

Secco Eichenberg

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Médico Chefe da Protetora, Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho em Pôrto Alegre.

Chefe de Clínica da 18.^a enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre - "Enfermaria Prof. Guerra Blessmann".

Simulação em Infortunistica do Trabalho

SEPARATA DA REVISTA DE MEDICINA DO
RIO GRANDE DO SUL - VOL. I - N.º 2

1945. REV. MED. RS - 'SIMULAÇÃO INFOR-
TUNÍSTICA TRABALHO'

1945

Of. Gráf. da LIVRARIA DO GLOBO — Pôrto Alegre

Secco Eichenberg

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Médico Chefe da Protetora, Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho em Pôrto Alegre.

Chefe de Clínica da 18.^a enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre - "Enfermaria Prof. Guerra Blessmann".

Simulação em Infortunística do Trabalho

Separata da Revista de Medicina do
Rio Grande do Sul — Vol. I — n.º 2.

1945

Of. Gráf. da LIVRARIA DO GLOBO — Pôrto Alegre

Sob ponto de vista médico, a simulação, em suas várias formas, cresce dia a dia de importância, dada a extensão social da medicina do trabalho.

Foi sempre uma reação anormal do indivíduo, quer encarada como um processo mórbido, quer como um processo amoral, e como tal veio ao mundo com o primeiro homem.

Na medicina, especialmente depois que se desenvolveu a medicina e a infortunística do trabalho, a simulação adquiriu novo campo, e neste a sua proporção será sempre crescente e direta em relação ao desenvolvimento e alargamento do âmbito das leis sociais. É um mal que acompanha obrigatoriamente os benefícios das leis acima citadas.

Indivíduos doentios ou amorais, sempre julgaram e julgam, que através da simulação do estado de cousas exigido pela lei, poderiam ou poderão conseguir os benefícios que por justiça não lhes cabem, bem como, pelo exagêro dêste mesmo estado de cousas, lhes venha a caber um maior provento que o justo.

Por conseguinte, levando o assunto para o terreno da infortunística do trabalho, sempre encontraremos indivíduos que dum modo ou doutro procurarão simular condições ou lesões patológicas, para usufruírem os benefícios que a lei dos acidentes do trabalho e moléstias profissionais garante aos *verdadeiros* acidentados do trabalho e aos *verdadeiros* doentes de moléstias profissionais.

Sempre haverá acidentados que involuntária ou voluntariamente exagerarão a sua lesão, para que daí lhes advenha um maior provento, maior número de dias sem trabalho, maior indenização, etc.

Outros ainda procuram não colaborar no tratamento e mesmo agirão voluntariamente contra a terapêutica instituída, no sentido de pro-

longar o período de tratamento, afastando o mais possível o dia da alta e para eles o quiçá nefasto dia da volta ao trabalho.

É comum observarmos uma verdadeira fascinação pela indenização por incapacidade permanente parcial, pois não raro nos deparamos com indivíduos que se negam a uma intervenção plástica corretora, no fundo, em verdade, unicamente, porque esta pode afastar, pela cura integral, o direito a uma indenização, que em absoluto não poderá ser comparada com o benefício da restituição integral da função.

Todos êstes problemas básicos, com suas múltiplas e incontáveis facetas, encontrará o médico, quando tiver de tratar ou de julgar os acidentados do trabalho e os pacientes de moléstias profissionais.

Felizmente tal situação não é ainda a regra geral, mas a sua percentagem atual é já hoje tão apreciável, que o médico, especialista em infortunística e medicina do trabalho, necessita sempre estar de espírito prevenido, *julgando com justiça*, mas sempre cuidadoso, procurando documentar e comprovar o mais possível a sua opinião e os achados patológicos objetivos e subjetivos.

Êste espírito de exploração por parte do operário, é às vêzes indireto, isto é, êle é despertado por indivíduos menos escrupulosos, que, sob a capa de auxílio, empregam o operário como meio de rendosa fonte de proventos profissionais. Vivem à porta das instituições judiciárias procurando os operários descontentes ou mesmo abordando os que ali vão na decorrência de determinações legais, ou mesmo não se furtam a ir procurá-los onde julgam poder encontrá-los, até mesmo em suas residências. Vão sob a capa de procurar auxiliar ou orientá-los, mas no fundo só se interessam por parte da indenização à qual o operário já tem direito ou ainda de uma inde-

nização que tentam extorquir dos responsáveis pela incapacidade ocorrida.

São os proxenetas da infortunística do trabalho. Eis porque nas grandes cidades, nos meios mais "civilizados" são mais freqüentes as simulações.

Eis porque o médico, especialista em medicina ou infortunística do trabalho, tem também o dever de evitar a possível fraude, alertando a instituição a que serve, no sentido de que esta se possa precaver contra a ação menos digna que lhe procura mover o operário ou acidentado que venha a ter uma compreensão menos justa e leal dos benefícios sociais que tem direito a auferir.

Igualmente o médico legista, chamado judicialmente a opinar em litígio ou verificação de acidente ou grau de conseqüência do mesmo, deverá resolver *imparcialmente*, não deixando que um sentimentalismo mal empregado, sentimento de caridade falsa e injusta, permita uma decisão que, não condizendo com o caso clínico, venha se traduzir numa injustiça direta à instituição a cujo cargo esteja o tratamento do acidentado, e indireta aos outros verdadeiros acidentados.

O simulador não só prejudica a instituição securitária, o empregador ou o instituto de aposentadoria, êle também prejudica todos os seus companheiros, porque o que êle injustamente auferiu, poderia muito bem reverter em maior benefício dos que com justiça merecem os cuidados da lei.

Se é verdade, que a preocupação do médico legista ou perito, deverá ser a de que o verdadeiro acidentado receba o tratamento e a indenização devidas, da parte de quem por êles é responsável, também não é menos verdade que deverá evitar que os falsos acidentados ou os que exageram seus males, maus operários e piores cidadãos, sob o manto da justiça, venham usufruir benefícios a que não têm direito, o que, indiretamente, representa, como vimos, um sério prejuízo de seus companheiros, que tiverem o infortúnio de acidentarem-se ou de virem a sofrer de uma moléstia profissional.

E' obrigação de todos os médicos que lidam com a medicina e a infortunística do trabalho, o estudar o caso clínico em face da verdade e da ciência, opinando desassombradamente, com a máxima clareza e precisão, condenando a quem de justiça, empregador ou operário, em face da mesma verdade e ciência, o merecer.

Eis, pois, a grave responsabilidade dos mé-

dicos ante os casos de acidentes do trabalho ou moléstias profissionais, ante os que procuram os benefícios dos Institutos de aposentadorias e pensões, das caixas e sociedades beneficiárias, ante os casos que se apresentam a exame de seleção, nas classes armadas e nos serviços civis.

Especialmente difícil é o problema, quando a sintomatologia é simplesmente subjetiva, podendo pois ser manejada a seu bel prazer, por indivíduos menos escrupulosos.

Côncios da relativa freqüência com que podem ser observados os casos de simulação total ou parcial, isto é, a simulação de um acidente ou de uma moléstia profissional que não existem, ou a simulação de uma agravação de um acidente verdadeiro ou da sintomatologia de uma moléstia profissional incontestada, resolvemos coligir num pequeno resumo alguns dados mais importantes sobre êste interessante capítulo da infortunística do trabalho.

A simulação, sob ponto de vista da infortunística do trabalho, deve ser encarada como um meio ilegal que o operário ou mesmo o acidentado lançam mão, a fim de, sem direito, conseguir ou continuar a auferir os benefícios que lhes garante, em nosso país, o decreto de lei n.º 24.637, que regula os acidentes do trabalho e as moléstias profissionais.

O operário procura bastantes vêzes fazer passar, como um acidente do trabalho, um acidente sofrido em via pública, na sua vida particular ou no esporte que pratica.

Nestes casos existe realidade quanto aos sinais e sintomas da lesão sofrida; o que se simula, por assim dizer, é a causa do acidente, é a causa da lesão.

Mas também podemos observar a simulação da lesão, a simulação de sintomas ou síndromes, com maior ou menor perfeição. A dor, elemento incontrolável pelo examinador, ao menos diretamente, é o sintoma mais preferido.

Também o acidentado próximo a obter alta, pela cura quase obtida, ou mesmo desde o início do tratamento, procura dar à sua sintomatologia um colorido mais carregado, a fim de dilatar o período de tratamento, obtendo assim extraordinariamente um período mais longo de "férias" remuneradas.

Influem neste estado de cousas, motivos vários, espíritos totalmente dedicados à fraude, mandros preguiçosos que desta forma procuram um modo de vida, até certo ponto agradável,

indivíduos com incompreensão do espírito das leis sociais, puros e simples ignorantes, muitas vezes mal conduzidos e aconselhados por amigos e colegas e se não explorados por indivíduos inescrupulosos que os usam como instrumentos para o saque às instituições securitárias e sociais, e finalmente o grupo dos débeis mentais.

Por conseguinte, aos senhores médicos examinadores, legistas ou peritos cabe em primeiro lugar a verificação da exatidão das alegações produzidas pelo acidentado, bem como da relação das lesões e da sintomatologia por êle apresentadas, com o tipo e modo de ocorrer do acidente.

Assim, cabe aos mesmos, na aplicação dos preceitos de ética e de justiça, procurar elucidar os pontos acima, desmascarando os simuladores, quando assim forem reconhecidos.

Não deverão esquecer que, procedendo deste modo, praticarão justiça, estarão com a verdade e protegerão os verdadeiros acidentados, que serão os maiores prejudicados, ante o desvio de cuidados e numerário para os operários simuladores.

Deixar que um sentimentalismo mal colocado venha empanar o raciocínio e as suas conclusões clínicas, é aplicar justiça unilateral, é faltar com seu compromisso ético e moral, é levantar a venda dos olhos da justiça.

A responsabilidade é grande, muito grande mesmo, pois somente sobre o laudo médico, único técnico passível de firmar a verdade no caso, ou de procurar firmá-la, é que a justiça poderá basear o seu veredicto.

Por conseguinte, devem examinar com o máximo cuidado, com a maior exatidão, tão completamente quanto lhes fôr possível, solicitar todos os esclarecimentos e exames auxiliares que julgarem necessários. Deverão raciocinar com lógica, sobre dados clínicos e auxiliares-laboratoriais, estudando psicologicamente o candidato, submetendo-o a testes e concluir com base na observação clínica e não com base no sentimento, com base no coração.

E' um julgamento com cérebro e não com coração, pois do contrário teríamos aberto largo caminho à exploração e teremos condenado as leis sociais à sua desvirtuação.

Tal é a grave responsabilidade dos médicos que lidam com a infortunística do trabalho e tais são os requisitos que a justiça deles deve exigir.

LANG (1), ao estudar a simulação cita, em relação às causas, os seguintes fatores:

- a) Falta de vontade para o trabalho e predisposição à vadiagem.
- b) Egoísmo, falta de sentido de responsabilidade perante a comunidade, diminuição do sentimento de honra, caráter associal, sugestibilidade aumentada, predisposição à mentira, força de vontade diminuída, indisciplina e finalmente criminalidade.

ARAUJO CASTRO (2), divide os simuladores em:

- a) os que, de boa fé se julgam muito mais incapacitados ou doentes do que o são em verdade.
- b) os que ficam pessimistas, em face de tratamento prolongado e terminam, quase doentamente, a não querer ver e reconhecer a melhora;
- c) os que mercadejam quanto à incapacidade, procurando simulá-la para trocá-la em dinheiro;
- d) os que procuram prolongar o período de incapacidade.

KEHL (3) julga a simulação, do mesmo modo como a imitação, um processo legítimo de adaptação. Afirma ser um fenômeno normal da vida da sociedade, do que no entanto não se deve inferir que toda a simulação é justificável. Depende, o julgamento, da finalidade e de seu característico momentâneo ou contumaz.

Estudando os vários tipos de simuladores, diz: "já o indivíduo que simula, como mero habitual ou o simulador profissional, o faz com fim utilitário e, não obstante apresentar certa integridade nos domínios do conhecimento e da vontade, deve ser incluído entre os psicopatas".

E' um amoral, mas normal, e, como tal, perfeitamente responsável de seus atos. Para KEHL nenhuma pessoa de perfeita integridade psíquica simula. Esta definição e objetivação de KEHL deve ser compreendida dentro dos seus termos devidos, não se aplicando ao que se condiciona — normal e quotidianamente — sob a palavra psicopata. A concepção de KEHL será mais acadêmica que prática.

Não resta dúvida que poderão ser encontrados simuladores, que o fazem a base única e primordial de uma psicose, de uma moléstia, mas a grande maioria o faz conscientemente, pelos variados motivos apontados e como tal é responsável pelos seus atos.

JEANBRAU e GIRAUD (4) ao estudarem a agravação e cronificação voluntária dos acidentes, referem em relação à lei francesa de 1898 o seguinte: — “Le législateur de 1898 n'a pas envisagé la possibilité d'abus dans l'application de la loi sur les accidents du travail. Il paraît admettre que l'ouvrier blessé est pour tout et toujours tellement affecté de son chômage forcé que tous ses efforts tendent à hâter la guérison de son infirmité”.

Mas o legislador esqueceu infelizmente a natureza humana, tanto o legislador francês de 1898, como o brasileiro de 1934, legislou teoricamente, sem conhecer a prática diária.

Legislaram para o homem superior, sem feitos, com perfeita compreensão de seus direitos e de seus deveres, para uma população de nível educacional o mais elevado possível.

Estes mesmos autores, anteriormente citados, definem como simulação todo o ato de um indivíduo em acusar uma queixa objetiva ou subjetiva imaginária, com o fim de induzir o observador em erro, voluntária e conscientemente (4). — Esta definição, baseada nas idéias de GILBERT, BALLETT, ROUSSY e LLERMITE, exclui a simulação inconsciente e involuntária, a base de uma verdadeira psicose.

Também exclui, segundo a enumeração dos dizeres, a simulação parcial, isto é, a simulação do agravo da verdadeira situação da lesão sofrida.

McBRIDE (5) acha que justamente esta simulação parcial é muito mais freqüente que a simulação total e assim se refere: “Pure malingering or fraud is not so frequent, but exaggeration and self pity for sake of impressing the seriousness of a disability upon those made responsible for it, is very common”.

KESSLER (6) julga o problema complexo, no diferenciar a simulação total e a parcial de uma verdadeira neurose, especialmente nos casos com sintomatologia subjetiva a base de dor, com preferência nos *lumbagos*.

CIAMPOLINI (7) define a simulação como a exteriorização da contra-reação do operário à reação da instituição responsável em não aceitar a sua errônea interpretação de que, a lei do acidente do trabalho deve cobrir toda e qualquer lesão à sua integridade física, venha donde vier.

Esta definição explicaria a simulação parcial,

a da agravação do mal, ou a fraude referente à causa e mecanismo da lesão, mas não se enquadra na simulação total ab-início.

THOINOT (7) afirma que o crer em simulação pode ser explicado pela nossa ignorância em reconhecer um quadro clínico. Mas esquece THOINOT com toda a sua responsabilidade e provavelmente por ser êle anterior ao período das simulações em infortunística do trabalho, pois estas só apareceram simultaneamente com as leis regulamentadoras, que os operários raramente simulam um quadro clínico, e sim na maioria das vezes um simples sintoma, provado falso pelo exame e pelos testes e que também freqüentemente não pode reconhecer como causa o mecanismo alegado ou a data em que se diz ter ocorrido.

CHARCOT (7) diz que o diagnóstico de simulação pode ser a confissão de incompetência do médico. Mas então êste não terá julgado com justiça e de acôrdo com a verdade, pois se atesta simulação por não poder compreender ou reconhecer a lesão do paciente, então falhou em sentido inverso ao que apontamos anteriormente. Mas somente depois de THOINOT e CHARCOT é que se desenvolveu em França a indústria e que foram promulgadas as leis de acidentes com suas compensações, e logo somente depois dêles é que apareceram os simuladores na infortunística do trabalho.

Se bem que tenham havido casos de acôrdo com a observação de CHARCOT e que êstes ainda ocorrem, também não se deve negar que a simulação existe, e com mais freqüência, que seria de desejar, mas desde que se procure examinar com técnica, cuidado e justiça, cremos que o perigo apontado por Charcot deve desaparecer.

Por outro lado o desenvolvimento da medicina, na cirurgia, na traumatologia e na neurologia do trabalho, permite desde logo um exame mais acurado e mais certo.

MURRI (7) chama a atenção para o perigo da aceitação irrestrita das observações de THOINOT e de CHARCOT, e afirma que, se procedermos com a orientação de aceitar como *legais* tôdas as declarações dos acidentados, cairemos infalivelmente na *credulidade*.

LEONCINI (7) classifica a simulação, quanto:

- a) às causas;
- b) às manifestações, e
- c) às seqüelas.

KENNEDY (8) é de opinião que um bom simulador se resume a um só sintoma, pois será muito mais difícil simular uma síndrome.

HORN (9) afirma que a simulação tem um papel considerável nos acidentes do trabalho, e o autor encontrou-a, sob forma de agravação dos males, em 40% dos casos que lhe foram a exame para peritagem e classificação. A simulação completa ou total foi menos encontrada, 1% dos casos.

Certos elementos combatem a redução da diária que o operário passa a perceber, quando acidentado, e que em nosso país é de um terço de sua diária habitual e na base da diária máxima permitida de Cr\$ 18,00. — Mas se tal situação não existisse, muito maior seria o número dos simuladores e fraudadores, pois seria agradável perceber salário integral sem trabalhar ou trabalhando alhures, escondido, auferindo lucro de duas fontes. Para os elementos solteiros a redução poderia ainda ser maior, indo até 1/2 da diária.

DODD (10) pensa assim e diz textualmente: "The compensation should not be so high as to operate as an inducement to the employee to remain idle or unnecessarily prolong the period of idleness by malingering".

E' pois fora de dúvida que tanto o médico examinador, como o médico legista ou perito, necessita ter conhecimentos básicos de psicologia. Pois ao mesmo tempo que examina clinicamente o acidentado, quer ao ir aceitá-lo como tal, ou depois numa verificação de acidente ou de fixação de uma lesão definitiva, o médico deverá também procurar estudar psicologicamente o operário, a fim de que lhe seja possível aquilatar quando das informações prestadas e das queixas alegadas.

Dêste estudo dependerá a sua conduta, a escolha dos testes a empregar para a verificação da verdadeira situação do acidentado.

Êste estudo psicológico deve ser condicionado de maneira a não despertar a menor desconfiança do operário e LASHER (11) insiste em que nunca deveremos deixar entrever ao simulador que o suspeitamos ou que o consideramos como tal.

O simulador é no geral um indivíduo que se apresenta nervoso, excitado, que não nos olha direta e abertamente. Procura reforçar excessivamente as suas queixas, como que tendo medo, que não nos consiga convencer do que está afirmando.

Entretanto o indivíduo com nível educacional mais elevado, procurará controlar-se melhor, especialmente se fôr industriado.

O médico deverá ser cuidadoso em suas afirmações. A simples e categórica afirmação — "você nada tem, pode ir embora" — muitas vezes fixa um processo de reação, um simulador involuntário.

Também as explicações detalhadas e técnicas, elevadas demais ao nível intelectual do operário, podem criar uma confusão no espírito do mesmo, provocando, pela incompreensão, um verdadeiro estado de simulação involuntário, e mesmo mais tarde, como reação errônea a uma injustiça fictícia de que se julga vítima, uma simulação consciente.

Para podermos proceder a êste estudo psicológico a que nos referimos, necessário se torna que encaremos alguns elementos.

Em primeiro lugar deveremos procurar aferir o grau da inteligência do operário, pois, da maior ou menor acuidade da mesma, poderá o médico verificar se o paciente ou o operário poderá ser considerado como um possível simulador potencial.

Para simular é necessário que o operário tenha certos recursos de inteligência, pois com um intellecto rudimentarmente desenvolvido a simulação não poderá ser levada a efeito ou se o fôr, muito mal representada.

Mas não deveremos aqui confundir inteligência com cultura e afirmar que, por pertencer o operário a uma classe de menor cultura, êle não tenha aptidões para simular.

Temos visto, neste sentido, verdadeiros artistas a representarem com maestria cenas as mais convincentes de quadros patológicos.

Não se deverá aferir o grau de cultura, mas sim o intellectual. E' óbvio que, se o indivíduo tiver ambos os graus bem desenvolvidos, será um melhor simulador ainda.

Os indivíduos de intellecto infantil, quase nulo, poderão ser simuladores, mas neste caso são geralmente psicopatas.

O meio ambiente em que vivem os operários pode influir consideravelmente sobre os mesmos,

visto que sempre são passíveis de se deixarem influir por quem apresente maior acuidade intelectual.

E' a razão pela qual os casos de simulação são tanto mais freqüentes, quanto maior e mais industrial fôr a cidade. Nas cidades do interior e no campo, os operários não sofrem a ação de certos elementos nocivos que perambulam nos meios operários das grandes cidades. Quanto mais próximos se encontrem os operários da "chamada civilização", tanto mais freqüentes são os casos de simulação.

Não resta a menor dúvida que êste problema tomaria um outro aspecto, muito mais satisfatório, se os órgãos trabalhistas, que mais em contato estão com as classes trabalhadoras, encetassem um programa de educação, fazendo ver ao operário quais os direitos que tem diante da lei, más que também lhes fizessem notar quais as obrigações que assumem ao pleitearem os benefícios dêstes decretos sociais, quais as obrigações ante as instituições securitárias e estatais, e quais as obrigações ante os seus companheiros e colegas, prejudicados sempre que procurarem, por ignorância ou fraude, auferir mais do que lhes compete.

LANG (1) informa que determinadas raças apresentam um maior número de simuladores, e acrescenta que, quanto mais excitável fôr o temperamento do individuo, tanto maior poderá ser a predisposição para a dissimulação ou a simulação, que como sabemos requer, até certo ponto, verdadeiros recursos de teatralização.

Para LANG são os italianos os que mais se prestam à simulação; entretanto, devemos acrescentar que também descendentes de raças eslavas, ao menos quando entre nós (russos, polacos, tchecos, gregos etc.), são exímios simuladores. Os nórdicos (anglo-saxões, escandinavos e germânicos) apresentam um reduzido número de simuladores e o nosso caboclo, só em raríssimos casos, é dado à simulação, ao menos, aqui no sul do país. Já o mesmo não se pode afirmar do nosso preto e muito menos do nosso mulato.

Como já vimos, a fim de que o médico possa julgar com justiça os acidentes do trabalho, necessita o mesmo ter conhecimentos de psicologia, pois sòmente nesta base é que poderá fazer a apreciação devida do caso clínico, no sentido de verificar a veracidade das alegações do operário.

Se é sua função evitar que seja atendido um simulador, ou que seja feita justiça desmascarando-o no exame médico-legal, também é sua função evitar que passe por simulador um acidentado verídico.

Neste julgamento, deverá levar em conta que existem alguns elementos que poderão perturbar o espírito de crítica e dedução, a saber: a incerteza do diagnóstico bem como, da veracidade das declarações, a opinião preconcebida, a falta de qualidades psicológicas, a bondade exagerada, o medo de um tratamento injusto para com o examinando e o desconhecimento do local e do risco no qual trabalha o paciente.

O diagnóstico preciso de simulação exige pois do médico examinador ou legista uma ação psicológica perfeitamente orientada, um conhecimento detalhado dos diversos capitulos da patologia e da anatomia, um domínio completo das possibilidades de diagnóstico diferencial do caso clínico em exame, um poder de observação aguçado e preciso, uma grande prática e finalmente um sentimento perfeito e completo de responsabilidade.

Como vemos, não é pouco.

Se, ao examinarmos um operário, viermos a desconfiar de uma simulação, não deveremos nos esquecer dos seguintes pontos, durante todo o exame do paciente em questão:

a) Supremacia psicológica por parte do médico, fator que, além de lhe proporcionar dados para o estudo completo do caso, leva também o simulador a entrar em contradições tão pronto sinta sua inferioridade psicológica ante o médico examinador. Ficará nervoso, perturbado, desejará reforçar suas alegações e então, sem notar, irá se contradizer.

b) Pesquisa de dados em fontes informativas leigas. O médico deverá, especialmente quanto ao local e modo de se dar o acidente, ouvir sempre e não só em caso de dúvidas, *mas ouvir êle mesmo*, fazendo êle mesmo as perguntas esclarecedoras, o que sabem dizer o empregador, os seus auxiliares companheiros da vítima, sòbre o acidente e sòbre o risco e local de trabalho.

O interrogatório prévio, feito por funcionários da instituição securitária ou social, como por exemplo, os funcionários das carteiras de acidente e o enfermeiro, revela uma história, que muitas vêzes difere da que depois é narrada ao médico. E' então fácil provar a contradição.

Somente um simulador inveterado ou de inteligência superior responderá sem contradições a vários interrogatórios.

c) Quanto ao próprio exame médico, desjaríamos, sob ponto de vista geral, assinalar os seguintes pontos:

1. — Observação atenta e contínua do paciente, durante todo o período em que se encontra no gabinete de exame, e que não deve ser percebida pelo paciente.

2. — Procurar durante o exame desviar a atenção do paciente ou operário para um outro objetivo, com que a observação acima referida será mais proveitosa e fácil, por não estar o paciente em guarda.

3. — Anamnese completa, tanto a atual como a remota, tanto pessoal como familiar.

4. — Os testes ou truques de pesquisa para desmascarar os simuladores deverão ser empregados de preferência quando o paciente esteja distraído. Para tanto dever-se-á, se necessário, cansar o paciente, pois o cansaço leva a distração.

5. — Estes testes e truques de pesquisa, que deverão ser técnicos, não podem em absoluto serem violentos, pois não é admissível, mesmo para desmascarar um simulador, violentá-lo.

6. — Se o médico verificou a simulação, deverá manter o fato para si, e em outro dia repetir o exame, evitando assim, com um exame ainda mais acurado, os defeitos possíveis de terem ocorrido no anterior.

7. — Se se fizer necessária a observação hospitalar, as declarações do pessoal do hospital deverão ser verificadas.

8. — Sempre será de grande valia para o julgamento final que o médico procure conhecer da causa que levou o paciente a simular.

CHAVIGNY (1) diz: "Le meilleur traité général a consulter sur la simulation serait un excellent ouvrage de sémiologie, guide complet des examens cliniques".

JEANBRAU e GIRAUD (12) aconselham, nestes casos, que os exames sejam aprofundados.

Naturalmente que esta qualidade é absolutamente necessária, pois, só de um exame aprofundado e completo, é que será possível ao médico deduzir ou dar a explicação etiopatogênica das alegações apresentadas, ou inferir da existência de um caso de simulação.

Estes autores citam em seguida a observação em hospital, e lembram que na Alemanha,

onde, desde cedo, dada a industrialização, foi levantada a questão do acidente do trabalho, existem hospitais especializados para tal. Isso representa uma facilidade, mas, instruindo-se convenientemente o pessoal hospitalar, a observação poderá também ser feita em qualquer estabelecimento deste gênero.

Os exames, segundo estes autores, devem ser repetidos e executados sem data prefixada, o que evitará, por parte do simulador, o preparo prévio para o exame a que se deve submeter.

Finalmente lembram o importante papel da radiologia no esclarecimento destes casos clínicos suspeitos.

McBRIDE (5) divide a observação em direta ou indireta, bem como os métodos de exame. Declara que em muitos casos a ameaça operatória resolve satisfatoriamente uma tentativa de simulação.

Pessoalmente tivemos um caso de um operário, que não podia caminhar, pela dor que sentia ao nível da planta do pé, devido a um pretenso estrepe de madeira, que dizia encurvado na intimidade dos tecidos.

Mas, ante a porta da sala de operações, desapareceu a dor, pisou firme e afastou-se rápido, esquecendo tôdas as suas queixas anteriores.

JEANBRAU e GIRAUD (4) chamam a atenção para a necessidade de atentar-se para os curativos dos acidentados, pois para estes dois autores — "tout blessé qui defait son pensement sans avertir son médecin, doit être soupçonné d'aggravation volontaire de blessure".

KENNEDY (8) justifica os exames cuidadosos e reiterados dizendo: "In pronounced organic cases a single examination should tell the whole story. But in functional disorders or conditions which may be feigned it may be necessary for him not only to see the patient at different times, but also to know how he conducts himself between the visits".

Aí, KENNEDY aponta uma questão de magna importância, a de como age ou se comporta o operário ou paciente fora da sala de exame, em sua residência e na via pública.

Uma espécie de polícia secreta evitaria muita demora e incômodo em certos casos de simulação.

Sempre nos lembramos de um mecânico,

cujas dores após um entorse do tornozelo, quase não lhe permitiam caminhar, apesar de todo o tratamento instituído e da completa falta de sinais objetivos. Este homem fomos encontrar fortuitamente, dançando animadamente num baile, que ocasionalmente estávamos observando. Com surpresa vimos o inválido passar celere ao som duma valsa, sem que se pudesse notar qualquer entrave do tão malfadado tornozelo. Desmascarado, solicitou alta no dia seguinte, quando já se apresentou ao serviço caminhando admiravelmente.

Este ponto é da máxima importância para os peritos e médicos legistas e não estamos certos se será sempre levado em conta.

LASHER (11) informa que o padrão, muitas vezes, pode cooperar no sentido de evitar a simulação ou de evitar que ela se prolongue. Basta que concorde receber o acidentado, primeiro em trabalhos leves, com o que o operário se reintegra mais facilmente e não procura por simulação tirar maior partido de seu acidente.

Quanto à parte especializada do problema da simulação, abordaremos a seguir alguns dos pontos ou questões mais usuais, isto é, as mais contraditórias, pois seria extenso e escaparia ao âmbito deste trabalho e ao que nos propusemos abordar, estudar a simulação e a técnica especializada de detenção, afecção por afecção.

Neste ponto temos de concordar com CHAVIGNY, no sentido de que o conhecimento aprofundado da semiologia e da clínica permitirão sempre ao médico examinador ou ao perito aquilatar do que ocorre com o alegado pelo paciente, se a sintomatologia está de acordo com a anamnese, se as queixas subjetivas têm explicação ou correspondentes objetivos, se a lesão ou afecção do paciente pode reconhecer como causa o acidente pelo mesmo alegado.

Vejamos pois algo mais especializado, e entremos de início no capítulo mais difícil, mais obscuro, mais fácil de controvérsias e logo mais próprio à simulação, o da DOR

D O R

Segundo AFRÂNIO PEIXOTO (13) Heyer, Gilbert e Laet, relatores do problema das conseqüências dolorosas dos traumatismos, no XIX Congresso Internacional de Medicina Legal, reunido em Lille, resumiram as dificuldades

que os médicos legistas encontram neste assunto, nesta frase lapidar — "Il n'existe aucun moyen direct de verifier la réalité d'une douleur".

E, com todo o progresso da ciência, a questão está ainda hoje no mesmo pé. O examinador e o perito poderão lançar mão tão-somente de dados e meios técnicos indiretos.

Assim existem descritos uma série de testes e técnicas, destinados a verificar o aparecimento de determinados sinais ou modificações, que a experiência demonstrou só se produzirem quando existe dor efetiva.

Cita JEANBRAU o sinal de MANKOFF, que corresponde a uma taquiesfigmia despertada pela dor. Assim, pela pressão sobre o ponto ou a zona dolorosa, deve ser notada uma aceleração do pulso, com um aumento de mais ou menos 20 a 30 pulsações por minuto. Este sinal tem valor, se positivo, demonstrando que existe efetivamente a dor.

Temos ainda o sinal de BECHTEREW que consiste na dilatação da pupila, no rubor facial, na aceleração da respiração, quando do pinçamento da zona dolorosa.

Nas dores articulares, nunca deveremos nos esquecer que a articulação não pode ao mesmo tempo ser dolorosa e normalmente móvel.

BEHAN (14) declara que a elevação da pressão arterial é um meio importante para estimar a intensidade da dor. Cita como de valor os estudos alemães neste sentido. Segundo eles, CURSSCHAM em 20 casos encontrou que 18 pessoas, com sensibilidade normal, tinham sua pressão elevada de 8 a 10 mm. de HG sob o estímulo de uma corrente farádica ao nível do terço superior da coxa. Nos outros dois indivíduos a elevação foi ainda maior, sendo de 10 a 15 mm de HG.

McBRIDE (5) aconselha que se procure delimitar a zona dolorosa e voltar a pressionar, após uma ação de distração do examinando. Nos casos de simulação, com certa freqüência torna-se indolor um ponto ou zona antes altamente doloroso.

LANG, que, pelos motivos já apontados acima, julga difícil a diagnose de simulação da dor, aconselha exames repetidos em dias e horas diferentes, mas com o resultado de todos eles protocolado, para que seja possível a compara-

ção e verificação das contradições. Assim nenhum perito ou médico legista deverá fundamentar o laudo em 1 ou dois exames; necessário se torna, especialmente quando predomina o elemento dor, de difícil contrôle, a maior repetição de exames.

Estes exames não deverão, por sua vez, serem demorados, pois as pesquisas de sensibilidade, quando longas, cansam e perturbam o doente e o médico. Aconselha LANG que, durante o exame, o paciente tenha os olhos vendados. O paciente deve ser surpreendido, e não saber de antemão o que o examinador irá fazer, pelo que o desvio da atenção do paciente é da maior importância.

Tais medidas, se bem que possam desmascarar o simulador, no entanto não têm o poder de anestesiá-lo o paciente e não lhe permitir sentir a verdadeira dor.

Na pesquisa da dor, ao nível dos membros superiores, se aconselha que o exame se faça com as mãos do paciente cruzadas nas costas e, quanto aos membros inferiores, o paciente deverá ser examinado em decúbito ventral. Desta maneira o paciente perderá com mais facilidade a orientação do lado onde pretende sentir a dor.

Idêntica técnica pode ser usada quando o paciente se queixar de ANESTESIA.

Sob este ponto de vista, outro truque aconselhável é o de pedir ao paciente que indique a direção do corpo que risca a pele e que informe a região sobre a qual passa. O simulador perde rapidamente o contrôle e declara sentir e indica a direção, quando o estilete esteja passando na zona anteriormente referida como anestesiada. Esta manobra é de THIEME (4).

Também com a faradização pode ser obtido resultado semelhante, principalmente si ligarmos subitamente a corrente, estando o eléctrodo sobre a pretensa zona anestesiada.

Na pesquisa da anestesia os sinais de MANKOFF e BECHTEREW têm valor invertido, pois, se são positivos ao pinçamento da pretensa zona anestesiada, está clara a simulação.

A demarcação de zona anestesiada ou dolorosa, por meio de vários exames, pode revelar grosseiras contradições, não só quanto a limites diferentes como intensidade, principalmente quando o paciente informa não haver tido melhora ou até ter piorado desde o exame anterior.

Em zonas de anestesia na face posterior do corpo, podemos usar o seguinte truque: o médi-

co, estando colocado atrás do paciente, toca-o com a ponta de 2 dedos simultaneamente, uma ponta sobre região sã e a outra sobre a zona anestesiada. Fisiologicamente o paciente só sente um único contato, mesmo quando ambas as regiões tocadas são sensíveis. Se retirarmos com cuidado sem que o paciente o veja, o dedo da região sã, e se o paciente continuar a acusar o toque da ponta do dedo, então a anestesia é simulada.

Nos casos de HIPERESTESIA é de máxima importância a relação exata dos dados sobre a evolução da mesma, anotando-se os característicos obtidos nos vários exames, a intensidade, a forma da dor, sua localização e irradiação, e especialmente quais os movimentos ou ações que despertam a dor.

O problema da cronaxia, no estudo da dor, é ainda discutido. Como já vimos, são de certa importância a reação pupilar, mas sempre devemos antes verificar qualquer anormalidade pupilar já existente, a fim de evitar uma conclusão errônea.

Acompanhar disfarçadamente a mímica do paciente e não esquecer os exames *reiterados e protocolados*, são preceitos de valor.

JEANBRAU e GIRAUD (12) aconselham a manobra com a falsa faradização: consta de uma aplicação normal em zona sã e depois o simples contato do eléctrodo na zona dita hiperestesiada, mas com o aparelho desligado, ou melhor com o aparelho ligado, mas com o cabo do eléctrodo desligado. No geral o simulador imediatamente começa a queixar-se violentamente, até a gritar.

LANG (1) refere-se ao algesímetro de Head, mas mesmo confessa o pouco ou nenhum resultado desta aparelhagem.

Não resta a menor dúvida que um aparelho que registrasse com precisão a dor e suas variações, bem como os vários graus da sensibilidade dolorosa, resolveria por completo com o problema das simulações no terreno das consequências dolorosas dos acidentes.

A verificação de certas dores em determinadas regiões, pode ser feita pela pesquisa de sinais ou pela execução de manobras que lhes são peculiares. Assim na cíatica temos o sinal de Lasegue; na cefaléia o paciente tem seus padecimentos agravados pela posição agachada; a dor ao nível das costelas e na parede torácica traz

consigo uma diminuição dos movimentos respiratórios do hemitórax correspondente.

A dor localizada na região inguinal ou inguino-crural, aumenta com a flexão para trás do tronco.

Entre os quadros dolorosos que se apresentam na infortunística do trabalho, é sem dúvida o "LUMBAGO TRAUMÁTICO" que ocupa o maior número. O paciente queixa-se de dores nas "cadeiras" e que esta dor lhe foi produzida por um movimento ou uma ação, durante o serviço.

A dor não tem sempre a sede fixa, é às vezes nitidamente lombar, às vezes dorso-lombar, outras sacro-íliaca, e assim por diante, variando dentro do âmbito das regiões dorso-lombo-sacro-ílicas.

Da mesma maneira variam as ações que provocaram: mau jeito de tódas as formas, levantando um péso, queda, torsão do dorso sobre a bacia, trauma direto, etc.

KESSLER (6) afirma que é justamente as dores lombares — no chamado lumbago — que a simulação é mais contraditória, mas é também uma das simulações que maiores dificuldades apresentam para serem desmascaradas.

Muitas vezes a simulação é parcial, isto é, o paciente simula o agravo de sua lesão. Ele tem efetivamente uma distensão muscular ou uma distorção articular, mas passageira, e finaliza prolongando sua incapacidade pela simulação da continuação dos sintomas dolorosos.

KESSLER aconselha basear o laudo ou parecer no exame clínico pormenorizado e repetido, junto com cuidadoso exame radiológico.

Este exame radiológico, no caso da coluna lombo-sacra, inclusive articulações sacro-ílicas, deve ser sempre feito não só nas clássicas posições de perfil e ântero-posterior, mas também nas posições oblíquas para evidenciar com clareza as articulações das lâminas.

JEANBRAU e GIRAUD (12) citam o sinal de Levaí para o Lumbago: o paciente estando sentado, manda-se levantar o membro inferior, com a perna em extensão sobre a coxa. O médico sustenta a coxa com a mão e manda o paciente fletir o joelho correspondente, abaixando a perna. Se o paciente o consegue fazer sem dor, houve simulação do queixoso, pois na manobra descrita, ao abaixar a perna, os músculos lombares entraram em ação.

Ainda voltaremos mais adiante a este assunto.

No entanto em nosso meio este problema ainda constitui um assunto bastante controvertido. A simples referência da dor lombar com ou sem contratura muscular, com ou sem limitação dos movimentos do tronco, movimento ou melhor limitação fáceis de serem simuladas, ao lado de uma ou mais chapas radiográficas, muitas vezes anódinas, é o bastante para o diagnóstico de uma lumbartrite traumática. E, na maioria dos casos, a cura só se processa, aliás de modo surpreendente, após o recebimento da quantia equivalente à indenização por incapacidade permanente e parcial.

Temos visto lumbartríticos, reconhecidos legalmente, que, ao saírem do ambulatório, a uma pequena distância, executam movimentos com surpreendente agilidade (p. ex. — tomar um bonde em andamento — correndo e pulando facilmente).

Tivemos, entre os nossos clientes de infortunística do trabalho, um operário, que simulou com perfeição um lumbago, mas que, diante de uma manobra psicológica, se desmascarou, confessando após que conseguira simular, objetivamente com tal perfeição, porque fôra induzido para tal. Desejava tirar umas férias duplamente renumeradas, a fim de poder se submeter a um tratamento de moléstia outra, e cuja responsabilidade não tinha cobertura social.

Um outro simulador inveterado, especialista em lumbago, e que já nos dera muito trabalho, nos voltou um ano após. Conhecedores do indivíduo, após exame, não o aceitamos como coberto pela lei de acidentes do trabalho. Ele não foi se queixar à competente autoridade, como o faria um verdadeiro acidentado ferido nos seus legítimos direitos, mas, como era diarista, mudou de patrão e três dias após o encontramos num dos hospitais da capital, plácidamente a cuidado de uma outra instituição securitária, de cujo médico ainda não era conhecido.

Aconselhamos, pois, o máximo cuidado no exame de um paciente com a história clínica de um lumbago traumático.

PARALISIAS

LANG (1) aconselha sempre procurar as bases orgânicas da paralisia, pois, nos casos de simulação, elas sempre faltam. Mas nós deve-

remos sempre lembrar que em casos, é verdade pouco frequentes, mesmo em paralisias verdadeiras, as causas orgânicas podem não se encontrarem muito nítidas.

JEANBRAU — lembra a necessidade absoluta do electrodiagnóstico.

No exame, deveremos sempre verificar o tônus muscular, a excitação elétrica, a atrofia dos músculos atingidos pela paralisia. Melhor será, sempre, ouvir a opinião de um neurologista.

Interessantes são os resultados que se obtêm, para orientação clínica, com a pergunta ao paciente à que êle atribui o não poder executar êste ou aquêle movimento. A explicação do paciente poderá muitas vezes, nos casos de simulação, estar completamente em contradição com a clínica e ajudar dêste modo a desmascarar uma simulação.

Paralisias do membro superior:

1. — O paciente deitado em decúbito dorsal, levantam-se os membros superiores, até quase à uma posição vertical, deixando-se que caiam. Os membros superiores cairão normalmente para a frente. Repete-se a manobra mais uma ou duas vezes no mínimo. Em seguida o membro superior paralítico ou dito paralítico é elevado além do ângulo reto e retira-se o apoio. Se há simulação, o membro superior cairá para a frente, como das outras vezes, pois se houvesse paralisia, uma vez que o membro superior fôsse elevado passivamente além do ângulo reto, êle cairia para trás. Outro ponto poderá ser observado no modo de cair dum membro superior. Quando duma paralisia efetiva, há inicialmente uma flexão ao nível do cotovêlo. O simulador deixa o membro cair rígido.

Nos casos de paralisias, bem como nos de falta de força muscular, será sempre de interesse verificar, pela palpação, a tonicidade e o estado dos músculos que normalmente intervêm no movimento incapaz de ser executado, bem como o grupo antagonista.

2. — O médico deve levantar (passivamente) os membros superiores, acentuando que assim procede, pois êle paciente não pode elevar o membro superior paralítico. Em seguida o médico retira o apoio e manda o paciente baixar os membros superiores, mas devagar. O simulador, que ignora que os músculos encarregados da elevação

do membro superior ao mesmo tempo podem impedir a sua queda brusca, que se verificará no caso da paralisia verdadeira, muitas vezes, vae abaixando ambos os membros superiores, vagarosamente, inclusive o dito paralítico, provando assim que os músculos adutores e elevadores estão íntegros.

3. — Deita-se o paciente numa mesa de exames, em decúbito ventral, de maneira que os membros superiores fiquem pendentes de ambos os lados da mesa. Elevam-se os membros superiores e se os colocam de encontro ao corpo. Então se ordena ao paciente que abaixe os membros superiores. Se o paciente ignorar a lei da gravidade, fixará, ainda mais, o membro superior dito paralítico, ao corpo, pois como poderá mover com o braço que diz estar paralítico?

4. — O paciente em posição ereta, procede-se a elevação passiva do membro superior dito paralisado, mantendo o médico o apoio. O médico, com várias perguntas, distrai a atenção do paciente e retira o apoio, procurando fazê-lo, sem que o paciente o sinta. Não será fora de comum verificar que o membro superior paralisado continue a ser mantido elevado.

LANG (1) chama a atenção para algumas paralisias especiais, mais comumente simuladas:

a. — Paralisia radial — a verdadeira paralisia é tão cheia de sinais, que o simulador geralmente esquece alguns. No geral o paciente esquece que, apesar da paralisia do radial, é possível executar ativamente a adução do polegar e movimentos com as 3.^{as} falanges, desde que se fixem as 1.^{as} falanges dos dedos (2.^o ao 5.^o).

b. — Paralisia do quadriceps — paciente de decúbito ventral eleva-se (passivamente) o joelho correspondente, da mesa e procede-se a movimentos passivos da perna, como os realizados com o membro superior. Se apesar de haver sido ultrapassado o ângulo reto, a perna cai sobre a mesa e não sobre a coxa, então temos um caso de simulação.

Tanto na paralisia do psoas, como na do quadriceps não é possível sentar ativamente no leito ou na mesa de exame, passando da posição de decúbito dorsal para a sentada.

Quanto à *simulação da falta de força ou tônus muscular*, JEANBRAU (12), lembra, como no caso do membro superior, a manobra de RENY — manda-se o paciente segurar com tôda a força que lhe é possível um objeto arredondado e em

seguida o médico trata de arrancar-lhe o objeto empregando força. Se a mão ficar aberta, é um caso de simulação, pois então o paciente não estava procurando fazer força. Caso êle estivesse cumprindo o que lhe fôra determinado, isto é, estivesse fazendo força para reter o objeto, o médico o arrancaria, mas a mão voltaria a fechar-se como reflexo à força empregada.

Em relação ao antebraço, temos a manobra de KIRSCH — O médico mandará o paciente executar não simultaneamente e sob comando repetido a flexão palmar dos dedos de ambas as mãos — se o paciente simular falta de força ou diminuição da mesma, o médico perceberá, na mão sã, o refôrço da contractura ao iniciar-se a da mão dita paresiada, ou então os antagonistas se relaxarão.

LANG aconselha examinar a atrofia e o tônus muscular, sempre comparativamente com a região sã, homóloga. Na mão, se ao ser ordenado o seu fechamento, esta é espontaneamente flectida no sentido dorsal, há simulação.

Da mesma forma, a verificação da hiperextensão dos tendões extensores e sua saliência accentuada no dorso da mão dita paresiada e sem força, são particularidades suspeitas de simulação, de que o paciente *está fazendo força para não flectir os dedos.*

Outrossim é aconselhável, proceder a estas verificações com as mãos cruzadas nas costas, a semelhança do que vimos quanto à pesquisa da sensibilidade.

São também sinais suspeitos, o esforço exagerado, ao nível da articulação escápulo-humeral ou do cotovêlo, a mímica exagerada, gemidos ao ser tentada a mobilização ou exame de um segmento do membro superior.

Especialmente, segundo ERBE e RABINOWITSH, serve para o cálculo da falta de força a dinamometria, mas sempre comparada. Também aconselham o aparelho de Ledderhose.

Nunca deveremos esquecer, se se trata de uma falta ou diminuição de força para o membro superior, de estabelecer se o paciente é canhoto, pois então, pela passagem da mão principal para a esquerda, teremos uma inversão de força ou ao menos nos ambidestros uma equivalência, o que será sempre de interesse fixar de antemão, para o estudo comparativo.

A observação cuidadosa do paciente no ato de se despir e vestir, ao tomar um lápis e es-

crever, ao desenvolver uma garrafa, o acender de um fósforo, enfiar duma agulha, sempre nos proporcionará elementos para o nosso julgamento com referência às possibilidades do paciente.

No caso de paralisias totais ou parciais do membro superior, os movimentos de elevação dêste membro, sob comando, repetidas vêzes e variando a seqüência dos lados, termina confundindo o simulador, que, cansado e descuidado, termina não raras vêzes em elevar com facilidade o braço sem força.

O médico executará movimentos passivos repetidos e, após um período de distração do paciente, repentinamente deixa ambos os membros superiores em posição de esforço, e verificará, não poucas vêzes, nos simuladores, que êste mantém o membro superior dito lesado, igual ao bom, apesar de tóda a fraqueza que diz sentir.

Mandando o paciente fazer movimentos de opposição ao examinador, quando êste larga ou se afasta, o *não simulador* continua ainda no movimento, mas o simulador pára imediatamente, com medo de se desmascarar.

Na falta de tônus muscular para os movimentos de extensão do joelho aconselha LANG a seguinte técnica: mande-se o paciente ficar em posição ereta, mas apoiado unicamente sobre o membro dito lesado, ordena-se então uma leve flexão e imediata volta à posição anterior (extensão). Se tal movimento fôr executado, não poderá haver fraqueza do tônus muscular, pois, nesta manobra, todo o pêso do corpo estava sendo suportado pelo joelho dito lesado.

Se, ao tentar realizar esta prova, êle declara que não pode ficar de pé, apesar de só haver falta de força muscular, então há simulação, pois, mesmo que houvesse a aludida falta de força muscular, o paciente poderia ficar de pé, pois qualquer pessoa permanece ereta com o joelho passivamente distendido.

Nas perturbações articulares LANG (1) aconselha os seguintes cuidados no exame:

a. — mandar proceder os mesmos movimentos em repetidos exames, sempre espaçados de alguns dias. Poderão ser consignadas diferenças capitais que são as que deveremos levar em conta, pois, em exames espaçados, sempre serão fisiológicas as pequenas variações. Convém sempre protocolar na data de cada exame a opinião do paciente sobre a evolução da perturbação articular desde a data do último exame e o que

sente no momento. É com estes dados que deveremos comparar os achados do exame clínico.

b. — comandar a repetição dos movimentos articulares e, repentinamente, nos poderá ser dado observar um movimento completamente normal do lado dito doente. O paciente distraiu-se e perdeu o contrôlo, desmascarando a simulação.

c. — a movimentação simultânea de ambos os membros, sob comando, pode levar à confusão e desmascarar o paciente, produzindo um movimento normal do lado doente.

d. — o exame da força muscular dos grupos antagonistas, nos poderá demonstrar que é a custa dos mesmos que a articulação está sendo parcial ou totalmente imobilizada.

e. — pesquisar a atrofia muscular, que deve acompanhar as imobilidades articulares.

f. — verificar se o paciente apresenta calosidades e sinais de trabalho recente na palma da mão, nos casos em que alega enfermidade antiga e ausência do trabalho há muito tempo.

g. — inspeção cuidadosa da articulação ou das articulações, acompanhada de detalhado exame clínico. Nos dedos das mãos, a ancilose faz desaparecer as rugas transversais ao nível das articulações interfalangeanas.

h. — exame da articulação vizinha, se auxilia ou não, voluntariamente, o entrave da outra.

i. — exame sob anestesia, que afasta as contraturas voluntárias.

j. — exame da mesma articulação em posições variadas.

Na simulação da contratura das articulações interfalangeanas, o paciente exagera a extensão dos tendões ao nível do dorso da mão. Na verdadeira mão em garra não há hiperextensão ativa. KROEMER (15) também é da mesma opinião.

Nas contraturas em geral, a anestesia não dá bons resultados, pois age também nas contraturas de origem nervosa central. Na manobra de Charcot — tração contínua — na contratura simulada o pulso e a respiração se aceleram, enquanto que não há mutação na contratura verdadeiramente patológica.

Na tetania simulada não existe a hipersensibilidade mecânica ou elétrica, pois estas não são passíveis de uma conveniente simulação.

Na alegação da falta de supinação, basta mandar o paciente tocar, com a mão do antebraço lesado, o lado oposto da face. Se o pa-

ciente coloca a palma da mão sobre a face, simulou, pois para poder executar tal movimento necessariamente teve de fazer a supinação.

A articulação escápulo-humeral é a sede mais freqüente das afecções articulares simuladas.

Ao examinar um paciente que declarou lhe ser impossível elevar, passiva ou ativamente, o membro superior a uma posição horizontal, convém aplicar, em caso de suspeita de simulação, o seguinte truque: informaremos o paciente que iremos examinar a coluna vertebral. Para isso mandamos que apóie a mão na borda da mesa de exame, e ao mesmo tempo que o distraímos com perguntas sobre a sensibilidade da coluna vertebral, mandamos que recui, sem deixar de apoiar a mão sobre a mesa, a fim de encurvar a coluna vertebral. Desta maneira o paciente chega a passar da posição horizontal do membro superior, sem que venha a notar, provando perfeitamente a simulação.

Também podemos segurar os dois membros superiores pelas mãos do paciente, e mandar que se sente num banquinho. Se consegue sentar, enquanto mantemos as mãos na mesma altura, serão elevados ambos os membros superiores, provando a simulação.

Nos pacientes que se queixam de rotação dolorosa na articulação escápulo-humeral, fixa-se o cotovêlo, para o qual se atrai a atenção do paciente. Com a fixação manual do cotovêlo, e mantendo a outra mão apoiada sobre a articulação escápulo-humeral, imprimimos movimentos ao membro superior, agindo sobre o cotovêlo, podendo então perceber perfeitamente os movimentos complementares da rotação da cabeça humeral, que, em caso de simulação e de atenção desviada do paciente, se processam completamente indolores.

Voltamos agora novamente à coluna vertebral, para completar os comentários tecidos anteriormente com referência ao lumbago traumático.

Ao nível da coluna cervical, o médico deve mandar fazer a flexão do tronco. O simulador permanece com a cabeça na posição de esforço, ignorando que para tal teve de mover a coluna cervical, para manter a mesma posição anterior, durante e ao finalizar a flexão do tronco.

A mobilidade para trás é facilmente verificada, mandando-se o paciente abrir a boca para examinar, por exemplo, as amígdalas.

A simulação da limitação de movimento nas outras regiões e segmentos da coluna vertebral, o dorsal e o lombar, é, segundo LANG (1) ás mais das vêzes difícil, se não impossível.

Na simulação da ancilose completa dorso-lombar, o simulador ao flexionar a coluna *não procura flecti-la*, êle flecte pouco ou nada as articulações coxo-femorais e flecte para a frente o tornozelo, levando a nádega para trás, sob perigo de cair. Se um paciente que estamos examinando, no momento de desfazer a flexão anterior da coluna dorso-lombar, inicialmente flecte a coluna posteriormente, depois faz a báscula da bacia e então se queixa das dores, aconselha-se desconfiar de simulação.

Na simulação da cifose, deve-se examinar o paciente em uma mesa de segmentos moveidícos, pois, se repentinamente abaixarmos a parte do tronco, o paciente simulador, ou se esquece completamente ou flecte tardiamente as coxas sobre a bacia.

Na ancilose da coluna em escoliose, o simulador fixa a articulação coxo-femural, não permitindo a compensação pela bacia, quando se procura modificar passivamente a deformidade.

Não é possível simular isoladamente uma ancilose da articulação coxo-femural, pois, qualquer simulação de ancilose a êste nível, obriga a simular perturbações da mobilidade do joelho e tornozelo.

Ao mandar o paciente levantar um objeto, o simulador não pode tomar a posição de um atirador ajoelhado, pois se êle fôr flectir o joelho, ipso-fato terá de flectir, devido aos movimentos conjugados, a articulação coxo-femural, cuja ancilose é por êle simulada.

O paciente com uma ancilose verdadeira, ao sentar-se, apóia-se sobre o lado são e deixa livre o lado doente com o joelho flectido. O simulador não pode tomar tal posição sem se desmas-carar.

Na ancilose em extensão do joelho, aconselha-se examinar o paciente, sobre uma mesa que apóie o membro inferior, mas somente até a metade da coxa. Com o tempo, o simulador cansa e a ancilose se desfaz mais ou menos rapidamente.

Neste caso, também dá bons resultados o exame do paciente em decúbito ventral, pois êle terminará confundindo os lados e passará a ancilosar o joelho anteriormente são. Também neste sentido é boa a posição genupeitoral.

Nas anciloses do pé, especialmente ao nível da articulação do tornozelo, examinaremos o paciente sentado, e o avisaremos que vamos verificar também a mobilidade do joelho. Para tal mandaremos que avance o pé, sem deixar de manter contato com o solo. Na ancilose verdadeira a ponta do pé termina se elevando. O movimento para trás verifica a flexão dorsal e nos casos com ancilose verdadeira haverá elevação do calcâneo.

LANG (1) afirma que quem coxea, o faz sempre, com apoio ou sem apoio. Se, ao simulador, retirarmos a bengala ou trocarmos por outras de tamanhos diversos, êle perde a harmonia dos movimentos que havia encenado, e os altera, o que não faz o verdadeiro coxo.

O simulador realiza, ao coxear, movimentos sem base, diante da lei da intervenção fisiológica das diversas funções articulares, como pratica movimentos antifisiológicos, por desconhecer os diversos tipos de deambulação. Também não realiza os movimentos compensatórios necessários.

Devemos observá-lo mandando que caminhe em sentidos diversos olhando para cima ou com os olhos vendados. Deveremos sempre examinar as palmas da mão, procurando calosidades de apoio das bengalas. Cuidar os sapatos, verificando onde se gastam mais.

Quanto a tremores, temos, para a verificação dos situados ao nível do membro superior, a manobra de Fuchs — baseada em que não é possível, sem um grande e prolongado treino, fazer movimentos diversos, ao mesmo tempo, com os dois membros superiores. Se há simulação, ao serem êstes movimentos executados, sob comando, o tremor cessa.

Para o membro inferior, temos a manobra de Seeligmüller — O paciente, em decúbito ventral, recebe ordem de flectir a perna em ângulo reto sobre a coxa. Se nesta posição houver tremor, êle é verídico, pois será humanamente impossível reproduzi-lo voluntariamente, nestas condições.

O simulador de tonturas cai ou ameaça logo de cair, sem primeiro procurar um apoio, como o fazem sempre os verdadeiros doentes, como também não afasta os pés, para obter uma maior base de sustentação, o que também constitui um movimento reflexo, nos doentes.

O simulador começa a oscilar, já mesmo antes de fechar os olhos e de juntar os calcanhares; se mandarmos o simulador tocar o encôsto de uma cadeira com um ou dois dedos, êle os retira imediatamente, enquanto que o verdadeiro doente se apóia firmemente, agradecido pelo auxílio. Se, na posição de Romberg, se ordena ao paciente apoiar suas palmas das mãos contra as do médico, o verdadeiro paciente se apóia firmemente, mas o simulador termina retirando as mãos. Ao sentar na cama, o verdadeiro paciente, dada a larga base de sustentação, não mostra o Romberg, mas o simulador sim.

Antes de terminar desejaríamos dizer algo sobre a simulação da perda da visão, que ultimamente tem sido verificada, com maior insistência, em nosso meio.

KENNEDY (8) afirma que a cegueira orgânica é quase sempre acompanhada de mutações objetivas ou na pupila ou no nervo ótico. Acha que, na diminuição de visão em ambos os olhos, a detenção da simulação é difícil, mas

que por sorte a simulação é no geral localizada a um só ôlho.

SAHLI (16) aconselha, na cegueira unilateral, proceder sempre ao exame estereoscópico.

LANG (1) chama a atenção da conjuntivite provocada violentamente pelos acidentados, que, quase bons na véspera da alta, vêm a piorar pela introdução de corpos estranhos, ou mesmo pela atrição com os dedos. Aconselha manter sempre sôbre a vista um curativo fechado e cuidar na posição das tiras de esparadrapo. Chama também a atenção para a atropinização voluntária, em relação à acuidade visual. Aconselha examinar o paciente sem testemunha por êle trazida, pois esta o poderá auxiliar e orientar.

Eis a reunião de alguns dados que cremos permitirão, aos colegas examinadores e peritos, um exame justo, técnico e científico, possibilitando a detenção de simulações totais ou parciais. Desta maneira será mais fácil procurar a verdade dentro da justiça.

BIBLIOGRAFIA

1. LANG, Fritz — Die Simulation in der Unfallmedizin — Publicação da Secção Médica do Instituto Suíço de Seguros contra Acidentes em geral — Berna — Suíça — 1937.
2. ARAUJO, Castro — Acidentes do Trabalho — 5.^a ed. — Livr. ed. Freitas Bastos, pág. 327 — 1939 — RIO.
3. KEHL, Renato — Simuladores e dissimuladores — Revista Terapêutica n.º 4/6 — 1940. Ano XX, pág. 11 — RIO.
4. JEANBRAU, Emile et GIRAUD, Georges — Accidents et Blessures — Aggravation volontaire et entretien in Pratique Medico Chirurgicale — Vol. I, pág. 41.
5. McBRIDE, Earl D. — Disability evaluation — 1936 — Lippincott — USA.
6. KESSLER, Henry H. — Accidental Injuries, 2.^a ed. — 1941 — Lea & Febiger — USA.
7. CIAMPOLINI, Arnolfo — La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge, 2.^a ed. — 1926 — Roma.
8. KENNEDY, Forster — Disorders of the nervous system following accidents, in Nelson Loose Leaf Surgery — Vol. II Cap. X — 628/9.
9. HORN, Paul — Praktische Unfall — und Invalidenbegutachtung, 3.^a ed., 1932 — Springer — Alemanha.
10. DODD, Walter F. — Administration of workmen's Compensation Commonwealth Fond — 1936 — New York.

11. *LASHER, Wilkins W.* — Industrial Surgery — 1.^a ed. aumentada — 1942 — Paul Hoeber — USA.
12. *JEANBRAU, Emile et GIRAUD, Georges* — Accidents et Blessures — Simulation et exageration in Pratique Medico Chirurgicale — Vol. I — pág. 44.
13. *PEIXOTO, Afranio* — Acidentes do Trabalho — pág. 170 — Ed. Guanabara — 1934 — RIO.
14. *BEHAN, Richard* — PAIN — Appleton — 1922 — USA.
15. *KROEMER, Karl* — Die verletzte Hand — 1938 — Maudrich — Vienna.
16. *SAHLI, H.* — Tratado pratico de los metodos de exploracion clinica — Tomo III — 319 — 1925 — trad. Salvat — Barcelona.

SUMMARY

The author discusses the problem of malingering and exaggeration of symptoms relatively to its industrial and accidental connections.

He first studies the problem on the general line, the importance of a just, true and scientific solution on the examination of workers, who call for compensation. Also verifies and discusses the medico-legal aspect of the question, as to the verifications required on the compensation's law.

In addition he emphasises the general causes conditioning malingering.

Afterward entering the special part of the problem, he discusses the more frequent forms of malingering and the tests employed to discover and denounce this fraud.

So are treated the sub-problems of pain, anesthesia, hiperesthesia, muscular, tendinous and articular contracture, lumbago or back-pain, tremour, partial or total ancolosis of several articulations, paralisís, paresthesias, and blindness, which are the most common forms of malingering in industrial accidents.