

## **SIMULAÇÃO NOS ACIDENTES OCULARES DO TRABALHO (\*)**

**FERNANDO PRINCIPE DE OLIVEIRA (\*\*)**  
(Salvador)

O estudo das simulações nos acidentes oculares do trabalho, é um assunto que interessa a toda a classe oftalmológica, pois qualquer profissional poderá ser solicitada a dar a sua opinião acerca de um provável simulador, seja em relação ao próprio acidentado a que assiste, seja como perito por exigência médico-legal. Em virtude deste fato, encontra-se vasta literatura sobre o assunto, não só com relação a acidentes como também em outros tipos de simulações oculares. Ao lado disso, natureza específica de investigação para descoberta de um simulador, tem empolgado a muitos, contribuindo dessa maneira para que um variado número de testes tenham sido ideados com aquela finalidade, proporcionando assim aos especialistas um vasto arsenal, que o colocam em sensível posição de superioridade frente ao provável simulador. Entre nós, Paiva Gonçalves apresenta um excelente capítulo sobre simulações, no Manual de Traumatologia Ocular.

A pesquisa para caracterizar um simulador, exige certas regras que devem orientar inicialmente a todo aquele profissional que se ache diante a tal suspeita. Com muito acerto dizia Lagrange: o deficit visual que não faz a sua prova anatômica, deve chamar a atenção do profissional até uma solução satisfatória, porém, somente num caso em que haja absoluta convicção, pela concordância de várias provas, terá o técnico o direito de confirmar uma fraude. Está nestas palavras, resumida toda a orientação inicial que deve presidir ao exame de um provável simulador, isto é, provas minuciosas, reexames si necessários, enfim todos os testes que forem considerados como requisitos essenciais para conclusão de uma burla. Se, entretanto, ao cabo desse verdadeiro inquérito, subsistir qualquer dúvida e não se possa assim concluir com absoluta segurança, acreditamos que sempre se deva opinar a favor do paciente. Na análise de uma simulação, existe um outro fator que exige a maior consideração. Recordamos novamente as palavras de outro especialista: Coutela, que diz serem pontos importantes na pesquisa de um suspeito de simulação, principalmente nos que acusam deficits visuais: corrigir com o maior cuidado a refração de cada olho, jamais perder de vista os dois olhos do indivíduo, pois o simples piscamento

---

(\*) Apresentado ao XIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia na Sessão de Oftalmologia do Trabalho.

(\*\*) Diretor do Hospital Santa Luzia — Salvador-Bahia.

unilateral tira todo o valor de certos testes, não revelar ao indivíduo, sob nenhum pretexto, mesmo para demonstrar a realidade da simulação, o artifício usado e finalmente ter um certo hábito no processo empregado. Também devemos ter sempre em mente, procurar descobrir mesmo as pequenas simulações, pois se não identificadas cedo pelo profissional, animam o indivíduo para simulações outras, não só no próprio setor oftalmológico, como em outros. Ao lado disso, uma simulação que obtém êxito é transmitida a companheiros, estimulando assim um maior número de casos e exigindo do profissional trabalho supérfluo e improdutivo, com perda de tempo em exames minuciosos e testes demorados.

Os que militam constantemente com acidentados oculares do trabalho, por pertencerem a equipes médicas de companhias de seguros ou a serviços de acidentados de Institutos de Previdência, levam grande vantagem na suspeita ou pesquisa de uma simulação, sobre os profissionais que não exercem atividade habitual neste setor da oftalmologia. Na verdade, a oportunidade de observar constantemente as atitudes assumidas pelos portadores de acidentados oculares com as mais variadas lesões, facilitam sobremodo um reconhecimento rápido dos que simulam ou a isto tenham tendência. Os que atuam posteriormente, geralmente por exigência médico-legal, levam nítida desvantagem, sob este ponto de vista. Os sintomas fantasiosos ou exagerados, a postura característica do simulador de deficits visuais, etc., capacitam facilmente o profissional a suspeitar a fraude. É durante a fase de assistência ao acidentado ocular, principalmente diante as tentativas de simulações mais simples, que também a atitude do médico, tem um grande valor. O exame minucioso e sistemático, o diagnóstico claro e seguro, uma atitude serena e justa do profissional frente ao paciente, tem um definido valor psicológico para este, principalmente quando existe uma tendência clara para a simulação.

Os tipos de simulações e de lesões simuláveis são numerosos e vários autores têm procurado classificá-las, nas suas diversas variedades. Nós restringiremos, nesta nossa modesta colaboração, àquelas que consideramos como mais comuns em nosso meio. Temos em primeiro lugar o acidente simulado, isto é, aquele que se apresenta como sendo portador de um acidente ocular do trabalho. Duas alternativas de simulação se apresentam: não existe qualquer lesão, não aconteceu qualquer acidente e sim a tentativa de afastamento do trabalho por um motivo qualquer, ou então, existe verdadeiramente uma doença ocular antiga ou recente, sem que tenha entretanto qualquer relação com o suposto acidente. Nestes casos devemos também considerar uma possível boa fé, pois pode ter havido um acidente banal sem que se manifestem lesões apreciáveis, como também, na segunda alternativa, de que o paciente julgue ter sido a sua doença produzida por um ligeiro acidente. No primeiro caso a decisão é geralmente simples, porém na segunda alternativa, existem casos que às vezes, exigem cuidadosa avaliação, devendo-se considerar inclusive, aos que já portadores de doenças oculares crônicas sofreram ou não, acidentados. Ao lado disso, não é raro em nosso meio, que face a qualquer sintomatologia que se manifeste durante

o trabalho, sem que tenha havido qualquer acidente, seja o indivíduo encaminhado pelo seu superior hierárquico ao seguro de acidentes, pretendendo assim que o seu subordinado se beneficie de um atendimento imediato, medicação fornecida pelo seguro, salário integral ou quasi e futura indenização se fôr o caso. Devemos estar atentos a estas eventualidades.

As lesões provocadas ou entretidas para permanência em tratamentos demorados, são bastante mais raras. Tivemos oportunidade de assistir a um paciente que chegou a nos fazer duvidar da nossa capacidade objetiva de exame. O aparecimento de um nôvo corpo extranho conjuntival, removido várias vêzes anteriormente, nos levou a descobrir um simulador, que provàvelmente, não só provocou o acidente inicial, como entreteu-o seguramente e possivelmente poderia levá-lo a agravar-se, não tivesse sido descoberto a tempo a simulação. São nestes casos que um fator preponderante se evidencia claramente, que é o psicopático.

No que concerne aos tipos de doenças simuláveis, um esquema de PICOLI, RÉ e RECA, também citado textualmente por outro autor, relaciona as simulações objetivas e subjetivas que podem acontecer, incluindo praticamente todos os casos de simulações possíveis:

Perturbações motoras	{	subjetivas	{	diplopia blefaroespasmo ptose-nistagmus
		objetivas	{	midríase-espasmo do músculo ciliar
Perturbações sensoriais	{	campo visual para o branco e para as côres — hemianopsia e escotomas hemaralopia — fotofobia — daltonismo		
Acuidade visual	{	cegueira uni e bilateral ambliopia uni e bilateral		
Histeria ocular				

Entre as perturbações motoras citadas neste esquema, a mais comum é o blefaroespasmo e entre as sensoriais, a fotofobia. Ao lado destas, as perturbações da acuidade visual são as que manifestam em maior proporção. As duas primeiras, geralmente fáceis de serem despistadas, quando os sinais objetivos não correspondem à sintomatologia apresentada, exigem às vêzes, uma cuidadosa avaliação, pois espasmos verdadeiros podem conduzir a interpretações errôneas. A biomicroscopia geralmente é o mais valioso auxiliar com que conta o especialista, para elucidar êstes casos.

As simulações mais importantes em oftalmologia, não só pela frequência, como pela exigência de testes engenhosos para descobri-las, são as referentes às perturbações da acuidade visual. São naturalmente as pre-

feridas pelos simuladores, pois nelas repousa o principal motivo para tais atitudes, isto é, uma maior ou menor indenização. Um grande número de testes são empregados para tal finalidade, alguns bastante simples e outros dependendo de equipamento mais complexo. Naturalmente o emprêgo de muitos deles, está em função do tipo de simulação e da capacidade mental do simulador. A grande maioria é entretanto despistada pelos testes mais banais, que permitem quase sempre descobrir com facilidade o simulador.

A simulação de cegueira unilateral é geralmente de fácil elucidação. Na grande maioria das vèzes já existe uma ambliopia, seja ou não em consequência do acidente, tratando-se portanto mais de um caso de exagêro de que uma simulação completa. Entre os processos empregados, um dos mais simples é a chamada prova de CUIGNET, que consiste no seguinte: pede-se ao indivíduo para ler um texto qualquer e interpõe-se entre êste e os olhos um objeto como um lápis, uma régua ou mesmo um dedo; caso o indivíduo continue lendo sem interrupção, é porque tem visão em ambos os olhos. Outro processo comumente usado, pela sua simplicidade, é o do vidro convexo, que além de tudo, ainda permite que se tenha uma boa idéia da acuidade visual e, às vèzes, a acuidade verdadeira. Consiste na utilização de um vidro convexo de 6 ou 7 dioptrias que é colocado na armação de provas ou no refrator (de preferência na primeira, pois controla melhor a tentativa de oclusão de um dos olhos), diante do olho que é considerado como normal e de um vidro plano no olho considerado cêgo, pedindo-se ao indivíduo para lêr um texto qualquer. Caso isso se realize, fica provado que tem visão no olho considerado cêgo. Naturalmente que em qualquer prova, deve-se conhecer prèviamente a acuidade visual e a refração do olho são. Outra prova utilizada é a de HARLAN, que seque esta mesma orientação: sabendo-se antes ser emetropo o olho são, coloca-se na armação de provas, diante dêste olho, uma lente de 6 dioptrias, pedindo-se ao indivíduo para cobrir com a própria mão o olho pretensamente amaurótico. Coloca-se o texto a 20 cm, solicitando-se a sua leitura, o que será feito facilmente. Em seguida pede-se ao paciente que descubra o olho pretensamente cêgo e continue a leitura em voz alta, Enquanto isto acontece, afasta-se o texto para mais de 20 cm; caso continue lendo, fica provado que o faz com o olho pretensamente cêgo. Na sua grande maioria, estas provas, que são da maior simplicidade, permitem despistar qualquer simulação de cegueira unilateral. É também importante a maneira de lidar com o provável simulador, isto é, deve-se às vèzes simular um pouco e corroborar inicialmente as suas afirmações, para que assim mais facilmente seja vítima do artifício empregado. Simuladores mais inteligentes podem exigir provas mais complexas, porém quando aquelas falham, simples prova do prisma de gráus de base externa que se coloca diante do olho dito como cêgo e que provocará involuntariamente um desvio para dentro caso o olho enxergue, consegue esclarecer a simulação na maioria das vèzes. Tôdas estas provas que acabamos de citar, são também úteis para as simulações de ambliopia unilateral. Provas utilizando equipamento mais especializado proporcionam resultados mais esclarecedores, como os testes corados, os estereoscópios, os pseudoscópios ou o diploscópio. A técnica de utilização dêste

equipamento, encontra-se minuciosamente descrita em tratados da especialidade. O emprêgo de tôdas estas provas subjetivas, ao lado do cuidadoso exame objetivo, não oferece praticamente ao simulador qualquer probabilidade de êxito.

Nos casos de ambliopia bilateral, simuladores inteligentes podem exigir o emprêgo de vários testes, para que se chegue a uma conclusão segura da verdadeira acuidade visual. Escalas de optótipos imaginadas por diversos autores principalmente baseadas no princípio de estabelecer-se testes de tamanhos diferentes, porém representando a mesma acuidade visual, são de grande valor nestes casos. Os optótipos de CASANOVAS, apresentados no Congresso Internacional de Bruxelas, têm a forma de anéis e, além de serem úteis para descobrir ambliopias simuladas ou exageradas, podem medir com boa precisão a acuidade visual. Estes anéis possuem uma, duas, três ou nenhuma abertura e o paciente indicará se vê o anel completo ou o número de aberturas, sem localizá-las. Os anéis têm a mesma largura para cada tipo de acuidade visual, existindo também anéis de vários tamanhos para a mesma acuidade visual. Recomenda o autor que inicialmente sejam apresentados anéis do tipo de FINK, sem truque e, nos quais a largura da abertura é igual à quinta parte do diâmetro exterior do anel. Os optótipos de CASANOVAS devem ser apresentados em cartões separados, isoladamente e variando a sua orientação. No verso de cada um, acha-se a indicação da acuidade visual exata. Quando o paciente acusa uma acuidade visual muito baixa, informando que não vê qualquer tipo de optótipo, às vêzes torna-se difícil concluir com boa margem de segurança, a verdadeira visão. O retôrno do provável simulador para novos exames com testes diferentes, torna-se às vêzes necessário para um esclarecimento melhor.

A simulação de cegueira bilateral, é bastante rara como conseqüência de um acidente ocular do trabalho. Se o exame objetivo, por si só não esclarece a simulação, o que raramente acontece, provas as mais variadas, utilizadas ao gosto de cada um, a evidenciam fâcilmente. Jamais tivemos a oportunidade de observar um caso dessa natureza, em conseqüência de um acidente ocular.

A nossa experiência, baseada em cêrca de 15 anos, no atendimento de acidentes oculares do trabalho, segurados do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, nos permite afirmar que são relativamente raras as chamadas grandes simulações, isto é, aquelas situadas entre a cegueira mono ou bilateral e as grandes ambliopias. Isto se deve provavelmente, ao fato de ser a Bahia pouco industrializada, sendo a grande maioria dos acidentados, oriundos de trabalhos de construção civil. Jamais tivemos oportunidade de nos defrontar com as simulações motoras, tipo diplopia, ptose ou nistagmus. Um caso de midríase simulada pela instilação de midríatico e inicialmente julgada como paralítica, foi considerada suspeita de fraude, pelo fato de ser exagerada a variar de intensidade, tendo exigido o internamento do paciente para o devido esclarecimento. As perturbações sensoriais relacionadas com as modificações do campo visual, exigem cuidadosos testes para serem evidenciadas como simulações, levando-se em considera-

ção que podem ser devidas a uma real perturbação dos centros nervosos ou a histeria.

As chamadas pequenas simulações, são mais comuns em nosso meio e constituem principalmente, aquêles casos em que uma sintomatologia exagerada é representada, para uma permanência mais longa ausente do trabalho, assim como os simulações de uma causa acidental para doenças oculares antigas ou recentes, além do exagêro de ambliopias existentes. Não podemos deixar de frisar neste trabalho, o fato interessante de que, algumas vêzes alertamos ao acidentado sôbre o deficit visual de que é portador em consequência de um acidente e que não tinha êle percebido.

Concluindo a nossa modesta colaboração, queremos recordar o que consideramos como da maior utilidade na pesquisa de uma provável simulação: exame cuidadoso, reexames se necessários, concordância de provas, hábito no processo empregado, não revelar o artifício empregado nem agir de espírito preconcebido e frente a qualquer dúvida, opinar favoravelmente ao paciente.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- PAIVA GONÇALVES — Doenças oculares simuladas — 1941.  
PAIVA GONÇALVES — Manual de Traumatologia ocular.  
JOSÉ CASANOVAS — Traumatologia ocular y oftalmologia laborar — 1963.  
COLOMBO SPINOLA — Acidentes do trabalho — o valor de um globo ocular.  
J. KLUYSKENS — L'inversion des Limites du Champ Visuel. Indice de Simulation-Bulletins et Memoires de la Societé D'Ophthalmologie — 1958.  
EGON KRUEGER — Simulação nos acidentes do trabalho — VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Rio de Janeiro.