

SIMULAÇÃO , DISSIMULAÇÃO E EXAGERO EM PERÍCIA MÉDICA

A lombalgia e o conflito médico legal



Carlos Durão

Médico Especialista em Ortopedia

Hospital Vila Franca de Xira

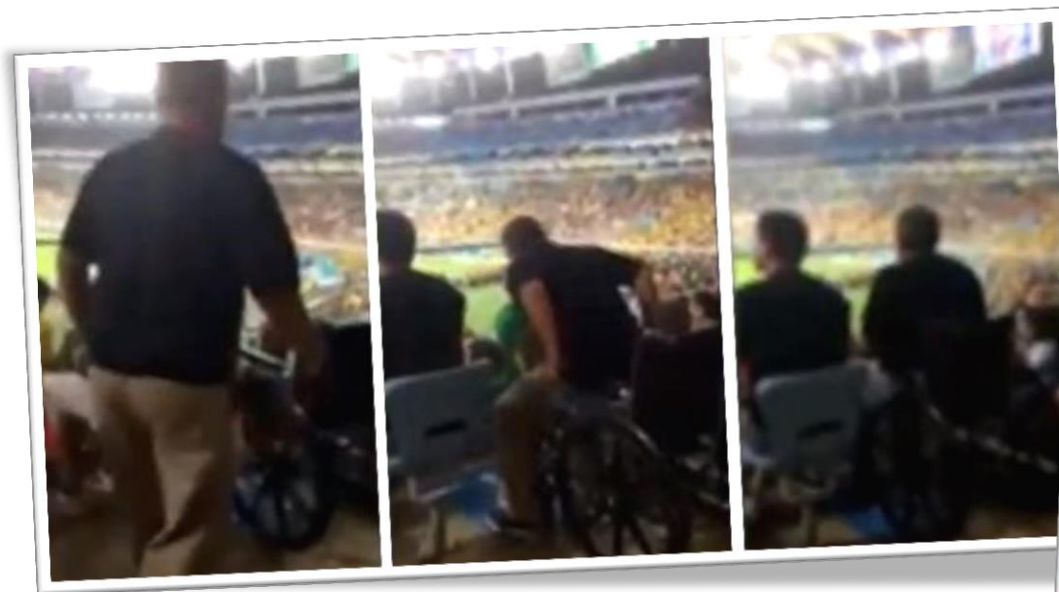
Gabinete Médico Legal de Torres Vedras

INMLCF - Portugal

O "MILAGRE" DO FUTEBOL



**“AQUELE MOVIMENTO IMPERDÍVEL”
...A GRANDE JOGADA, O DRIBLE E A MAGIA DO JOGO!**



...NEM O "SUPER HOMEM" É CAPAZ DE RESISTIR!



Simulação



simulação | s. f.
derivação fem. sing. de [simular](#)

si·mu·la·ção

substantivo feminino

1. Acto ou efeito de simular.
2. Fingimento.
3. Disfarce.
4. Falsa aparência.
5. Imitação.

si·mu·lar - Conjugar

verbo transitivo

1. Fingir, fazer o simulacro de, fazer parecer real (o que não o é).
2. Fazer crer; aparentar.
3. Imitar.

- “No teatro, um ator que interpreta um papel, finge, mas não simula. Limita-se a dar vida a uma ficção criada por um autor. **A simulação constitui uma característica, de um número limitado de pessoas, que buscam meios ilícitos através de recursos extraordinários...**” - Calabuig

O conceito médico- legal da simulação

- *“A simulação é um processo psíquico caracterizado pela decisão consciente de reproduzir transtornos patológicos, valendo-se da imitação, mais ou menos direta, com o desejo de enganar alguém, mantendo o engano a ajuda de um esforço contínuo durante um tempo mais ou menos prolongado” - Minkowski*
- *“É a luta desonesta pela vida que, em todos os tempos, faz concorrência à luta honesta, suplantando-a muitas vezes. É faltar com a verdade, usar de fingimento e falsidade.” - Flamínio Fávero*

“Onde há vida, há luta”

Mimetismo



Os fins justificam os meios ?

- Ao participar dos preparativos da guerra de Troia, **Palamedes desmascarou Ulisses, que se fingia de louco para não participar da expedição.** O príncipe grego o encontrou semeando sal em um campo que arava com uma junta composta por um jumento e um touro.
- **Palamedes pegou Telêmaco, filho de Ulisses, e o colocou na frente do arado.** A reação imediata de Ulisses ao desviar o arado para salvar o filho, provou que ele não estava tão louco e, mesmo renitente, o herói teve de se juntar à frota que zarpou para Troia.



A diferença entre mentir e simular

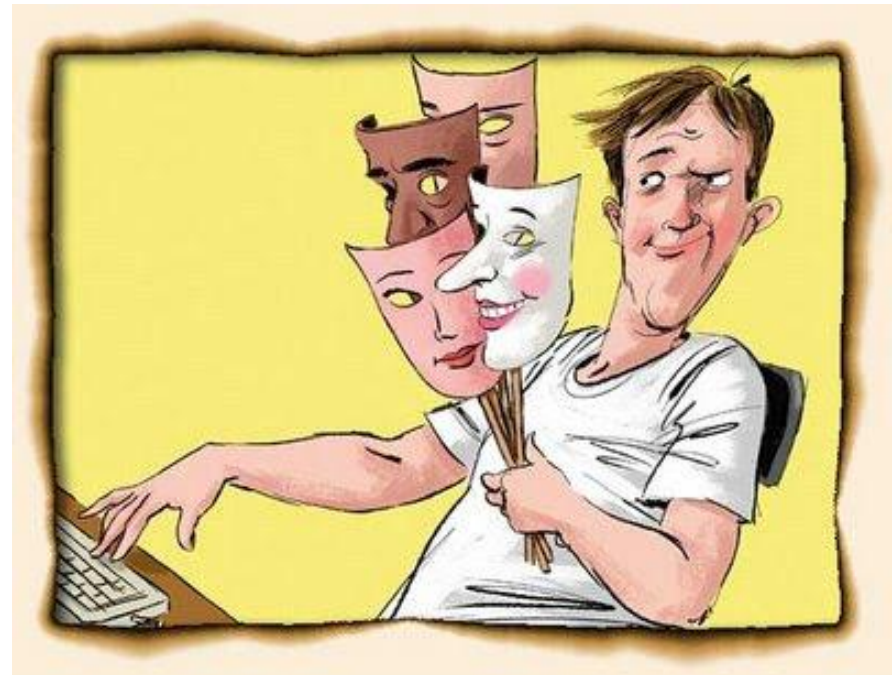
- “ Se alguém disser: dói-me a cabeça, sem que na verdade isso aconteça, tal pessoa mente sem simular.
- A **simulação** acontece no momento em que a **mentira se faz acompanhar do fingimento, da expressão de sofrimento, do ato de levar as mãos à cabeça...**”

Vallejo Nájera



As características que acompanham a simulação - CALABUIG

- Voluntariedade, **propósito consciente de produzir a fraude.**
- **Imitação** de transtornos patológicos e de seus sintomas.
- **Finalidade utilitária:** benefício ou proveito imediato para o simulador.



Desconfiar sempre...

- *Contextos médico-legais*
- ***Discrepância acentuada entre o sofrimento e a incapacidade referidos pelo examinando e o exame objetivo e meios complementares***
- ***Falta de colaboração no exame e no tratamento***
- ***Personalidades anti-sociais.***



**EU NÃO SEI DE NADA
mas desconfio de muita coisa.**

Guimarães Rosa

Objetivos e finalidades - Variedades de simulação :

- **Defensiva:** evitar o cumprimento de sanção penal ou outra.
- **Ofensiva:** desejo de vingança em relação a outrem.
- **Exoneratória:** fuga do serviço militar..
- **Lucrativa:** mendicância, caridade...
- **Aduladora:** praticada por discípulos, imitando comportamentos.
- **Ambiciosa:** tal como a anterior, mas para obter prebendas, sinecuras, honrarias...
- **Afetiva:** razões sentimentais...

Simulação Lucrativa



Falso mendigo é proprietário de um carro avaliado em 70 mil reais - www.momentooverdadoiro.com - reproduzido do Jornal Sensacionalista da MultTV

- *Falso*
- *Indivíduos que fazem do peditório a sua fonte de renda;*

Simulação lucrativa



Simulação lucrativa



Simulação adúladora

a·du·la·ção

substantivo feminino

Acto de adular; lisonja.

a·du·lar - Conjugar

verbo transitivo

Lisonjear servilmente.

A perícia médico legal

- *Observar, periciar e valorar, lesões e sequelas..*
- *Cicatrizes, mutilações...*
- *Documentação médico legal*
- *Diversas modalidades penais (curandeirismo; charlatanismo; exercício ilegal da medicina; Fraude....)*

Classificação da natureza da fraude - Calabuig

- **Doença alegada:** O examinando se limita a referir sintomas, **sem sinais objetivos.**
- **Doença imitada:** A mais frequente, o sujeito tal como um ator **tenta reproduzir sinais e sintomas.**
- **Doença exagerada:** **Aumenta a intensidade** de uma lesão existente.



Classificação proposta por Calabuig segundo a natureza da fraude

- **Doenças provocadas:** Induzidas pelo próprio (lesões auto infligidas).





Lesões auto-infligidas

Lesão não tão recente

Lesão muito recente

Lesões provocadas em momentos distintos –
profundidade regular – paralelas



Classificação proposta por Calabuig segundo a natureza da fraude

- **Doença imputada:** Patologia existente, mas de outra origem.

Queixa inicial

Refere ter sido vítima de atropelamento, refere dor mão dta e no Mlesq. Aparentemente embriagado
100-205-06-00-2000

Discriminador

Dor moderada

Prioridade atribuída

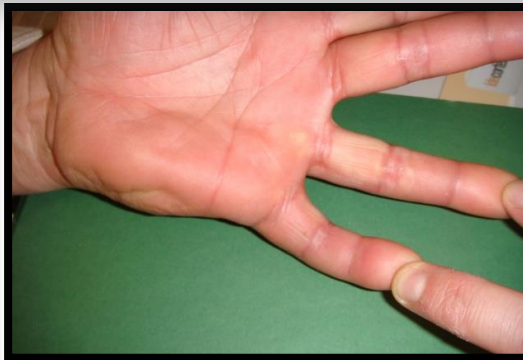
Atarelo

História da doença

Doente alcoolizado que Refere ter sido atropelado.
Traumatismo da mão direita e do joelho esquerdo.

Edema da mão dta.

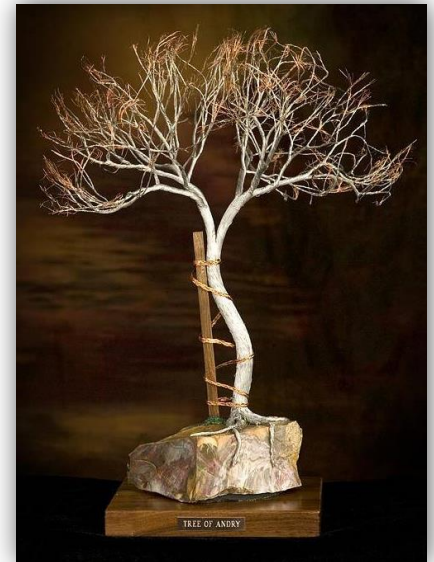
Sem limitações das mobilidades articulares.



Mão esquerda - Contratura
de Dupuytren

CrITÉRIOS para o NEXO DE CAUSALIDADE – (Simonin)

1. Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas.
2. Certeza diagnóstica.
3. Exclusão da pré-existência do dano.
4. Adequação da região atingida e a sede da lesão.
5. Adequação temporal.
6. Encadeamento anátomo-clínico ou seja a continuidade evolutiva.
7. Exclusão de causa estranha.



Dissimulação

- O examinando oculta o estado mórbido de que padece.
- Concursos públicos (alistamento militar, ingresso nas forças de segurança).
- Seguros.



Diagnóstico da Simulação

- Não existe nenhum sinal patognomónico de simulação!
- A demonstração deve se fundamentar em factos e não em suposições ou especulações.
- O Perito deve ser isento.
- A própria “simulação” pode ser o diagnóstico de “um verdadeiro transtorno psiquiátrico”.



O exame indireto

- As circunstâncias do alegado evento
- O tipo e duração dos cuidados médicos
- A evolução clínica



O popular “kit para junta médica”



- *Excesso de órteses, uso incorreto e inadequado, sem prescrição médica*

O exame direto

- Motivo do exame
- Antecedentes pessoais e familiares
- Personalidade prévia
- Queixas
- Exame físico
- Exames complementares
- Diagnóstico diferencial
- Conclusões...



Testes para simulação

1. **Sinal de Mankoff:** consiste em se deixar em repouso o sinistrado durante alguns minutos, depois de prévia contagem do seu pulso radial. Em seguida, rapidamente, comprime-se a região dolorosa ou alegada tal, e conta-se de novo a frequência cardíaca. Aumentada esta, presume-se pela existência da dor. Observadas midríase e miose pupilar com tal manobra, descreve-se o **Sinal de Levi**.

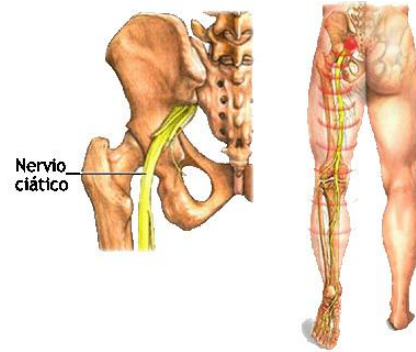
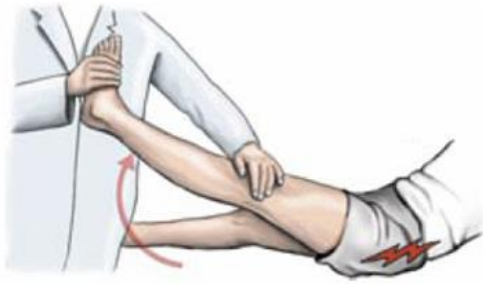


O teste pode ser aplicado em qualquer área de dor musculoesquelética. O examinador palpa o pulso radial do paciente em repouso e estabelece um índice básico.



O examinador aplica pressão firme ou qualquer forma de estimulação nociva sobre a área de dor. Esse palpa novamente o pulso radial do paciente. Um aumento de 10 ou mais batimentos por minuto na frequência de pulso é um sinal positivo. O sinal não ocorre na dor simulada.

“Se não podes vencê-los, confunde-os”



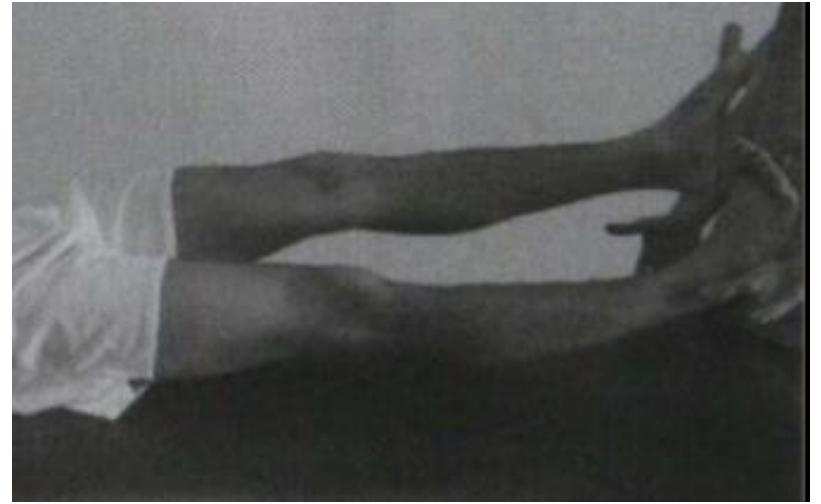
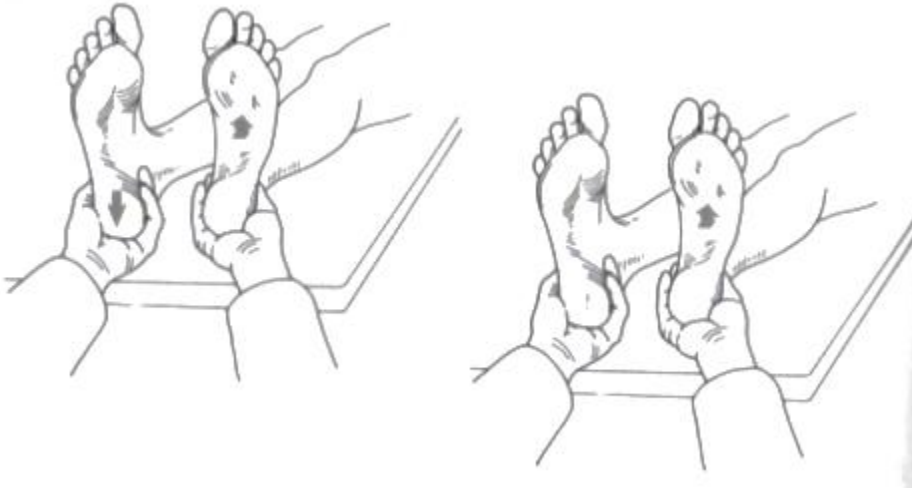
**“distrair o doente
repetindo manobras
semelhantes”**



Aqui o simulador refere muita dor...

...mas aqui não (! ?)

Teste de Hoover

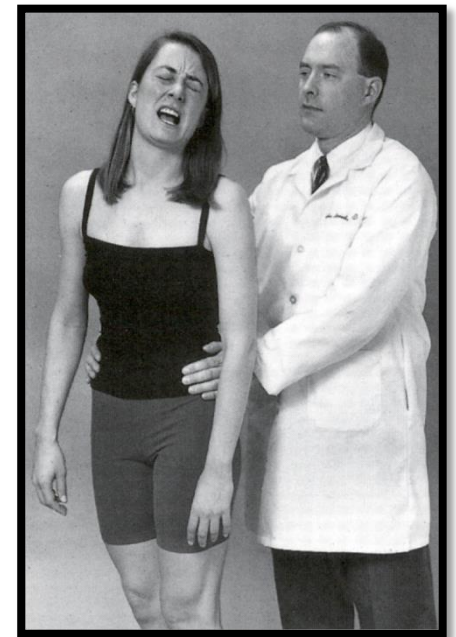
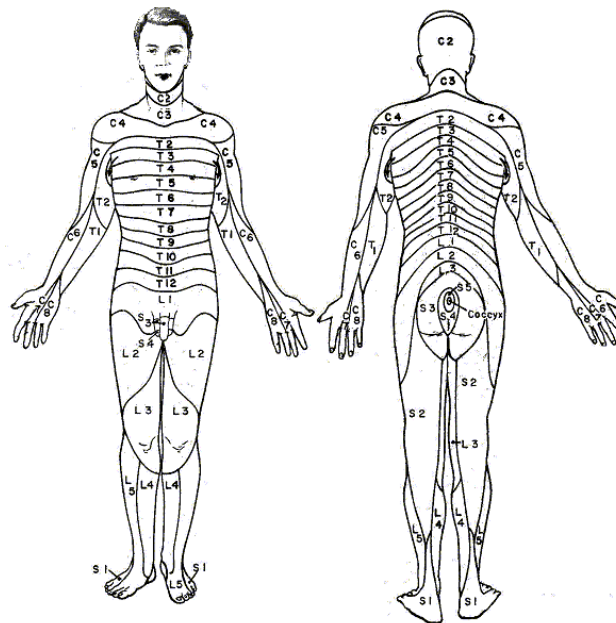
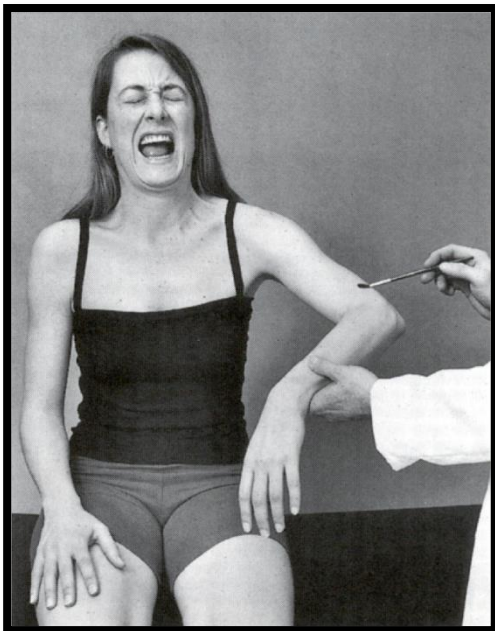


- Quando solicitado que eleve a perna, o doente realiza uma força contrária com a outra perna, o simulador não !
- *É preciso experiência e prática para se ter a sensibilidade na identificação destes sinais...*

Sinais de Wadell para “dor não orgânica”

Quadro 2. Sinais de lombalgia não orgânica de Wadell.

1. Sensibilidade: Dor a palpação leve na região lombar, Dor a palpação disseminada não correspondente com padrão anatômico
2. Simulação: Dor a compressão axial crânio, Dor a rotação dos ombros
3. Distração: Diferença quando elevação da perna em posição sentado ou supina
4. Regional: Anormalidades motoras ou sensitivas que não podem ser explicadas com base anatômicas
5. Sinal de hiper-reação: Verbalização ou expressão desproporcional aos sintomas.



A simulação nas Lombalgias

ELSEVIER
DOYMA

www.reumatologiaclinica.org



Review Article

Simulation in Spinal Diseases[☆]



José Aso Escario,^{a,c,*} José Vicente Martínez Quiñones,^a Alberto Aso Vizán,^b Ricardo Arregui Calvo,^a Marta Bernal Lafuente,^d Andrés Alcázar Crevillén^d

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital de la Mutua de Accidentes de Zaragoza, Zaragoza, Spain

^b Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, Spain

^d Servicio de Valoración, Hospital de la Mutua de Accidentes de Zaragoza, Zaragoza, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 19 November 2013

Accepted 16 March 2014

Available online 8 August 2014

Keywords:

Compensation

Exaggeration

Back pain

Spine

Simulation

Legal

ABSTRACT

Simulation is frequent in spinal disease, resulting in problems for specialists like Orthopedic Surgeons, Neurosurgeons, Rheumatologists, etc. Simulation requires demonstration of the intentional production of false or exaggerated symptoms following an external incentive. The clinician has difficulties in demonstrating these criteria, resulting in misdiagnosis of simulation or misinterpretation of the normal patient as a simulator, with the possibility of iatrogenic distress and litigation.

We review simulation-related problems in spine, proposing a terminological, as well as a diagnostic strategy including clinical and complementary diagnosis, as a way to avoid misinterpretation and minimize the iatrogenic distress and liability.

Based on the clinical-forensic author's expertise, the literature is analyzed and the terminology read-dressed to develop new terms (inconsistencies, incongruences, discrepancies and contradictions). Clinical semiology and complementary test are adapted to the new scenario. Diagnostic strategy relies on anamnesis, clinical and complementary tests, and adapting them to a uniform terminology with clear meaning of signs and symptoms.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

- A falta de comunicação clara do médico sobre a causa da lombalgia pode prolongar a recuperação e é um frequente fator de insatisfação.
- Cuidados com rótulos de “simulador”.
- Cuidados na interpretação dos sinais de Waddel.

Método de termografia infravermelha

Em Perícia médica

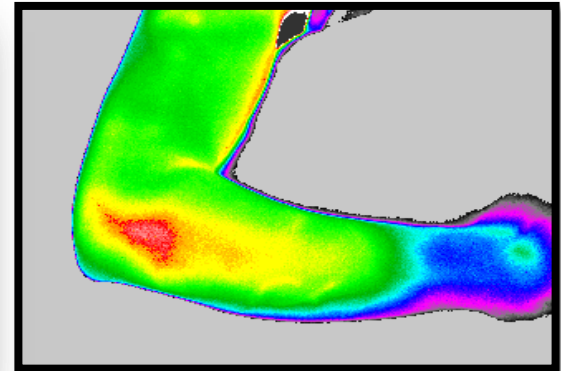
Rev Port Ortop Traum 20(3): 295-302, 2012

Ensino

O papel do ortopedista nos acidentes de trabalho

Carlos Durão, Rui Pinto, Duarte Nuno

*Comissão Permanente para Informações e Pareceres (CPIP). Direção de Saúde do Exército Português.
Serviço de Ortopedia do Hospital de São João. Porto.
Instituto Nacional de Medicina Legal.*



PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed



infrared imaging



RSS

Save search

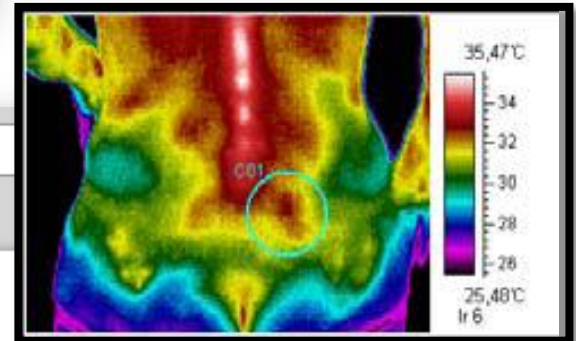
Advanced

[Display Settings:](#) ☒ Abstract

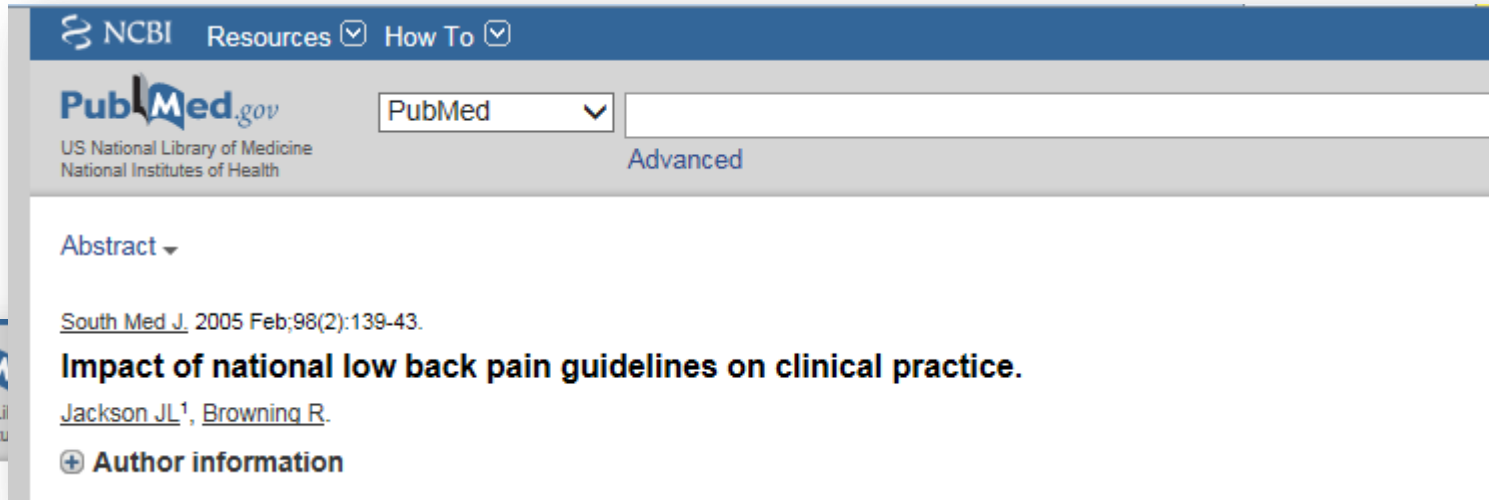
Work. 2012;41 Suppl 1:503-9. doi: 10.3233/WOR-2012-0203-503.

The utilization of infrared imaging for occupational disease study in industrial work.

Brioschi ML¹, Okimoto ML, Vargas JV.



Aspectos psicológicos



[BMC Musculoskelet Disord.](#) 2015 Mar 7;16(1):49.

Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study.

[George SZ](#), [Beneciuk JM](#).

Abstract

BACKGROUND: Recovery from low back pain (LBP) is an important outcome for patients and clinicians. Psychological factors are known to impact the course of LBP but have not been extensively investigated for predicting recovery. The purposes of this study were to: 1) describe LBP recovery rates at 6 months following 4 weeks of physical therapy; 2) identify psychological factors predictive of 6 month recovery status; and 3) identify psychological factors that co-occur with 6 month recovery status.

CONCLUSIONS: Our findings indicated that psychological risk status, depressive symptoms, and pain intensity were predictive of 6 month recovery status. Furthermore elevated fear-avoidance, kinesiophobia, and depressive symptoms co-occurred with non-recovery at 6 months. Future studies should investigate whether stratified psychologically informed treatment options have the potential to improve recovery rates for those most at risk for non-recovery.



Durante o exame médico...

Aspectos comportamentais na simulação.

Aumento movimentação corporal
Desvio de olhar
Pouco afirmativo
Alto tom de voz
Demora em responder
Respostas curtas
Facilidade em distrair-se
Descrições detalhadas e repetidas da situação causada da lesão alegada
Grande interesse em resultado de exames
Uso exagerado de aparelhos Ortopédicos
Queixas de negligência e descaso do sistema médico e previdenciário.



Risco de Incapacidade crónica



Fatores Clínicos

Episódios prévios de lombalgia

Múltiplas queixas musculoesqueléticas prévias

História psiquiátrica

Álcool, drogas, tabagismo

Tolerância á Dor

Descrição da dor como severa

Crença de má adaptação á dor (dor não melhorará; necessidade de tratamento invasivo)

Aspetos legais ou compensatórios

Fatores premórbidos

Classificar trabalho como grande exigência física

Acreditar que não estará de volta ao trabalho em 6 meses

Não se dar bem com chefias ou colegas de trabalho

Estar próximo da reforma

História familiar de Depressão

Cônjuge permissivo

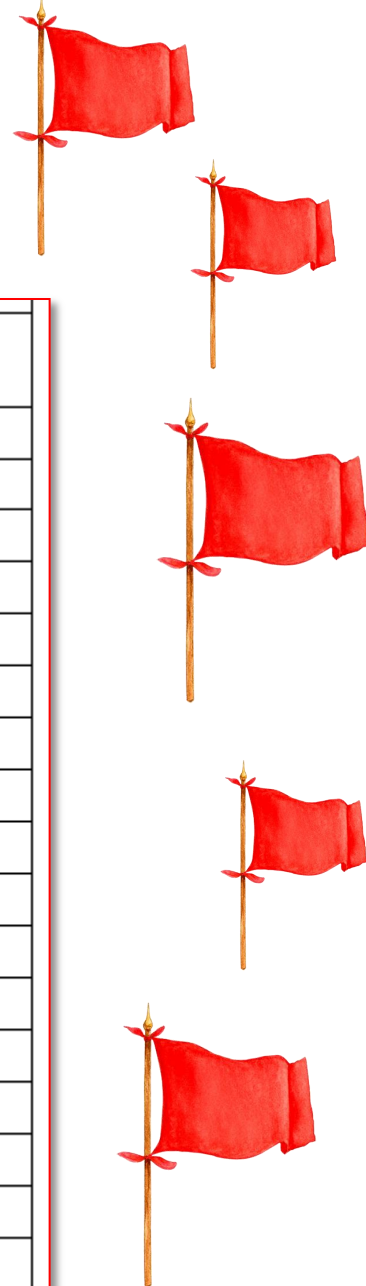
Solteiro ou casado muitas vezes

Baixo nível socioeconómico

Perturbações na infância (abuso, morte parental, álcool, divórcio conflituoso)



Bandeiras vermelhas para lesão potencialmente grave a serem despistadas...

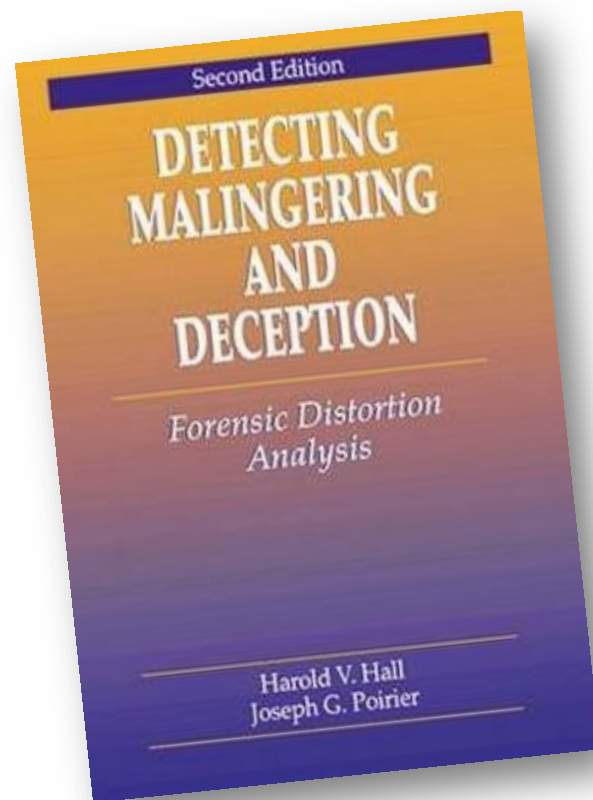
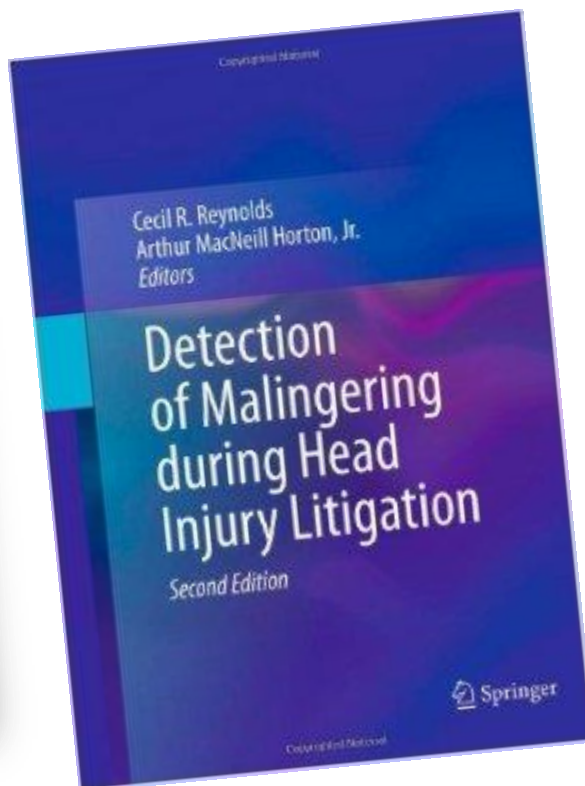
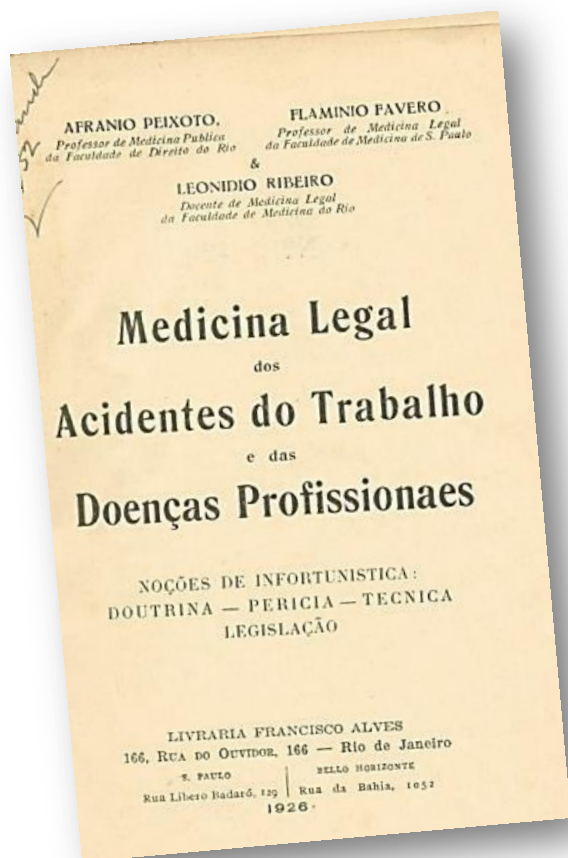


	Cauda equina	Fra-tura	Neo-plasia	Infe-ção
Défice neurológico progressivo	X			
Disfunção urinária ou vesical recente	X			
Anestesia em sela	X			
Lesão traumática recente/trauma repetitivo		X		
História de corticoterapia prolongada		X		X
Mulher acima de 50 anos		X	X	
Homem acima dos 50 anos			X	
Homem com osteoporose difusa ou # compressão		X	X	
História de neoplasia			X	
Diabetes Mellitus				X
Início insidioso			X	X
Sem alívio deitado ou piora em pé			X	X
Sintomas acompanhantes (febre, perda peso)			X	X
História de ITU/outra infecção				X
Uso de drogas endovenosas/toxicodependência				X
HIV				X
Imunossupressão				X
Cirurgia prévia				X

Sinistrose

A simulação motivada pela “indenisofilia”

Afrânio Peixoto



Literatura


US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed ▼

Advanced

[Display Settings:](#) ☒ Abstract [Send to:](#) ☒

[Chir Ital.](#) 1983 Feb;35(1):129-33.

[Self-induced giant lymphedema of the hand (sinistrosis)].

[Article in Italian]

[Vespasiani A](#), [Calori G](#).

Abstract

The authors describe a case of a self-caused giant lynphoedema of the hand. The authors underline the importance of hospitalization for the diagnosis, also to be able to exclude any form of organic pathology. They suggest the utility of a decompressive operation of the lymphatic circulation by a little fasciatomy at the root of the forearm, in order to avoid the application of a lace on the wound of the forearm root. Of great importance is furthermore to close the limb into a plastered apparatus for the same purpose.


US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed ▼

Ad

[Display Settings:](#) ☒ Abstract

[Med Leg Dommage Corpor.](#) 1973 Apr-Jun;6(2):155-9.

[Medico-legal compensation of shoulder injuries in traffic accidents].

[Article in French]

[Lathuillière B](#), [Devèze F](#), [Février P](#), [Arcadio F](#).

[Med Usine Rev Hyg Ind Mal Prof.](#) 1953 Jan;15(1):24-6.

[Brissaud's sinistrosis; clinical and medicolegal note].

[Article in Undetermined Language]

[BENON R](#).

Abstract Send to:

i Showing results for ***malingering detection low back pain***. Your search for *malingering detection lowback pain* retrieved no results.

J Occup Med. 1987 Mar;29(3):229-33.

Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of low back pain.

Leavitt F.

Abstract

A verbal pain measure was recently introduced that is accurate in differentiating patients with low back pain from persons who simulate pain. It consists of 103 pain words. Forty-five of these pain words accurately classified 219 out of 262 (83.6%) volunteers without pain who simulated back pain. In this study, 150 subjects with low back pain were administered the pain scale and instructed to exaggerate their pain sufficiently to convince a doctor of back pain that is severe enough to prevent them from working. Similar instructions were given to 267 persons without pain to determine the accuracy of the scale in detecting simulation, when some nidus of pain is present, and also to determine the influence of a pain history on scale accuracy. The pain measure detected 96 of 150 subjects with existing pain for an accuracy rate of 64.0%, and 218 of 267 subjects without pain for an accuracy rate of 81.7%. A selected cutoff score (-1.6) reduced classification error to less than 3% in the subject group with pain. The results underscore the impression that people who have pain to build on will be more difficult to detect when they simulate than people who engage in the process when they are pain free.

Pain. 1986 Jun;25(3):357-64.

Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain.

Leavitt F, Sweet JJ.

Abstract

Information on the clinical characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain was obtained in a survey mailed to orthopedic surgeons and neurosurgeons in 6 geographic regions of the United States. Working on the assumption that orthopedic surgeons and neurosurgeons are untapped historians of this clinical information, data from 105 respondents were analyzed to determine if a consensus of opinion underlies clinical judgment concerning malingering. The results indicated that agreement increases with clinical symptoms reflecting exaggeration and incongruous behavior. 70% or more of the physicians were in agreement on 6 symptoms fitting these 2 patterns. 60% of the surgeons were also in agreement that malingering is a relatively infrequent condition, occurring in 5% or less of patients with low back pain.

PMID: 2944054 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Abstract ▾

Send to: ▾

Spine J. 2014 Jul 1;14(7):1166-70. doi: 10.1016/j.spinee.2013.09.017. Epub 2013 Oct 10.

Risk factors for nonorganic low back pain in patients with worker's compensation.

Rohrich JT¹, Sadhu A², Sebastian A³, Ahn NU⁴.

Author information

Abstract

BACKGROUND CONTEXT: Nonorganic low back pain (NOLBP) is common in the worker's compensation (WC) population. Consults with specialists constitute an unnecessary cost to the system, and a means of screening for these patients is necessary.

PURPOSE: To design easily identifiable criteria to help identify which WC patients are likely to have nonorganic pain.

STUDY DESIGN: A retrospective chart review of WC patients with low back pain (LBP) seen in consultation by a single spine surgeon over a 2-year period at a university medical center.

PATIENT SAMPLE: One hundred twenty-seven WC patients with LBP were seen in consultation by a single spine surgeon over a 2-year period. All were referred for surgical evaluation. Potential risk factors for nonorganic pain were identified, which included alleged injury in multiple bodily areas, presence of concomitant cervical and/or thoracic complaints, initial presentation to chiropractor, mechanism of injury including slip and fall or lifting of a patient, number of previous independent medical examinations performed, presence of psychiatric diagnosis, areas of pain different from first report of injury, greater than 13 months between evaluations, occupation as a health-care employee, presence of legal representation, amount of time off work, present work status (working or disabled), and number of previous WC claims.

OUTCOME MEASURES: Outcome measures included the number of Waddell's signs and additional nonorganic/inconsistent pain behaviors noted during the examination by the spine specialist. Nonorganic low back pain was defined as four or more Waddell's signs or three Waddell's signs plus one additional inconsistent behavior.

METHODS: A stepwise logistic regression was used to determine which of the risk factors were significantly associated with nonorganic pain, correcting for age and sex. We then used an analysis of deviance to determine which combination of factors could best differentiate patients with nonorganic findings.

RESULTS: Factors that were significantly associated with nonorganic pain included mechanism of injury including slip and fall or lifting of a patient (odds ratio [OR]=5.7, $p=.03$), alleged injury in greater than two bodily areas (OR=4.2, $p=.02$), presence of concomitant cervical and thoracic complaints (OR=2.9, $p=.04$), initial presentation to chiropractor (OR=7.7, $p=.01$), and back pain not listed on first report of injury (OR=3.3, $p=.04$). Patients with three or more of these findings were found to be at a very high risk of having nonorganic pain (greater than 95%).

CONCLUSIONS: We found a significant association between certain easily identifiable criteria and NOLBP in a cohort of WC patients. These criteria included mechanism of injury including slip and fall or lifting of a patient, alleged injury in greater than two bodily areas, presence of concomitant cervical and/or thoracic complaints, initial presentation to chiropractor, and areas of pain different from first report of injury. More than 95% of patients with three or more of the aforementioned criteria were found to have nonorganic pain. This information may help the specialist and the WC provider identify patients at a high risk for nonorganic pain, thereby reducing unnecessary costs.

Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons

[HOME](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [ARCHIVES](#) | [FEEDBACK](#) | [SUBSCRIPTIONS](#) | [ALERTS](#) | [HELP](#)

© 2012 by the American Academy of Orthopaedic Surgeons

Factitious Disorders of the Upper Extremity

Michael V. Birman, MD and Donald H. Lee, MD

From the Department of Orthopaedic Surgery, Columbia University, New York, NY (Dr. Birman) and the Vanderbilt Orthopaedic Institute, Nashville, TN (Dr. Lee).

[« Previous](#) | [New](#)
[Table of Contents](#)

This Article

doi: 10.5435/JAAS
078
J Am Acad Orthop S
February 2012
vol. 20 no. 2 78-85

[» Abstract](#)



and the involvement of a multidisciplinary team. Thorough documentation is essential for the protection of both the patient and the treating physician. Treatment of patients with factitious disorders of the upper extremity requires patience and insight to avoid being manipulated into performing unnecessary surgical procedures.

- **A documentação é fundamental para a proteção do médico e do doente.**
- **Cuidado com cirurgias desnecessárias.**

Alguns mitos e cuidados a serem lembrados



- Acreditar que é raro!!
- Associar a simulação a doença mental
- Acreditar que o médico ou o perito não conseguem ser enganados!!
- Acreditar em tudo que é dito
- Medo de agravar o estado do examinando com manobras clínicas e periciais.

“Todo simulador é um ator que representa uma doença conforme ele a compreende”

— Ossipov ,1944

O meu muito Obrigado

*“ O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente...”*

Fernando Pessoa



drcarlosdurao@hotmail.com



GRUPO DE ESTUDO MÉDICO-LEGAL



v. 4, n. 1, p. 26-32, 2015
ISSN 2237-9223

REVISTA BRASILEIRA DE CRIMINALÍSTICA

DOI: <http://dx.doi.org/10.15260/rbc.v4i1.86>

Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia

C.H. Durão ^{a,b,*}, F. Lucas ^c

^a Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal,

^b Instituto Nacional de Medicina Legal, Gabinete Médico Legal de Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

^c Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

*Endereço de e-mail para correspondência: drcarlosdurao@hotmail.com.

Recebido em 22/02/2015; Revisado em 14/03/2015; Aceito em 16/03/2015

DRCARLOSDURAO@HOTMAIL.COM

ENCONTRO MÉDICO JURÍDICO

I WORKSHOP TEMÁTICO INMLCF, I.P. & SPOT

II ENCONTRO DO GRUPO DE ESTUDO MÉDICO LEGAL DA SPOT

An illustration of a human back, showing the spine and a hand pointing to the lower back area, indicating the focus on lumbalgia.

OBRIGADO

**"A LOMBALGIA
E O CONFLITO
MÉDICO-LEGAL"**

18 de Abril de 2015

BH - Foz - PORTO