

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta
Geana Paula Kurita
Claudio Fernandes Corrêa

10° SIMBIDOR

ARQUIVOS | 2011

Simbidor – Arquivos do 10º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

Copyright® 2011, Cibeles Andrucioli de Mattos Pimenta, Claudio Fernandes Corrêa, Geana Paula Kurita

Produzido por:

Solução e Marketing Editora e Publicidade Ltda.

Rua das Prímulas, 21 – Mirandópolis

04052-090 – São Paulo – SP

Telefones: (11) 5070-4899

e-mail: solucao@solucaoambito.com.br

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra, por qualquer meio ou sistema,
sem o prévio consentimento dos editores.

Impresso no Brasil

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro
Internacional sobre Dor (10.: 2011: São Paulo)
10º SIMBIDOR: arquivos 2011 / [editores] Cibeles
Andrucioli de Mattos Pimenta, Geana Paula Kurita,
Claudio Fernandes Corrêa. – São Paulo : Solução
e Marketing, 2011.

Vários autores.

1. Dor 2. Dor – Diagnóstico e tratamento
3. Dor – Congressos I. Pimenta, Cibeles Andrucioli
de Mattos. II. Kurita, Geana Paula. III. Corrêa,
Claudio Fernandes. IV. Título.

ISSN 2175-8794

11-10518

CDD-6106.047206

Índices para catálogo sistemático:

1. Congressos : Dor : Sintomatologia : Medicina
616.047206
2. Dor : Sintomatologia : Medicina : Congressos
616.047206

A Discriminação Racial no Controle da Dor

MARIA CLARA GIÓRIO DUTRA KRELING¹ • CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA²

¹Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP. Docente do Departamento de Enfermagem da UEL.

²Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência que traz prejuízos que variam em forma e magnitude. Seu alívio deve ser considerado um direito de quem a sente e um dever de quem a assiste; no entanto, nem sempre isso ocorre de forma satisfatória. O tratamento inadequado da dor pode ser atribuído a fatores relacionados ao sistema de saúde, ao cuidador e ao paciente.

Entre minorias raciais e étnicas há descrição de variabilidade na qualidade do manejo da dor e isso pode ter profundas implicações sobre o estado de saúde e qualidade de vida. Se decisões do tratamento são influenciadas por raça, renda, educação e fatores socioculturais, elas são injustificáveis e precisam ser eliminadas.⁽⁸⁾

A vulnerabilidade de determinadas raças e etnias pode ser agravada pela subjetividade da dor, cuja expressão depende de quem a sente. Pesquisas sobre o tema apresentam indícios de que há discriminação no tratamento da dor, o que justifica explorar este tema, visando identificar evidências de discriminação de natureza racial/étnica no tratamento da dor.

METODOLOGIA

As bases eletrônicas pesquisadas foram: Pubmed/Medline, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane, EMBASE.com, SCOPUS e psycINFO. Foram usados os descritores padronizados no MESH e DeCs: pain—dor and race—raça or ethnic—etnia, and analgesia—analgesia. Para refinar a busca, a essas combinações foram acrescidos os termos: *prejudice, discrimination, disparities and prescriptions drug*. Não estabelecemos data-limite para as publicações, com a finalidade de adquirirmos um número máximo de artigos relacionados ao tema.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos de natureza quantitativa com adultos e que analisavam a interferência da raça/etnia do paciente na tomada de decisão para o controle da dor.

Os aspectos analisados foram: data de publicação, país de origem do estudo, objetivos e desenho do estudo, raças estudadas, tipos de dores, desfechos e principais resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 3.216 estudos encontrados, 50 atenderam aos critérios de inclusão e, destes, um foi realizado na Austrália, outro na Noruega e os demais nos Estados Unidos; 13 foram publicados na década de 1990 e 27 nos anos de 2000 a 2009. A influência da raça e etnia sobre o controle da dor parece ser uma preocupação relativamente recente.⁽³⁾ Durante a década de 1990, nos Estados Unidos, várias organizações profissionais tais como a Organização Mundial da Saúde, a Agência de Cuidado à Política e Pesquisa da Saúde, a Sociedade Americana da Dor e a Sociedade de Enfermagem em Oncologia realizaram grandes esforços para direcionar discussões sobre o tema.⁽⁴⁾

Dos estudos analisados, os desenhos metodológicos foram predominantemente transversais (31/50), seguidos pelos de coorte (19/50).

Foram encontradas 25 diferentes composições de grupos raciais/étnicos. Em 29 estudos observou-se que raça e etnia foram utilizadas e analisadas indistintamente. Apenas um estudo apresentou uma classificação de forma a distinguir raça e etnia, incluindo negros e brancos na categoria “raça” e hispânicos na categoria “etnia”, porém nas análises foram comparados indistintamente.⁽⁶⁾ Raça pode ser definida como cada uma das grandes subdivisões da espécie humana que, supostamente, constitui uma unidade relativamente separada e distinta, com características biológicas e organizações genéticas próprias. A classificação mais básica e difundida é a das três grandes subdivisões: caucasóide (raça branca), negroide (raça negra) e mongolóide (raça amarela). Etnia pode ser definida como população ou grupo social que apresenta relativa homogeneidade cultural e linguística, compartilhando história e origens comuns.⁽⁵⁾

Verificou-se também que para uma mesma raça são utilizadas terminologias diferentes como negros e americanos africanos. Quanto ao termo “hispânico”, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, em 2002, relatou que os termos “hispânicos e latinos” são referidos pelos pesquisadores para os descendentes de espanhóis, que podem ser de Cuba, México, Porto Rico, América do Sul ou Central ou outras culturas espanholas.⁽³⁾ Ressalta-se também que os autores não justificam suas escolhas,

não apresentam nenhum critério preestabelecido ou se orientam por uma classificação padronizada baseada em literatura. Apesar disso, é um equívoco concluir que, por não se tratar de classificações científicas mas construídas e reforçadas por normas sociais, a raça e a etnia sejam artificiais ou irreais e destituídas de valor na pesquisa.⁽⁹⁾

As dores analisadas na maioria dos estudos foram fraturas, dor crônica em geral, dor oncológica e dor no pós-operatório. Os estudos apresentaram vários desfechos como prescrição de analgésicos, acesso do paciente ao tratamento, indicação de exames, diferença entre a estimativa de intensidade de dor do médico e o relato do paciente.

A discriminação racial no controle da dor foi relatada em 74% dos estudos. Dos estudos que analisaram a raça negra juntamente com outras raças/etnias (n=43), 24 apresentaram como resultados a discriminação racial para negros (55,81%). Hispânicos foram comparados com outras raças/etnias em 30 estudos e a discriminação para essa etnia foi encontrada em 16 deles (53,33%).

Significado e comportamento frente à dor podem estar associados a normas culturais e a percepção e comunicação podem ser prejudicadas quando as etnias do profissional de saúde e do paciente são diferentes. O estereótipo étnico também pode interferir na capacidade do profissional de saúde em avaliar a dor de forma confiável. Portanto, por uma variedade de razões, profissionais apresentam risco de subvalorizar a dor de pacientes de outras culturas.⁽¹⁰⁾

Ainda que diferenças no tratamento da dor baseadas em raça e etnia sejam tema de interesse crescente na literatura e pesquisas em dor, há pouca evidência para explicar por que essas diferenças existem.⁽⁷⁾ Possíveis explicações incluem racismo dos cuidadores em saúde, língua e barreira cultural, que dificultam a comunicação, fatores socioeconômicos que afetam pacientes de minoria étnica e lacunas no entendimento de como avaliar a dor de forma confiável. Enquanto esses aspectos não estiverem mais claros, será difícil elaborar estratégias para eliminar diferenças étnicas e raciais no tratamento da dor.⁽¹⁾

Pesquisas sobre instrumentos de avaliação da dor sensíveis cultural e linguisticamente e estudos sobre gênero, fatores econômicos, língua, aculturação, qualidade de cuidado nas minorias raciais e étnicas são necessárias.⁽⁷⁾

Autores sugerem que uma das iniciativas para diminuir a discriminação racial no manejo da dor possa ser a implantação de protocolos de atendimento a pacientes com dor nos serviços de saúde.⁽²⁾ Outro aspecto importante a ser considerado é a necessidade de discussões que permitam a expressão e análise de

preconceitos que possam influir na assistência prestada, durante a formação do profissional de saúde e durante toda a vida profissional.

CONCLUSÃO

A discriminação racial foi identificada em 74% dos estudos, sendo que a raça negra foi a mais discriminada, seguida pelos hispânicos. Há evidência de que o comportamento de cuidadores contribui para discriminações étnicas/raciais no tratamento da dor nos Estados Unidos, pois 96% dos estudos foram realizados naquele país. Os resultados apresentados apontam para a necessidade da realização de pesquisas sobre este tema em outros países além dos Estados Unidos e a importância da reflexão sobre a influência de diferenças culturais na prestação do cuidado durante a formação de recursos humanos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bonhan VL. Race, Ethnicity, and Pain Treatment: Striving to Understand the causes and solutions to the Disparities in Pain Treatment. *Journal of Law Medicine & Ethics* 2001 29 (1): 52-68.
2. Cintron A, Morrison RS. Pain and Ethnicity in the United States: A systematic review. *Journal Palliat Med* 2006 Dec 9(6): 1454-73.
3. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe F. Race, ethnicity and pain. *Pain* 2001 94: 133-137.
4. Enzenwa MO, Ameringer S, Ward SE, Serlin RC. Racial and Ethnic disparities in pain management in the United States. *J Nurs Scholarsh* 2006 38(3): 225-33.
5. Ferreira ABH. *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
6. Gerson LW, Emond JA, Camargo CA. US emergency department visits for hip fracture, 1992-2000. *Eur J Emerg Med* 2004 11(6):323-8.
7. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, Kaloupek DA, Lasch KE, Myers C, Tait RC, Todd KH, Vallerand AH. The unequal burden of pain: Confronting Racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine* 2003 4(3):277-294.
8. Green CR, Todd KH, Lebovits A, Francis M. Disparities in Pain: Ethical Issues. *Pain Medicine* 2006 7(6): 530-533.
9. Laguardia J. O uso da variável "Raça" na Pesquisa em Saúde. *Rev. Saúde Coletiva* 2004 14(2):197-234.
10. Todd KH, Vallerand AH. The Unequal Burden of Pain: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Pain. *Pain Medicine* 2003 4(3): 277-294.

A Perícia Médica em Dor

JOSÉ OSWALDO DE OLIVEIRA JR.

Titular e Chefe do Departamento de Terapia Antálgica, Cirurgia Funcional e Cuidados Paliativos da Escola de Cancerologia da Fundação Antonio Prudente.

CONCEITUAÇÃO

A perícia é a capacidade teórica e prática para empregar, com talento, determinado campo do conhecimento. Uma de suas principais características é a reprodutibilidade.^(1,2,3) Uma perícia bem feita sempre alcança os mesmos resultados.

A falsa perícia é diferente da imperícia. A falsa é a afirmação contra a verdade, assim como a negação ou mesmo a omissão dela. A imperícia é a ignorância, a falta do conhecimento técnico e/ou científico, a inabilitação específica para a prática de determinado ato.^(2,3) Ambas são enquadradas pelo nosso Código Penal.

A perícia médica é, em sentido amplo, todo e qualquer ato propedêutico ou exame, feito por médico, com a finalidade de colaborar com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízo a que estão obrigadas.^(1,2)

O atestado médico se constitui em declaração sucinta das consequências de um fato médico que implicam providências administrativas, judiciárias ou oficiosas, relacionadas com o objeto de avaliação: o referido como doente.

A confecção de documentos médico-legais como o atestado relacionado à dor é uma das mais difíceis atividades dentro do campo da perícia médica.

A auditoria é uma atividade profissional da área médica (e também de enfermagem) que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais. Sua existência, necessidades e objetivos são plenamente reconhecidos pela legislação e pelos códigos de ética das profissões da área de saúde.⁽⁸⁾

O PERITO

Armando Cânger Rodrigues, meu saudoso professor e orientador, advogava que o perito médico deveria zelar pela sua imagem perante os seus pares e perante toda a sociedade. Considerava que justiça e honestidade deveriam permear toda sua vida. A probidade deve incluir todos os seus parceiros em laços interpessoais, comerciais e empregatícios. Os documentos por ele produzidos deveriam ser claros, precisos e sem prolixidade.

Genival Veloso de França, outro baluarte da medicina legal,

em seu “decálogo ético do perito” também deu ênfase à conduta e à imagem do perito, e sentenciou que este deveria: evitar conclusões intuitivas e precipitadas; comunicar-se de modo resumido e em tom sério; agir com modéstia e sem vaidade; manter o sigilo exigido; ter autoridade para ser acreditado; ser livre para agir com isenção; não aceitar a intromissão de ninguém; ser honesto e ter vida pessoal correta; ter coragem para tomar as decisões necessárias; e ser competente para ser respeitado.⁽²⁾

A atividade do perito deve ser pautada no encontro da verdade e não do resultado pecuniário de seus atos, mesmo que não lhe sejam primários e beneficiem seu empregador.⁽¹⁰⁾

A DIFERENÇA ENTRE O MÉDICO PERITO E O MÉDICO ASSISTENTE

No primeiro capítulo (que trata dos princípios fundamentais) do novo Código de Ética Médica, promulgado em 2010, encontramos explicitamente que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deverá ser exercida sem discriminação de nenhuma natureza.⁽⁴⁾ Nesta mesma linha, também expressa que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.⁽⁴⁾ Fica difícil admitir que o perito contratado por um seguro médico, um seguro de saúde, um convênio médico, um plano de saúde, uma cooperativa médica, ou mesmo por setor do sistema de seguridade e/ou previdência social exerça sempre sua função em prol de um ser humano especial: o nosso doente.

No mesmo capítulo, o novo código de ética explicita que o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.⁽⁴⁾

A principal diferença entre o médico assistente e o perito é o comprometimento prioritário para com o melhor resultado das consequências de seus atos. Apenas para o médico assistente o melhor resultado é aquele que beneficia sempre o doente.

A missão declarada de um perito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pode ser a decisão sobre a concessão ou manutenção de um benefício ao segurado. O médico,

neste caso, quando assume o papel de perito, afasta-se do ato médico presumido (infelizmente, o ato médico carece de uma regulamentação plena, e as fronteiras do charlatanismo persistem no Brasil sem os balizamentos necessários), examina e conclui tecnicamente a respeito do benefício em pauta.

Nos treinamentos ministrados nos cursos de educação continuada do INSS aos seus peritos, fica tácito o objetivo a ser alcançado nas perícias de benefícios: embasar pelo ato pericial a revisão da concessão de benefícios, e, quando possível, seu cancelamento. O número alcançado de cancelamentos é festejado. Embora, *a priori*, todos os peritos que julgaram, no passado, justo e de direito o benefício concedido, mereçam respeito e credibilidade; as revisões parecem duvidar deste aforismo, e da motivação daqueles peritos naquele momento.

O novo código, recém-publicado, determina que o trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.⁽⁴⁾ O trabalho do perito médico contratado por uma seguradora qualquer ou mesmo por uma entidade governamental, pode trazer benefícios pecuniários. Os referidos benefícios nos parecem lucros advindos do trabalho médico...

Os peritos do INSS são funcionários públicos e devem obediência aos ditames hierárquicos de seus cargos. Os peritos foram contratados pelo fato de serem médicos e, destarte, já regidos pelo código de ética médica e pelo juramento de Hipócrates. Os objetivos da perícia são passíveis de contestação sobre a existência de conflito de interesses não declarados.

Outro princípio fundamental adotado pelo novo código de ética reza que a medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.⁽⁴⁾ Fica difícil, fato que ocorreu em passado recente, assistir em propagandas televisivas a participação de um colega médico, que se intitulava dono de um dos planos de saúde com abrangência nacional e membro do poder legislativo – o médico explorando médicos e podendo exercer poder persuasivo do cargo político sobre a normatização da prática médica. Nenhum conselheiro federal ou estadual considerou a possibilidade de infração ética. O cargo político talvez lhe concedesse impunidade perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, ou a atitude descrita não fosse considerada antiética.

Perícias de auditores médicos, de empresas intermediárias da profissão médica, são alvos frequentes e, na maioria das vezes, merecidos de contestações pela classe médica.

Os peritos judiciais estão sujeitos à disciplina judiciária, sendo considerados auxiliares da Justiça em virtude da necessidade, apresentada pelo juiz, de solucionar questões que exigem

conhecimentos específicos em determinadas matérias de difícil elucidação. À perícia médica judicial pode ser atribuída função de natureza pública, implicando a consideração de que os documentos assinados pelo perito presumem fé pública, assumindo presunção *jure et jure*, e somente podem ser contraditados quando de provas incontrovertidas.⁽²⁾

O ALVO DA PERÍCIA

Dor é antes de tudo queixa.^(6,7) Não há melhor maneira de se entender o desconforto doloroso do que ouvir atentamente o próprio autorrelato de quem o sofre. Mesmo assim, sabemos que a subjetividade da matéria sempre nos reserva dificuldades. Sempre que lançamos mão de interpretações ou parâmetros indiretos na avaliação da dor estamos nos afastando de seu real significado e mensuração.⁽⁹⁾

O processo doloroso contempla modulação desde a transdução dos estímulos periféricos, a transmissão pela rede neural e até sua percepção consciente. A modulação pode ser intensa o bastante para o indivíduo sentir dor a partir da ausência de estímulos dolorosos, ou não sentir desconforto algum a partir de estimulação dolorosa vigorosa.⁽⁶⁾

Na algologia, mais que em qualquer outra área de atuação, somos totalmente dependentes das informações prestadas pelo doente. Nenhum exame complementar, mesmo aquele mais moderno e sofisticado, pode concordar ou discordar com as alegações do doente, sem dar margem a dúvidas.

Exames como os termométricos realizados com instrumentos de última geração, ou as imagens obtidas pela ressonância magnética funcional ou pelo mapeamento de pósitrons, não conseguem discernir a presença real de dor de uma alegação falsa de dor.

Os valores percentuais encontrados para resultados falso-positivos de exames complementares chegam apenas a metade dos casos.

A clínica é sempre soberana e os exames subsidiários, obviamente, como o próprio nome sugere, são complementares.⁽⁹⁾ Não deixam, no entanto, de ser úteis para a composição do laudo e esclarecimento de dúvidas surgidas durante o processo pericial.

O ATESTADO MÉDICO SOBRE A DOR

Toda queixa é manifestação de pensamentos, é comportamento, é relatório, é testemunho...

Um atestado médico de dor seria, em suma, um aval médico sobre um testemunho, sobre uma queixa ou uma experiência de outra pessoa: o doente. Não somos – e, no nosso momento de desenvolvimento científico e tecnológico, ninguém é –

competentes para elaborar, dentro de nossos preceitos éticos, um atestado de dor.

Nosso atestado avalizaria o testemunho de um evento do qual nós não teríamos conhecimento direto, não sentiríamos o que o doente sente ou diz sentir. Assim sendo, a dor é uma queixa, e o que sempre se julga é a credibilidade de quem a diz sentir.

O atestado que se atém ao fenômeno doloroso não deve ser, mas pode ser, elaborado, caso o médico decida fazê-lo, declarando o que o doente refere sentir, não simplesmente o que ele sente.

Quanto aos diagnósticos contidos no atestado médico, estes devem ser adjetivados como hipotéticos ou como compatíveis com os demais elementos que fazem parte do conteúdo do atestado. Sempre que possível devemos nos ater aos diagnósticos que contenham menor presunção de nossa parte.

As conclusões periciais, reforçando ou negando a presença do fenômeno doloroso, tal qual ele é referido, geralmente se baseiam em outros elementos encontrados e interpretados. O perito denuncia a falta de credibilidade do queixoso flagrando uma inverdade ou um fingimento; ou uma ou mais discrepâncias entre a queixa dolorosa e o exame do referido doente (quando este concorda com o exame por um perito) e de seus documentos.

A impossibilidade da obtenção de prova irrefutável contra ou a favor da dor alegada é substituída pelo encontro de elementos que induzem ao descrédito do queixoso.

Um doente que refere dores em um membro inferior que o impedem de encostar a planta do pé no chão, que deambula apenas quando faz uso de muletas, cujos sapatos em uso demonstram, à inspeção, desgaste simétrico de suas solas, pode ter sua credibilidade contestada. O bom senso é crucial pois, mesmo assim, o doente pode sentir dores, mas não na intensidade e nas limitações alegadas. Pode sentir as dores alegadas, porém pode ter mentido sobre a impossibilidade de encostar seu pé no chão...

O denodo do simulador em reforçar uma queixa dolorosa demonstrado na manutenção de uma falsa postura, no decorrer de anos e anos, pode desenvolver mudanças crônicas persistentes como encurtamento de tendões, limitações nos movimentos articulares, alterações vasculares entre outras. O exame físico desses doentes pode detectar elementos orgânicos relacionados ou não com a queixa original de dor. A presença da dor e da distinção deste nexos será uma das difíceis incumbências do perito.

O corolário de elementos produzidos pelo simulador, com o intuito de reforçar a queixa dolorosa primariamente falsa, pode causar dor, mesmo de modo agudo.

Quando o perito conclui que a alegação de dor se trata de uma queixa falsa, nem sempre o queixoso pode ser agraciado com um título de sanidade.

Um elemento complicador da avaliação criteriosa sobre a dor é a possibilidade de o “simulador” (flagrado na perícia) ser portador de grave transtorno de personalidade.

A *síndrome de Munshausen* acomete os chamados doentes itinerantes, que produzem (portanto, simulam) intrigantes sinais, sintomas e/ou queixas (incluindo as dolorosas) sem o interesse precípua de obter vantagens, exceto a de se passar por doente. Quando diagnosticados corretamente, mudam de local de atendimento para reiniciar o tratamento da doença factóide (daí a sinônimo de doentes itinerantes) e reproduzir a situação que precedia o esclarecimento. Esses doentes diferem diametralmente dos simuladores que possuem ganhos secundários. Enquanto os “itinerantes” são casos de psiquiatria os outros são casos de polícia.

Serviços que não fornecem habitualmente *atestados sobre dor* afastam os usuários com ganhos secundários, possibilitam abertura de maior número de vagas para o atendimento de portadores de dores oncológicas ou não oncológicas. Os doentes atendidos nesses serviços têm maior aderência e melhor resposta ao tratamento proposto e, sobretudo, trazem maior satisfação aos profissionais responsáveis.

Os laudos periciais judiciais no assunto *dor* são fundamentados em bases técnicas e científicas, e devem professar imparcialidade. Distinção deve ser feita aos assistentes técnicos dos advogados das partes envolvidas em litígio médico legal, que sabidamente adotam atitudes parciais em prol da parte contratante, contrapondo-se ao perito do juiz que se mantém na lisura da imparcialidade.

Os documentos elaborados, frutos da perícia médica, devem respeitar o sigilo profissional.⁽⁵⁾ Mesmo quando utilizados para obter a liberação de procedimentos (como exames e cirurgias para tratamento de dor) das operadoras de planos de saúde, o doente deve consentir com o fornecimento dos dados requisitados.⁽⁵⁾ As operadoras são entidades despersonalizadas e não devem ser o endereço para entrega dos dados obtidos. O fornecimento deve ser feito ao representante das operadoras que, por dever de ofício, zele pelo sigilo médico: o perito médico auditor.

Consideramos extremamente controverso o preenchimento e encaminhamento de fichas padronizadas (TISS) pelos planos de saúde com dados sigilosos dos nossos doentes.

A PERÍCIA EM AUDITORIA MÉDICA DE DOR

Os auditores devem estar atentos aos seus limites, claramente definidos nos respectivos códigos de ética (tanto médico como de enfermagem), e embasados em normas técnicas próprias e pareceres de sociedades científicas.⁽⁸⁾

Nos planos e seguros de saúde o médico pode atuar como pe-

rito, orientador (interpretando normas acordadas nos contratos), ordenador (conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados), fiscalizador (verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos), controlador (evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência, como também respeitando os direitos do doente).

Existem outras colocações para a atuação da auditoria médica classificando-a como preventiva, corretiva e gerencial, porém exercendo sempre a mesma função de perícia, operacional e avaliação do serviço de saúde.⁽⁸⁾

Na análise de contas médicas, a atuação da auditoria está voltada para verificação de códigos solicitados, autorizados ou não, corrigindo eventuais distorções, evitando cobrança incorreta e a consequente glosa.

O auditor tem como atribuição subsidiar os setores de análise com informações relevantes para o correto pagamento das contas além de ser um elemento de ligação entre os usuários e a empresa patrocinadora do evento.⁽⁸⁾ A auditoria torna a parte técnica mais ágil e dá o necessário suporte administrativo.

A auditoria em seus diversos níveis de atuação deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares.

O auditor em qualquer área de atuação pode contribuir para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário; no entanto, muitas vezes a preocupação se concentra em promover e manter a saúde financeira de seu empregador. A boa saúde do empregador está intimamente relacionada com o bom prognóstico, a longo prazo, de seu emprego.

A perícia na auditoria médica é amplamente utilizada em órgãos públicos e privados e em si não é antiética.⁽⁸⁾ O exame do paciente, desde que este o permita, pode ser feito com o objetivo de verificação dos serviços a serem prestados ou já prestados.

O cuidado ético a ser tomado, tanto por médicos prestadores de serviços quanto pelos auditores, é o de não transformar o paciente em objeto de interesse ou vítima de divergências entre médicos e operadoras de planos de saúde. Na prática, as divergências atuais elegeram para contendores os planos de saúde e seus segurados ou usuários. Os médicos assistentes figuram como terceiros interessados.

Tanto o prestador de serviços quanto o auditor devem buscar sempre o benefício do paciente, alvo de toda a atenção médica. Sempre haverá como resolver conflitos médicos ou financeiros posteriormente, sem a presença do doente. A solicitação, por parte do perito, do envio de exames subsidiários ou de relatórios médicos pode dirimir a maior parte das dúvidas existentes.⁽⁸⁾

Quanto à auditoria de contas médicas, o auditor deve ter o cui-

dado de preservar o prontuário médico de suas observações. Anotações poderão ser feitas na folha de faturamento ou nos impressos da contratante de serviços, mas nunca no prontuário médico.

O perito médico auditor deve pressupor que todos os prestadores são honestos e não que todos são fraudulentos em potencial. Os prestadores de serviços devem respeitar o papel do médico auditor e entender a auditoria médica como um mecanismo natural de controle para o bom funcionamento do sistema. No entanto, nem sempre parecem merecer este respeito pleiteado.

Voltando aos ensinamentos do Professor Dr. Armando Cânger Rodrigues, já citado anteriormente, o respeito do perito é conquistado pela competência e pela idoneidade demonstrada pelos seus próprios atos passados, e também pelo passado das empresas representadas por ele.

A tática disseminada entre operadoras de planos de saúde, cooperativa médica e/ou seguros médicos, de não protocolarem solicitações de autorizações de procedimentos denigre a empresa e, por contaminação de relação, seu representante médico: o perito auditor.

Os administradores das operadoras parecem utilizar com grande competência a burocracia para separar o doente do conjunto de seus direitos. São useiros e vezeiros em negar solicitações completas, legíveis e subscritas com assinatura e carimbo do médico com identificação do profissional e seu número no Conselho Regional de seu estado, fornecendo apenas a negativa verbal. São piores, mais desonestos que seriam os documentos de negativa apócrifos; mas nem esses são fornecidos. Os peritos auditores não se apresentam, e, funcionam como orientadores fantasmas das decisões técnicas das operadoras. Contrariam as disposições do novo Código de Ética Médica que obriga o contato, se não o pessoal, o escrito.

Os auditores não devem confundir os papéis que são encontrados na perícia judicial: o de perito e o de auxiliar técnico, e evitar a tomada de atitudes parciais a favor de seus contratantes. Devem estudar a matéria em pauta (dor) com afinco, para não perder a credibilidade necessária para o bom desempenho da perícia.

A solicitação de exames complementares que comprovem a existência da dor alegada pelo referido como doente demonstra grande incompetência, e pode significar a perda do respeito do especialista em dor pela figura do perito auditor.

O HOSPITAL E A PERÍCIA MÉDICA

O administrador hospitalar tem como os dois maiores temores o leito vazio e a falta de pagamento por serviços já prestados. Os contratos realizados em que o hospital é a parte credenciada (terceirizada) pelas tomadoras de serviços médi-

cos (operadoras de planos e institutos de assistência médica, públicos ou privados), em geral, vendem o trabalho médico por preço vil.

Raramente, os valores de consultas médicas (de generalistas ou de especialistas), os valores de visitas aos internados, e os honorários médicos referentes a procedimentos (de diagnose e de tratamento) são levados ao conhecimento público. Quando revelados, os valores dos honorários médicos surpreendem até aos doentes e acompanhantes mais humildes, pela sua insignificância.

O relacionamento entre os médicos auditores e os assistentes foi corroído pelo descontentamento dos médicos assistentes com a atuação dos peritos médicos auditores, pelas restrições injustas à realização de exames sofisticados ou de procedimentos minimamente invasivos que inserem utilização de equipamentos mais modernos, materiais descartáveis e um número crescente de órteses e próteses (muitas onerosas, de origem estrangeira e sobretaxadas), e pelos mecanismos escusos de que lançam mão as operadoras com o objetivo declarado do aumento de seus lucros.

A deterioração da relação entre os médicos (assistente e perito auditor) pode prejudicar economicamente o hospital com a redução das liberações prévias e com o aumento do número de glosas. Mesmo os pequenos convênios ou aqueles que passam por dificuldades de caixa conseguem exercer pressão de negociações. As grandes dívidas dos convênios exercem pressão sobre os hospitais credores que veem, no impasse de negociações e a possibilidade de ruptura entre as partes envolvidas, o perigo da consolidação do calote e do prejuízo.

Os hospitais não negociaram o trabalho médico por valores ainda menores (parece não haver patamar abaixo do atual), não reduziram os custos de uma diária simples ou em ambiente de terapia intensiva, nem reduziram a margem de lucro dos medicamentos. Os hospitais investiram, sim, na auditoria interna, com aumento de salários, reciclagens com melhor preparo, e com novas contratações; e os auditores hospitalares por sua vez adicionaram às suas incumbências as de amenizarem os atritos entre os médicos que defendem os interesses das operadoras e os que defendem sempre seus doentes: os médicos assistentes.

CONCLUSÕES

No mundo inteiro, o fenômeno doloroso encerra ainda muitas dúvidas e fronteiras do conhecimento ainda inexploradas. Muito temos que aprender sobre esse assunto. A perícia médica deve se render a esta realidade e cultivar bastante a cautela e a humildade⁽¹⁰⁾ em relação às conclusões periciais sobre o assunto *dor*. A ética deve ser cultivada entre todos os peritos e nortear os relacionamentos com os colegas médicos assistentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcantara HR. *Deontologia e Diceologia Médica*. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
2. Alcantara HR, França GV, Vanrell JP, Galvão LCC, Martin CCS. *Perícia Médica Judicial*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Alves ES. *Medicina Legal e Deontologia*. Curitiba: Santacruz, 1967.
3. Almeida Jr. A & Costa Jr. JBO. *Lições de Medicina Legal* 17. ed. Companhia Editora Nacional, 1981.
4. Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.931 de 2009, entrada em vigor com retificação (seção I, p.173) em 13 abr 2010.
5. Lippmann E. *Manual dos direitos do médico*. Segmento Farma Editores Ltda., 2008.
6. Oliveira Jr JO. Dor oncológica. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowlski LP (eds.). *Bases da Oncologia*. 543-599, Lemar Editora, 1998.
7. Oliveira Jr JO. Dor oncológica. *Acta Oncol Bras*, 14:11-5, 1994.
8. Paes PPL & Maia JR. Manual de Contas Médicas. CML - 4ª RM / 4ª DE Hospital Geral de Juiz de Fora (H Mil 1ª CL / 1920).
9. Turk DC, Melzack R (eds.). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press. 1992.
10. Vanrell JP. *Manual de Medicina Legal*. 2. ed. Leme: LED – Editora de Direito, 2004.
11. Oliveira Jr JO. A perícia médica do fenômeno doloroso. *Prática Médica*.