



Trabalho 103

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA EM PERICIANDOS PORTADORES DE FIBROMIALGIA

Clarissa Mari de Medeiros¹, Talita Zerbin², Raquel Barbosa Cintra², Eduardo Costa de Sá³, Victor Alexandre Percínio Gianvecchio⁴, Daniel Romero Muñoz⁵

¹Médica Residente de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Médica preceptora da Residência de Medicina do Trabalho e de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

³Vice Supervisor do Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

⁴Médico Perito da Vara de Acidentes do Trabalho da Comarca de São Paulo

⁵Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

clarissamari@hotmail.com

Introdução

A fibromialgia é uma entidade sindrômica de caráter crônico, não inflamatória, intermitente, de etiologia controversa, que se manifesta principalmente no sistema músculo-esquelético, podendo se associar a distúrbios do sono, fadiga crônica, cefaléia, rigidez matinal, ansiedade e depressão. Solicitações de benefícios são frequentemente realizadas em decorrência desta doença, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1992, como entidade reumatológica.

As dificuldades diagnósticas da fibromialgia encontradas na prática médica assistencial, em decorrência de critérios ainda não consensuais, também são enfrentadas pelos médicos peritos em diversas esferas. Segundo o *site* do Ministério da Previdência nos períodos de 2004 a 2012, a fibromialgia esteve entre as três principais causas de concessão de benefícios solicitados no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Entretanto, sabe-se que a caracterização pericial da doença e a avaliação da capacidade laborativa do periciando são complexas.

O perito judicial defronta-se, rotineiramente, com dois quesitos básicos:
– 1) A fibromialgia é uma doença que acarreta incapacidade laborativa? –
2) Tal doença tem nexos causais com alguma atividade laborativa?

¹ Autor correspondente: Clarissa Mari de Medeiros. Avenida Doutor Arnaldo, 455, Cerqueira César-São Paulo/SP. CEP 012903-000. Tel.: (11)30618417. Email: clarissamari@hotmail.com.



Trabalho 103

Objetivos

O presente trabalho tem por objetivo verificar o conceito atual da fibromialgia, bem como determinar os critérios médico-legais que permitam a avaliação da capacidade laborativa e do nexos causal com as atividades laborativas exercidas por periciandos diagnosticados com fibromialgia.

Métodos

O presente trabalho foi elaborado a partir de revisão de literatura nas bases de dados Pubmed, Scielo, CAPES e Lilacs.

Foram selecionados 36 artigos a partir da leitura de seus resumos, além do estudo do Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia e de dados presentes no site do Ministério da Previdência Social referentes ao período de 2004 a 2012. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram “*fibromialgia*”, “*jurisprudência*” e “*previdência social*”, cujos correspondentes em inglês são “*fibromyalgia*”, “*jurisprudence*” e “*social security*”.

Critérios de inclusão dos artigos basearam-se na data – a partir de 2002, tema associado com avaliação pericial, aspectos ocupacionais, origem e prevalência da doença nas línguas inglesa, portuguesa e francesa. Excluídos artigos que detinham no título sugestões ou informações sobre tratamento da doença, e nos demais idiomas.

Resultados / discussão

A doença está enquadrada no grupo que correspondeu a um total de 7.756 benefícios de auxílio-doença previdenciários e 970 de auxílio-doença acidentário concedidos no ano de 2011, e 1.927 benefícios de auxílio-doença previdenciários e 242 benefícios de auxílio-doença acidentário até março de 2012, pela Previdência Social. De acordo com dados da literatura, a prevalência estimada da doença é de 0,66 a 4% da população, atingindo preferencialmente o sexo feminino. Os critérios diagnósticos atuais não contemplam mais os *tender points*, definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 1990, e englobam os sintomas não relacionados ao aparelho locomotor, além da dor musculoesquelética, que avaliam a sua intensidade. A relação da doença com atividade ocupacional é alvo de discussões, uma vez que condições como doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), doenças somatoformes e distúrbios psiquiátricos costumam ser diagnósticos diferenciais difíceis de serem distinguidos. Exames propedêuticos e complementares não elucidam completamente o diagnóstico. O fato de a fibromialgia não ser considerada doença por alguns autores baseia-se na possibilidade da mesma apenas fazer parte de um espectro de respostas alteradas a um fator estressor. Desse modo, os peritos médicos poderiam desconsiderá-la como causa de incapacidade laborativa (Martinez, 2006). A Ordem de Serviço do INSS publicada em 1998 apresenta visões contraditórias a respeito do conceito da doença: “*pode-se concluir que a fibromialgia é uma doença complexa que pode ter ou não um*



Trabalho 103

componente ocupacional importante". Entretanto, na segunda seção do mesmo documento, a fibromialgia foi classificada como "*patologia não ocupacional*".

A avaliação da saúde mental dos portadores de fibromialgia é fundamental para a caracterização da síndrome, uma vez que sintomas psíquicos estão associados à doença em 20 a 50% dos casos (Wolfe e Potter, 1996). Apesar de existir crítica a respeito da hipervalorização de exames complementares no diagnóstico de algumas doenças (Martinez, 2006), a utilização dos mesmos pode ser útil em perícias médicas para casos complexos e controversos como os de fibromialgia, uma vez que o exame físico detém valor subjetivo e pode ser simulado pelo periciando solicitador de benefício. Brioschi (2008) pôde estabelecer correlação entre a clínica dos pacientes, seguindo os critérios mais utilizados pelo Colégio Americano de Reumatologia (os *tender points*- critérios estes preteridos em relação ao mais atual método com uso de questionário, a partir do qual o paciente deverá preencher três critérios- dor, duração dos sintomas e exclusão de demais diagnósticos com semelhantes sintomas) com o exame de termografia infravermelha – método diagnóstico que, por meio de sensor acoplado a um sistema computadorizado, mensura a distância da radiação infravermelha emitida pela superfície cutânea, com sensibilidade de 0,07°C, o que representa relação direta com a microcirculação cutânea sob controle do sistema neurovegetativo cutâneo. Outros estudos consideram que o método oferece um critério objetivo no diagnóstico complementar da fibromialgia, uma vez que esta apresenta um padrão hiper-radiante difuso correspondente às áreas musculares dolorosas, o que difere da hiper-radiação localizada encontrada na síndrome da dor miofascial (Martinez et al, 2009).

Conclusão

Exames complementares podem auxiliar a avaliação e o diagnóstico médico-legal no momento da perícia. A termografia infravermelha tem trazido mais objetividade ao diagnóstico da doença, e, somada aos exames de imagem convencionais, fornecem mais informações ao perito para que este possa correlacionar o quadro clínico com a capacidade funcional e avaliar a presença donexo causal com o trabalho.

A dor difusa relatada, sintoma essencial na síndrome fibromiálgica, é parâmetro subjetivo, que tende a ser melhor compreendido e interpretado com o resultado de avaliação psíquica e uso dos questionários citados no presente trabalho, sendo este último restrito, até o momento, a estudos e pesquisas relacionados ao tema.

A fibromialgia pode ser incapacitante devido à intensidade da dor e demanda física da função do periciando. Dessa forma, para estabelecer nexo ocupacional, há necessidade de avaliação da atividade laborativa exercida e do ambiente do trabalho, além da exclusão das demais hipóteses diagnósticas.

Referências bibliográficas

1. Ablin J, Neumman L, Buskila D. Pathogenesis of fibromyalgia. *Joint Bone Spine*. 2008;75:273-279.
2. Alvares T, Antunes M. Fibromialgia – interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. *Ciência e saúde coletiva*. 2010;15(3):803-812.

**Trabalho 103**

3. Aragon L. Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. Interface – comunicação, saúde, educação. 2010;14(32):155-169.
4. Araújo LA. Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. Revista brasileira de reumatologia. 2006;46:56-60.
5. Arnold LM, Clauw DJ, Mccarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. Mayo clinic proceeding. 2011;86:457-464.
6. Bennet RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. Arthritis and Rheumatism. 1996;39:1627-1634.
7. Bombana J. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. Jornal brasileiro de psiquiatria. 2006;55(4):308-312.
8. Brioschi ML, Yeng LT, Kasiyama HHS, Pastor EMH, Heupa S, Silva FMRM, Teixeira MJ. Documentação médico-legal da síndrome fibromiálgica: índice termográfico. Revista DOR. 2008;4:1327-1344.
9. Cavalcante A, Sauer J, Chalot S, Assumpção A, Lage L, Matsutani L, Marques A. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. Revista brasileira de reumatologia. 2006;46:40-48.
10. Cosci F, Pennato T, Bernini O, Berrocal C. Psychological Well-Being, negative affectivity, and functional impairment in fibromyalgia. Psychotherapy and Psychosomatics. 2011;80:256-258.
11. D'arcy Y. New thinking about fibromyalgia pain. Nursing, v. 41, n.2, p.63-64, 2011.
12. Ferreira EAG, Marques AP, Matsutani LA, Vasconcellos EG, Mendonça LLF. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. Revista brasileira de reumatologia. 2002;42(2):104-110.
13. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A Model to assess severity and impact of fibromyalgia. The journal of rheumatology. 1995;22:2313-2318.
14. Hauser W, Arnold B, Feld E, Flügge C, Henningsen P, Herrmann M, Köllner V, Kühn E, Nutzinger D, Offenbacher M, Schiltenswolf M, Sommer C, Thieme K, Kopp I. Management of fibromyalgia syndrome – an interdisciplinary evidence-based guideline. GMS German Medical Science. 2008;9(6):14.
15. Helfenstein MJ. Fibromialgia, LER, entre outras confusões diagnósticas. Revista brasileira de reumatologia. 2006;46(1):70-72.
16. Heymann RE. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. Revista brasileira de reumatologia. 2006;46(1):1-2, 2006.
17. Hughes G, Martines C, Myon E, Taïeb C, Wessly S. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK. Arthritis and rheumatism. 2009; 54:177-183.
18. Katz R, Block J. Fibromyalgia: update on mechanisms and management. JCR Journal of clinical rheumatology. v.13, n.2, p.102-109, 2007.
19. Martinez JE. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. Revista brasileira de reumatologia. v.2006;46(1):2.
20. Martinez J, Fujisawa E, Carvalho T, Gianini R. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos da fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. Revista brasileira de reumatologia. 2009;49: 32-39.
21. Moura A, Carvalho E, Silva N. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciência e saúde coletiva. 2007;12(6):1661-1672.

**Trabalho 103**

22. Nham FS, Lee PB, Kim TH, Kim YC, Lee CJ. Comparative analysis of the independent examination reports and legal decisions in pain medicine. *The Korean Journal of Pain* 2010;23:28-34.
23. Page J, Iverson G, Collins P. The impact of judges' perceptions of credibility in fibromyalgia claims. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008;31:30-40.
24. Paiva ES. Fibromialgia. *Revista brasileira de reumatologia*. 2003;43:112-118.
25. Perdrix, J. Fibromyalgie, comment évaluer la capacité de travail? *Revue Médicale Suisse*. 2007;116:1585-1587.
26. Perrot S. Fibromyalgia syndrome: a relevant recent construction of an ancient condition? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2008;2:122-127.
27. Provenza J, Pallak D, Paiva E, Helfenstein M, Heymann R, Matos J, Souza E. Projeto Diretrizes – Fibromialgia. *Sociedade brasileira de reumatologia*. 2004
28. Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? *Journal of rheumatology*. 2003; 30:2045-2053.
29. Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Forrest D. Employment and health status changes among women with fibromyalgia: a five- year study. *Arthritis and rheumatism*. 2008;59:1735-1741.
30. Rezende MC. A síndrome fibromialgia no dia-a-dia da medicina ocupacional. *Revista brasileira de reumatologia*. 2002; 42(5):318-319.
31. Rivera J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, Rejas J. Factors associated with temporary work disability in patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*. 2011;31(11):1471-1477.
32. White KP, Harth M, Teasell RW. Work disability evaluation and the fibromyalgia syndrome. *Arthritis and rheumatism*. 1995;24:371-381.
33. Wolfe F, Potter F, Potter J. Fibromyalgia and work disability – is fibromyalgia a disabling disorder? *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 1996;22:369-391.
34. Wolfe F, Katz R, Michaud K. Fibromyalgia diagnosis. *Arthritis and Rheumatism*, 2006;54:169-176.
35. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos ocupacionais. *Revista da associação médica brasileira*. 2012;58(3):358-365.
36. Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann F, Langhorst J, Weiss T, Winkelmann A, Wolfe F. Validation of the fibromyalgia survey questionnaire within a cross-section survey. *Plos one*. 2012;7(5):e37504.