

SIMULAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS JUDICIAIS

Por João Salvador Reis Menezes *

Em nossa lida diária, seja na qualidade de médico perito, seja como assistente técnico em matéria médica pericial, encontramos um fenômeno interessante, bastante antigo, qual seja, o da simulação em perícias médicas.

Para os menos familiarizados com o assunto achamos por bem conceituar alguns termos, ainda que superficialmente, para um melhor entendimento da matéria aqui abordada.

Perícia vem do latim *peritia* e é definida (dicionário Aurélio), como “*vistoria ou exame de caráter técnico e especializado*”. É a mesma conceituação que traz o Código de Processo Civil, art. 420: “*a prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação*”. Perícia médica é, portanto, um procedimento executado por profissional médico e consiste numa avaliação (exame médico do periciado – que pode ser um segurado, um autor, um réu, etc) quando a questão tratada necessitar do parecer deste técnico. Uma perícia médica judicial visa determinar, via de regra, o estado de saúde do periciado e sua capacidade, incapacidade ou redução de capacidade geral e/ou laborativa. Precisamos lembrar que, na perícia judicial, o juiz não está subordinado às conclusões periciais, podendo mesmo desconsiderar a perícia como meio de prova naquele processo.

Perito é a pessoa designada para proceder a uma perícia. Trata-se de substantivo masculino e, por isso mesmo, sempre dizemos *o perito*.

Médico perito é aquele que procederá à perícia médica.

Perícia médica judicial é a perícia determinada pelo juiz que nomeará um médico, dito perito, para sua execução no curso de um processo judicial.

Simulação é “*fingir o que não é*” (Aurélio). Para o assunto aqui tratado é conceituada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “*a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por estresse ou incentivos externos*”. Ou seja, há uma motivação consciente assim como um produção consciente de sintomas: uma tentativa de engodo. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) a simulação tem seu código próprio Z 76-5 (*pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simulador com motivação óbvia*), além do código F 68.1 (*produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas*).

Estamos falando, então, da simulação como uma produção intencional de sintomas (e até sinais) físicos e/ou psicológicos falsos (ou flagrantemente exagerados), sendo essa produção e motivação conscientemente compreendidas e desejadas pelo paciente (*in Cecil, Tratado de Medicina Interna*). Não estamos falando aqui da somatização ou do transtorno doloroso persistente ou de outras entidades conhecidas e afins e que mantenham motivação

inconsciente por parte do periciado. Se o assunto é simulação, naturalmente infere-se que o paciente com doença verdadeira está excluído destas ponderações.

O tema não é novo. Teixeira (citado *in Manual de Psiquiatria Forense, Heber Soares Vargas*), narra que Davi, fugindo às iras de Saul, refugiou-se na Corte do Rei Aquis e como ali fosse malvisto, recorreu ao ardil de simular loucura, o que lhe valeu a piedade dos inimigos, permitindo sua permanência na dita Corte. Galeno, médico grego que viveu entre 131 (ou 138) e 201 depois de Cristo, escreveu um tratado de doenças simuladas.

Dentro da medicina, a simulação é tema especialmente estudado pela Medicina Legal. A simples leitura dos capítulos deste tema na medicina legal mostra-nos o quanto são ingênuos (ou inexperientes ou mal informados) aqueles que não conhecem (ou não reconhecem) a simulação nas perícias médicas. Desde os primeiros anos da formação médica os então acadêmicos aprendem, nos livros básicos de medicina, que o paciente apresenta-se ao médico clínico com intenção de cura de um mal; sua preocupação é a terapêutica que lhe restitua o bem-estar perdido (*in Exame Clínico, Celmo Celeno Porto*). Contudo, na perícia médica, ao contrário, a pessoa deseja se mostrar doente, portadora de grande incapacidade e, às vezes, digna de “ajuda”.

Alguns autores subdividem a simulação dando-lhe “tipos”. Assim, por exemplo, para Mills e Lipian (citados em *Psiquiatria Forense - Taborda, Chalub e Abdalla-Filho*) a simulação pode ser: (a) pura: a falsificação de uma doença ou incapacidade quando ela não existe; (b) parcial: o exagero consciente de sintomas que não existem; ou (c) falsa imputação: a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente entendida como não tendo relação com os sintomas.

Para a questão do paciente simulador dois conceitos se tornam particularmente importantes: o *ganho secundário* e o *reforço ambiental*. Pelo ganho secundário, o paciente busca um benefício no trabalho, um repouso adicional, uma vantagem pessoal, etc. O ganho secundário expressa as vantagens que o paciente pode alcançar usando um sintoma para manipular e/ou influenciar outras pessoas. Através da simulação o periciado tem a pretensão de controlar o examinador por meio de queixas (queixar-se de dor fortíssima que o obriga a manter as mãos junto ao corpo, por exemplo) e posturas (entrar no consultório mancando, dentre outros) tendo por finalidade convencer o examinador com o fim de obter ou perpetuar a percepção de um benefício previdenciário, ainda que o quadro diagnóstico detectado seja considerado passível de cura ou pelo menos de controle.

O reforço ambiental existe na medida em que as organizações ou mesmo o ordenamento legal vigente permitem a “*dispensa de uma tarefa árdua ou responsabilidade, como no treinamento militar, ou a perspectiva de um ganho financeiro significativo, como em litígios judiciais*”, como explicado em Cecil, *Tratado de Medicina Interna*.

Os mesmos mecanismos que favorecem o ganho secundário e o reforço ambiental estão presentes na chamada “neurose de compensação”. Trata-se de “*um quadro induzido, exacerbado ou prolongado, como resultado de políticas sociais (sistema previdenciário) ou*

socioculturais. É quadro muito comum em todos os países que têm sistema previdenciário com legislação que estimula” este comportamento (OMS). Políticas sociais equivocadas fazem surgir uma legião de pessoas com potencial comportamento de ganho secundário e neurose de compensação e conseqüentemente simulação de sintomas. Um exemplo seria a postura da legislação previdenciária ao dizer que o “desacordo com patrão e colegas de trabalho” configura-se como possível doença/acidente ocupacional; isso equivale a dizer que tal condição é passível de gerar benefícios, estabilidade no emprego, aposentadoria, o que termina por estimular a adoção do comportamento de doente. Lembramos que a CID-10 descreve exatamente o “*desacordo com patrão e colegas de trabalho*” sob o código Z56.5, constituindo-se num dos motivos que pode favorecer a procura de um paciente pelo serviço médico.

Do que vimos acima, é preciso notar que a situação de desentendimento com o patrão ou com algum colega de trabalho é condição esperada em qualquer agrupamento humano e não há que se falar em incapacidade severa ou invalidez por causa disso. Contudo, como nossa legislação previdenciária prevê que tal condição configura um transtorno do comportamento relacionado ao trabalho e, portanto, passível de percepção de benefícios, basta o segurado alegar tal desacordo para que possa correr o importante risco de se ver acolhido pela Previdência Social. A partir deste ponto pode ser muito difícil o paciente reassumir o “status de saudável”. Ou seja, temos uma legislação previdenciária que poderíamos chamar *iatrogênica*. “Iatrogenia” é a condição em que a doença foi gerada pelo tratamento instituído. Neste paralelo, temos “doenças” geradas por uma legislação previdenciária.

A simulação ocorre, em geral, em situações de conflito. Numa perícia médica judicial o que temos é exatamente uma situação de conflito (resultante do embate entre pretensão X resistência). O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association* diz que “*a característica essencial da simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou amplamente exagerados, motivada por incentivos externos, tais como esquivar-se do serviço militar, fugir do trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processos criminais ou obter drogas*”. A própria OMS em publicação médica especializada (psiquiatria) ensina que pessoas sob demanda onde a causa de pedir verse sobre “estar doente”, não reconhecem nem aceitam sua capacidade (em estando capazes, não conseguirão o êxito que desejam em suas demandas).

O DSM-IV-TR traz as diretrizes para se suspeitar de simulação. Há que existir qualquer das combinações a seguir: a) contexto médico legal de apresentação (p. ex. o paciente é encaminhado por um advogado para um exame médico); b) acentuada discrepância entre o sofrimento ou deficiência apontados pelo pacientes e os achados objetivos; c) falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e de aderência ao regime de tratamento prescrito; d) presença de um transtorno da personalidade anti-social.

Embora testes como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) tenha mostrado certa eficácia na identificação de simuladores, pensamos que uma identificação mais precisa se dá pela experiência e habilidade do médico examinador. É comum, por exemplo, um periciado se queixar de dor forte em membro superior, dor esta que o obriga a ficar com o membro constantemente inativo ou imobilizado. Em geral o periciado chega ao exame utilizando uma tala para causar mais impacto. Contudo, o que o periciado desconhece é que a imobilização acarreta hipotrofia de membro. Observa-se, nesse momento, então, um dado que vem contradizê-lo: é que vemos ao exame ambos os membros com musculatura normal, sem flacidez, sem atrofia, sem espasmos e, não raro, com mãos calejadas. De fato, a falta de coerência entre os sintomas/sinais e os achados objetivos é o principal indicador de simulação. O simulador, por não ser médico, desconhece estas e inúmeras outras correlações entre sintomas e achados objetivos (o mais triste é que muitos médicos também desconhecem ou não se reciclam). A discrepância entre as queixas e os achados objetivos torna lícita a hipótese (hipótese, repita-se) de simulação. De fato, se o médico não ficar atento à sua conduta, poderá gerar mais doença em seu paciente, configurando a já mencionada iatrogenia. O Código de Ética Médica prevê como infração (art. 60) a conduta errática do profissional. Vejamos: “*é vedado ao médico: exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos*”.

Terminamos nosso breve artigo com o alerta de que tal prática, a de simulação de doenças, somente se presta para onerar o judiciário, dificultar a lida do perito, expor profissionais menos atentos ao risco de atestados falsos, dentre outras conseqüências, sempre com reflexos para toda a sociedade. Cabe ao médico perito e aos assistentes técnicos estarem cientes da possibilidade de tal comportamento para que possam identificar e diferenciar, com imparcialidade e boa técnica, o paciente com problema orgânico/mental verdadeiro daquele que está simulando uma doença como forma de compensação/ganho secundário.

Como nos ensina Afrânio Peixoto, a simulação, motivada pelo que chama “*indeniosofilia*” (ou *sinistrose*, segundo Brissaud), é “*a luta desonesta pela vida*” que em todos os tempos, segundo Flamínio Fávero, “*faz concorrência à luta honesta*”. (*in Perícia Médica Judicial, Hermes Rodrigues de Alcântara*).

* Médico do trabalho.

Ex-médico perito do INSS.

Médico Perito na Justiça Estadual, Federal e do Trabalho.

Bacharelado em Direito.

Professor do Curso de Perícia Médica da Fundação Unimed.

Co-autor dos seguinte livros:

- a) Questões Ético-Jurídicas em Medicina do Trabalho, Editora Health, Belo Horizonte. (Esgotado).
- b) PCMSO em perguntas e respostas, Editora LTr, São Paulo
- c) O Acidente do trabalho em perguntas e respostas, 2ª ed. Editora LTr, São Paulo
- d) Sobre acidente do trabalho, incapacidade e invalidez, 2ª ed. Editora LTr, São Paulo
- e) Co-Autor do capítulo “agentes biológicos” do livro *Higiene do Trabalho e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais* (Autor: Tuffi Messias Saliba, Editora LTr, São Paulo).
- f) Co-Autor do capítulo “efeito do ruído no organismo” do livro *Ruído - PPRA* (Autor: Tuffi Messias Saliba, Editora LTr, São Paulo).

menezes@uai.com.br

www.periciasmedicas.med.br