atuar na tênue linha do proceder médico e judicial. Afinal, toda a sua formação acadêmica e experiência profissional são no sentido de diagnosticar para assumir uma *conduta*, como já dito anteriormente. Mas também o Médico atua sob a égide do Código de Ética Médica que estabelece em seu
Artigo 118 – *é vedado o médico: deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência*.

---

[335] Hill, MM. Barrister-at-Law. The Function of a Medical Witness. The Lancet. Nov, 1957. pg 943

Assim, nem mesmo quando atuar como Assistente do Perito, para uma das partes envolvidas naquela determinada ação judicial, pode o médico, atendendo aos interesses da parte para a qual realiza o trabalho pericial, realizá-lo de forma tendenciosa, favorecendo àqueles interesses.

2. Perícia Ocupacional

Os Serviços de Medicina do Trabalho a serem implementados nas Empresas foram regulamentados pela Portaria nº 3.237 de 27 de junho de 1972. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho o Brasil é o quarto país do mundo em números de acidentes do trabalho fatais, com 2.503 óbitos. (1º China, com 14.924; 2º Estados Unidos, com 5.764; e em 3º a Rússia, com 3090) (OIT-2008).

O Médico do Trabalho na empresa é o responsável pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho que abrange um Ambulatório Médico Assistencial com serviço de Enfermagem do Trabalho e a Segurança em Medicina do Trabalho, sob a responsabilidade de um Engenheiro de Segurança, trabalhando em conjunto com a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes -, bem como com a direção da Empresa.

Para que execute essa função, o Médico deve conhecer todas as instalações da Empresa, maquinários e condições ambientais, como o ruído, iluminação, ventilação natural ou forçada, entre outros. Deve conhecer também a dinâmica e a gestão dos postos de trabalho, a Ergonomia envolvida nas múltiplas atividades laborais dos empregados. A sua descrição pormenorizada, de cada um dos postos de trabalho, deve constar do Prontuário Médico Individual do Empregado, servindo para detectar o início de uma sintomatologia e a sua correlação com uma doença profissional ou mesmo desencadeada pela função.

Esses conhecimentos serão de grande importância na Admissão de novos empregados, no acompanhamento periódico da saúde e também no exame demissional. Há doenças pregressas ao ingresso do empregado na Empresa e cujas funções podem fazer florescer um quadro incipiente. Há aquelas doenças

que são decorrentes da própria atividade laboral. Todas essas condições devem fazer parte de um Prontuário médico do empregado, a ser iniciado quando do seu ingresso na Empresa. Em termos judiciais, o Prontuário Médico tem a função de prova. Como a Legislação responsabiliza a Empresa pelos acidentes do trabalho e suas conseqüências, assim como as doenças profissionais adquiridas, não tendo se tornado documentado os antecedentes profissionais de saúde do empregado, torna-se a aceitação tácita que qualquer doença apresentada tenha surgido após a sua Admissão. E sujeita à investigação se é decorrente ou não da função exercida.

Um exemplo típico dessa condição é a Audiometria. Tendo em vista que a Disacusia ou Hipoacusia são irreversíveis e sem tratamento, torna-se fundamental documentar o estágio da doença, quando do início das atividades profissionais do trabalhador na Empresa. Dessa maneira, ao solicitar uma Audiometria quando do exame admissional, a empresa só se torna responsável pelo que acontecer a partir do momento da admissão.

O exato conhecimento dos detalhes da dinâmica dos postos de trabalho servirá também para que determinado empregado não possa executá-las, como ocorre com a trabalhadores epilépticos que não podem realizar tarefas em altura.[336]

Situação semelhante pode ocorrer com outras doenças não vinculadas ao exercício profissional, mas que podem acometer a população em geral. Se o trabalhador é admitido e não apresenta sintomas e nem tem queixas, na fase denominada subclínica não há como fazer o diagnóstico, mas as negativas devem constar do Prontuário Médico. Como é o caso da Fibromialgia, doença que se desenvolve silenciosamente, causando fadiga, letargia e sono.[337] A empresa, desconhecendo essas informações, observando que o empregado reduz a sua produtividade e o interesse pelo trabalho, pode ser levada a considerar como

[336] Carmen SMGM. Epilepsy and work: when the epilepsy shouldbe considered incapacitating? Saúde, Ética & Justiça. 2011;16(2):103-110.
[337] Cote KA. Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 1997;24:2014-23.

sendo de um comportamento desidioso e até mesmo desinteressado, poderia até chegar à demissão.

Outro fator de grande importância é a possibilidade de o trabalhador sofrer e também de causar acidentes do trabalho. Decorre daí a importância dos exames periódicos anuais, na tentativa de detectar o início dos sintomas e, quando for o caso, alertar tanto o funcionário quanto à direção da Empresa. Não existe até o momento qualquer comprovação da Fibromialgia como sendo uma doença decorrente de atividades laborais,[338] mas observa-se que pode ter influência direta no desempenho do trabalhador.[339]

Com o modo de produção automatizado, passaram a adquirir significativa importância ocupacional e previdenciária as LER- Lesões por Esforços Repetitivos. Com estreita vinculação com a atividade laborativa, muito embora não exclusivamente, são doenças com diagnóstico clínico e de lenta evolução. Muito embora alguns equipamentos tenham sido desenvolvidos, como a Eletromiografia e o Teste de Potencial Evocado, pouco contribuem em especificidade, quanto ao nexo causal. É doença que influencia diretamente na produtividade do empregado e também como causadora de acidentes do trabalho, além de ser considerada doença profissional.

São inúmeros os casos que se podem enumerar de doenças que interferem na atividade profissional ou até mesmo são decorrência dela. Foram dados alguns exemplos, a título ilustrativo. A Medicina do Trabalho ou Ocupacional é uma especialidade médica. Porém, o seu exercício traz o desafio de o profissional conviver grande número de trabalhadores, sujeitos aos mais variados tipos de doenças, seja aquelas da população em geral, seja aquelas decorrentes da atividade laboral ou ainda aquelas quer podem ser desencadeadas ou agravadas pelo exercício profissional. Por essa razão, sempre que necessário, o Médico do Trabalho deverá recorrer às Especialidades Médicas para um parecer adicional fundamentando a sua hipótese diagnóstica.

---

[338] Whorton D. Does fibromyalgia qualify as a work-related illness or injury? J Occup Environ Med. 1992;34:968-72.
[339] Bennett RM. Disabling fibromyalgia: appearance versus reality. J Rheumatol. 1993;11:1821-5.

Por outro lado, o Médico do Trabalho vai conviver também com uma outra faceta do comportamento humano, que é a Simulação.

Com a concessão de vários benefícios concedidos pela legislação, são cada vez maiores as condições para que aqueles indivíduos que almejam algum ganho secundário procurem se utilizar da Simulação, que é a alegação de um sintoma inexistente. Sempre quando são sintomas subjetivos, pois as patologias com sintomatologia objetiva claramente impedem qualquer Simulação.

O exagero nos sintomas com o fim de obter um afastamento remunerado do trabalho, benefícios previdenciários e por vezes a modificação de função, dentre tantas outras situações trabalhistas, é denominada Metassimulação.[340]

Outra forma de Simulação que onera a empresa, fazendo inclusive que ela se torne a responsável por alguma doença profissional ou conseqüências de acidentes do trabalho é a Dissimulação. Quando da admissão ao quadro funcional da Empresa, o empregado omite determinada doença ou sintomatologia. Portanto, é de essencial importância que, ao admitir um novo empregado, haja uma anamnese detalhada, bem como a solicitação de exames complementares. Esses servirão para documentar a existência ou não de uma doença ou deficiência, bem como o seu ponto de evolução.

Ao lado da importância de se detectar qualquer doença quando da admissão, o médico vai se deparar com a legislação trabalhista. Uma candidata pode omitir a condição gravídica, por desconhecimento, ou até mesmo por Dissimulação, com o fim de conseguir a colocação no emprego. Porém, é vedado ao médico a solicitação de testes de gravidez, de acordo com a legislação (CLT). A Legislação também veda expressamente ao Médico o declarar incapacidade para a Admissão para portadores da SIDA ou AIDS. Seja por declaração expressa do candidato ou por constatação do Médico, por meio da Anamnese e também do exame físico, o diagnóstico não pode servir como embasamento para a recusa na admissão.

---

[340] Tunks ER. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. J Rheumatol. 2000;27:2671-6.

Quanto às condições de capacidade laborativa, um Atestado de Saúde Ocupacional não deve conter a condição de Inapto. Dado que essa condição exige uma providência de tratamento, de encaminhamento para especialistas ou exames e, posteriormente ser considerado Apto. Mas não é isso o que na pratica ocorre. Médicos emitem atestados ocupacionais de “inapto”, fundamentando que tal condição é transitória e que aquelas providências de tratamento ou encaminhamento foram realizadas. Porém, conceitualmente e em termos de conduta médica é incorreto. A condição de Inapto deve pressupor a documentação daquelas providências, suspendendo provisoriamente a emissão de qualquer Atestado de Capacidade, sendo no caso de Incapacidade.

Cabe ao Médico do Trabalho o estabelecimento do Nexo Causal, que é ratificado, ou não, pelo Médico Perito da Previdência Social, o INSS. E é para o estabelecimento do nexo causal que todo um arsenal de conhecimentos médicos e também da empresa e do empregado que o Médico do Trabalho vai se valer e, para tanto, deve estar devidamente documentado no Prontuário Médico. Recentes pesquisas norte-americanas demonstram que menos de 10% das doenças ocupacionais requerem dias de afastamento ao trabalho. Esse dado contrasta com os 24% dos trabalhadores que foram afastados, recebendo benefícios previdenciários. Isto sugere que 80% dos gastos com incapacidade foi desnecessário, em termos médicos.[341]

O Nexo Causal será solicitado em eventuais litígios judiciais do empregado contra a Empresa, quando o Juiz solicita o seu parecer, pressupondo a fundamentação em Prontuário, para que tenha valor legal, além da simples afirmação como especialista.[342]

A declaração de incapacidade laborativa por doença é tarefa médica com implicações clínicas, sociais, profissionais e éticas, além de consequências econômicas para o trabalhador, os empregadores, a Previdência Social e a economia do País como um todo. No ano de 2007 o sistema de previdência do

---

[341] Joseph LaDou & Julietta Rodriguez-Guzmán Current Occupational & Evironmental Medicine. 4th edition. McGraw-Hill. 2007 . pgs 13-14

[342] Figlio K. How does illness mediate social relations? Workmen's compensation and medico-legal practices, 1890-1940. In: Wright P, Treacher A, editors. The problem of medical knowledge 2nd ed. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1982. p.174-224.

México arcou com a despesa de 8,1 bilhões de pesos, decorrentes de atestados de incapacidade laborativa resultando em 65.384.690 de dias de ausência. Daí a importância da Simulação, pois qualquer que seja o seu percentual de frequência, resulta em consideráveis valores de verbas públicas gastas indevidamente.[343]

3. Perícia Médica Previdenciária

Em termos trabalhistas, a função Pericial é estabelecer se a doença apresentada resultado em incapacidade laborativa e em que grau isso ocorre. Em um primeiro momento, na fase inicial do processo, é no âmbito da Empresa que são delineadas as questões concernente à Ergonomia, a adequação do posto de trabalho.[344], o treinamento dos empregados e outras providências. As empresa trabalham em suas atividades de acordo com as Normas Regulamentadoras, especialmente as que determinam a criação pela empresa do Serviço Médico (PCMSO-NR7), a realização do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA-NR15), o e o estudo da Ergonomia nos postos de trabalho (NR17). Essas são Normas que abrangem todas as empresas e há outras que são para atividades específicas.

Quando o período de afastamento do trabalhador excede os 15 dias[345] iniciais, é encaminhado à Previdência Social (INSS), instituição pública responsável pelo estabelecimento do grau de incapacidade, e a ocorrência do Nexo Causal, dele decorrendo o Auxílio-Doença-Comum ou o Auxílio-Doença-Acidentário, que diferem muito, em termos de benefícios.

O Perito representa a Instituição e será por meio do seu Laudo Pericial que o trabalhador terá assegurado o seu benefício. Em torno sua atuação médica pericial surgem polêmicas, dada a variedade de interesses envolvidos.[346] As diretrizes para a realização da Perícia seguem tanto as Normas

---

[343] Echeverria-Zuno S. Sickness absence certification from the medical perspective Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007

[344] Guérin, F. *et al. Compreender o Trabalho para transformá-lo.* São Paulo: Edgar Blücher, 2001

[345] Dias, EC (Org). *Doenças Relacionadas ao Trabalho*: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil. OPAS/OMS. Brasília, 2001.

[346] Verthein, M. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 457- 470, 2001.

Regulamentadoras quanto normas internas da Instituição[347], que são as Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade e o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade, que por vezes são conflitantes, principalmente quando as decisões são de política previdenciária e não só técnica médica. Essas antinomias vão gerar insatisfação por parte dos segurados, como ocorre, por exemplo, com a LER, reconhecida apenas tardiamente como doença ocupacional[348] e cujo Nexo Causal é extremamente difícil, dado à subjetividade dos sintomas e a inexistência de exames complementares que selem um diagnóstico definitivo. Esse fato é alegado pelo segurado com a afirmação de que "o médico sequer olhou seus exames". Quando, na realidade, não são aqueles resultados de exames que darão embasamento para a concessão ou não do benefício.[349]. O ponto crucial é o reconhecimento do nexo de causalidade entre a função exercida e a patologia.

Quando há danos à saúde origina-se o auxílio doença comum e sobre isso não há controvérsia. Ao ser reconhecido o nexo de causalidade entre a doença e a atividade laboral o Auxílio-doença passa a ser acidentário, o que concede ao trabalhador vencimentos mensais diferenciados e também a estabilidade no emprego por um ano, após a cessação do benefício.[350]

O Médico Perito Previdenciário para concluir por um Nexo Causal deve conhecer as particularidades das atividades laborais realizadas pelo empregado em seu posto de trabalho, o que é inviável, dado o número de segurados, de empresas e de postos de trabalho.[351]. A se considerar ainda que doenças decorrentes do modo atual de produção industrial em larga escala, possuem postos de trabalho específicos em tempo, frequência, intensidade de movimentos, posturas ergonômicas diferenciadas e fatores causadores de tensão ocupacional,

---

[347] Brasil. Ministério da Previdência Social. *Manual do médico perito da Previdência Social*, n.2, Brasília, 2002, 108 f.
[348] Portaria nº. 4062 – agosto de 1987. Ministério da Previdência e Assistência Social
[349] Ribeiro, HP. Estado do conhecimento das lesões por esforços repetitivos/LER. Atualização e perspectivas. Campinas, 2002, 15 p.
[350] Oliveira, SG. *Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador.* São Paulo: LTR, 2002, v.4.
[351] Mello MPP A racionalidade médico-pericial na avaliação da incapacidade laborativa do segurado da Prev. Social. *Rev. Saúde Coletiva do Inst. Med Social da UERF. RJ. 2003*

como pressão por produtividade, competição, desemprego, entre tantos outros fatores.[352]

As Normas Técnicas dão os parâmetros gerais, mas não atingem completamente a realidade do ambiente laboral. A sociedade civil organizou-se em torno de Sindicatos de categorias profissionais, que procuram defender os trabalhadores nas particularidades do seu trabalho,[353] porém isso, ao invés de pacificar situações para estabelecer o vínculo das doenças com as atividades profissionais torna-se um embate político, cujas soluções extrapolam ambas as Instituições, e se encontram no Poder Legislativo, pois têm a sua atuação na conformidade da legislação vigente. Quando a divergência de interesses se torna uma demanda judicial iniciada pelo trabalhador entra a figura do Juiz, mais um elemento a compor as partes em conflito e com poder julgador, estando totalmente distante das realidades da Previdência, da atuação do médico perito e das condições de trabalho.

Um número crescente de pedidos de auxílio, contrastando com um número reduzido de peritos causam um efeito paradoxal para uma Instituição deficitária como o INSS. É frequente haver incapacidades laborativas que persistem por alguns dias, mas cujo trabalhador vai conseguir o seu agendamento para perícia após longo período de espera. Com isso, por não ser responsabilidade do trabalhador, o afastamento que seria por, por exemplo, 20 dias, deve se estender burocraticamente por 60 dias.

Nos casos em que o trabalhador ou mesmo a Empresa empregadora discorde do Laudo Pericial, pode-se recorrer da Perícia junto à Junta de Recursos da Previdência Social.

Entre tantos conflitos e demandas judiciais está imiscuída a figura da Simulação. Na tentativa do ganho secundário de um auxílio doença compatível

---

[352] Echternatcht E. H. *Sobre a carga de trabalho*. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 2002. 12 f.

[353] Echthernacht, EH. Alguns elementos para a reflexão sobre as relações entre Saúde e Trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v.2, n.2, p. 85-89, abr-jun 2004.

com os seus interesses, trabalhadores podem recorrer ao comportamento de Simulação e Metassimulação. Casos de difícil solução, permeado por situações onde se perde o parâmetro da verossimilhança, como é o caso de, por demora no atendimento, um trabalhador alegar dor, impotência funcional e outros sintomas para doenças, como a LER, Lombalgia e outras com piora sensível do quadro. Quadro esse que tende à melhora, com o afastamento ao trabalho, como é o caso daqueles segurados. O que se configura então em uma Simulação grosseira, dadas as circunstâncias. Porém, noutros casos, persiste a extrema dificuldade de distinguir a Simulação de um quadro de doença real. Em termos de alocação de recursos, no ano de 2001 o MTPAS destinou 20 bilhões de reais[354] em benefícios previdenciários. Não existe um número que expresse a Simulação, variando de 5 a 80%. Porém, fica expresso que qualquer porcentagem de frequência resultará em expressivo dispêndio de verbas públicas indevidamente.

[354] Settimi, MM. As LER/DORT no Brasil. Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT, 2001.

XI – Discussão e conclusão

1 – Discussão

Observou-se que a Simulação em si é tema de raros trabalhos, entrando a possibilidade da sua ocorrência quase que como um apêndice, ao final dos artigos pesquisados.

A importância da Simulação não é aquela “inocente”, como descrita, quando parece fazer parte integrante da doença em si, ou o ganho que se pretende com ela é obter atenção médica, de familiares ou até receituário de medicações controladas. Essa Simulação é dita *inocente*, por não extrapolar a relação médico-paciente e nem causar quaisquer prejuízos a terceiros.

A Simulação torna-se importante quando é aquela descrita por autores em língua inglesa, como *Malingering*, verbete específico para a Simulação utilizada na área médica, com a finalidade de ganhos secundários por meio de fraude, que consiste na aceitação do seu uso e suas consequências. E não restrito apenas um paciente em consultório, mas em termos nacionais e anuais, de verbas públicas ou securitárias e ainda em número de dias não trabalhados.

Como ficou demonstrado em vários artigos publicados, não há um percentual, nem mesmo aproximado, do uso da Simulação, com trabalhos variando de 5% a 80%. O que ficou demonstrado em diversos levantamentos sobre verbas públicas ou securitárias, destinadas ao tratamento ou benefícios por doenças cujas sintomatologias, dado o seu elevado caráter de subjetividade, possibilitam o comportamento de Simulação. Em se tratando de bilhões de dólares, qualquer que seja o percentual simulado representa muito, em termos de verbas destinadas indevidamente.

Pôde-se observar pelos artigos publicados pesquisados, que, por sua formação polarizada, o Médico apenas considera a possibilidade da Simulação quando intrínseca à doença analisada em caráter pessoal, após a sua própria experiência profissional e não um conhecimento acadêmico, acompanhando

todos os demais que tem. E em sua rotina diária da relação médico-paciente, tem a prerrogativa inerente à sua profissão de, mesmo detectando o uso da Simulação, por vezes acatá-la como verdade, dado tratar-se da forma inocente, favorecendo um paciente e atendendo a sua solicitação.

Esse componente pessoal, a aplicação individual do seu “senso de Justiça”, a concessão de um benefício, muito embora obtido por meio do uso da Simulação, já que o ganho auferido é inocente e não repercute em terceiros. Essa prerrogativa médica torna-se inadmissível em um exame pericial, quando se trata de *Malingering*, dado que a Simulação pretendida envolve ganhos secundários que atingem a esfera patrimonial de terceiros. Nesses casos, o seu diagnóstico torna-se apenas um parecer que comporá o conjunto de provas que de que dispõe o Juiz para fundamentar a sua sentença.

Em termos judiciais, o médico é apenas um *auxiliar da justiça*, sem o seu poder decisório utilizado na prática médica. Consequentemente, em seu Parecer não deve constar um *diagnóstico de Simulação*, mas apenas os elementos que contrastam ou apóiam um determinado pedido solicitado em juízo.

A Simulação tem a Norma no âmbito do campo jurídico, enquanto que o seu suporte fático se encontra no âmbito da Medicina. Por essa razão, nesse trabalho, as normas foram colhidas da Constituição, dos Códigos Civil , Penal, e de Processo Civil e Penal, bem como de livros de doutrinadores do Direito e o Código de Ética Médica. Já na área médica, os artigos colhidos sobre o tema são da prática médica em suas diversas especialidades, notadamente naquelas cujas doenças apresentam sintomatologias subjetivas, o que propicia e facilita o uso da Simulação.

O que se apurou em termos de pesquisa bibliográfica é que a possibilidade do uso da Simulação é mais encontrada nas especialidades de Psiquiatria, Ortopedia, Neurologia, Otorrinolaringologia e dentro de cada uma delas, foram colhidas algumas doenças onde ela mais pode ocorrer, especialmente pelo caráter subjetivo das sintomatologias. Na descrição das doenças não houve intenção de ser um “compêndio médico”, mas apenas ressaltar situações e

condições de cada uma delas que permitem a um paciente examinado falsear respostas em seu próprio benefício.

Foi também enfatizada a importância de uma Anamnese detalhada, bem como um Exame Físico aprofundado. Além deles, alguns exames complementares que possuem tecnologia suficiente para independerem de respostas dos pacientes examinados. Fatores esses que parecem reduzir a tentativa do uso da Simulação.

Vários são os modos de ganho secundários conforme citados nos trabalhos, mas citando alguns mais comuns: a obtenção de medicação de uso controlado, a dispensa do trabalho por incapacidade laborativa, dispensa de serviço militar, obtenção de auxílios previdenciários, estabilidade no emprego devido a acidentes do trabalho, aposentadorias precoces. Em termos judiciais a declaração de inimputabilidade, a aplicação de medidas de segurança, a conversão da pena de restrição de liberdade em regime fechado para prisão domiciliar, o ressarcimento por danos físicos ou morais, a indenização securitária.

Por fim, há que se ressaltar que um exame médico pericial tem caráter investigativo e não de busca de um diagnóstico. Pela própria finalidade da Simulação, torna-se inexequível o uso do método da Medicina Baseada em Evidências, dado ser um *comportamento de tentativa*, o que inviabiliza o seu estudos por comprovação científica, pela sua subjetividade. A simulação evidente não pode ser aceita e, portanto, deixa de existir, posto que tentativa não concretizada. Os trabalhos e estudos coligidos nesta pesquisa referem-se à Simulação por inferência, dada a sua frequência no uso cotidiano.

No que diz respeito à Ética Médica, a transcrição do resumo de um trabalho publicado por uma revista psiquiátrica[355]:

"Em 1918, em um hospital militar da reserva situado na pequena cidade pomerânia de Pasewalk, o neuropsiquiatra Prof. Edmund Forster tratou de um cabo austríaco chamado

[355] David Lewis. Trinta dias na casa de tiros. O estranho caso do Dr. Edmund Forster e Adolf Hitler. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.5 São Paulo 2006

Adolf Hitler, que apresentava uma neurose de guerra (cegueira histérica), utilizando-se de técnicas terapêuticas sugestivas. Em estado de guerra, um dos recursos utilizados para recuperar a auto-estima era expor o soldado diante da situação em que ele deveria demonstrar a sua grandeza, para defender a Pátria, como o fazem os soldados que a amam. Com esse recurso, aquele cabo curou-se da cegueira. A utilização desse recurso demonstra que o Nacionalismo alemão e dos demais países não surgiu com aquele cabo. Logo após a ascensão de Hitler ao poder na Alemanha nazista, em 1933, o Prof. Forster reuniu-se com um grupo de escritores alemães exilados em Paris e secretamente passou a eles informações sobre o caso. O escritor Ernst Weiss, também médico, mais tarde utilizou tais informações para escrever seu romance A Testemunha Ocular, que, porém, só seria publicado em 1963. Em circunstâncias estranhas, o Prof. Forster cometeu suicídio após uma campanha difamatória sistemática articulada pelos nazistas em 1933. Weiss também cometeu suicídio em 1940, quando as tropas alemãs invadiram Paris. A Gestapo também assassinou diversas outras pessoas envolvidas no prontuário médico de Hitler".

Nesse relato podemos inferir o uso da Simulação como fator intrínseco de uma doença, a cegueira histérica, como era à época denominada. Não se pode inferir um ganho secundário a condição de "fugir dos campos de batalha", pois é relatado que o citado cabo, apesar de bastante tímido e reservado, era eficiente e dedicado, além do que a própria guerra estava por terminar. É o relato de um proceder comum no relacionamento médico-paciente, onde o médico utilizou um recurso pertinente à situação, instigando o sentimento de patriotismo em uma situação de conflito, visando a estimular a auto-estima e o amor próprio do paciente. Um procedimento de sucesso, dado que o paciente curou-se da cegueira histérica, de origem psicológica e mental. Portanto, um proceder médico irrepreensível e de alto nível, até então. Apenas que, quinze anos depois teve uma atitude que fere frontalmente o Código de Ética Médica, inexistente até então, mas que baliza a prática médica: o sigilo médico.

Diz o Juramento de Hipócrates, que passa a ser do médico: "*Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça".*

Desconhecer, negar importância ou mesmo ignorar a frequência do uso da Simulação é um erro que o médico pode corrigir quando alertado pra isso, que é o objetivo maior desse levantamento bibliográfico. Pois, em não o fazendo corresponde a compactuar com ela, comportamento conivente que adentra ao universo jurídico da fraude, pois a lei não permite a alegação do seu desconhecimento, levando a que o *contrário aconteça* e que o médico, a despeito de sua boa-fé, ser considerado como coautor de uma fraude.

2 – Conclusão

A Medicina Ocupacional se ocupa do trabalhador, população economicamente ativa e que representa mais da metade da população geral. Portanto, essa parcela da sociedade tem na sua composição sujeitos que estão expostos às doenças comuns a todos, como também àquelas que se acrescentam pelas condições específicas de sua atividade laboral. Pela proteção, devida aos riscos adicionais, a legislação trabalhista e previdenciária tutelam o trabalhador criando benefícios e privilégios que objetivam amenizar os efeitos de eventuais danos.

Por tratar-se de parcela significativa da sociedade, torna-se imperioso o entendimento de que é lógica e provável a previsão de que muitos trabalhadores sejam seduzidos pelos amplos benefícios legais que as normas conferem, mesmo sem terem causa para a proteção jurisdicional. Portanto, o interesse social é relevante,na medida em que os prejuízos do empregador da previdência e da sociedade são significativos.A simulação deve, portanto, ser objeto de frequente atenção do médico, sendo que sua identificação pode minimizar os prejuízos que a sociedade não pode mais suportar.

Algumas poucas normas jurídicas regulam a Simulação, enquanto que a variabilidade do seu suporte fático na área médica é extensa. Por essa razão o detalhamento nas doenças exemplificadas, apresentado nesse levantamento bibliográfico.

Portanto, pelas suas consequência econômicas e jurídicas, o conhecimento dos modos de Simulação deve receber atenção do médico examinador, dos operadores de Direito, bem como a matéria deve constar da formação acadêmica em Medicina e Direito.

Referências bibliográficas

Adriano S. Acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e relação de trabalho. BH: Fund. Unimed, 2005, p.3.

Alcântara HR. Perícia médica judicial. At. por GV de França (Coord.). 2 ed. RJ: G.Koogan, 2006. 483p.

Aldrich , M.S. Diagnostic aspects of narcolepsy. Neurology 50 (Suppl 1): S2-S7

Aleixo DS. Ética e Perícia Médica. Jornal do CFM. Brasília, ano XVII, n. 136, p.8, 2002.

Alencar MCB. Fatores que influenciam nas lombalgias ocupacionais: mecânicos. Rev Bras Fisioter. 1999;3:29-36.

Allan DB. An historic perspective on low back pain and disability. Acta Orthop Scand 1989;60(Suppl 234):1-23.

Almeida SIC. Rev. Ass. Méd. Brasil 2000; 46(2): 143

Almeida, EHR. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. Revista Bioética, vol. 18, nº 2

Almeida-Junior. Lições de Medicina Legal. 21 ed. SP: Ed.Nacional, 1996. 614p.

Aloe F. Diretrizes brasileiras para o tratamento da narcolepsia. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010, vol.32, n.3, pp. 305-314.

Alvim CF. Um precursor mineiro da psiquiatria brasileira. Rev. da Un. de MG, BH. n.12.p.234-250. 1962

Alvin GB. Rorschach's test: scoring and interpretation. NY: Hemisphere Pub. Corp. 1989

AMA- Council of Scientific Affairs: Guide for the evaluation of Hearing Handicap. J. Am. Med. Assoc., 241:2055-2059, 1979.

American Medical Association – Guide to the evaluation of disease Injury Causation – Melhorn & Ackerman 2008

Anderson IM. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants. .J Psychopharmacol.2000;14(1):3-20.

Aoyama H, Ohara H, Ozc Y, Itani T (1979) Recent trends in research on occupational cervicobrachial disorder. J Hum Ergol 8:39–45

APA. Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Am. Psych Association. Am J Psychiatry. 2000;1-45.

Argolo LCT. Cons Reg de Medicina de GO – Manual de Perícia Médica – 2007

Aronoff GM. Pain Manag Nurs. 2011 Mar;12(1):33-40. 2010 Apr 9.

Ávila LA. O eu e o corpo. São Paulo: Escuta; 2004.

Barsky AJ. Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 1999; 130: 910-921.

Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. JAMA 1995; 274:1931-1934.

Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Styles. Am J Psych 1983;140(3):273-83.

Benfica FS. Medicina legal aplicada ao direito. RGS. Ed. Unisinos, 2003. 184p.

Bennett RM. Disabling fibromyalgia: appearance versus reality. J Rheumatol. 1993;11:1821-5.

Berthoud R. Disability benefits. A review of the issues and options for reform. University of Essex; 1998.

Bertolote, J M. (Org.). Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental . RGS: Artes Médicas, 1997. 184p.

Biacabe B. Anatomie fonctionnelle des voies auditives. Encycl Méd Chir, Otorhino-laryngologie (Paris-France) 1999; 20-022-A-10, 8p.

Biasi G. The role computerized telethermography in the diagnosis of fibromyalgia syndrome. Minerva Med. 85:451- 454, 1994.

Bigos SJ. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. Spine. 1991;16:1-6.
Bilder S. Persons with mental disorders applying for and receiving disability benefits. Milbank Quarterly. Vol 81, Issue 1, march 2003, pgs 75-106
Birman J. Interpretação e representação social e saúde coletiva. Physis, 1: 1991
Bjelle A. Occupational and individual factors in acute shoulder-neck disorders among industrial workers. Br J Ind Med 38:356–363
Black W. Resource implications of Muchausen´s Syndrome. Br J Psychiatry 1993; 162:847-8.
Bleger J. Temas de psicologia: A entrevista psicológica: 7. reimp. Martins Fontes, São Paulo, p. 9-41, 1995
Bloon S. The Doctor and his patient New York, The Free Press, 1965
Bluestein HG. Periarticular rheumatic complaints. In: STEIN, J.H. (Ed.) Internal
Bohne BA. The etiology of aging-related changes in the inner ear. Hear Res 124:132-145, 1998.
Bohr T. Problems with myofascial syndrome and fibromyalgia syndrome. Neurology 1996;46:593-597.
Bohr TW. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: do they exist? Neurol Clin 1995;13:365-384.
Bombana, JA. Como atender aos que somatizam? Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 n.4 São Paulo Dec. 2000
Bonnet, E.F.P. Medicina legal. 2ª ed. Lopez Libreros Editores, Buenos Aires, 1980.
Books PM. Repetitive strain injury does not exist as a separate medical condition. British Med Journal. 307: 1298, 1993.
Brasil – 1ª Reunião Pró-Consenso nacional sobre Voz Profissional. Sociedade Brasileira de laringologia e Voz. Rio de Janeiro, 6-7/04/2001.
Brasil. MTPSocial. Manual do médico perito da Prev Social, n.2, DF, 2002.
Brazil AV. Diagnóstico e tratamento das lombo/lombociatalgias. Rev Bras Reum. 2004;66(6) 419-25.
Buchwald D. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. Arch Intern Med 1994;154:2049-2053.
Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom Med. 1984;46(3):199-212.
Bunch, C.C. The diagnosis of occupational or traumatic deafness. A historical and audiometric study. The Laryngoscope 47:615-691, 1937.
Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18(5):728-733.
Calabuig JA. Medicina Legal e Toxicologia. 5ª ed. Editora Masson S.A. Barcelona, 1998
Camargo RMC. Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado. RJ: Fenaseg, 1991. 365 p.
Caraviello EZ. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de escola de coluna. Acta Fisiatrica. 2005;12:11-4.
Carayon P. Work Organization, Job Stress, and Work-Related Musculoskeletal Disorders. Human Factors: The JHFES, Dec 1, 2012 54: 952-963
Cardia MCG. Programa de treinamento postural: o caso das telefonistas. Dissertação. João Pessoa: Un Fed Paraíba; 1999.
Carmen SMGM. Epilepsy and work: when the epilepsy shouldbe considered incapacitating? Saúde, Ética & Justiça. 2011;16(2):103-110.

Carney MW, Chary TK, Robotis P, Childs S. Ganser syndrome and its management. British Journal of Psychiatry. 1987 nov; 151; 697-700
Carragee EJ. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission. Spine. 2005;5:24-35.
Carvalho, HV. Compêndio de medicina legal. São Paulo: Saraiva, 1987. 377p.
Cavalieri FS. Programa de responsabilidade civil. 5ª ed., SP:Malheiros, 2004.
Cavendish C. J Royal Society of Medicine. Feb 2007. vol. 100 no. 2 81-84
Chafetz M. Malingering by proxy in a SSecurity disability psychological. Clin Neuropsycholo. 200 May; 22(3): 529-46
Chaturvedi SK, Bhandari S. Somatisation and illness behaviour. J Psychosom Res. 1989;33:147-53.
Christopher Frueh BB. Fraudulent Claims of Combat Status in the VA? Pstchiatric Services. March/2000 Vol. 53 No. 3
Chung TM. Escola de coluna: experiência do Hosp.das Clínicas da USP. Acta Fisiatrica. 1996;3:13-7.
Ciccone DS. , Just N, Bandilla EB. A comparison of economic and social reward in patients with chronic back pain. Psychosom Med. 1999;61:552-63.
Cocores JÁ. A review of the EEG literature on Ganser's syndrome. Int Journal Psychiatry Med. 1986-1987;16(1):59-65.
Código de Ética Médica - https://www.cremesp.org.br acessado em 11.11.12
Constantino CP. Prescription of temporal disability certificates in workers attending to IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.May-Jun/2007, 45(3):290.
Costa HO. Caracterização do profissional da voz para o laringologista. Rev Bras ORL. 2000; 66(2): 129-34.
Costa Jr., PJ. José da. Curso de Direito Penal. 8. ed. SP: DPJ, 2005, p.812
Cote KA. Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 1997;24:2014-23.
Damacarena MCDC, Alexei Gil, Abreu PSB. Humor e psicose em esquizofrenia
Croce D. Manual de Medicina Legal. 6. ed. rev. São Paulo:Saraiva, 2009.
Csillag C. Fibromialgia: The Cophenage declaration. Magnes Res 1992; 340:663-664.
Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepy with cataplexy. Lancet. 2007;369(9560):499-511
David Lewis. Trinta dias na casa de tiros. O estranho caso do Dr. Edmund Forster e Adolf Hitler. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.5 São Paulo 2006
De Lucca MCZ. Tratamento e prevenção das algias vertebrais. Rev Bras Fisioter. 1999;13:61-78.
Del Porto JA. Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. Rev. ABP/APAL, 8 (Supl):18-24,
Delleman. Working postures and movements. NY: CR Press. 2004, p: 262– 270.
Dembre AE. Occupational disease. NHaven and London:Yale Un Press; 1996.
Dias, EC (Org). Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual. MSaúde. OPAS/OMS. Brasília, 2001.
Dor, Jöel. Estruturas e clínica psicanalítica. Trad. Jorge B e André T.RJ. Liv. Tauros -Timbres,1991.
Douglas, N.J. "The psychosocial aspects of narcolepsy". Neurology 50 (Suppl 1): S27-S30.
Dratcu L. O exame psiquiátrico. In: Almeida OP; Dratcu L & Laranjeira R. Manual de psiquiatria. GKoogan, RJ, p. 5-21, 1996

Echevarria-Zuno S. Sickness absence certification from the medical perspective. Rev.Med.Inst.Mex.Seguro Soc. Set.Out/2009, 47 (5):565-74.
Echternacht EH. As relações entre Saúde e Trabalho. Rev Bras de Med do Trabalho, v.2, n.2, p. 85-89, abr-jun 2004.
Echternatcht E. H. Sobre a carga de trabalho. BH: Esc. Eng. UFMG, 2002. 12 f.
Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. Neurology 1995;45(Suppl 9):26-34.
Elias ME. Normal strobovideolaryngoscopy: variability in health singers. J Voice, 1997; 11(1): 104-7.
Erica Ortiz - Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.70 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2004
Evangelista R. Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. Revista Imesc nº 2, 2000. pp. 45-50.
Evans DL, Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry.2005;58(3):175-89.
Faust D. The detection of deception. Neurol Clin 1995;13:255-265.
Fávero F. Medicina Legal: introdução ao estudo da medicina legal, identidade, traumatologia. 12 ed. BH:Villa Rica, 1991. 1150 p.
Fávero, F. Introdução ao estudo da med legal. 12 ed. BH: Villa Rica, 1991. 1150 p.
Fernandes EH. Síndrome dolorosa miofascial e LER/DORT. Rev Bras de Med do Trabalho, 9 (1), 2011. p. 39-44.
Fernando Pessoa. O Eu profundo e os outros eus. 10ª ed. RJ. Ed. Nova Fronteira, 1980
Ferrari R. Fibromyalgia and the law. J Rheumatol 2001; 28(3):675-678. 27
Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1999, p.1644.
Figlio K. How does illness mediate social relations? In: Wright P, Treacher A, editors. 2nd ed..Edinburgh University Press; 1982. p.174-224.
Fink P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40: 330-8.
Fishbain DA. Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. Clinic J Pain. 1999 Dec;15(4):244-74.
Fleck MP. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17 - S8
Flor H. A psychophysiological analysis of spouse interaction and pain perception. Behav Ther. 1995;26:255-72.
Ford CV. Conversion disorders: an overview. Psychosomatics. 1985;26:371-83.
Ford CV. Dimensions of somatization and hypochondriasis. Neurol Clin 1995;13:241-253.
Ford CV. Illness as a lifestyle: the role of somatization in medical practice. Spine 1992;17:S338-S343.
Foucalt Ml. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva. 2007
Fowller, E.P. - Marked deafened areas in normal ears. Archives of Otolaryngology, 151-155, 1928.
França GV. Medicina Legal, 6ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001
França GV. Medicina Legal. 7. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
Freeling P. Unrecognised depression in general practice. Br Med J (Clin Res Ed). 1985;290(6485):1880-3.
Freud S. “Sobre o início do tratamento” (1913). Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1976.
Freud S. Estudos sobre a histeria. Trad. Cristiano MO.Ed. Standard Bras das Obras Psicol. Imago. 1974. p.p.44-49

Freud, S. Tratamento psíquico. Obras completas de SFreud (Vol. 7, pp. 295-316). RJ.
Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. Am J Psych. April/2006;163(4):586-93.
Garcia JA. Psicopatologia forense. RJ: Ed. Forense; 1997.
Garcia OC. Disfonias ocupacionales. Rev Cub Med 1986; 25: 998-1009
Gardner RC. Malingerer test for low-back pain. N Engl J Med. 1970;282:1050.
Garriga. Malingering in Clinical Setting. Psychiatric Times. Vol. 24. Nº 3, 2007
Garriga. Psychiatric Times. Vol. 24 No. 3 Malingering in the Clinical Setting
Gatchel RJ. The psychosocial risk factors in chronic low back pain disability. Spine 1995;20:2702-9.
Gattaz WF - Rev Assoc Med Bras 2003; 49(2): 220-4 221
Giampieri NIC. La voz em el campo ocupacional. Salud Ocupac 1992; 10(49): 29-31
Giannini AJ. Lack of relationship. Information processing. J of Gen Psychology. 111:31-37 1984.
Gisbert CJA. Medicina legal y toxicologia. 6 ed. Barcelona.: 2004.
Godoy R. A responsabilidade civil no atendimento médico e hospitalar. RT/, v.777 ano 89 jul. 2000, p.89.
Goldenberg DL. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. J Rheumatol 1995; 22(12):2313-2318.
Gomes H. Medicina legal. Atualizado por Hygino Hércules. 33 ed. RJ: Bastos, 2003. 566p.
Gotaas C. Vocal fatigue among teachers. Folia Phoniatr 1993; 45:120-9.
Gould R. The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis 1986;174:593-597.
Goumeoens P. Low back pain in 2006: back to the root. Rev Med Suisse. 2006;2:1268-70.
Grinover, AP, Scarance AF e Gomes AMF. Nulidades no processo penal. 4.ed. São Paulo: Malheiros, 1995, pgs.110-127.
Guérin F. et al. Compreender o Trabalho para transformá-lo. São Paulo: Edgar Blücher, 2001
Guggenheim F, Smith GR. Transtornos Somatoformes. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 1361-81.
Gureje O. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. Am J. Psych 1997: 154: 989-95.
Hagberg M. Electromyographic signs of shoulder muscular fatigue in two elevated arm positions. Am J Phys Med 60:111–121
Hagberg M. Neck and shoulder disorders. In: Rosenstock L, Cullen MR. Textbook of occup and environmental medicine. Philadelphia, PA: W B Saunders, 1994: 356-64
Hagberg M. Work load and fatigue in repetitive arm elevations. Ergonomics 24:543–555
Hagbert M. Occup musculoskeletal stress and disorders of the neck and shoulder. Int Archives of Occup and Env Health 1984, Vol 53, Issue 3, pp 269-278
Hall HV. Detecting malingering and deception: the revised forensic distortion analysis. 2a. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2002. p. 49-60
Harris DA. Detecting non-valid hearing tests in industry.JOccupMed. 1979 Dec;21(12):814-20.
Hart LG. Physician office visits for low back pain: a U.S. National survey. Spine. 1995;20:11-9.

Hathaway SR. Minnesota Multiphasic Personality Investory. University of Minnesota Press. 1983
Hawley DJ. Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. J Rheumatol. 18:1552-7, 1991.
Helfenstein M. Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como LER. Rev Bras Reumatol 1998;38:71-77.
Helfenstein MJ. Fibromialgia. Rev Assoc Méd Bras. 2010; 56(5): 583-9
Henderson M. Chronic pain: the role of psychosocial factors in commom musculo-skeletal diusorders. Psychiatry 2006, 5:2:52-56
Henderson S. The neglect of volition. Br J Psychiatry 005;186:273 -4
Henriksson CM. Living with continuous muscular pain. Scand J Caring Sci. 9:67-76, 1995.
Hernan P. Embriología del oído interno. In: Encycl Méd- Chir, Oto-rhino-laryngologie (Paris-France) 1997; 20-005-A-40, 10p.
Hernandez C. Valoración médica del daño corporal.Guía practica. Barcelona: 1996.
Hildebrandt V. Back pain in the work population: prevalence rates in dutch trades and professions. Ergonomics. 1995;38:1283-98.
Hill AB. The environment and disease: association our causation? Proc R Soc Med. 1965 May; 58(5): 295–300.
Hill MM – Medicine and the Law. The Lancet. Nov. 1957 . pg 943
Hill MM. Barrister-at-Law. The Function of a Medical Witness. The Lancet. Nov, 1957. pg 943
Hiller W. The nosology of chronic pain: a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. Eur J of Pain 2000; 4:45-55.
Hinsie LE. Psychiatric dictionary. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.
Hoogendoor WE. High physical work load and low job satisfaction/ absence due to low back pain. Occup Environ Med 2002;59:323-8.
Hormain LF. Capacidade examinada para os casos de DORT; conhecimento e habilidade. Rev Proteção, 177: 62- 67, 2006.
Iguti AM. Lombalgias e trabalho. Rev Bras Saúde Ocup.2003,28:78-87.
Jacobson B. The Voice Handicap Index . American Journal of Speech-Language Pathology Vol.6 66-70 August 1997
Johnson J. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. JAMA. 1992;267(11):1478-83
Kaplan HI . O exame psiquiátrico. In Compêndio de psiquiatria dinâmica. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 153-181, 1984
Katon W. Distressed high utilizers of medical care. Gen Hosp Psychiatry 1990;12:355-362.
Keller MB. Major depression. A prospective follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(10):809-16.
Kerns RD. The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. J Psychosom Res. 1987;31:251-9.
Kessler RC. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder. JAMA. 2003;289(23):3095-105.
Khostanteen I. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. J Rheumatol 2000; 27(11):2671-2676.
Kiester PD. Is it malingering, or is it real? Non organic back pain. Postgrad Med. 1999;106:77-84
King S. The Classification and Assesment of Pain. International Review

Kouzis AC, Psychopathology and the initiation of disability payments. Psychiatr Serv. 2000 Jul;51(7):908-13.
LaDou J. Current Occupational & Evironmental Medicine. 4th edition. McGraw-Hill. 2007 . pgs 13-14
Laramie JA. Post-traumatic stress disorder at the end of life. Home Healthc Nurse. 2007 May/2007; 25(5):293-8.
Larrabee G. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. Clin Neuropsychol 2003;17:410 -25
Larsen B. Investigations on noise in certain factories. Acta Otolaryngol. (Stockh), 34:71-77, 1946.
Lazzaro, CDS. Somatização na prática médica. Arq Ciênc Saúde 2004 abr-jun;11(2):X-X
Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. J Affect Disord. 1996;37(2-3):91-101.
Leão Y. Fibromialgia ou histeria educada? In. Jornal Escrituras. Maceió: Toro de Psicanálise. Ano 06 n.26, p.1-2 jun./ago.2003
Lemke J, Taylor M, Kirchner HL, Hoffman H. Frequency of voice problems among teachers and other occupations. J Voice 1998; 12(3): 480-8
Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. J Rheumatol 2002; 27:1271-1276.
Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. American Journal Psych 1988;145:1358-68.
Lister S. Bogus sick notes give time off to 9m a year. Times 28 April 2004
Lloyd KR. Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. BMJ. 1996;313(7048):26-8.
Loeser JD, Sullivan 1. M. Doctors, diagnosis, and disability: a disastrous diversion. Clin Orthop 1997; 336:61-66.
MacKinnon . A entrevista psiquiátrica na prática clínica. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 15-62, 1981: Princípios gerais da entrevista.
Malatesta NFD. A lógica das provas em matéria criminal. Tradução e notas de Ricardo Rodrigues Gama. Campinas: LZN Editora, 2003. 713p
Malatesta NFD. A lógica das provas em matéria criminal. Tradução e notas de Ricardo Rodrigues Gama. Campinas: LZN Editora, 2003. 713p.
Mangabeira PLMA.. Eletrococleografia: experiência de três anos. Rev Brás de Otorrinolaringologia vol. 43 / Edição 2 / Período: Maio - Agosto de 1977
Maranhão OR. Curso básico de Medicina Legal. 8.ed. rev. e ampl. SP: Malheiros, 2000
Maranhão OR. Psicologia do Crime. 2ª. Ed. SP: Ed. Malheiros, 2003
Marcondes, M., Sustovich, D. R., & Ramos, O. L. Clínica médica: Propedêutica e fisiopatologia. RJ: Guanabara Koogan.
Mark GF. Structured Strain in the Role of the Soviet Physician. 1953. The American Journal of Sociology, v.58;5;493-502.
Marras WS. Occupacional low back disorder causation and control. Ergonomics. 2000;43:880-902.
Martinson BC. Scientists behaving badly. Nature 2005;435:737 -8
Mattiiske JA. Vocal problems among teachers: review of prevalence, causes, prevention and treatment. J Voice 1998; 12(4): 489-99.
Mayou R. Somatoform Disorders: time for a new approach in. Am J of Psychiatry 2005; 162:847-855
Meador CK. The art of nondisease. New Engl J Med 1955;272:92-95.

Medicine. 5th ed, St. Louis, Mosby, 1994.
Mello MPP A racionalidade médico-pericial na Prev Social. Rev. Saúde Coletiva do IMS da UERF. RJ. 2003
Mendelson G. Malingering pain in the medicolegal context. Clin J Pain. 2004;20:423-32.
Mendelson G. Spine J. 2005 Jul-Aug;5(4):404-17.
Menezes JSR. Sobre acidente do trabalho, incapacidade e invalidez. SP: LTr, 2002.
Merskey H. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994. p.45
Mignot E. Genetic and familial aspects of narcolepsy. Neurology. 1998
Millar A. Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? J Psychosom Res 1999; 46(6): 497-505.
Miotto NG. “Daño Psíquico en el Fuero Civil”. II Congresso Ibero Americano de Psicologia Jurídica, Havana-Cuba, 1997.
Miranda, FCP. Tratado de Direito privado. 3. ed. Rio de Janeiro:Bosch, 1972. t.IV
Mitchell SA. Medical problems of professional voice users. Compr Ther 1996; 22(4): 231-8.
Mittenberg W, Patton C, Vanyock E, Condit D. Base rates of malingering and symptom exaggeration. J Clin Exp Neuropsychol 2002;24:1094 -1
Mocellin, L. – Profilaxia dos traumatismos sonoros na surdez profissional. 1951. Tese de Livre Docência – FM da Univ. do Paraná..
Moncrieff J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. J Public Health Med. Mar/2000;22(1):59-67.
Moraes ERP. A prevalência de lombalgia em capoeiristas. Rev Fisioter Bras. 2003;4:311-9.
Mucchielli R. A entrevista não diretiva 2. ed. Martins Fontes, São Paulo, p. 30-37. 1994:
Mueller TI. Recurrence after recovery from major depressive disorder: follow-up. Am J Psychiatry. 1999;156(7):1000-6.
Murray CJ. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9063):1436-42.
Nagao DE. Audiometria de tronco encefálico: utilização de “toneburst”. Acta AWHO 2001;20(4):206-10.
Napoleão. Gramática latina. 23ª ed. SP; Ed. Saraiva, 1990
Nishino S. Clinical and neurobiological aspects of narcolepsy. Sleep Med. 2007;8(4):373-99.
Nishino S. Narcolepsy. Sleep Med Clin. 2006;1:47-61)
Nordim M. Nonspecific low back pain. In: Rom WN, editor. Env and occup medicine. 3RD ed. Philadelphia: Lippincort-Raven; 1998. p.947-57.
Noronha APP. Evidências de validade do Bender. Psicol. Reflexão Crítica. vol.20 no.2 . Porto Alegre 2007
NUCCI, Guilherme de Souza.- Manual de Direito Penal. Parte Geral, Parte Especial 4ª.ed.: São Paulo- Revista dos Tribunais , 2008, p.190.
Oboler S. Department of Veterans Affairs. Rating and Disability Evaluation. Rondinelli. Philadelphia, Saunders, 2000
Of Psychiatry 2000; 12:2:86-90
Oliveira JT. Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq. Neuro-Psiquiatr.. 2000, vol.58, n.2A, pp. 360-365
Oliveira, S.G. Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador. São Paulo: LTR, 2002, v.4.

Ormel J. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. Am J Public Health. 1993;83(3):385-90.
Osguthorpe J.D. Hearing Compensation. Evaluation. American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, 1989.
Palermo GB. Clin J Pain. 2004. Nov-Dec; 20(6): 423-32
Panasco WL. A Responsabilidade Civil. Penal e Ética dos Médicos, Rio de Janeiro, Forense, 1979, p. 12.
Penninx BW. Minor and major depression and the risk of death in older persons. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(10):889-95.
Penteado RZ. A voz do professor: trabalho, saúde e qualidade de vida. Rev Bras Saude Ocup 1999; 25(95/96): 109-30.
Pereira CMS. Responsabilidade civil. Rio de Janeiro: Forense,1990, p. 35.
Person OC . The use of auditory evoked potentials as diagnostic method in medicine. Arq. Med. ABC v. 30 no 1 Jan/Jun 2005
Pilowsky I. Abnormal illness behavior. Br J Med Psychol 1969;42:347-351.
Polatin PB. A prospective study of Waddell signs in patients with chronic low back pain. Spine. 1997;22:1618-21.
Pontes de Miranda F C. Tratado de Direito privado. 3. ed. RJ - :Bosch, 1972. t.IV
Posternak MA. Unipolar major depression in the absence of somatic therapy. J Nerv Ment Dis. 2006;194(5):324-9.
Potter J. Fibromyalgia and work disability: Is Fibromyalgia a disabling disorder? Rheum Dis Clin North Am 1996; 22(2):369-391.
Prado LR. Curso de Direito Penal Brasileiro, Parte Geral, São Paulo, RT, 1999, p. 47.
Prado, LR. Curso de Direito Penal brasileiro. 5ª ed. Ed.RT. 2005
Pratt H.: Detailed analysis of auditory brainstem responses in patients with noise-induced tinnitus. Audiology. 1996 Sep-Oct;35(5):259-70.
Priszkulnik, L. (1998). As entrevistas diagnósticas em psicanálise. Psychê, 2 (2),17-23.
Rainville J. The influence of intense exercise based physical therapy program on back pain. Spine. 2004;4:176-83.
Reisine S. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? J Rheumatol 2003; 30(9):2045-2053.
Revista da Associação Médica Brasileira, volume 46 n.º 04 de Outubro/Dezembro de 2000
Ribeiro HP. Estado do conhecimento das lesões por esforços repetitivos/LER. Atualização e perspectivas. Campinas, 2002, 15 p.
Ribeiro PP. O Exame do local de morte - ETIC – Encontro de Iniciação Científica - Vol. 4, No 4 (2008)
Righter EL, Sansone RA. Tratamento da preocupação somática. NeuroPsicoNews 2003; 53: 9-13.
Rogers R. Clinical Assessment of Malingering and Deception 3rd Edition, Guilford, 2008.
Rogers R. Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. Am J Psychiatry1989;146:1312 -4
Rohrbeck J. The frequency and characteristics of chronic widespread pain in general practice. Br J Gen Pract. 2007;57:109-15.
Rômulo MJ. Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência. Acta Ortop. Bras. vol.19 no.4 São Paulo 2011
Ronalds C. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. Br J Psychiatr.1997;171:427-33.

Rost K. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 1998;20(1):12-20.
Rothschild BM. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? J Rheumatol 2001; 28(12):2762-2763.
Roxo, H. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, Ano XII, 3 e 4. Rio de Janeiro.
Russell A. Prevalence of voice problems in teachers. J Voice 1998; 12(4): 467-79.
Rymaszewska J . Incapacity for work and disability pensions in persons with mental disorders. Psychiatr Pol. Mar-Apr/2007;41(2):171-80.
Sandhu HS. Fibromyalgia and post-traumatic stress disorder: another piece in the biopsychosocial puzzle. Semin Arthritis Rheum 2002; 32(1):1-2.
Santos JWS. Medicina Legal Aplicada à Defesa Penal. S/SP: Pró-Livro, 1979.
Satalloff RT. Impairment, disability and other medical-legal aspects of dysphonia. Otol Clin N Am 2000; 33(5): 1143-53.
Scheiber SC The psychiatric interview and mental status examination. In: Hales RE; Yodoesky SC & Talbott JÁ. Textbook of psychiatry. 2th. ed, American Psychiatric Press, Washington, p.187-219, 1994.
Schilling RSF. More effective prevention in occup health practice. J Soc Occup Med.1984;34:71-9.
Schreiber D. Somatização 1ª parte – diagnóstico prático. NeuroPsicoNews 2003;53: 3-6.
Schreiber D. Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61:1073-8.
Schurman RA. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. Arch Gen Psychiatry 1985; 42(1):89-94.
Schutsman, M. Being approximate: the Ganser Syndrome and beyond. Hournal of Medical Humanities 24 (1/2) 147-158. 2003
Settimi MM. As LER/DORT no Brasil. Inst Nac Prevenção às LER/DORT, 2001.
Shapiro AP. Misdiagnosis of chronic pain as hysteria andf malingering. Currente Pain and Headache Reports 2 (1): 19-28. 1998
Shaw RS. Pathological Malingering: the painfully disable extremity. N Eng J Med. 1964;271:22-6
Shemesh Z. Auditory event related potentials in chronic tinnitus patients with noise induced hearing loss. Hear Res. 1993 Dec; 71(1-2):106-13
Shorter E. From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the modern era. New York: Free Press, 1992.
Shorter E. On the nature and origin of psychosomatic symptoms. Scand J Work Environ Health 1997;23(Suppl 3):105-112.
Silva MC, Fassa AG, Valle NGJ. Dor lombar crônical: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2004;20:377-85.
Silva, SSA. Antônio Gonçalves Gomide: semiologia das doenças nervosas no Brasil. História, Ciências Saúde – Manguinhos vol.17 supl.2 RJ
Simas J. Perícia Médica. Estabelecendo nexo, avaliando danos e constatando incapacidade. São Paulo: LTr, 2010, p.198.
Simms RW. Development of preliminary: in fibromyalgia syndrome. J Rheumatol 1991; 18(10):1558-1563.
Smedley J. Epidemiological differences between back pain of sudden and gradual onset. J Rheumatol. 2005;32:528-32.
Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner L, Heras H. Frequency and effects of teachers' voice problems. J Voice 1997; 11(1): 81-7

Smith E. Frequency and effects of teachers' voice problems. J Voice 1997; 11(1): 81-7.
Smith E. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. J Voice 1998; 12(3): 328-34.
Smith GR. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health and health care utilization. Arch Intern Med 1986;146:69-72.
Smith Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. N Engl J Med 1986; 314: 1407-13.
Smythe H. Fibromyalgia: can one distinguish it from malingering? More work needed; more tools supplied. J Rheumatol 2000; 27(11):2536-2540.
Smythe HA. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. Bull Rheum Dis. 1977;28:928-31.
Sohmer H. Auditory nerve and brainstem evoked responses in children Eletroencepha Clin Neurophysiol 1978;44:380-8.
Souchard PE. Fundamentos da Reeducação Postural Global. Ed. Realizações. 2010
Souza, C. Perícia médica. Belo Horizonte: Fundação Unimed, 2004, p.96.
Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. Arthritis Res Ther. 2009;11:117-21.
Spitzer RL. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Family Med 1994; 3;774-9.
Spitzer RL. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. JAMA 1994; 272: 1749-62.
Stein MD. Receipt of disability payments by substance users: mental and physical health correlates. Am J Addict Mar-Apr/2006;15(2):160-5.
Stewart JW. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. Psychiatry Res. 1998;25:213-22.
Stocco, Rui. Resp. civil dos prof liberais e dos prest de serviços. In: Ensaios Jurídicos, O Direito em Revista. IBAJ, vol. 2. RJ. 1996. pg. 401.
Taylor M. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. J Voice 1998; 12(3): 328-34
Teasell RW, Shapiro AP. Strategic-behavioral intervention in the treatment of chronic nonorganic motor disorders. Am J Physical Med Rehabil 1994;73:44-50.
Tedeshi C.G, Forensic Medicine, p. 1317- 1332, v. 1, Saunders Company, 1977.
Teixeira MJ. Clinical epidemiology of musculoskeletal pain. Rev Med (SP) 80:1-21, 2001.
Teixeira, SF. Direito e Medicina: aspectos jurídicos da medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 256.
Tonholli DA. Responsabilidade civil do médico perito. Belo Horizonte: Fundação Unimed, 2005, p.23.
Tunks ER. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. J Rheumatol. 2000;27:2671-6.
US Health. Depression Guideline Panel. number 5. Vols. 1 and 2 . US Depart Health Human Services: Rockville; 1993.
Verthein, M. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. Ciência e Saúde Coletiva, RJ, v. 6, n. 2, p. 457- 470, 2001.
Waddell G, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs; physical disease or illness behavior? Br Med J 1984;289:739-741.
Waddell G. The epidemiology of back pain. In: Waddell G. The back pain revolution. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2004. p.71-89.

Wallace DJ, Hallegua DS. Quality-of-life, Legal-Financial, and Disability Issues in Fibromyalgia. Current Pain and Headache Reports 2001; 5:313-319.
Waraich P. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry. 2004;49(2):124-38.
Waylonis GW. A profile of fibromyalgia in occupational environments. Am J Phys Med Rehabil 1994; 73(2):112-115
Weiner DK. Chronic low back pain in older adults: prevalence, reliability, and validity of physical examination findings. J Am Geriatr Soc. 2006;54:11-20.
Weintraub MI. Chronic pain in litigation: real or imagined? 47th Annual Meeting, American Academy of Neurology, San Francisco, 1995:440-23 – 440-28.
Wells KB. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA. 1989;262(7):914-9.
Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? Scand J Work Environ Health 1997;23(Suppl 3):17-34
Wessely S. Functional somatic syndromes. Lancet 354: pgs 936-939. 1999;
WHO. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. World Health Organization: Genebra; 1993
WHO. Int Classif of Impairments, Disabilities and Handcaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneve: 1980.
WHO. Int. Statistical Class. of Diseases and Related Health Problems. 10th. Revision. Geneva: WHO, 1993
WHO. Noise. Environmental. Health Criteria 12. Geneva, 1980.
Whorton D. Does fibromyalgia qualify as a work-related illness or injury? J Occup Environ Med. 1992;34:968-72.
Wolfe F. The Am Col of Rheumat 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990; 33(2):160-172.
World Psychiatric Association. Educational program on depressive disorders. Overview and fundamental aspects. New York; 1997
Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med. 1999;61(1):6-17.
Wynia M. Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. JAMA2000;283:1858 -65
Xavier, EF. Perícia Medica no Processo Civil. PA: Sagra Luzzatto, 1996, p.13.
Zarkowski P. Malingering. J Clin Neurophysiol; 24(5): 413-8, 2007 Oct
Zuardi AW. Semiologia psiquiátrica. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 44-53, jan./mar. 1996

Endereços eletrônicos utilizados na pesquisa: (data do último acesso 11.11.12)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> - Pubmed

<http://lilacs.bvsalud.org> Lilacs

<http://www.scielo.org/php/index.php> Scielo

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/11/biblioteca.html> CAPES

<http://www.anamt.org.br> ANAMT

<http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR> Acadêmico da Google.

Endereços eletrônicos da Legislação utilizada (data do último acesso 11.11.12)

Constituição Federal do Brasil – 1988
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>
Código Civil
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>
Código de Processo Civil
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>
Código Penal
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>
Código de Processo Penal
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm>
Código de Ética Médica
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&I>temid=122 >
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>
Classificação Internacional de Doenças – CID -10
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Norma Regulamentadoras
NR7
http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/7.htm
NR15
<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/15.htm
NR17
http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/17.htm