

Avaliação pericial previdenciária de motoristas de ônibus urbano com dor lombar e ciatalgia

Perital social security assessment of urban transport drivers with low back pain and sciatica

José Henrique Peres dos Santos¹, Clarissa Mari de Medeiros²

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i1p36-44>

Santos JHP, Medeiros CM. Avaliação pericial previdenciária de motoristas de ônibus urbano com dor lombar e ciatalgia. Saúde, Ética & Justiça. 2018;23(1):36-44.

RESUMO: Introdução: A dor lombar (DL) e a ciatalgia são problemas de saúde que geram perda de produtividade e absenteísmo. Os motoristas do transporte público urbano apresentam índices significativos de acometimento destes sintomas que decorrem de diversas causas, que vão desde doenças locais a alterações psicossociais, gerando custos elevados a Previdência Social, com a concessão de benefícios. Devido à alta prevalência de dor lombar nesses profissionais, é comum esses segurados apresentarem-se às perícias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com tais queixas e, portanto, é importante que o médico perito esteja habilitado para avaliar quais pessoas realmente necessitam de afastamento do trabalho. **Objetivos:** Mostrar que elementos devem ser avaliados durante a perícia de motoristas de ônibus com queixa de dor lombar e ciatalgia. **Método:** Levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, Pubmed, Cochrane e Science Direct e em livros na área de Ortopedia e Ergonomia. **Resultados e discussão:** O perito deve manter a rotina de dedicar-se a anamnese, exame físico, avaliação de eventual simulação, exames complementares e exames no local de trabalho para que chegue à sua conclusão de maneira objetiva, imparcial e justa. O diagnóstico de DL e de ciatalgia na perícia médica depende de fatores não só relacionados à patologia, mas também à aspectos biopsicossociais. **Conclusão:** Como a dor é sintoma subjetivo, a prática pericial torna-se um desafio que demanda experiência para se averiguar a natureza da queixa apresentada e se é o caso de conceder afastamento laboral. Na área da previdência social, obtém-se avaliação adequada dos motoristas de ônibus na anamnese, a fim de buscar causas focais ou psicossociais; exame físico, visando avaliar repercussões reais ou simuladas; testes complementares, para corroborar e auxiliar na formulação da hipótese diagnóstica e avaliação ergonômica, para verificar os fatores externos relacionados ao trabalho que podem afetar a saúde do periciando, como recomenda o Conselho Federal de Medicina. Esta avaliação deve ser abrangente e objetiva, caso contrário, um benefício pode ser cancelado, mantido ou concedido indevidamente.

DESCRITORES: Dor Lombar; Ciática; Vibração; Exposição Ocupacional; Ergonomia; Exame Físico; Medicina do Trabalho; Simulação.

1. Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Membro da Associação Brasileira de Reconstrução e Alongamento Ósseo. e-mail: josehenriqueperesdosantos@gmail.com

2. Membro da Associação Nacional de Medicina Legal e Perícias Médicas. Membro da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. e-mail: clarissamari@hotmail.com

Endereço para correspondência: José Henrique Peres dos santos. Rua Boulevard Sá Peixoto nº 137- Manaus, AM - CEP 69070-160

INTRODUÇÃO

Durante a vida, cerca de 80% das pessoas são afetadas pela dor lombar (DL). O sintoma é considerado como a causa mais frequente de limitação das atividades laborais em pessoas menores de 45 anos. Nos Estados Unidos, o custo anual relacionado com DL é superior 100 bilhões de dólares. Deste total, dois terços se referem ao tratamento do paciente e um terço está relacionado com a perda de produtividade e falta no trabalho^{1,2}.

Na Alemanha, cerca de 60% dos trabalhadores que exercem atividades laborais associadas à má postura e à exposição à grande vibração referem DL durante o trabalho, ou logo após as atividades, necessitando de cuidados médicos³. Neste cenário, o motorista profissional apresenta 3 vezes mais chance de apresentar DL, quando comparado com pessoas em outras atividades profissionais^{4,5}.

No Brasil, a frequência de motoristas profissionais que apresentam DL varia de 17%⁶ a 51%⁵. Além disso, a DL e a cialgia associadas a esta atividade profissional podem estar relacionadas a alterações psicossociais, como depressão em ambiente de trabalho, estresse ocupacional, insatisfação laboral e qualquer alteração no ambiente familiar. Tais condições podem agravar o quadro álgico ou surgir antes dos sintomas na região lombar¹. Moraes et al. publicaram, em 2016, metanálise demonstrando que estes trabalhadores sofrem vibrações em todo corpo (VTC) durante a jornada laboral, e esta condição está intimamente ligada a desordens musculoesqueléticas⁷.

A VTC é aproximadamente duas vezes mais potente em veículos de grande porte, como caminhões e ônibus, do que em carros, uma vez que estes apresentam um sistema de amortecedores mais eficiente⁸. Uma das formas de se diminuir a VTC nos veículos de grande porte é garantir o uso de assentos que possam absorver parte desta vibração, com o emprego de amortecedores eletromagnéticos ou com bolsões de ar⁹.

Segundo dados da Previdência Social, em 2015 a dorsalgia e os transtornos dos discos intervertebrais foram responsáveis, respectivamente, por 25.028 e 4.464 casos de afastamento por Acidente de Trabalho no Brasil. Em ambas, mais da metade dos casos foram registrados sem a formalização da emissão do documento de Comunicação de Acidente de Trabalho¹⁰. Já em 2016, a concessão de auxílio-doença previdenciário e acidentário pelos mesmos motivos foi de 165.372 e 19.470 trabalhadores¹¹.

A compensação financeira, proveniente do benefício previdenciário, pode servir como estímulo para a disparidade entre os achados clínicos e os exames de imagem. Em 2007, o estudo que foi conduzido pela Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) e a National Spine Network (NSN), concluiu que pacientes que recebiam compensação financeira demoravam

mais tempo para se recuperar e apresentavam, em geral, sintomatologia e alterações não orgânicas mais evidentes quando comparadas à de pacientes que não recebiam este benefício¹². Trata-se, assim, de fator complicador na perícia médica previdenciária, visto que alguns periciandos podem tentar simular ou exacerbar a sintomatologia da patologia supracitada a fim de manter ou obter benefícios.

Devido à alta prevalência de dor lombar nesses profissionais e a incongruências que podem aparecer, na avaliação pericial, entre a sintomatologia relatada e as alterações notadas em exame físico e exames complementares, em especial nas perícias realizadas no INSS, é importante que o médico perito esteja habilitado para distinguir quais casos necessitam de afastamento do trabalho.

OBJETIVO

Demonstrar quais elementos devem ser avaliados, no âmbito da perícia médica previdenciária de motoristas de ônibus urbano com queixa de DL e/ou cialgia.

MÉTODO

Foi feito um levantamento livre de artigos, publicados nos últimos trinta e cinco anos, que tratam do tema em bases de dados como Pubmed, Science Direct, Cochrane e Scielo. Foram utilizados artigos de relevância, que foram citados em outros artigos. Além disso, o tema foi pesquisado em livros-texto de bases de Ortopedia, de Medicina do Trabalho e de Ergonomia. A regulamentação relacionada ao trabalho foi pesquisada nos endereços eletrônicos do governo brasileiro e do Conselho Federal de Medicina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificações

Em 1984, Schilling propôs uma classificação que separou as doenças ocupacionais 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.

Segundo esta proposição, que é amplamente utilizada nos dias de hoje, os motoristas de ônibus que apresentam DL ou cialgia podem estar enquadrados nos grupos II ou III. O fator que permite diferenciá-los é

relacionado ao período de início dos sintomas^{13,14}.

Quanto ao tempo de doença, a lombalgia pode ser classificada em aguda, subaguda ou crônica. A DL é aguda quando os sintomas são caracterizados por dor que tem início súbito e tem duração menor do que seis semanas. Geralmente está relacionada a comprometimento de estruturas paravertebrais e discos, apresentando cura espontânea, em que o paciente retorna ao trabalho em aproximadamente uma semana, mas pode apresentar recidiva em até um ou dois anos. A DL subaguda dura de seis a doze semanas e o retorno às atividades ocorre em cerca de três meses. Já a DL crônica ultrapassa doze semanas e é responsável por cerca de oito por cento de todos os casos, e este grupo representa a maior causa de diminuição de produtividade e de retorno ao trabalho das lombalgias^{15,16}.

Em relação à sintomatologia, a DL e a cialgia podem ser classificadas como específicas ou inespecíficas, quando os sintomas são conhecidos ou não, e orgânicas ou não-orgânicas, quando a sintomatologia segue o padrão de associação entre a doença e os dermatomos e miótomos afetados¹⁴.

Calabuig (em 2005, citado por Santos¹⁵), propôs duas classificações relacionadas à simulação: a primeira relacionada aos fins idealizados pelo simulador e a segunda relacionada à natureza da fraude clínica. Quanto aos fins, a simulação pode ser:

- Defensiva: para se evitar condenação;
- Ofensiva: atribuir uma lesão a terceiros, como vingança;
- Lucrativa: exploradores da bondade alheia como forma de ganho pessoal;
- Aduladora: imitam atos, comportamentos ou padecimentos de superiores em busca de reconhecimento pessoal;
- Ambiciosa: semelhante à aduladora, mas com o objetivo de obter honrarias e outros benefícios;
- Afetiva: razões sentimentais, amorosas ou rancorosas.

Já em relação à natureza da fraude, a doença pode ser:

- Provocada: lesões reais, porém autoinflingidas;
- Alegada: fingimento dos sinais e sintomas;
- Imitada: o simulador interpreta todo o quadro sintomatológico da doença alegada;
- Exagerada (Metassimulação): simulador tem a doença, mas exagera os sintomas para conseguir um benefício;
- Imputada: a doença existe, mas o simulador tenta criar outra causa para obter vantagem;
- Dissimulada: ocultação da doença para obter vantagem ou ser admitido em emprego¹⁵.

Anamnese

A anamnese deve avaliar inicialmente os aspectos convencionais da semiologia na prática médica. Com o intuito de se criar uma sistematização de abordagem dos avaliados, Rozenberg et al. sugerem que seja utilizado um sistema de bandeiras¹⁶, em que as cores das bandeiras (vermelha, laranja, amarela, azul e preta) são relacionadas a pontos específicos da história do examinado para melhor direcionamento na terapêutica, visando auxiliar a perícia médica.

As bandeiras vermelhas são evidências na história do examinado de que sua sintomatologia pode estar associada a doenças como câncer, fratura, infecção, síndrome da cauda equina ou lesão da medular ou radiculopatia severa¹⁶. As bandeiras laranjas são caracterizadas por doenças originárias de distúrbios psiquiátricos como depressão, distúrbios de personalidade e distúrbios pós-traumáticos¹⁶. Já as chamadas bandeiras amarelas estão relacionadas com alterações biomecânicas, ou ergonômicas, que associam o biótipo do examinando com o local de trabalho. As bandeiras azuis, que antigamente se enquadravam dentro das bandeiras amarelas, são vinculadas às percepções individuais sobre o trabalho e sua saúde, como ambiente de trabalho estressante, exigente ou insatisfatório ou medo de que aquela atividade possa desencadear o retorno do quadro álgico, percepção de que os colegas de trabalho não estão sendo efetivos ou que o trabalhador está sendo menos efetivo do que os colegas e alterações de relacionamento com seus superiores hierárquicos. Estão enquadradas, ainda, as sintomatologias que não possam ser caracterizadas como distúrbios psiquiátricos, como medo ou ansiedade isolada.

Os avaliados caracterizados como bandeiras pretas são aqueles que apresentam déficit laboral associado a condições externas ao trabalho que pode inibir o processo de reabilitação. Pode estar relacionado ao acesso que o empregado tem, em relação à seguradora de saúde, à atitude de companheirismo dentro do trabalho, aos atos relacionados com processos judiciais contra a empresa, à readequação ao trabalho para uma atividade que exija mais ou menos do empregado e alterações familiares¹⁷.

Os casos de lombalgia e cialgia ocupacional podem estar enquadrados em qualquer uma das bandeiras supracitadas, com isso, nota-se a necessidade de se criar alguma forma de avaliação psicológica e psiquiátrica a fim de descartar possíveis quadros de somatização em região lombar que necessitem de acompanhamento específico da área^{14,18,19}.

Como forma de tornar mais fácil e prática a avaliação de quanto esta dor afeta a capacidade de administrar as atividades do cotidiano, Oswestry criou um questionário, que posteriormente foi revisado, validado

e amplamente divulgado por Fairbank¹⁹, composto por dez itens relacionados a intensidade de dor, cuidados pessoais, capacidade de carregar peso, deambulação, permanência de tempo sentado, permanência de tempo em pé, relação entre sono e dor, vida sexual, vida social e possibilidade de viagens. Cada um destes itens contém seis possibilidades de resposta. De acordo com as respostas é gerada porcentagem que corresponde ao grau de incapacidade naquele momento, variando da seguinte maneira:

- 0-20% - Incapacidade mínima
- 21-40% - Incapacidade moderada
- 41-60% - incapacidade grave
- 61-80% - Incapacidade gravíssima ou invalidez
- 81-100% - Examinado restrito a cama ou exagerando os sintomas²⁰.

Na medicina assistencial, este questionário tem sido utilizado como forma de avaliação ambulatorial para evolução clínica e também na ponderação relacionada a melhora ou piora de dor pós-cirúrgica e que poderia, de alguma maneira, auxiliar na avaliação pericial.

É fundamental, também, que a anamnese inclua informações a respeito do exercício profissional do motorista, dentre eles: os aspectos ergonômicos, as condições e a organização do trabalho.

Exame Físico

Na avaliação médica pericial, o exame físico direcionado para a coluna lombar segue os padrões semióticos descritos pela literatura médica mundial. A inspeção se inicia desde a entrada do periciando no ambiente em que o mesmo será examinado. Deve ser avaliado o tipo de marcha, se há necessidade de utilização de algum auxílio para deambular, se há déficit muscular, presença de segmentos dos membros e claudicação. Posteriormente, avalia-se a presença de cicatrizes, manchas hipo ou hipercrômicas, tufo piloso, encurtamento de membros, desvios de eixo da coluna e trofismo muscular.

Palpam-se as proeminências ósseas da coluna e bacia, musculatura paravertebral e abdominal, trajeto de nervo ciático e é realizada a busca por massas e nódulos em todo o território inspecionado. Posteriormente, avalia-se a amplitude de movimento da coluna em flexão, extensão, rotação lateral, inclinação lateral e combinação dos mesmos. Durante estes movimentos, também deve ser observada a reação do periciando para critérios de melhora ou piora da dor.

Como testes especiais para avaliação de DL e cialgia, podem ser realizadas as seguintes manobras: força muscular e reflexos tendinosos de acordo com o músculo-chave específico para a raiz nervosa, reflexos

especiais para neurônio motor inferior e superior, dermatômeros além dos testes especiais como:

- Teste de elevação do membro inferior deitado: Realiza-se a flexão passiva do quadril com o joelho estendido. O teste, descrito por Lazarevic, é considerado positivo quando o examinado apresenta dor entre 35-70° de flexão do quadril. Esta margem pode ser maior em casos de pessoas com frouxidão ligamentar;

- Teste de Lasègue: O teste é realizado em duas etapas. A primeira etapa ocorre semelhante ao teste de elevação do membro inferior deitado. A segunda etapa é composta por uma segunda elevação do membro inferior, mas, desta vez, com o joelho progredindo em flexão. O teste é considerado positivo quando apenas a primeira fase gerar dor lombar e em membro inferior. Atualmente no Brasil alguns examinadores descrevem equivocadamente o teste de Lasègue, descrito por Forst em 1881, como o teste de elevação do membro inferior deitado;

- Teste de Bragard: Inicia-se o teste de elevação do membro inferior deitado. Após encontrar o ponto doloroso, diminui-se a flexão do quadril até o ponto de desaparecimento da dor. Então é realizada a flexão dorsal do pé ipsilateral e ocorre o reaparecimento dos sintomas;

- Teste de elevação do membro inferior sentado ou teste de Bechterew: Com o periciando sentado com as pernas posicionadas para fora da maca, posiciona-se o mesmo com 90° de flexão do quadril e 90° de flexão do joelho. O examinador realiza a extensão passiva do joelho até o ponto do início dos sintomas. Como forma de aliviar os sintomas, o periciando diminui a flexão do quadril ou realiza extensão da coluna lombar na tentativa de aliviar os sintomas;

- Teste de elevação do membro inferior contralateral: O teste é semelhante ao teste de elevação do membro inferior só que utilizando o membro contralateral. É considerado como positivo quando é gerada sintomatologia para a perna afetada;

- Kerning: A pessoa está em posição supina, com os joelhos e quadris em flexão. Posteriormente o joelho é progressivamente estendido. Considera-se positivo se ocorrerem espasmos musculares envolvendo os músculos isquiotibiais como resultado de estiramento do nervo ciático nos ângulos menores que 135°;

- Brudzinski: Examinado em posição supina, o examinador põe uma mão atrás da cabeça do examinado e a outra no peito para contar o mesmo na mesa de exame. É realizada uma flexão cervical passiva progressiva. O teste é considerado positivo se ocorrer a flexão involuntária dos membros inferiores durante a flexão cervical devido ao estiramento nervoso através das meninges;

- Manobra de Valsalva: É realizada com o

examinado sentado. Solicita-se a expiração forçada com a boca fechada. O teste é considerado positivo se for relatado o aparecimento ou agravamento da dor irradiada devido ao aumento da pressão intratecal.

Além disso, devem ser avaliadas outras causas ortopédicas de dor local e dores que podem irradiar para o membro inferior relacionadas a alteração do nervo femoral, artrose do quadril, dor na região de articulação sacroilíaca e síndrome do piriforme. Para tal, são descritos os testes especiais:

- **Teste de Nachlas ou teste do estiramento do nervo femoral:** O examinado está posicionado em decúbito ventral, com quadril e joelho em posição neutra. É realizada a flexão passiva do joelho até a nádega ipsilateral. A manobra é considerada como positiva quando o avaliado refere dor na região, lombar, nádega ou anterior da coxa, por estiramento ou compressão das raízes de L2-L3. Deve-se fazer diagnóstico diferencial também com retração de quadríceps. O teste também pode ser realizado em decúbito ventral, mas adiciona-se a extensão de 15° do quadril antes do início da flexão passiva do joelho;

- **Teste de Patrick ou Fabere:** Avaliado inicialmente em decúbito ventral horizontal. Realiza-se flexão do joelho e quadril com o pé apoiado no joelho contra-lateral. Realiza-se pressão no joelho enquanto a pelve é apoiada com uma das mãos. O teste é considerado como positivo quando é relatada dor na articulação coxofemoral ou na articulação sacroilíaca;

- **Teste de Gaeslen:** Examinado está inicialmente em decúbito dorsal com os quadris, joelhos fletidos totalmente, a posição fletida é mantida pelo avaliado ao abraçar os joelhos, e com a nádega do lado a ser examinado sem contato com a superfície da mesa de exame. O membro inferior do lado sem apoio é liberado em direção ao solo com o examinador apoiando o examinado na mesa de exame para evitar quedas. O teste é considerado positivo quando é referida dor na articulação sacroilíaca;

- **Teste para síndrome do piriforme:** é realizada a abdução passiva e rotação medial (interna) do quadril. O resultado é interpretado como positivo quando o examinado refere dor na região glútea^{22,23}.

Revisão sistemática desenvolvida pelo grupo Cochrane avaliou a especificidade e a sensibilidade dos testes especiais relacionados com a dor ciática. Neste estudo, foi considerado que testes como manobra de elevação do membro inferior, elevação do membro contralateral, reflexos tendinosos, força muscular, avaliação de escoliose, fraqueza e cansaço muscular, reflexos tendinosos e alteração em dermatomas eram pouco favoráveis para o diagnóstico quando utilizados de forma isolada. Já a elevação do membro inferior

e elevação do membro contralateral apresentavam alta sensibilidade e especificidade em pacientes com indicação cirúrgica. Recomenda-se, ainda, a combinação dos testes supracitados para uma melhor validação do quadro clínico e salienta-se que não basta apenas saber realizar o exame, é necessário saber interpretar quando o mesmo é considerado como positivo²⁴.

Avaliação de Simulação

A relação médico-paciente é baseada na confiança de que o paciente está sendo coerente com a verdade ao relatar seus sintomas no ambiente ambulatorial. Na maioria das vezes, o paciente que procura este atendimento visa à obtenção de diagnóstico e tratamento clínico. Na prática pericial, em que há outros fatores que interferem na relação perito-periciando, a situação pode ser diferente. Por vezes, o periciando, inseguro de suas condições para o trabalho e considerando-se merecedor dos benefícios da seguridade social, pode tentar simular sinais e sintomas, na tentativa de obter ou de prolongar algum benefício relacionado à incapacidade laboral.

A lombalgia é um dos transtornos que mais levam a absenteísmo laboral e em que é mais difícil se caracterizar a simulação. Isto ocorre porque entende-se que a dor é alteração subjetiva e não existem manobras conclusivas que avaliem este sintoma. Com isso, não existe consenso sobre a sua determinação²⁵.

Em 1976, Waddell propôs cinco sinais de lombalgia não-orgânica:

- **Sensibilidade:** sensibilidade aumentada ao tato leve, localizada ou ampla, ou sensibilidade profunda disseminada em região não correspondente com padrão anômico de dermatomas;

- **Simulação:** dor lombar à compressão axial de crânio, dor à rotação dos membros;

- **Distração:** quando se faz o teste de elevação do membro inferior com o paciente sentado e deitado, simulando estar examinando o joelho, e não apresentar dor ciática;

- **Regional:** anormalidades motoras ou sensitivas que não podem ser explicadas com bases anômicas;

- **Sinal de Hiper-reação:** verbalização ou expressão facial inadequada ou desproporcional aos sintomas.

Se três ou mais sinais se apresentarem como positivos, deve ocorrer encaminhamento para avaliação psicossocial adicional^{22,26,27}.

Apesar de esta proposição demonstrar diversos aspectos relacionados à simulação, em 2004 foi realizado um estudo por Fishbain que não encontrou associação entre os sinais de Waddell e de ganhos secundários^{20,26,28}. Entretanto, pessoas que apresentam três ou mais sinais de Waddell positivos necessitaram de cerca de quatro

vezes mais tempo de reabilitação e diversas sessões de fisioterapia para melhora do quadro²⁸.

A medida em que se adquire experiência clínica, outros aspectos devem ser avaliados e verificados durante a prática pericial e a medicina assistencial para se analisar a veracidade das queixas e, mesmo se existirem sintomas, ponderar a necessidade de afastamento laboral. Segundo Durão e cols., durante a avaliação do periciando existem alguns aspectos comportamentais que podem auxiliar na percepção de simulação: aumento da movimentação corporal, desvio de olhar, discurso pouco afirmativo, alto tom de voz, demora em responder, respostas curtas, facilidade em distrair-se, descrições detalhadas e repetidas da situação que causou a lesão alegada, grande interesse em resultado de exames, uso exagerado de aparelhos ortopédicos e queixas de negligência e descaso do sistema médico e previdenciário²⁵.

Contudo, Carlos Durão citou em 2011 alguns sinais que podem auxiliar na evidência positiva de dor lombar: o sinal de Muller, em que o examinado demonstra com um círculo onde está a dor e o examinador palpa aquela região enquanto desvia a atenção do examinado para exames em outras regiões; o sinal de Levi, alteração das pupilas em resposta a dor, e o sinal de Mankof, que ocorre com o aumento da frequência cardíaca após a manipulação do local doloroso²⁶. Em outro artigo, o mesmo autor refere que na prática pericial estes exames devem ser analisados com cautela porque podem ser alterados apenas pela mobilização prévia ou alteração emocional do periciando durante a avaliação. Cita-se, ainda, que a Classificação de Calabuiç é interessante por separar as causas da simulação, mas o mais importante é a compreensão do porquê aquela simulação ocorre e se necessita de benefício e tratamento ou não³⁰.

Existem diversos exames que visam analisar a dor lombar e a cialgia. Conforme descrito anteriormente, a melhor forma de avaliar a positividade de alteração é associando testes, sendo este procedimento igualmente válido para a simulação. Caso um periciando que apresente teste de elevação do membro inferior positivo associado a um teste de Bechterew negativo e não correspondente ao dermatomo, existe a possibilidade do avaliado estar simulando²⁰. A avaliação específica para a simulação de dor lombar e cialgia pode ser realizada a partir dos testes de Hoover e Burns, descritos da seguinte maneira:

- Teste de Hoover: Examinado inicialmente em decúbito dorsal horizontal com joelhos e quadris em 0°. Solicita-se a elevação do membro inferior a ser testado enquanto o examinador apoia os membros pelos calcaneares. Normalmente o avaliado realiza força para baixo com o membro oposto ao que está elevando. A ausência desta força sugere simulação;

- Teste de Burns: Examinado fica ajoelhado sobre

a cadeira de exame e é solicitado que pegue um objeto no solo. O mesmo conseguirá realizar o movimento a partir da flexão do quadril mesmo em pessoas com doenças da coluna lombar^{22,23}.

Consideração adicional que deve ser feita sobre simulação: nem sempre os sinais não-orgânicos positivos indicam que existe simulação. Conforme a avaliação dos critérios de Waddell, foi demonstrado que examinados que apresentam doenças como fibromialgia podem apresentar dor lombar e não necessariamente estarem simulando²¹.

Isto acaba levando a outros fatores relacionados à simulação, tais como sobressimulação, dissimulação e metassimulação. No caso da sobressimulação, a pessoa que passa pela avaliação possui uma doença específica, mas acaba exacerbando os sintomas com a intenção de receber algum tipo de benefício. A metassimulação relaciona-se com a situação em que o indivíduo que já teve uma doença, atualmente curado, continua mencionando os sintomas para manter o seu status de beneficiário, e a dissimulação, que é a ocultação de sintomatologia a fim de obter situação de vantagem pessoal, como manter o emprego ou conseguir algum benefício como a aprovação em exame admissional³¹.

Exames Complementares

Conforme descrito anteriormente, no ambiente pericial, a DL e a cialgia são difíceis de serem documentadas apenas com o exame físico. Nestas situações, alguns exames podem auxiliar na formulação de uma hipótese diagnóstica.

O exame radiográfico tem seu valor nos casos de avaliação inicial das lesões associadas às bandeiras vermelhas, mas não dá noção real em casos de cialgia.

A tomografia computadorizada é bem indicada quando se quer avaliar e delinear as patologias ósseas, mas não seria o método de escolha para radiculopatia associada à hérnia discal visto que esta é alteração de partes moles que pode manter o espaço intervertebral preservado. Este exame, quando associado à mielografia ou discografia, pode aumentar sua acurácia e é uma opção para pacientes que não podem se submeter à ressonância nuclear magnética (RNM), mas pode apresentar casos de falso-positivos e aumento na velocidade de degeneração discal.

A RNM é o melhor método de imagem para avaliar quais as causas da radiculopatia uma vez que ela analisa os componentes neuronais que podem estar sendo afetados na cialgia. Analisa, ainda, alterações locais que podem justificar uma lombalgia, como artrose facetária. Entretanto, anormalidades, principalmente disciais, podem ser evidenciadas em pessoas assintomáticas e elas não são preditoras de problemas no futuro³².

A eletroneuromiografia (ENMG) avalia a

condução do impulso nervoso periférico a partir de sua efetividade no músculo avaliado. Ela tem indicação em casos que tenham pelo menos três semanas de evolução e é útil na diferenciação entre lesão periférica e central. Nos casos em que se quer avaliar um indivíduo com cialgia, este exame pode ter uma resposta desfavorável por questões anatômicas: tem-se, como exemplo, o fato de a raiz nervosa mais comumente afetada ser a proveniente de L5. Ela pode ser comprimida por uma alteração discal no nível L3-L4 e L4-L5 ou por estenose foraminal em L5-S1. O reflexo H, que é utilizado principalmente para avaliar radiculopatia de S1 verificando parte sensitiva e motora, não está presente em todos os indivíduos normais, principalmente nos acima de 60 anos. Além disso, em casos de lesão focal, o resultado pode ser mascarado quando associado a outros segmentos, e não demonstrar o grau real de lesão, ou se mostrar como falso negativo quando aparecem sintomas intermitentes. Uma outra desvantagem constatada é o fato de este exame não permitir o diagnóstico etiológico do comprometimento radicular^{33,34}.

O laudo pericial médico deve ser o mais elucidativo possível e o mesmo não deve trazer dúvidas em relação à sua conclusão. Como descrito acima, as afecções necessitam tanto de abordagem e questionamentos junto ao periciando quanto de avaliação por meio de exames complementares.

Ergonomia relacionada ao local de trabalho

A prevalência de dor lombar em motoristas de ônibus, como já comentado, é elevada. Parte deste problema está relacionado a alguns fatores como a permanência por tempo prolongado em congestionamentos, o curto período de descanso entre o término e o início das rotas, pressões relacionadas à organização do trabalho, dificuldade de saída e entrada dos passageiros, hostilidade dos passageiros e risco a vários tipos de violência. Além disso, a postura sentada, incômoda por tempo prolongado, associada à VTC pode gerar estresse mecânico na coluna vertebral e nas partes moles e desencadear a lombalgia e a cialgia.

A maior parte destes motoristas pode apresentar outras doenças associadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Crônicas do Coração, Diabetes Mellitus, alterações psiquiátricas e Obesidade³⁷.

Estudo desenvolvido no Rio de Janeiro demonstrou que estes trabalhadores apresentavam desconforto durante a rotina de trabalho e, também, durante o seu período de descanso. Durante o trajeto, que durava cerca de 70 minutos, os problemas observados eram os mesmos descritos acima, associados à dificuldade de observar o espelho do lado direito do ônibus, devido à lotação na parte anterior, à quebra dos ajustes dos bancos e à temperatura no ambiente³⁸.

Como a queixa de desconforto relacionada ao banco do motorista é uma constante mundial, deve-se dar a devida atenção para esta condição. A atenuação da VTC pode ser realizada por meio da utilização de ônibus com o piso mais próximo ao solo, assentos com amortecimento eletromagnético ou bolsas de ar, e motor posicionado na porção posterior do veículo. O investimento necessário, apesar de poder trazer custos elevados, leva à diminuição na prevalência de afastamentos laborais⁸. Em relação à temperatura interna do veículo, além de causar desconforto, entende-se que possa gerar risco de acidentes, visto que a maioria dos profissionais faz uso de lenço para enxugar o suor, o que pode criar momento de desatenção no trânsito. Esta situação poderia ser amenizada com a abertura de escotilhas na parte superior do ônibus, janelas mais largas e o uso de condicionadores de ar^{38,39}.

Em relação ao desconforto durante o período de descanso, os problemas estão relacionados ao tempo de descanso, que, em horários de pico de trânsito, poderiam chegar a apenas três minutos, resultando em pouco tempo para se alimentar e para necessidades fisiológicas. Com isso, os trabalhadores acabam fazendo suas refeições rapidamente, com os alimentos de baixa qualidade nutritiva e altamente calóricos. Esta dieta, associada ao sedentarismo que predomina nesta categoria, gera obesidade e predisposição para outras doenças³⁹. Já em relação às necessidades fisiológicas, é interessante avaliar a presença de instalações sanitárias nos pontos finais, visto que alguns motoristas se veem obrigados a realizar suas necessidades na rua ou a solicitar o uso de locais que detenham sanitários em locais próximos ao ponto final, fator estressante quando rotineiro³⁹.

CONCLUSÃO

Entendendo a dor como sintoma subjetivo, a prática pericial torna-se desafiadora, sendo necessário experiência para saber identificar a veracidade e a intensidade dos sintomas alegados. A perícia médica previdenciária para DL e cialgia em motoristas de ônibus urbano deve basear-se em dados obtidos através de: (1) anamnese: para se buscar causas focais ou psicossociais, estratificando e direcionando a avaliação a partir das bandeiras e da quantificação a partir da escala de Oswestry, (2) exame físico: para avaliar se o quadro descrito na anamnese é compatível com os sinais observados no exame físico do periciado (3) exames complementares: para corroborar e auxiliar na formulação da(s) hipótese(s) diagnóstica(s) e corroborar com as queixas e achados do exame físico e (4) avaliação de aspectos ergonômicos: para verificar os fatores relacionados com o trabalho que podem afetar a saúde do periciando. Esta avaliação deve ser abrangente e objetiva para que a conclusão seja o mais factual possível e retrate de modo fidedigno a realidade do caso.

Santos JHP, Medeiros CM Pericial social security assessment of urban transport drivers with low back pain and sciatica. *Saúde, Ética & Justiça*. 2018;23(1):36-44.

ABSTRACT: Introduction: Lumbar and sciatica pain (LP) are health problems that cause loss of productivity and absenteeism, generating high social security costs due to benefits. Urban public transport drivers show these symptoms at significant rates, generating high social security costs, with the granting of benefits. The causes vary considerably, ranging from localized diseases to psychosocial factors. The medico-legal experts at the Brazilian National Social Security Institute (INSS) must decide whether the person needs or not the benefit in order to grant the benefit to whom it is due. **Objectives:** To present relevant aspects of the medical expert assessment of urban bus drivers with DL or sciatica in the last 35 years. **Method:** Bibliographic review in the Scielo, Pubmed, Cochrane and Science Direct databases. In addition, books on Orthopedics and Ergonomics were consulted. **Results and discussion:** The medical expert must dedicate himself, on a regular basis, to anamnesis, physical examination, evaluation of truth-telling, supplementary examinations and examinations in the workplace to arrive to an objective and impartial conclusion. The expert's diagnosis of LP and sciatica depends not only on pathological, but on biopsychosocial factors as well. **Conclusion:** Since pain is a subjective symptom, establishing a diagnosis is a challenging task to the medical expert, who must be experienced to be able to identify the truth of the alleged symptom. To perform an adequate evaluation of the bus driver's health conditions, a series of examinations are conducted by the experts in the social security system: an anamnesis, to identify possible focal or psychosocial causes; a physical examination, to evaluate if the person has a real or simulated condition; supplementary tests, to corroborate and assist in the formulation of the diagnostic hypothesis; and an ergonomic evaluation, to verify external factors related to work that may affect the person's health, as recommended by the Federal Council of Medicine. This evaluation should be as comprehensive and objective as possible; otherwise, a benefit may be improperly canceled, maintained or granted.

KEY WORDS: Low Back Pain; Sciatica; Vibration; Occupational Exposure; Ergonomics; Physical Examination; Occupational Medicine; Simulation.

REFERÊNCIAS

1. Raymond JG, Ashley LP. Lower back pain and disorders of intervertebral discs. In: Canale, S.T. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 12ª Ed. Saint Louis: Mosby/Manole; 2013. p.1897-964.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Severe headache or migraine, low back pain, and neck pain among adults aged 18 and over, by selected characteristics: United States, selected years 1997-2014 [Internet]. *Estados Unidos da América*; 2015 [acesso em 2017 jul. 02]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2015/041.pdf>
3. Raffler N, Rissler J, Ellegast R, Schikowsky C, Kraus T, Ochsmann E. Combined exposures of whole-body vibration and awkward posture A cross sectional investigation among occupational drivers by means of simultaneous field measurements. *Ergonomics*. 2017;60(11):1564-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00140139.2017.1314554>
4. Kelsey JL, Hardy RJ. Driving of motor vehicles as a risk factor for acute herniated lumbar intervertebral disc. *Am J Epidemiol*. 1975;102(1):63-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112135>
5. Andrusaitis SP, Oliveira RP, Barros Filho TEP. Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2006;61(6):503-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322006000600003>
6. De Vitta A, De Conti MHS, Trize DM, Quintino NM, Palma R, Simeão SFAP. Sintomas musculoesqueléticos em motoristas de ônibus: prevalência e fatores associados. *Fisioter Mov*. 2013;26(4):863-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000400015>
7. Moraes GFS, Sampaio RF, Silva LF, Souza MAP. Whole-body vibration and musculoskeletal diseases in professional truck drivers. *Fisioter Mov*. 2016;29(1):159-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AR01>
8. Lewis CA, Johnson PW. Whole-body vibration exposure in metropolitan bus drivers. *Occup Med (Lond)*. 2012;62(7):519-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqs096>
9. Blood RP, Yost MG, Camp JE, Ching RP. Whole-body vibration exposure intervention among professional bus and truck drivers: A laboratory evaluation of seat-suspension designs. *J Occup Environ Hyg*. 2015;12(6):351-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15459624.2014.989357>
10. Brasil. Secretaria de Previdência. Ministério da Economia. *Anuário Estatístico da Previdência Social* [Internet]. Brasília; 2016 [acesso em 2017 jul. 01]. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/08/aeps2016.pdf>
11. Brasil. Secretaria de Previdência. Ministério da Economia. *Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10* [Internet]. Brasília; 2016 [acesso em 2017 jul. 02]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>
12. Atlas SJ, Tosteson TD, Hanscom B, Blood EA, Pransky GS, Abdu WA, et al. What is different about workers' compensation patients? Socioeconomic predictors of baseline disability status among patients with lumbar radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(18):2019-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e318133d69b>
13. Schilling RSF. More effective prevention in occupational

- healpractice? J Soc Occup Med. 1984;34(3):71-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/34.3.71>
14. Helfenstein JM, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(5):583-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000500022>.
 15. Santos JC. Simulação e dissimulação em clínica forense. In: Vieira DN, Quintero JA, coords. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Brasília: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p.149-58.
 16. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016;25(9):2788-802. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-016-4684-0>
 17. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Treatment strategy for chronic low back pain. Joint Bone Spine. 2012;79(6):555-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2012.09.003>
 18. Gray H, Howe T. Physiotherapists' assessment and management of psychosocial factors (Yellow and Blue Flags) in individuals with back pain. Phys Ther Rev. 2013;18(5):379-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1179/1743288X13Y.0000000096>
 19. Raymond JG, Ashley LP. Lower back pain and disorders of intervertebral discs. In: Canale, S.T. Campbell's Operative Orthopaedics. 13ª Ed. Saint Louis: Mosby/Manole; 2017. p.1644-727.
 20. Standaert CJ, Herring SA, Sinclair JD. The patient history and physical examination: cervical, thoracic, and lumbar. In: Rothman-Simeone. The Spine. 6ª Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.170-87.
 21. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 2000 [acesso em 2017 ago. 01]; 25(22):2940-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11074683>
 22. Delfino HLA. Dor lombar. In: Barros Filho TEP, Lech O. Exame Físico em Ortopedia. 2ª Ed. São Paulo: Sarvier; 2001. p.37-75.
 23. Takata ET, Basile R. Propedêutica da Coluna Vertebral. In: Leite NM, Faloppa F, orgs. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.179-86.
 24. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. Cochrane Data Syst Rev. 2010;17(2):CD007431. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007431.pub2>
 25. Jorge RM, Jorge BM. Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência. Acta ortop bras. 2011;19(4):181-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522011000400001>
 26. Durão CH, Lucas, F. Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia. Rev Bras Criminalística. 2015;4(1):26-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.15260/rbc.v4i1.86>.
 27. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Nonorganic physical signs in low-back pain. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 1980 [acesso em 2017 jul.15]; 5(2):117-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6446157>
 28. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell signs) and secondary gain/malingering? Clin J Pain [Internet]. 2004 [acesso em 2017 jul. 16]; 20(6):399-408. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15502683>
 29. Gaines Jr. WG, Hegmann KT. Effectiveness of Waddell's nonorganic signs in predicting a delayed return to regular work in patients experiencing acute occupational low back pain. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 1999 [acesso em 2017 jul. 16]; 24(4):396-400. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10065525>
 30. Durão C, Pinto R, Nuno D. O papel do ortopedista nos acidentes de trabalho. Rev Port Ortop Traum [Internet]. 2012 [acesso em 2017 jul. 18]; 20(3): 295-302. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222012000300004&lng=pt.
 31. Alcântara HR. Perícia Médica Judicial. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
 32. Anderson GBJ. Lumbar disc disease. In: Rothman-Simeone. The Spine. 6ª Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.846-57.
 33. Tavee J, Levin KH. The electrodiagnostic examination. In: Rothman-Simeone. The Spine. 6ª Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.221-36.
 34. Nobrega JAM, Manzano GM. Eletro-neuromiografia: Bases e Aplicações. In: Barros Filho TEP, Lech O. Exame Físico em Ortopedia. 2ª Ed. São Paulo: Sarvier; 2001. p.63-71.
 35. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº1.488/1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador [Internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2017 jul. 18]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1488_1998.htm
 36. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009. [...] Dispõe sobre a estruturação da Carreira de Perito Médico Previdenciário, no âmbito do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Evandro Chagas e do Centro Nacional de Primatas e do Plano Especial de Cargos do Ministério da Fazenda[...] [Internet]. Brasília; 2009 [acesso em 2017 jul. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm
 37. Alperovitch-Najenson D, Santo Y, Masharawi Y, Katz-Leurer M, Ushvaev D, Kalichman L. Low back pain among professional bus drivers: ergonomic and occupational-psychosocial risk factors. Isr Med Assoc J [Internet]. 2010 [acesso em 2017 nov. 19]; 12(1):26-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20450125>
 38. Querido A, Nogueira T, Gama R, Orlando J. Ergonomic work analysis of urban bus drivers in Rio de Janeiro city. Work. 2012;41(Suppl 1):5956-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-0993-5956>
 39. Guimarães IG. Um levantamento das demandas ergonômicas em uma empresa de transporte coletivo urbano [monografia] [Internet]. Bagé: Universidade Federal do Pampa; 2012 [acesso em 2017 nov. 20]. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/labserv/files/2014/02/o_guimaraes_2012.pdf

Recebido para publicação: 15/03/2018

Aceito para publicação: 29/06/2018