

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

DANIELA ARAUJO TEIXEIRA LEITE

LOMBALGIA E AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

CURITIBA

2016

DANIELA ARAUJO TEIXEIRA LEITE

LOMBALGIA E AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

Artigo apresentado à disciplina em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Prof. Jean Alexandre
Corrêa Vieira

CURITIBA

2016.

Lombalgia e Avaliação da Incapacidade

Leite D. A. T.^{1,2}; Vieira, J. A. C.³

¹aluna do programa de pós-graduação em medicina do trabalho UFPR

²funcionária pública do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS

³professor do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Especialista em Medicina do Trabalho da UFPR.

RESUMO: A lombalgia apresenta etiologia multifatorial, caracteriza-se como um quadro de dor de variada duração e intensidade, podendo levar à incapacidade laborativa temporária ou definitiva. Para avaliação da lombalgia e citação dos pontos incapacitantes foi realizada uma vasta revisão bibliográfica sobre a fisiopatologia, correlacionando-se dados encontrados na literatura vigente com os obtidos nas práticas da avaliação pericial previdenciária de uma unidade previdenciária do Paraná, onde se abordou de forma qualitativa e participativa o ato pericial, angariando dados citados como pontos de correlação da doença e incapacidade. Com objetivo de apontar sinais de patológicos incapacitantes que facilitaria a indicação do afastamento, pois sabe-se que somente a existência de doença ou lesão não significa que o requerente avaliado seja diagnosticado como incapaz para realização de suas atividades. Finalmente, pode-se concluir que a maioria das lombalgias diagnosticadas são auto-resolutivas, e não necessitam de longos períodos de afastamento das atividades laborais. Apesar da forte relação entre dor lombar e incapacidade, constatou-se que apenas um percentual baixo dos avaliados apresentou incapacidade funcional. Portanto, afastamentos de longo prazo ou definitivos decorrem de pós-operatórios, período em que se está consolidando a cirurgia e realizando fisioterapia, e poucos apresentam sequelas incapacitantes, que compreendem alterações motoras e restritivas, gerando afastamento definitivo.

PALAVRAS CHAVE: lombalgia, perícia, incapacidade, afastamento.

SUMMARY: The low back pain has a multifactorial etiology, is characterized as a varied duration and intensity of pain condition, which can lead to temporary or permanent incapacity to work. For evaluation of low back pain and citation of incapacitating points was carried out an extensive literature, correlating points founded in the current literature with those obtained in the practices of social security a pension unit of Paraná, where they addressed qualitatively and the expert participatory act, raising data cited as points of correlation of disease and disability. In order to point out signs of disabling disease that facilitate the indication of removal, since it is known that only the existence of illness or injury does not mean that the applicant is evaluated diagnosed as unable to perform

their activities. Finally, it can be concluded that most diagnosed back pain are self-resolutive and not require long periods of removal of industrial activities. Despite the strong relationship between low back pain and disability, it was found that only a low percentage of the assessed presented disability. Therefore, long-term sick leave or definitive result of after surgery, period in which it is consolidating bones and doing physical therapy and few have disabling consequences, which include motor and restrictive changes, generating definitive inability.

Keywords: back pain; incapacity to work; disability for back pain.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 <i>OBJETIVOS</i>	08
3 <i>MÉTODOS</i>	09
3 RESULTADOS.....	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5 REFERÊNCIAS.....	19
6 ANEXOS.....	22

1 INTRODUÇÃO

A lombalgia é uma síndrome dolorosa que acomete a região lombar, decorrente de alguma anormalidade nesta região. O conhecimento da anatomia e fisiologia é fundamental para compreensão dos mecanismos da dor, podendo ter origem nos elementos posteriores, nos músculos, no disco, ou estruturas extrínsecas a coluna (Motta Rubens, 2012).

Caracteriza-se como aguda ou crônica, sendo aguda de início até desaparecimento por volta de três meses, e no caso da crônica prolonga-se por mais que três meses com períodos de piora e melhora. Sendo esta uma das queixas mais comuns, bem como, dificuldade em diagnosticar pelos assistentes que geram inúmeros tratamentos muitas vezes desnecessários e invasivos, que conseqüentemente geram muitos atestados e afastamentos. (Motta Rubens, 2012).

A dor lombar, é um dos principais motivos de consultas médicas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas, acomete comumente homens acima de 40 anos e mulheres entre 50 a 60 anos de idade, estas provavelmente em decorrência da maior prevalência e conseqüências da osteoporose. (Junior MH *et al.* 2010).

Em países industrializados, a lombalgia é a principal causa de incapacidade em indivíduos com menos de 45 anos. A dor lombar constitui a principal causa de absenteísmo ao trabalho, ultrapassando enfermidades como o câncer, o acidente vascular encefálico e a síndrome de imunodeficiência adquirida como causa de incapacidade nos indivíduos na faixa etária produtiva. É uma das causas mais onerosas de afecções do aparelho locomotor (Imamura, S.T., *et al.* 2001).

Dentre os fatores de riscos apontados para desenvolver a lombalgia crônica encontram-se fatores individuais como idade, sexo, nível educacional, fatores sociais e psicológicos, e relacionados com atividades laborativas, tais como, movimentos durante prática e satisfação (Jorge & Rômulo Moura, 2011).

Alta demanda física e psicológica do trabalho e baixo suporte social foram associados com taxas de retorno ao trabalho 20% menores em trabalhadores da Califórnia com lombalgia (Souza NSS & Santana VS, 2011).

Estão relacionados como fatores de risco para a cronicidade e a incapacidade nas lombalgias inespecíficas os quadros de história prévia de dor lombar, o absenteísmo nos últimos 12 meses, a dor irradiada para as pernas, a redução de amplitude de elevação da perna, os sinais de comprometimento neurológico, a diminuição da força e da resistência muscular do tronco, o descondicionamento físico, o tabagismo, os sinais de depressão e de estresse psicológico, a baixa satisfação no trabalho, os problemas pessoais relacionados com o uso e abuso de álcool e os problemas conjugais e financeiros (Junior MH *et al.* 2010).

Ainda há o importante grupo das lombalgias não orgânicas, de extrema importância no contexto ocupacional ou pericial, à custa dos frequentes ganhos secundários pertinentes a essas situações. Entre as lombalgias não orgânicas há aquelas secundárias à síndrome de Munchausen, pouco frequente, e as lombalgias simuladas com o interesse direto e consciente de ganhos secundários óbvios, usualmente financeiros, e as lombalgias psicossomáticas, secundárias a conflitos psicológicos usualmente inconscientes, podendo ou não ser acompanhadas de queixas somáticas. (Junior MH *et al.* 2010).

Outro quadro doloroso comumente confundido com lombalgia é a fibromialgia, que caracteriza-se como uma síndrome dolorosa de etiopatogenia ainda desconhecida, configurando-se por dores musculoesqueléticas em várias regiões do corpo, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema e parestesias (Oliveira R *et al.* 2013).

Durante avaliação é fundamental uma anamnese eficiente e exaustiva e um exame físico, sendo exames complementares apenas um dado para fundamentar os as evidências encontradas na avaliação pericial. A etapa mais complexa nesta avaliação é a colaboração do periciando, bem como, nas manobras, fazendo-se necessário em sua grande maioria relatos de dor antes mesmo iniciar manobra, gerando assim, na perícia uma dúvida se seria positivo ou falso positivo. Na “anamnese, além das perguntas convencionais pode se questionar sobre a presença de sintomas improváveis” (Jorge Rômulo Moura, 2011).

Sendo assim, baseando-se no processo doença-cura-sequela, remete-se a um processo patológico, no qual é importante lembrar que mesmo

presença de uma determinada patologia, o indivíduo pode ser considerado capaz para atuar em uma atividade específica ou ocupação, visto que pode manter condições (mesmo enfermo) de exercer o pleno desempenho desta atividade. Vale destacar que, pessoas portadoras de doenças bem definidas como diabetes, hipertensão arterial, etc. ou lesões como sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais, podem e devem trabalhar.

Portanto, a incapacidade laborativa é impossibilidade física ou mental para a realização de uma atividade profissional, decorrente de fatores fisiológicos ou patológicos de doenças ou acidentes e manifesta-se de formas e intensidades variáveis.

Ressalta-se que a incapacidade em pacientes com dor lombar crônica varia de 11% a 76%(5-6) e essa grande variação deve-se tanto aos conceitos de incapacidade adotados quanto aos métodos diferentes utilizados para medir esse fenômeno (Salveti MG *et al*, 2012).

Logo após avaliação função exercida/atividades laborativa, e qual é a real atividade desempenhada, avaliando a presença de sobrecargas na coluna lombar gerada em atividade, se atividade inclui levantamento pesos, deslocamento de cargas pesadas, posição sentada por longos períodos, presença de vibração durante jornada e que se pode concluir o quanto esta função poderia impactar na síndrome dolorosa ou agravamento da doença.

Observe que no caso de uma hérnia de disco, quando se realiza um esforço de flexão durante o dia, o material nuclear é impelido para trás, em sentido ântero-posterior, através das fibras do anel fibroso, mas por ele ainda é contido. Neste momento, o paciente pode não sentir dor. No entanto, durante a noite, em razão de uma maior embebição aquosa do núcleo e consequente elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel se rompem, dando então início, durante as primeiras horas do dia, a sintomatologia de quadro doloroso agudo, intenso, com irradiação da dor para um ou outro membro inferior, com manobras semióticas positivas de compressão radicular, ou seja, a dor se exacerba com os esforços (Brazil, AV *et al*. 2004).

As queixas alterações discais na grande maioria já resolvida/melhor até avaliação, conforme mencionado pela literatura, cerca de 50% dos doentes com lombociatalgias devido à hérnia discal apresenta recuperação espontânea

em 4 a 6 semanas. A regressão do material discal poderá ser visualizada já no primeiro mês. [Imamura, S.T. *et al.* 2001]

No estreitamento do canal raquidiano artrósico, a dor lombar, às vezes, é noturna. Em outros momentos, a ela se associa cialgia uni ou bilateral intensa, que melhora ao sentar-se. Pode ser acompanhada de dor na panturrilha e de claudicação neurogênica intermitente. O processo doloroso piora ao caminhar, principalmente em um terreno com declive, e melhora na subida, o que a diferencia da claudicação vascular, que piora na subida. O sinal de Laségue é negativo, enquanto na hérnia discal pode ser positivo. A manobra de Romberg é positiva. A extensão da coluna lombar, durante 30 segundos, desencadeia a dor (Brazil, AV *et al.* 2004).

Nas espondiloartropatias soronegativas, que são doenças reumáticas inflamatórias, é característica a exacerbação matinal dos sintomas. Neste caso, a fisiopatogenia da dor é influenciada pelo ritmo circadiano da secreção do cortisol e pelo sistema nervoso autônomo. A sacro-ileíte bilateral, às vezes unilateral, consolida o diagnóstico. Na espondilite anquilosante, a dor pode ter uma característica especial: uma pseudociatalgia alternante. Nesta doença, um conjunto de cinco informações, prestadas pelo paciente, que inclui lombalgia de caráter insidioso, antes dos quarenta anos de idade, com duração maior do que três meses, acompanhada de rigidez matinal e melhora com a atividade física, apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 85% para a sua identificação. (Brazil AV *et al.* 2004).

É providencial que no momento da avaliação diagnóstica, parta-se do princípio que o paciente pode estar dando maior importância aos sintomas, na defesa do seu interesse, mas observe que nem sempre este está ausente. Por este motivo deve-se ficar atento a todos os movimentos realizados pelo paciente, e na hora da prática do exame físico deve-se observá-lo criteriosamente, e não somente neste momento, e de grande valor para o diagnóstico que seu exame físico se inicie no momento que o perito o visualize, desde a entrada até a saída do ambiente no qual se submete a perícia. Em muitos casos se definem na saída, pois o periciando muitas vezes acha que após exame físico (na maca) acabou a perícia, nos dando valiosas informações, deixando a muleta sala, ou mesmo sai carregando a muleta e não

usando a, e também ao sair dirigindo após relatar incapacidade de dirigir, pois não sabe que poderá estar sendo observado [Passos, Alan e Naray,Paulino].

Algumas observações levam os peritos a pensarem em simulação, por exemplo, o mau posicionamento repetitivo do periciado na solicitação da observação postural, marchas exageradas claudicações e arrastamento membros, deambulação sem apoio e sem claudicação após a realização da perícia (saída), sair carregando a bengala/muleta. Outro fator associado são as queixas emocionais associadas às dores, como queixas de dores da cabeça que irradiam para coluna. Dores não correspondentes com trajetos nervosos, relato que não sente a perna “perna morreu”. Dor que não melhora com qualquer medicação e muitas vezes intolerância as mesmas. Vários atendimentos em pronto atendimento por simples lombalgia, verbalização contínua, expressão excessiva de dor. [Vasconcellos, 2010].

Na literatura são descritos alguns testes a serem realizados para tentativa de conhecimento da simulação: sinais de waddell (anexo 1), teste de hoover (anexo 2), teste burns (anexo 3). Os achados significativos é o teste de lasegue positivo na posição supina e negativo sentado. Outros “Roland Disability Scal” (anexo4), e “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire” (anexo 5).

No âmbito laboral, Schilling, em 1984, propôs uma classificação de doenças relacionadas com o trabalho dividido em três grupos:

- I. Doenças que têm o trabalho como causa necessária, como os acidentes de trabalho e as doenças profissionais legalmente reconhecidas;
- II. Doenças que têm o trabalho como um dos fatores contribuintes;
- III. Doenças que têm o trabalho como agravante ou provocador de distúrbios latentes ou pré-existentes.

Utilizando-se a classificação de Schilling, a lombalgia ocupacional pode ser enquadrada como Schilling II quando o trabalho for considerado como um dos fatores contribuintes para seu surgimento, ou Schilling III quando o trabalho for considerado como fator agravante de um distúrbio ou patologia preexistente. (Junior MH et al. 2010).

Finalizando a avaliação, busca de presença de sequelas por agravamento, principal busca alterações de sensibilidade e força. De

sensibilidade para os dermatômeros de Keegan e Garrett é adequado para avaliação das alterações decorrentes de processos neurológicos e sensibilizatórios; a raiz L4 é responsável pela inervação do hálux e da região medial do pé, a L5 pela região dorsal dos dedos centrais e a S1 pelo dedo mínimo e região lateral do pé. O teste de Gaeslen e de Patrick e a compressão nas espinhas ilíacas ântero-superiores sugerem comprometimento da articulação sacro-ilíaca. (Imamura, S.T. *et al.* 2001).

Já descrito que a amplitude de movimento não tem ligação significativa com a dor, mas a dor por sua vez influenciou diretamente a funcionalidade dos mesmos (Soares, Rafael de Souza *et al.* 2013).

Como descrito por (Souza NSS & Santata, 2011) que a revisão da literatura mostrou forte e consistente associação inversa entre classe social e duração do afastamento do trabalho por lombalgia, sobretudo entre homens. E indivíduos que receberam benefício igual ou menor do que o salário prévio ao afastamento tiveram benefícios menos prolongados em relação àqueles que receberam benefício com valor maior. Comprovando assim a influencia fator socioeconômico nos afastamentos.

Durante a avaliação pericial previdenciária deve-se procurar avaliar a capacidade laborativa, com fins de enquadramento a um benefício pretendido. Sabe-se que na prática diária há uma grande dificuldade diagnosticar, mesmo doenças até comuns, podendo chegar ao diagnóstico através da análise clinica minuciosa de cada fator associado, sendo assim um exame exaustivo do paciente poderá constituir em um elemento com informações fundamentais para conclusões futuras. Em outras palavras, espera-se um diagnóstico mais conclusivo e isento de dúvidas da verdadeira doença (Motta Rubens, 2012).

Segundo (Melo Maria, 2003) ter acesso ao benefício implica reconhecimento da existência de doença e de sua repercussão sobre a condição laborativa, na vigência de vínculo legal entre o segurado e a seguradora INSS.

Muitas vezes analise pericial baseia-se não somente na presença de doença, mas também na interpretação do que o avaliado faz da forma que pratica sua atividade, período que faz e se, neste período, nesta determinada

função poderia ter levado a piora da doença/ agravamentos ou sintomas que diminuam sua produtividade ou que possam colocar em risco a si ou terceiros, classificando desta forma inapto/incapaz para esse determinado tipo ou para qualquer atividade.

Para o médico perito é fundamental ter o conhecimento técnico, e saber onde buscar as informações que o auxiliará na tomada de decisão diante dos vários casos de simulação que poderá se deparar no exercício de sua profissão. Sobretudo buscar sempre diferenciar o que é real e o que é fictício, e está atento a situações objetivas e subjetivas. Em outras palavras, é fundamental saber correlacionar à lesão e o agente causador ou agudizador.

O periciado deve ser examinado com muita precaução, devendo ser ouvido atentamente, buscando sempre o embasamento da conclusão em elementos técnicos, deixando-os a decisão claramente justificada, para os interessados e autorizados à obtenção dos mesmos, lembrando-se sempre que não se deve deixar influenciar ou alterar por condições emocionais.

2 OBJETIVOS

Objetivo deste trabalho foi de discutir os sinais de patológicos incapacitantes para possam auxiliar ou facilitar a indicação do afastamento temporário ou definitivo, pois existência de doença ou lesão não significa uma incapacidade. Várias pessoas portadoras de doenças bem definidas (como diabetes, hipertensão arterial, etc.) ou lesões (sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais) podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento, seja de natureza anatômica, ou funcional, que o impeça de desenvolver suas atividades laborativa, o levará a tornar-se incapacitante.

3 METODOS

Neste trabalho foi realizada uma revisão sobre lombalgias, e correlacionado os dados epidemiológicos e fisiopatológicos com algumas queixas mais frequentes durante o ato pericial, em uma unidade previdenciária do Paraná. Nestes relatos foram demonstrando pontos de vista sobre a avaliação durante o ato pericial e ao final relatando os pontos de congruências sobre patologias e queixas sem correlação, identificando sinais incapacidade e necessidade afastamento.

A escolha por uma análise qualitativa deu-se, pois “possui métodos melhores para o entendimento pelo pesquisador sobre lado humano na pesquisa”, como define ANSELM no livro de pesquisa qualitativa. Sendo feita uma análise não só de algumas dúvidas e sim de um contexto na avaliação pericial, fatores envolvidos.

O termo pesquisa qualitativa refere-se a “estudos que trabalham predominantemente com material discursivo ou outras formas de linguagem e suas perguntas referem-se a objetos cuja natureza não admite resposta numérica em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequência de distribuição” (BOSI, 2004).

Esta pesquisa foi realizada com participação ativa na realização das pericias, sendo assim uma observação participante durante avaliação e entrevistas. Sem qualquer preocupação com dados numéricos e sim dados sociológicos.

Inicialmente feita uma adequada anamnese. A história do início e da evolução dos sintomas, o tipo e a localização da dor, a sua irradiação, os fatores predisponentes e desencadeantes e os de piora ou de melhora. A história do início e da evolução dos sintomas, o tipo e a localização da dor, a sua irradiação, os fatores predisponentes e desencadeantes e os de piora ou de melhora devem ser investigados. Uma vez que a dor lombar constitui um sintoma que pode ser causado por doenças de outros órgãos e sistemas, a anamnese e os dados sobre os diversos aparelhos, a história familiar e os antecedentes pessoais devem ser rotineiramente pesquisados. Os hábitos do doente, incluindo o tabagismo, a posição de dormir, o tipo de colchão e de travesseiro, as principais posições assumidas durante o trabalho, estudo, lazer

e atividades esportivas, e satisfação pessoal e no trabalho são elementos importantes para elucidação diagnóstica e para prevenir a perpetuação do quadro doloroso após o tratamento. (Imamura, S.T. et. al.).

Na avaliação além do padrão da dor, foi estabelecida correlação clínica das queixas com local acometido, e avaliado apresenta sinais orgânicos da patologia, bem como avaliação dos exames complementares trazidos, terapêutica em vigência e resposta desta.

Levantamento de dados de risco como idade, sabe-se desgaste importante que vai ocorrendo ao longo dos anos, principalmente impacto de doenças degenerativas, desmineralizações ósseas seja por idade, sejam patológicas. Presença ou não comorbidades, como degenerações patológicas, mais comuns por traumas, implantes metastáticos, doenças auto-imunes, que aumentam a progressão desgaste orgânicos e impactos. Alterações psicossociais como depressão, alcoolismo, dependências químicas, tabagismo, contentamento com atividades no labor e fora dele.

Trazendo isto para âmbito patológico, o médico através de uma competente avaliação (anamnese + inspeção + exame físico), pode-se concluir que se uma pessoa é portadora ou não de uma determinada patologia, e se a mesma decorre sequelas ou lesões vigentes de atividade que poderiam influenciar nas suas atividades de vida diária, bem como, a incapacitar para funções laborativas. Essa “incapacidade”, pode se tratar de cunho físico, mental, sendo permanente ou temporária. A capacidade laborativa é a relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las. (Epiphany, E B, 2009)

Para correlação com dados gerais de afastamentos com afastamento por M545 foi usado programa da previdência, o Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) da Previdência Social por meio da rede interna de computadores do INSS acessado dados gerais de benefícios gerados e indeferidos, este programa permite fazer a consulta aos dados e informações de benefícios previdenciários e assistenciais gerenciados pelo INSS por agência, por período, identificação e faixa etária.

Fechando-se no âmbito previdenciário a resolução por capacidade, ou não para desempenho de uma determinada atividade, com fins de

enquadramento a um benefício pretendido, com discussão baseado nos artigos apresentados.

3 RESULTADOS

Durante um período de 12 meses foi tabelado atendimentos, como demonstrado na Figura 1, depois de separados por CID M545 lombalgia baixa, na Figura 2, em um total de 15 benefícios gerados, com 1 encaminhamento reabilitação, 1 aposentadoria.

Figura 1 - Solicitações, deferimentos e indeferimentos de benefícios (dados SUIBE).

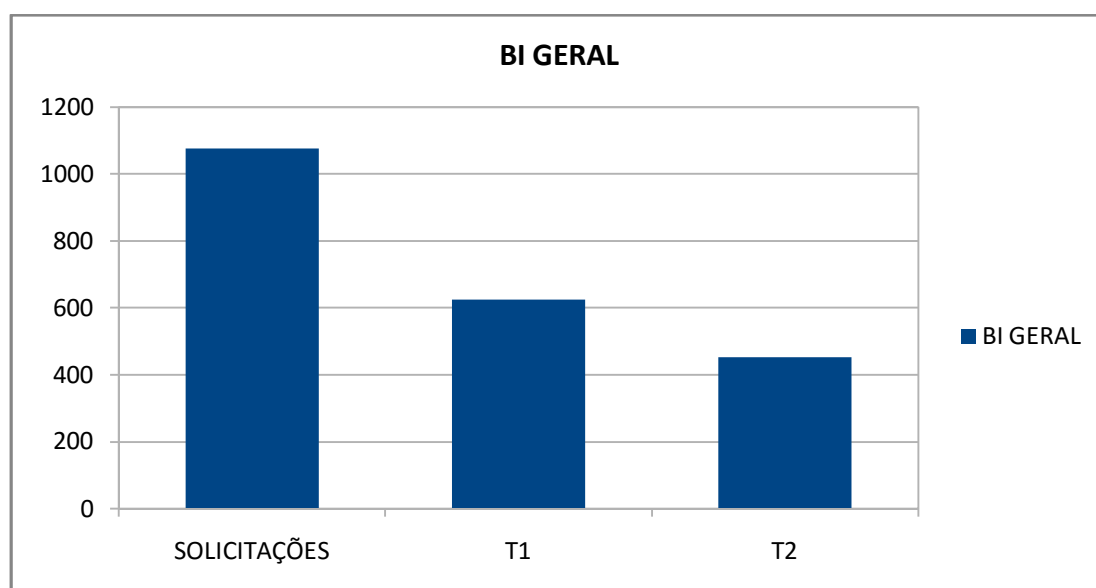
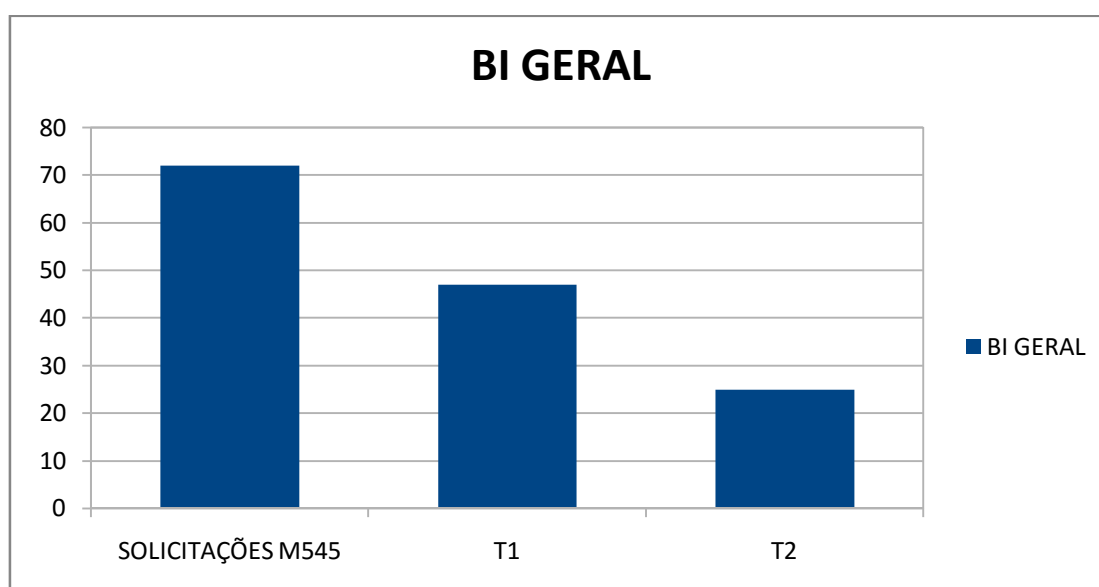
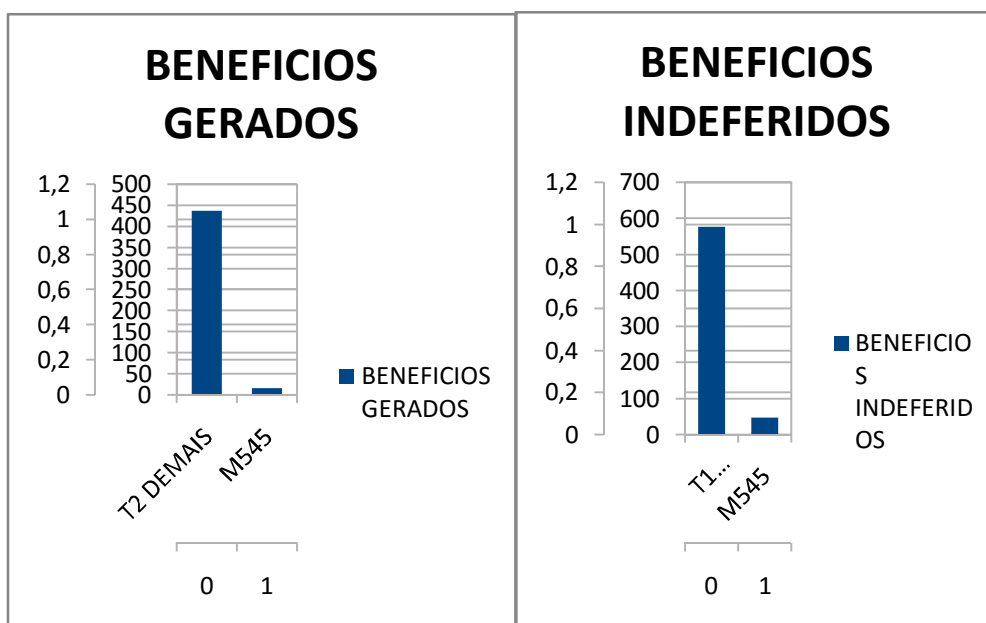


Figura 2 – Solicitações separadas por CID M545, deferimentos e indeferimentos de benefícios (dados coleta manual).



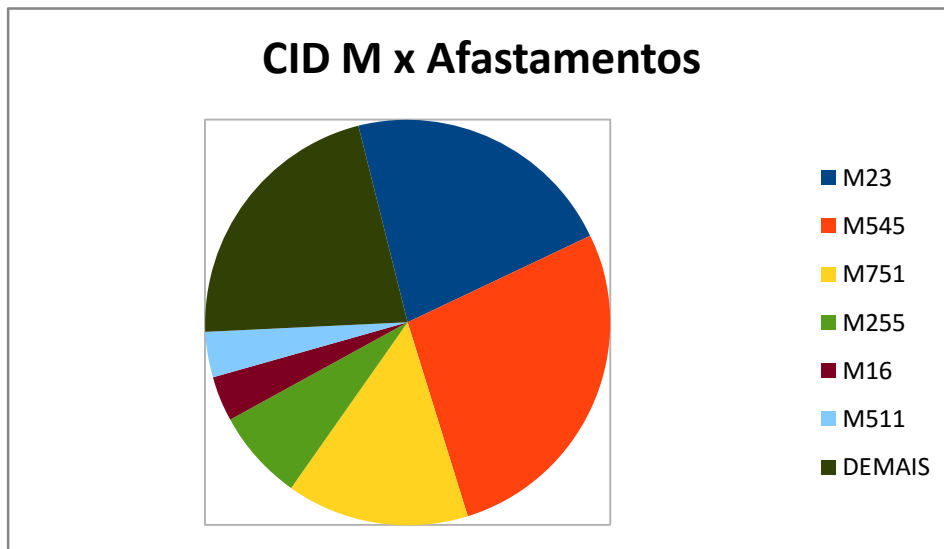
Em um total de benefícios gerados nesse período de 12 meses, somaram-se 453, os afastamentos por M545 totalizaram 3,56% dos afastamentos em geral, como pode ser observado na Figura 4a. E no total de 624 indeferimentos ou cessações, totalizando por M545 por 7,53%, mostrados na Figura 4b.

Figura 4 – Benefícios gerados e Benefícios Indeferidos (dados SUIBE e coleta manual).



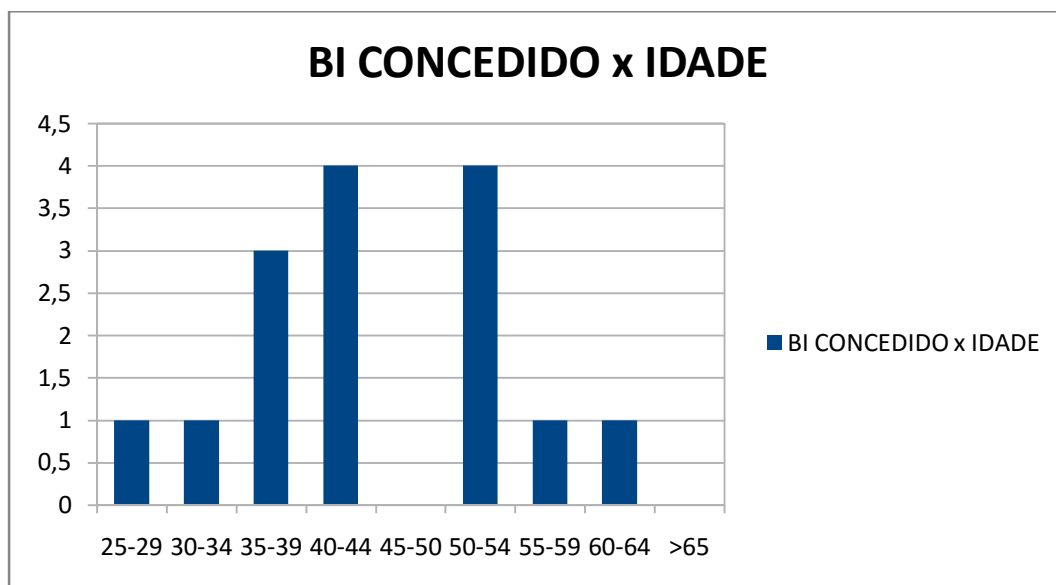
Considerando afastamentos por CID M totalizando 55 afastamentos, desses 15 por M545, ou seja, 27,27% dos afastamentos. CID M, demonstrando assim sua importância e frequência (Tabela 05).

Figura 5 – CID M x Afastamentos (dados SUIBE).



Nas faixas etárias e predominância foram idades de 35-54 anos, conforme apresentado na Figura 6, por se tratar de uma unidade com proximidade rural, maiorias das queixas se correlacionavam com trabalho com sobrecargas, adicionado ao tempo nesta atividade e desgastes naturais. Teve predominância masculina nos afastamentos totalizado 68% (11 dos 15 afastados).

Figura 6 – Benéficos concedidos por idade (dados SUIBE).



Alguns com sobrecarga emocional acarretando em uma síndrome dolorosa sem correlação com achados de exame, maioria subdiagnosticado como fibromialgia não entrando nesse grupo estudado. Nesses casos a análise do tempo decorrido inicio sintomas, com agravamentos, análise dos aspectos

psicossociais eram fundamentais. Análises dos sintomas presentes que denotam esse agravamento/ se apresentassem radiculopatias, perda força, diminuição reflexos era decisiva para modificação CID e análise da patologia e incapacidade para sua função.

Dentre as queixas mais comuns encontradas durante as avaliações foram de lombalgia mecânica comum (a forma mais prevalente), na maioria dos casos, com queixas de dores localizadas na lombar e nas nádegas. Raramente se irradiada para as coxas, ou difusas associadas com quadros psicoemocionais, e dores sem correlação trajetórias musculares ou nervosas, compatíveis com lombalgias inflamatórias autolimitadas.

Em casos de trabalhadores braçais com exames com alterações discais imagem apenas, apresentando-se assintomáticos, ou queixas sem correlação local alterado, como por exemplo, caso queixa dor lombar baixa com sequela fratura antiga diminuição espaço L1/2 e queixas baixas ou vice-versa, não trazendo repercussões de alterações posturais, sem restrições movimentos, sem sinais positivos a manobras, com sinais claros atividades braçais recorrentes e atuais, corroborando sua capacidade, inferidos.

Também encontrados casos relatos de perda motora, movimentos ou força, deambulando sem apoios, sem achados posturais, impotências ao exame, seja deambulação, subir escadas, fazendo contra-força a manobras demonstrando força, indeferidos.

Queixas artralguas, dores articulares com queixas exclusivamente região coluna, como presença de osteófitos, diminuição corpos vertebrais, sem limitações mobilidade ou força, alterações decorrentes idade apenas, sem comprometimentos pelo desgaste crônico, portanto sem necessidade afastamento.

Um exemplo que pode ser citado foi o de um periciado trazido em cadeira de rodas por “não deambular há 6 meses devido travamento pernas”, tendo notória sujidade e espessamento pés as manobras extensão passiva de perna, após citado em avaliação levanta e vai à maca, sobe e desce escadas, deixando examinar membros com contra força aplicada. No término avaliação sai deambulando normalmente citando “que tinha dificuldade apenas” nos traz

a tentativa de supervalorização da dor e tentativa de potencializar sintomas de radiculopatia referida e lesão crônica por compressão radicular não presente.

Dentre os avaliados, um apresentou como sequela pós-cirúrgica perda mobilidade parcial membro inferior direito e total pé D, por lesão L5/S1 com ausência reflexos neste membro, denotando assim impotência para atividades que usam este membro, e para atividades que tenham manutenção ortostatismo prolongado, função motorista, idade >50, baixa escolaridade, indicado aposentadoria.

Outro com sequela pós-cirúrgica por migração material para região intratecal/ artrodese L4/5/S1, conseqüente perda mobilidade de pé e dificuldade motora neste membro, < 40anos, operador maquina, encaminhado a reabilitação. Também houve casos de sequelas não incapacitantes, seja por presença retração cicatricial ou limitação mobilidade final/flexão acima de 90C, porém não limitando a funcionalidade para determinada atividade.

Três casos de lombalgias na gestação solicitaram afastamento, sendo afastadas ate data avaliação pericial, queixas comuns de dor mecânica, inflamatória, sem achados musculares e citação labor com carregamento peso e “impossibilidade por estar grávida”. Não possuindo achados patológicos ou restritivos, liberados ao retorno ao labor.

Grande parte já melhorado ate avaliação, mantida na avaliação queixas claramente musculares, sem achados musculares ao exame de retrações, contraturas ou restrições mobilidade, já feito Fisioterapia e anti-inflamatórios, portanto já passível melhora no prazo ate avaliação pericial, tendo alta data avaliação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das lombalgias são auto-resolutivas e não necessitam de grandes períodos de absenteísmo do trabalho, muitos casos não possuem indicação de afastamento, pois trata-se apenas de uma dor subjetiva sem restrições ou impotências funcionais. Ressalta-se que grande parte dos afastamentos decorre de agravamentos e tiveram alta para dia, corroborado pelos dados na literatura que referem que do “início até desaparecimento é por volta de três meses” [2012 Motta, Rubens].

Muitos casos não possuem indicação de afastamento, visto que os afastamentos pela previdência somente ocorrerão após 15 dias de afastamento pela empresa, devido a quadro muscular, que na maioria dos casos é resolvido em um curto período (5-10 dias) e lombalgias inflamatórias em até 30 dias.

Apesar da forte relação entre dor lombar e incapacidade, constatou-se que apenas um baixo percentual dos avaliados apresentou incapacidade funcional. Os pacientes que necessitaram de um período maior de afastamento se deram pelo fato de agravamentos e principalmente pós-operatórios (período de consolidação e fisioterapia), poucos com sequelas incapacitantes, o único paciente que recebeu este diagnóstico foi devido a complicações pós-operatórias e decorrente lesão motora parcial porém incapacitante, levando ao afastamento definitivo, outro com limitações devido à artrodese e labor braçal necessitando readequação função.

Na avaliação pericial uma anamnese eficiente e exaustiva, lembrando-se que mesmo com toda a cautela é possível deparar-se com alterações da realidade, pois em alguns casos pode-se observar respostas não verdadeiras ditas durante o exame físico (resultantes de simulações previamente treinadas por especialistas). E o que o perito pode esperar, é que esta simulação se confronte no final com as evidências averiguadas em achados locais e exames modificados.

Dados epidemiológicos ajudam a correlacionar com queixas e trazem segurança para melhor análise, coerentemente com o que cita literatura, onde

a maioria dos afastamentos se deu no sexo masculino em faixa etária maior que 40anos.

A descrição de forte intensidade de dor, a presença de relatos de irradiação para membros inferiores não demonstraram impacto sobre a capacidade laborativa ou funcional, e sim a presença de sinais inflamatórios e restritivos, e sinais clínicos de radiculopatias ou comprometimentos de força, gerando afastamentos temporários no período de sinais dos agravamentos com restrições e radiculopatias, período 30-90dias com retorno labor após sem negatificação. Casos cirúrgicos período de afastamento 90-180dias considerando-se período consolidação e reabilitação motora/fisioterapia, em complicações definitivas/sequelas motoras encaminhado a aposentadoria ou reabilitação.

Portanto conclui-se maioria dos afastamentos por lombalgias não tem indicações de afastamentos, e os afastados não se mantem incapazes por mais de 90dias, salvo casos pos-operatórios e complicações.

O ambiente que envolve a perícia é bastante complexo e amplo em situações que exige um perfil mais científico e investigador por parte do perito. Portanto, espera-se que os cenários descritos neste trabalho sirvam como uma reflexão para todos envolvidos.

5 REFERÊNCIAS

- [Bosi, M.L.M. 2004] Bosi, M.L.M e Mercados, F.J. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- [Brazil, AV *et al.* 2004] Brazil, AV *et al.* **Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias**. *Rev. Bras. Reumatol.*, vol.44, no.6, p.419-425. ISSN 0482-5004. Dez. 2004.
- [Epiphanio, E. B. 2009] Coordenadores: Epiphanio,E. B.; Xavier, J.R. de P. **Perícias Médicas: Teoria e Prática**. Editora Guanabara Koogan. Págs.: 394. 2009.
- [Gatched, R. J.. *et al.* 1995] Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. **The Dominant Role of Psychosocial Risk Factors in the Development of Chronic Low Back Pain Disability**.;20:2702-9, Spine 1995.
- [Ghizoni. M. F. *et al.* 2011] Ghizoni M. F.; Sakae T. M. , Felipe E. B. A., Souza B. C. , Danielli L., Padão D. L. **Aplicação da Escala de Oswestry em Pacientes com Doença Degenerativa da Coluna Lombar Submetidos à Artrodese**; Arquivos Catarinenses de Medicina. 0004-2773/11/40 - 04/19. 2011.
- [Imamura, S.T. *et al.* 2001] Imamura S. T., Kaziyama H. H. S., Imamura M. **Lombalgia**. *Rev. Med.*(São Paulo), 80(ed. esp. pt.2): 375-90, 2001.
- [Junior MH *et al.* 2010] Helfenstein Junior M., Goldenfum M A, Siena C. Artigo Revisão, Lombalgia Ocupacional; *Rev Assoc Med Bras* 56(5): 583-9. Acesso em 03jun16:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a22.pdf>
- [Melo, M P. P. *et al.* 2003] Melo M. P. P. , *et al.* **A Decisão Pericial no Âmbito da Previdência Social**; *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):105- 127, 2003
- [Motta, R. C., 2012] Motta, R. C. **Conceito Básicos de Perícia Médica**; Editora: Alínea e Átomo. Edição 1ª. ISBN 978-85-7670-189-7. Págs.: 220. Março 2012.
- [Oliveira, Roberta Meneses *et al.* 2013] Oliveira, Roberta Meneses *et al.* **Análise comparativa da capacidade funcional entre mulheres com**

fibromialgia e lombalgia. Rev. dor[online]. vol.14, n.1, pp.39-43. ISSN 1806-0013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100010>. 2013.

[Salveti M. G. et al. 2012] Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF; **Incapacidade Relacionada à Dor Lombar Crônica: prevalência e fatores associados;** Rev Esc Enferm USP; 46(Esp):16-23. 2012.

[Soares, Rafael de Souza et al. 2013] Soares, R. de S.; Silva, J. A. M. G.; Silva, Maria G. M. G.; Navega, M. T.. **Relação entre Incapacidade Funcional, Amplitude de Movimento e Dor em Indivíduos com e sem Lombalgia.** Terapia Manual. ISSN16775937-2013-11-51-43-47. v. 11, n. 51, p. 43-47, 2013.

[Souza NSS & Santana VS, 2011]; Souza N. S. S. e Santana V. S. **Fatores Associados à Duração dos Benefícios por Incapacidade: Um Estudo de Coorte;** Rev Saúde Pública 2011.

[Strauss, A. 1996] Strauss A. L.; **Qualitative Analysis for Social Scientists;** Editora Cambridge University Press. ISBN: 9780521338066. 1996.

[Vasconcellos, L, 2010] Vasconcellos L. P. W. C. **A Simulação na Perícia Médica. Subtítulo: A Arte e a Ciência de Investigas a Verdade Pericial.** Editora LTR, Edição: 2^a. ISBN: 9788536117263. Págs.: 128. ABRIL 2010.

ACESSOS A TEXTOS NA INTERNET

http://www.periciasmedicas.med.br/artigo_002.htm

<http://www.portaleducacao.com.br/biologia/artigos/12619/pericia#ixzz2gVx>

http://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/arq_861e2b12e30.p

<http://www.dicio.com.br/>

<http://www.psicologiananet.com.br/tipos-de-simulacao-no-contexto-forense-%E2%80%93-analise-psicologica/336/>

<http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4>

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABvFsAK/jornal-interno-saude-tontura-labirintite>

TEXTOS UTILIZADO

Helton LA Defino: Semiologia da Coluna Vertebra.

Alan de Freitas Passos e Naray Paulino: A simulação na realidade médica.

Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida: Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária.

6 ANEXOS

ANEXO 1

TABELA DE WADDEL

Detectar Sinais Físicos Não Orgânicos na Coluna Lombar : Os

Pacientes que apresentam 3 ou mais desses sinais merecem avaliação

1 Sensibilidade aumentada ao leve tato na região lombar, localizada ou ampla, ou sensibilidade profunda disseminada em localização não

2 Aparecimento da dor lombar à compressão axial do crânio ou durante a rotação do ombro e quadril simultaneamente.

3. Realização do teste de extensão do joelho com o indivíduo na posição sentada, simulando-se o exame físico do joelho (“Laségue sentado”).

4. Anormalidades motoras ou sensitivas em múltiplas regiões, que não podem ser explicadas com base anatômica.

5. A hiper-reação durante o exame é o sinal mais importante entre os sinais não orgânicos, representado pela verbalização desproporcional dos

Sintomas, expressão facial inadequada, tremores, desmaios e sudorese.

ANEXO 2

TESTE DE HOOVER

É solicitada a elevação dos membros inferiores com o paciente na posição supina, sustentando-os pelos calcanhares. Normalmente o paciente realiza força para baixo com o membro oposto ao que está elevando, e a ausência dessa força para baixo no lado contrário ao lado da elevação sugere

ANEXO 3

TESTE DE BURNS

O paciente fica ajoelhado sobre uma cadeira e é solicitado que ele apanhe objetos no solo, o que é possível por meio da flexão dos quadris, mesmo em pacientes com patologias da coluna lombar.

ANEXO 4

TESTE – ROLAND DISABILITY SCALE

Questions answered based on how they pertain to the patient today:

- 1) I stay at home most of the time because of my back.
- 2) I change position frequently to try and get my back comfortable.
- (3) I walk more slowly than usual because of my back.
- (4) Because of my back I am not doing any of the jobs that I usually do around the house.
- (5) Because of my back I use a handrail to get upstairs.
- (6) Because of my back I lie down to rest more often.
- (7) Because of my back I have to hold on to something to get out of an easy chair.
- (8) Because of my back I try to get other people to do things for me.

- (9) I get dressed more slowly than usual because of my back.
- (10) I only stand up for short periods of time because of my back.
- (11) Because of my back I try not to bend or kneel down.
- (12) I find it difficult to get out of a chair because of my back.
- (13) My back is painful almost all the time.
- (14) I find it difficult to turn over in bed because of my back.
- (15) My appetite is not very good because of my back pain.
- (16) I have trouble putting on my socks (or stockings) because of pain in my back.
- (17) I only walk short distances because of my back pain.
- (18) I sleep less well because of my back.
- (19) Because of my back pain I get dressed with help from someone else.
- (20) I sit down for most of the day because of my back.
- (21) I avoid heavy jobs around the house because of my back.
- (22) Because of my back pain I am more irritable and bed tempered with people than usual.
- (23) Because of my back I go upstairs more slowly than usual.
- (24) I stay in bed most of the time because of my back.

Response Points

Yes 1 No 0

Interpretation: • minimum score: 0

- maximum score: 24

- The higher the score the more severe the disability associated with the low back pain. A score of 0 indicates no disability and 24 severe disability.

- A score ≥ 14 indicates a patient in the poor outcome group.

ANEXO 5

OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE

A Escala de Oswestry (The Oswestry Disability Index - ODI) é um instrumento de avaliação de doença - específico recomendada para a avaliação das disfunções da coluna¹. O ODI é um instrumento ordinal, onde são analisados 10 critérios com seis alternativas de resposta para cada critério. A contagem total varia de 0 a 100, sendo que zero corresponde à função normal e 100 indica grande incapacidade. Para cada questão zero é a normalidade e cinco é a maior alteração funcional. A soma dos 10 quesitos divididos por cinco multiplicados pelo número de questões respondidas, e multiplicando tudo por 100, constitui o ODI (Ghizoni, Marcos Flávio; et al; 2011)

Scoring instructions

For each section the total possible score is 5: if the first statement is marked the section score = 0; if the last statement is marked, it = 5. If all 10 sections are completed the score is calculated as follows:

Example: 16 (total scored)

50 (total possible score) $\times 100 = 32\%$

If one section is missed or not applicable the score is calculated:

16 (total scored)

45 (total possible score) $\times 100 = 35.5\%$

Minimum detectable change (90% confidence): 10% points (change of less than this may be attributable to error in the measurement)

Interpretation of scores

0% to 20%: minimal disability:

The patient can cope with most living activities. Usually no treatment is indicated apart from advice on lifting sitting and exercise.

21%-40%: moderate disability:

The patient experiences more pain and difficulty with sitting, lifting and standing. Travel and social life are more difficult and they may be disabled from work. Personal care, sexual activity and sleeping are not

grossly affected and the patient can usually be managed by conservative means.

41%-60%: severe disability:

Pain remains the main problem in this group but activities of daily living are affected. These patients require a detailed investigation.

61%-80%: crippled:

Back pain impinges on all aspects of the patient's life. Positive intervention is required.

81%-100%:

These patients are either bed-bound or exaggerating their symptoms.

Section 1 – Pain intensity

I have no pain at the moment

The pain is very mild at the moment

The pain is moderate at the moment

The pain is fairly severe at the moment

The pain is very severe at the moment

The pain is the worst imaginable at the moment

Section 2 – Personal care (washing, dressing etc)

I can look after myself normally without causing extra pain

I can look after myself normally but it causes extra pain

It is painful to look after myself and I am slow and careful

I need some help but manage most of my personal care

I need help every day in most aspects of self-care

I do not get dressed, I wash with difficulty and stay in bed

Section 3 – Lifting

I can lift heavy weights without extra pain

I can lift heavy weights but it gives extra pain

Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently placed eg. on a table

Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned

I can lift very light weights

I cannot lift or carry anything at all

Section 4 – Walking*

Pain does not prevent me walking any distance

Pain prevents me from

walking more than 1 mile

Pain prevents me from walking more than 1 /2 mile

Pain prevents me from walking more than 100 yards

I can only walk using a stick or crutches

I am in bed most of the time

Section 5 – Sitting

I can sit in any chair as long as I like

I can only sit in my favourite chair as long as

I like

Pain prevents me sitting more than one hour

Pain prevents me from sitting more than 30 minutes

Pain prevents me from sitting more than 10 minutes

Pain prevents me from sitting at all

Section 6 – Standing

I can stand as long as I want without extra pain

I can stand as long as I want but it gives me extra pain

Pain prevents me from standing for more than 1 hour

Pain prevents me from standing for more than 30 minutes

Pain prevents me from standing for more than 10 minutes

Pain prevents me from standing at all

Section 7 – Sleeping

My sleep is never disturbed by pain
My sleep is occasionally disturbed by pain
Because of pain I have less than 6 hours sleep
Because of pain I have less than 4 hours sleep
Because of pain I have less than 2 hours sleep
Pain prevents me from sleeping at all

Section 8 – Sex life (if applicable)

My sex life is normal and causes no extra pain
My sex life is normal but causes some extra pain
My sex life is nearly normal but is very painful
My sex life is severely restricted by pain
My sex life is nearly absent because of pain
Pain prevents any sex life at all

Section 9 – Social life

My social life is normal and gives me no extra pain
My social life is normal but increases the degree of pain
Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests eg, sport
Pain has restricted my social life and I do not go out as often
Pain has restricted my social life to my home
I have no social life because of pain

Section 10 – Travelling

I can travel anywhere without pain
I can travel anywhere but it gives me extra pain
Pain is bad but I manage journeys over two hours
Pain restricts me to journeys of less than one hour
Pain restricts me to short necessary journeys under 30 minutes
Pain prevents me from travelling except to