



NOTA ESPECIAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO
FUNDADA EM 14/12/1944 . DECLARADA DE UTILIDADE PÚBLICA .
DECRETO 40162, DE 10/10/1955 DO GOVERNO FEDERAL.
LEI MUNICIPAL 892, DE 12/08/1958 DO RIO DE JANEIRO

ANO XXXVIII N° 2 ABR/MAI/JUN-2011

**Nossa
Doutrina**

“A redução, neutralização e controle dos riscos inerentes ao trabalho são condições fundamentais para garantir a qualidade do trabalho e do ambiente, a preservação da vida dos trabalhadores e essencial para o desenvolvimento sustentado da nação”.

EVENTOS

■ *Aconteceu*

Seminário sobre ASSÉDIO MORAL NOS DIVERSOS CENÁRIOS DA CONVIVÊNCIA SOCIAL, realizado em 05 de maio próximo passado em parceria com o CREMERJ e em seu Auditório.

A todos eles o nosso sincero obrigado e também pela participação efetiva de todos os presentes. Aprendemos bastante.

■ *Agenda*

Dia 25 de agosto



Fique de olho...!

SEMINÁRIO SOBRE MEIOS DE FACILITAÇÃO PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO TRABALHADOR DEFICIENTE (HABILITADO E REHABILITADO).

Esse Seminário será realizado em 2 Eventos distintos.

Evento 1 - Manhã das 9,00 hs às 12.30 hs.

Evento 2 - Das 13.30 hs. às 18.00 hs.

A SALUBRIDADE AMBIENTAL Noções gerais sobre conforto térmico

Quando a pessoa habita uma residência com muito calor, a membrana mucosa que reveste o nariz se congestiona; isso também acontece quando o ar está muito seco devido ao ressecamento provocado pela retirada da umidade do ar pelo aparelho de refrigeração.

Veja como as temperaturas influenciam no nosso organismo, leia mais na página 3.



A Decisão Errada pelo Motivo Certo - uma reflexão sobre a norma proposta pelo INSS para o novo modelo de perícia médica

No momento em que se busca maior seriedade e justiça na administração pública observa-se na "calada da noite" a discussão de uma nova norma proposta pelo Instituto Nacional do Seguro Social que se intitula "novo modelo de perícia médica".

Qual a opinião do Conselho Federal de Medicina e das Câmaras Técnicas de Medicina do Trabalho? É possível transferirmos a responsabilidade de decisão de assunto técnico para profissionais não qualificados?

Está aberta a discussão!
Páginas 5 - 7.

NTEP/FAP DECISÕES DA JUSTIÇA FEDERAL

A Justiça Federal vêm proferindo sentenças que consideram o NTEP/FAP inconstitucional, pelos erros, conceituais e estruturais, cometidos em sua formulação.

Desde que surgiu a primeira Medida Provisória e o posterior Decreto instituindo novos procedimentos para a questão do Seguro do Acidente do Trabalho, a ABMT em conjunto com a SOBES e o Conselho Federal de Estatística, firmaram posição mostrando que a nova orientação dada ao tema estava com erros contrários à verdade científica e aos procedimentos jurídicos.

Veja 2 casos já com a decisão judicial, na página 4.



Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

O termo "tendinite" pressupõe inflamação do tendão; pode guardar certas controvérsias devido à ausência de células inflamatórias locais em muitos casos, baixos níveis de prostaglandina locais e eficácia questionável de antiinflamatórios e corticóides quando usados isoladamente para a resolução da moléstia.

Leia a matéria completa nas páginas 8 - 12.



Expediente

Boletim de Divulgação da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT
Av. Almirante Barroso, 63/301 - Centro - RJ
CEP: 20031-003 Fax: 0XX(21)
2240-8519 Tel: 0XX(21) 2240-8469
E-mail: abmt@ecrj.com.br
site: www.abmt.org.br

Coordenação Editorial

Daphnis Ferreira Souto,
Eduardo L. Souto,
Nadja de Sousa Ferreira
e Armando J. M. Pimenta

Diretoria Executiva

Presidente:

Paulo Antonio de Paiva Rebelo

Diretor da Área Administrativa:

Eliane Monteiro Raposo

Adjunto: Vera Lúcia Santos Nogueira Pinto

Diretor da Área Financeira:

Ricardo Rodrigues da Cunha

Adjunto: Reinaldo Rocha Rosadas

Diretor da Área Científica:

Nadja de Sousa Ferreira

Adjunto: Laura M. de Povina Cavalcanti

Diretor da Área de Relações Externas:

Luiz Carlos Carnevali

Adjunto: Alessandra P. Bastos

Órgãos Deliberativos

Conselho Superior

Silvia Regina Fernandes Matheus
Elisabeth Fialho Cantarelli
Jorge da Cunha Barbosa Leite
Eduardo Leal Souto
Osmond Degow da Rocha
Mônica Machado M. Ferreira Werneck

Conselho Técnico - Científico

Antonio Edson Alves Sampaio
Daphnis Ferreira Souto
Claudia da Silva Santos
Armando Jorge Marques Pimenta

Conselho Fiscal

Elizabeth Mota Schiavo
Fernando Puperi
Sergio Cruz Campos

Adjuntos:

Lumena Tereza Gandra
Ruth Huf
Mario Henrique de Almeida Fonseca

Editoração: Fátima Bréa - Reg. Prof. 3264/RJ
Impressão: 3MARC Impressões Gráficas Ltda.
Tiragem: 1.000 exemplares

As matérias assinadas são de inteira responsabilidade de seus autores.

Conversando com você

Risco

O tema risco passou a ser assunto preponderante nas discussões políticas na Câmara dos Deputados, nas apresentações de trabalhos e comentários nas áreas da Economia, da Administração e em vários ramos da ciência e das profissões. É o assunto do dia. Cada uma delas, procurando mostrar um conjunto complexo de fatores para sua conceituação sem, entretanto chegar a um consenso, como é o caso da postura sociológica-ideológica do MS e das agressões à verdade técnico e científica do MPAS.

Na Medicina e na Segurança do Trabalho já temos uma orientação prática estabelecida na Constituição de 88, em seu Art. 7º que dispõe programaticamente, sobre o tema e o trabalho. Entre outras condições em síntese anuncia o seguinte:

a) Declara que o risco é inerente ao trabalho, admitindo que ele faz parte da atividade laboral, como, de resto é inerente a toda atividade desenvolvida pelo ser humano, porquanto inseparável da própria vida.

b) Partindo desse princípio, a inexistência ou eliminação total de riscos no trabalho humano só ocorreria nas seguintes hipóteses: a) inexistência de trabalho, com a consequente inexistência do risco; b) execução de um trabalho sem a coexistência direta, no tempo e no espaço, dos agentes responsáveis pelos riscos laborais e o trabalhador, como são, por exemplo, as operações realizadas por controle remoto e a robotização.

Declara também que é direito do trabalhador à redução dos riscos do trabalho para preservação da saúde e da vida. Em assim sendo, impõe-se ao empregador a obrigação de implementar as medidas estabelecidas em normas sobre segurança, saúde e higiene no trabalho.

Quando o homem se insere no processo laboral, novas condições de agra-

vo são introduzidas no seu cotidiano. Essas condições podem estar presentes, em diferentes gradações, tanto pelas características pessoais do trabalhador, como porque o processo produtivo assim o impõe, ou ainda porque, embora necessárias, medidas corretivas deixaram de ser tomadas.

Algumas das condições de agravo são frutos inatos das técnicas a serem empregadas ou do ambiente onde o trabalho é executado, outras decorrem da negligência de quem gerencia a atividade laborativa.

A par da existência das condições de agravo já conhecidas, ou criação de modernas tecnologias motivada pelo anseio da sociedade por novos produtos que ampliem as facilidades da vida moderna e o próprio desenvolvimento científico, trazem em seu bojo novas condições que exigirão, sempre e cada vez mais, maior conhecimento especializado para que possam ser devidamente detectadas e controladas tais condições.

Exemplo dessa situação, são as pesquisas de petróleo em águas profundas, as aplicações de radioisótopos na agricultura e as aplicações de microondas na indústria e nas comunicações.

O risco está sempre ligado a possibilidade ou probabilidade da ocorrência de eventos adversos com consequências negativas.

A experiência nos ensina que o risco considerado como possibilidade de evento adverso é inerente à vida e, portanto, ao trabalho. O risco considerado como probabilidade de evento adverso pode ser avaliado e administrado, portanto controlado. Conceituando-se evento adverso como acontecimento de consequências negativas ocorridas no trabalho, que pode causar dano à integridade física ou à saúde do trabalhador e o dano como a morte, lesão ou doença ocorrida no trabalho ou dele decorrente. ■

A SALUBRIDADE AMBIENTAL

Noções gerais sobre conforto térmico

Resumo preparado p/ Daphnis Ferreira Souto - Médico do Trabalho

A ventilação e o condicionamento do ar no local em que se habita ou trabalha é um fator importante para a saúde e o bem-estar das pessoas em épocas de muito calor. Em princípio as condições de calor estão diretamente relacionadas com clima, as estações do ano, com o tipo de habitação, as condições do ambiente de trabalho e a nossa capacidade de estudar e interpretar convenientemente esse fenômeno.

O organismo humano está sempre se adaptando à denominada "temperatura efetiva" que é uma decorrência da temperatura, da umidade em suspensão na atmosfera e do movimento do ar.

Essas 3 condições quando estão equilibradas são responsáveis pelo que se chama "conforto térmico". Para chegar a esse equilíbrio, a capacidade criativa do homem desenvolveu uma série de medidas que vai desde as vestimentas adequadas para enfrentar o calor, uma arquitetura adaptada para cada região climática, até a criação de aparelhos para condicionamento do ar imediato que nos rodeia, visando o conforto do ser humano. Desse modo, muitas vezes é preciso compreender como o nosso organismo reage para melhor se adaptar as variações de temperatura.

O importante é que nosso corpo mantenha uma temperatura estável.

Se o ar está frio, há uma contração dos vasos sanguíneos da pele para evitar a perda de calor do corpo; se o ar é quente, porém mais frio que o sangue, os capilares da pele se expandem permitindo que o excesso de calor do corpo se irradie para o ar externo; se o ar externo está a uma temperatura maior que a do corpo, se produz a transpiração para aumentar a perda de calor do corpo.

Quando se combina a temperatura alta com alta umidade as pessoas ficam incomodadas ou passam mal porque o acúmulo de umidade na roupa aumenta sua capacidade condutora de calor. Por outro lado se umedecermos convenientemente o ar quando se está usando um aparelho de ar refrigerado se obtém melhores condições de bem-estar por

"Costuma-se afirmar que o frio que sentimos não existe o que acontece é perda de calor provocando um desequilíbrio em sua normalidade. Essa é uma situação perigosa e a principal causa de morte das pessoas que permanecem muito tempo dentro d'água."

que se evita a evaporação rápida do suor. Quando a pessoa habita uma residência com muito calor, a membrana mucosa que reveste o nariz se congestiona; isso também acontece quando o ar está muito seco devido ao ressecamento provocado pela retirada da umidade do ar pelo aparelho de refrigeração. Muitas pessoas se queixam de alergia ou mesmo de sinusite, o que geralmente não é verdadeiro. Para evitar essa queixa é aconselhável que se aumente a umidade nesses locais colocando uma toalha molhada ou uma pequena bacia com água para evaporar e desse modo se livrar da "secura da mucosa respiratória". Também merece atenção a colocação dos ventiladores próximos e diretamente de frente

sobre a pessoa. Esse hábito pode provocar o incomodativo "olho seco" que com o tempo se torna crônico pelo ressecamento das mucosas do aparelho visual.

As correntes de ar frio, mudanças bruscas de temperatura causam contrações locais dos vasos sanguíneos diminuindo a quantidade de sangue nas mucosas expostas ao ar. Essa diminuição da quantidade de sangue pode eventualmente permitir um aumento das bactérias e o desenvolvimento de uma infecção respiratória. As temperaturas altas combinadas com a umidade alta pode também favorecer tal manifestação.

Entretanto o ponto mais melindroso na questão do calor é a quantidade do mesmo que o organismo possa vir a perder. Costuma-se afirmar que o frio que sentimos não existe o que acontece é perda de calor provocando um desequilíbrio em sua normalidade. Essa é uma situação perigosa e a principal causa de morte das pessoas que permanecem muito tempo dentro d'água.

O calor se transmite por condução, convecção e radiação.

A condução se dá quando o ar em contato com uma fonte de calor eleva sua temperatura. Quanto maior a diferença de temperatura entre a fonte de calor e o ar, mais rápida é a condução. Os objetos sólidos são bons condutores de calor o que não acontece com os gases e os líquidos que são maus condutores. O calor por convecção é transmitido através de gases e líquidos, são produzidas correntes de ar das zonas mais quentes às zonas mais frias, determinando maior difusão e melhor distribuição da temperatura. Quando a transmissão é por radiação o calor passa do corpo quente ao corpo mais frio, sem elevar a temperatura do ar intermediário; neste caso o calor se transmite em linha reta com igual intensidade em todos os seus lados. No caso do corpo humano, há perda de calor por evaporação. ■

NTEP/FAP DECISÕES DA JUSTIÇA FEDERAL

A Justiça Federal vêm proferindo sentenças que consideram o NTEP/FAP inconstitucional, pelos erros, conceituais e estruturais, cometidos em sua formulação.

Desde que surgiu a primeira Medida Provisória e o posterior Decreto instituindo novos procedimentos para a questão do Seguro do Acidente do Trabalho, a ABMT em conjunto com a SOBES e o Conselho Federal de Estatística, firmaram posição mostrando que a nova orientação dada ao tema estava com erros contrários à verdade científica e aos procedimentos jurídicos.

Não temos preferências políticas, nem é de nossa orientação defender o interesse de grupos. Sempre assumimos uma posição favorável a qualquer inovação positiva ao interesse coletivo das pessoas em seu trabalho. Por isso estamos divulgando dois casos com as decisões judiciais abaixo. Já não nos consideramos sozinhos.

1º Caso

AUTOR: SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - DEPARTAMENTO REGIONAL DO PARANÁ

ADVOGADO: FERNANDA EHALT VANN

RÉU: UNIÃO - FAZENDA NACIONAL

Páginas 1 a 17 que podem ser vistas ou copiadas em sua totalidade do nosso site: www.abmt.org.br

II. DISPOSITIVO

Diante do exposto, declaro a inconstitucionalidade do art. 10 da Lei nº 10.666/2003 por violação ao princípio da legalidade (art. 150, I, da Constituição Federal), bem como do art. 202-A do Decreto n. 3.048/99, com a redação dada pelo Decreto n.6.957/09, e das Resoluções n. 1.308 e 1.309/09 do CNPS, pelo fato de invadirem a reser-

va absoluta de lei ordinária. Com fulcro no art. 269, inciso I, do CPC, julgo procedente o pedido, para declarar a inexigibilidade do multiplicador FAP-Fator Acidentário de Prevenção incidente sobre a alíquota RAT, restaurando-se, assim, a aplicabilidade do art. 22, II, da Lei n. 8.212/91, em sua extensão original.

Condeno a União a restituir as custas adiantadas pela parte autora, bem como ao pagamento de honorários de sucumbência, fixados em R\$ 2.000,00 (dois mil reais), nos termos do art. 20, §4º, do Código de Processo Civil, tendo em vista a ausência de dilação probatória e a natureza repetitiva da demanda.

Os valores depositados somente poderão ser levantados após o trânsito em julgado. Sentença sujeita ao duplo grau de jurisdição.

P.R.I. Curitiba - PR, 12 de abril de 2011. 26/4/2011

VERA LUCIA FEIL PONCIANO
Juíza Federal

2º Caso

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA PRIMEIRA REGIÃO SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL - Processo N° 0007442-85.2010.4.01.3400

AÇÃO ORDINÁRIA SENTENÇA N° 421-B/2011 - PROCESSO N° 7442-85.2010.4.01.3400 CLASSE 1100

AUTOR: SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI

ADVOGADO: Dra. Elizabeth Homsí
RÉU: UNIÃO FEDERAL

SENTENÇA

Ante o exposto, julgo PROCEDENTE o pedido para declarar a inexistência de relação jurídico-tribu-

tária entre o autor e a União Federal no que tange à majoração da contribuição ao Seguro de Acidente de Trabalho instituída pelo art.10 da Lei nº 10.666/03 e regulamentada pelo Decreto nº 6.957/09, condenando a ré a devolver, mediante compensação, os valores indevidamente recolhidos a tal título, corrigidos monetariamente pela Taxa Selic, desde a data de cada recolhimento indevido, observado o disposto no art. 170-A do Código Tributário Nacional ("exigência que também alcança as situações em que o STF já tenha declarado a inconstitucionalidade de tributo/contribuição. Precedentes do STJ: AgRg no REsp 739.039/PR, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 06/12/2007 p.301), devendo ainda ser efetuada somente com contribuições destinadas ao custeio da Seguridade Social, nos termos da Lei nº 11.457/07, art. 26, parágrafo único, mas excluídas as limitações das Leis nºs 9.032/95 e 9.129/95, e de quaisquer atos infralegais, diante da revogação realizada pela Lei nº 11.941, de 27 de maio de 2009.

Condeno a União Federal ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 5% (cinco por cento) do valor da condenação.

O depósito judicial fica mantido até o trânsito em julgado desta decisão.

Sentença sujeita ao reexame necessário.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se. Brasília, 20 de junho de 2011.

HAMILTON DE SÁ DANTAS
JUIZ FEDERAL TITULAR DA 21ª VARA

A totalidade desse processo pode ser visto e copiado de nosso site: www.abmt.org.br

A Decisão Errada pelo Motivo Certo - uma reflexão sobre a norma proposta pelo INSS para o novo modelo de perícia médica

Tula Maria Silva Moreira - Médica do Trabalho - CRM - MG 45059

No momento em que se busca maior seriedade e justiça na administração pública observa-se na "calada da noite" a discussão de uma nova norma proposta pelo Instituto Nacional do Seguro Social que se intitula "novo modelo de perícia médica".

As contradições começam no título "perícia médica" e o leitor atento será capaz de entender esta contradição no término deste texto.

No dia 25/05/2011 o modelo foi apresentado pelo INSS e trouxe como justificativa três pontos que descrevemos abaixo:

■ "... Insatisfação do segurado com o modelo atual de concessão de benefícios por incapacidade, em virtude de agenda longa em algumas localidades (sem solução imediata);

■ Reincidência da violência contra os servidores, em especial da área de perícia médica;

■ "Mais da metade dos requerimentos mensais são para benefícios por Incapacidade, elevando a carga de perícias iniciais;"

Nenhum dos pontos citados é incorreto ou não corresponde à realidade. A busca de alternativas para estas dificuldades merece atenção de toda a sociedade que deve trazer propostas que realmente possam resolver o problema sem gerar mais impactos para todos os envolvidos: empregados, empregadores, segurados e governo.

Recentemente com a realização de concurso para a contratação de médicos peritos para o INSS acreditávamos que esta situação estaria sendo revertida. A ampliação do número de médicos peritos do INSS com certeza poderia contribuir em muito para redução do problema. No entanto a opção do governo atual foi cancelar as contratações destes profissionais com a desculpa da ne-

ATUAL	PROPOSTA
A quem se aplica: TODOS os segurados.	A quem se aplica: Requerimentos de Benefícios de Auxílio-Doença Previdenciário para segurados obrigatórios (<i>Empregado, Contribuinte Individual, Avulso, Doméstico, Segurado Especial</i>)
0 a 15 dias ? pago pelo empregador (segurado empregado)	0 a 15 dias ? pago pelo empregador (segurado empregado)
Acima de 15 dias ? Qualquer requerimento depende de realização de perícia médica (Inicial, Pedido de Prorrogação e Pedido de Reconsideração)	Acima de 15 dias até "X" dias ? o médico assistente do segurado - SUS/Particular, emite atestado de incapacidade - de no máximo de "X" dias. Acima "X" dias ? realiza perícia médica - Inicial, Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração. "X" - sugestão: 120 dias

Tabela 1 Apresentação do "Novo Modelo de Perícia Médica" Fonte INSS junho 2011

cessidade de redução das despesas atuais ou outros motivos que não merecem ser comentados.

Como o problema permanece, integrantes do INSS trouxeram à baila a proposta de uma nova norma que defende um novo modelo de perícia médica.

Este novo modelo gira em torno da "definição de um novo padrão de garantia de direitos sem a necessidade de realizar perícias em todos os novos requerimentos de Auxílio-Doença Previdenciário".

Abaixo segue um quadro apresentado pelo INSS nas discussões sobre o tema que traz em sua primeira coluna o modelo atual e na coluna ao lado o modelo proposto.

No novo modelo proposto o segurado, de posse de um atestado de um médico do SUS ou de qualquer outro médico (particular), poderá solicitar o benefício através da internet, comparecendo ao posto do INSS quando será avaliado por um funcionário administrativo (não médico) que consultará algumas tabelas e concederá o benefício de acordo com as informações do médico do segurado.

Pasmem, não haverá mais perícia médica feita por médico habilitado para isto!

Ou seja, a primeira incoerência já começa no título da nova norma, pois na verdade não é uma norma para um novo modelo de perícia médica já que neste formato a perícia inicial realizada por um médico não será mais necessária. A concessão do direito se dará através da análise do caso por um funcionário administrativo.

Importante lembrar aos colegas médicos do trabalho que, para a realização de uma perícia, é necessário estar habilitado e ter conhecimentos para isto. No caso das questões médicas, isto é pré requisito fundamental se quisermos realmente ter decisões corretas que tanto beneficiem o segurado, como também mantenham a seriedade nas decisões da previdência social em todo o país.

É papel do médico perito do INSS avaliar, para cada caso de doença, quesitos fundamentais: presença de doença; presença de incapacidade decorrente da doença alegada (temporária, definitiva, total, parcial); data inicial da doença (es-

⇒

□ ABMT Opinião

continuação

A Decisão Errada pelo Motivo Certo - uma reflexão sobre a norma proposta pelo INSS para o novo modelo de perícia médica

timada a partir das informações colhidas com o segurado; seu exame clínico e seus exames complementares); data do início da incapacidade (nem todo mundo sabe que a presença de uma doença não quer dizer que o segurado tenha perdido a capacidade para o trabalho); realização de nexo técnico entre a doença e o trabalho do segurado (fato extremamente importante nos tempos de NTEP - nexos técnicos epidemiológicos); estimativa adequada do tempo de afastamento para a recuperação da capacidade de trabalho; presença de simulação e/ou fraude nas informações apresentadas pelo segurado e muito outros itens que são fundamentais no ato da realização de uma perícia médica.

A importância da qualidade técnica da perícia médica é fundamental para a manutenção de um sistema de seguridade social equilibrado que realmente conceda os benefícios para os segurados que realmente necessitem dele, com tempos adequados e dentro dos critérios técnicos que até hoje nortearam o trabalho dos médicos peritos.

A longa fila de espera em alguns municípios pode ser resolvida perfeitamente com a contratação de novos peritos médicos ou qualquer outra alternativa para a ampliação do quadro de médicos peritos.

A questão da violência contra os médicos peritos demonstra a existência de um grande desconhecimento sobre os critérios para a concessão de benefícios previdenciários por parte da população geral (confusão entre o conceito de doença e incapacidade) sendo também explicada, em alguns casos, pelo despreparo dos próprios médicos e também pela falta de segurança em alguns postos do INSS. Todos estes dois pontos podem ser resolvidos pela manutenção de um programa de treinamento continuado para os médicos peritos e pela melhoria da segurança nas unidades da previdência social.

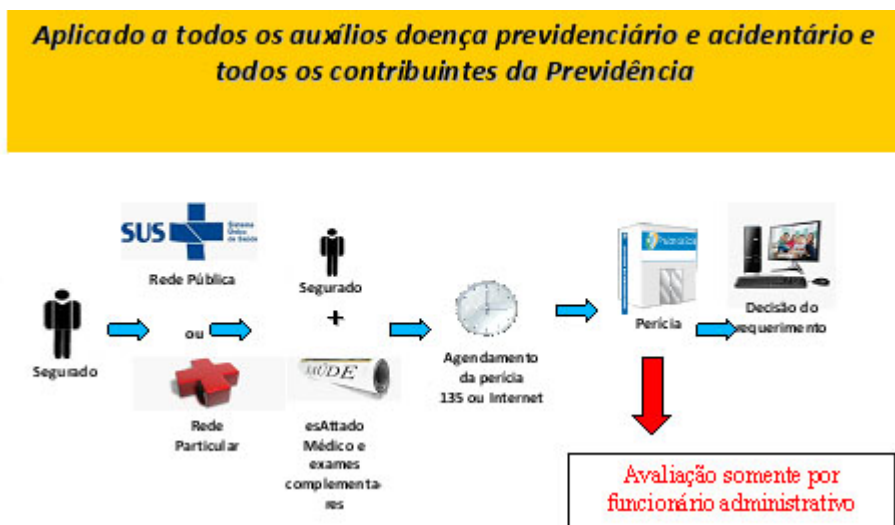


Figura 1 Apresentação do "Novo Modelo de Perícia Médica" Fonte INSS, junho de 2011

Somente irão passar por uma análise pericial inicial realizada por médico perito do INSS os casos aonde o prazo solicitado pelo médico do SUS ou particular for maior do que 120 dias ou o afastamento for decorrente de acidente do trabalho.

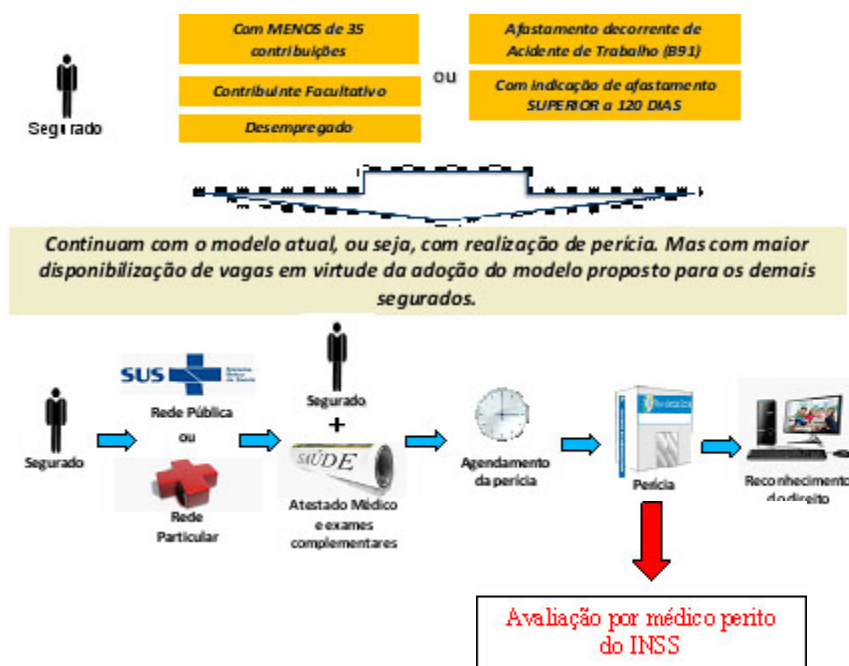


Figura 2 - Apresentação do "Novo Modelo de Perícia Médica" Fonte: INSS, junho de 2011

A Decisão Errada pelo Motivo Certo - uma reflexão sobre a norma proposta pelo INSS para o novo modelo de perícia médica

No âmbito das empresas o impacto deste novo modelo será enorme, tanto para o próprio médico do trabalho que se verá diante de uma situação de maior pressão pelo afastamento, como para os empresários que poderão assistir a uma corrida aos postos do INSS em busca de benefícios por incapacidade.

O Conselho Federal de Medicina em sua Resolução nº 1.488/98 esclarece sobre as atribuições do médico do trabalho e reafirma sua autoridade técnica para a realização da análise da capacidade para o trabalho. É esperado deste profissional, conhecimento e habilidade técnicos na especialidade, conhecimento profundo do local do trabalho, bom senso e equilíbrio para que possa executar os exames necessários na unidade de saúde da empresa além de conduzir os casos que necessitem de afastamento do trabalho. Toda esta expertise é conseguida através de cursos de especialização regulamentados por normas específicas. Portanto, para a adequada análise da capacidade para o trabalho, é fundamental haver formação específica.

Na minha opinião a proposta da nova norma abre a possibilidade da transferência desta análise para médicos que não possuam a mesma expertise técnica (médicos do SUS ou médicos particulares) e que, na maioria das vezes, desconhecem todos os requisitos necessários para a adequada avaliação da capacidade para o trabalho.

Na prática diária atual já existem casos aonde diferentes visões e condutas acontecem entre os médicos assistentes e os médicos do trabalho. Estas divergências são resolvidas dentro das premissas éticas e através da conversa entre os profissionais.

O Conselho Federal de Medicina em seu parecer consulta nº 6.310/2001 PC/CFM/Nº 49/2002, emitido pelo Conselheiro Rubens dos Santos Silva em 05 de junho de 2002 esclarece que: "...Finalmente, o consulente indaga se pode

discordar com o afastamento completo do trabalho indicado pelo colega que emitiu o atestado e decidir pela manutenção da terapêutica instituída, mantendo o empregado trabalhando em outra atividade que não acarrete prejuízos ao tratamento. Entendo que sim, o médico do Trabalho tem esse poder, mas deve lembrar-se de que assim agindo assumirá a responsabilidade sobre a recuperação do paciente."

A existência do exame médico pericial, realizado pelo médico perito do INSS hoje tem papel fundamental nesta delicada relação entre os profissionais sendo muitas vezes, um valioso auxílio na definição dos casos aonde existam pareceres contrários. O novo modelo proposto pelo INSS anula este tipo de apoio para os médicos do trabalho já que a análise inicial realizada pelo INSS deixaria de ser um ato médico para ser puramente um ato administrativo, sobrecarregando o profissional médico das empresas e aumentando o potencial de conflitos técnicos e éticos entre os profissionais envolvidos.

A concessão de prazos de benefícios a partir do uso de tabelas será fundamentada, segundo o novo modelo proposto pelo INSS em "...protocolos definidos com sociedades especializadas para fixação de períodos de repouso por patologia (CID), cuja fundamentação será baseada na "Medicina Baseada em Evidências".

Importante ressaltar que o uso de protocolos serve apenas como orientação básica para o médico (profissional especializado) não dispensando a realização do ato médico completo (anamnese, exame clínico, exame físico), pois existem múltiplas variáveis que devem ser levadas em conta na decisão da existência ou não da incapacidade para o trabalho em cada caso analisado.

Além disso a simples utilização de tabelas poderá implicar na concessão de tempos de afastamento inadequados

para as patologias apresentadas, muitas vezes maiores do que o necessário, favorecendo um movimento dos empregados na busca de afastamentos como forma de ganho secundário.

No âmbito das empresas é de se esperar um aumento dos dias perdidos decorrentes dos afastamentos previdenciários já que a análise médica no INSS não será mais realizada. Este aumento com certeza implicará em maiores custos para as empresas que terão que compensar a ausência do empregado afastado através da adoção de alternativas que poderão gerar maior sobrecarga para os empregados que permanecerão no trabalho. Lembro que a contratação de novos empregados pode, em muitos casos, não ser uma prática viável para a empresa envolvida.

Os custos decorrentes desta nova "norma" atingirão não só as empresas que já pagam altas taxas de impostos como também poderão representar grande sobrecarga para a própria previdência social que terá um grande aumento na busca de benefícios iniciais em vista da maior facilidade de concessão neste modelo.

A proposta desta nova norma merece uma reflexão de todos os profissionais envolvidos, principalmente de toda a área médica. Algumas perguntas precisam ser urgentemente respondidas:

Por que fazer a coisa errada pelo motivo certo? Não seria mais simples e correto empossar os médicos peritos já aprovados no último concurso?

Quem responderá pela corrida aos postos do INSS em busca de benefícios? Quem pagará esta conta?

Qual a opinião do Conselho Federal de Medicina e das Câmaras Técnicas de Medicina do Trabalho? É possível transferirmos a responsabilidade de decisão de assunto técnico para profissionais não qualificados?

Está aberta a discussão! ■

Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

César Siena: Médico Reumatologista - Médico Perito da Justiça Federal 3ª Região-SP.

Milton Helfenstein Jr.: Assistente - Doutor da Disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina -

UNIFESP.(PUBLICADO 712 Rev Bras. Reumatol. 2009;49(6):712-25).

RESUMO

Evidências sobre o impacto clínico, social e econômico provenientes de equívocos diagnósticos são analisadas à luz das tendinites e outras moléstias dolorosas crônicas. O objetivo desta revisão é alertar sobre uma possível hipervalorização diagnóstica das tendinites, em especial aquelas supostamente múltiplas ou refratárias, com base em evidências. É apresentada uma revisão da literatura sobre as condições dolorosas crônicas, tais como a síndrome da fibromialgia, no contexto dos diagnósticos equivocados de tendinites, bem como revisão sobre falsa-positividade e parâmetros diagnósticos da ultrassonografia (US) neste cenário. Foram encontradas evidências de equívocos terapêuticos em 41% e equívocos diagnósticos entre 70 e 85%, com despreparo comprovado em até 93,7% dos médicos, tudo envolvendo tais doenças. As vastas repercussões dessa epidemia de equívocos são comentadas.

Palavras-chave: tendinite, lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, ultrassonografia.

INTRODUÇÃO

O termo "tendinite" pressupõe inflamação do tendão; pode guardar certas controvérsias devido à ausência de células inflamatórias locais em muitos casos, baixos níveis de prostaglandina locais e eficácia questionável de antiinflamatórios e corticóides quando usados isoladamente para a resolução da moléstia. A controvérsia é reforçada quando considerados os tratamentos para "tendinite" seja com antiinflamatórios ou corticóides, que nem sempre são eficazes, quando usados isoladamente, para a resolução da moléstia. Todavia, citocinas como a IL-1 e

outras substâncias relacionadas à inflamação têm níveis locais aumentados e o tendão, quando exposto experimentalmente à prostaglandina E2, pode desenvolver inflamação e degeneração "Tendinite" guarda, portanto, alguma relação com um processo inflamatório peculiar com características próprias.

As maiores controvérsias envolvendo a tendinite não estão no campo da pesquisa básica, mas no diagnóstico, que envolve uma série de considerações clínicas e de imagem. Diagnósticos de múltiplas tendinites crônicas refratárias, unicamente baseados em laudos de US, têm sido vistos amplamente no meio pericial (médico-legal). O conjunto de evidências apresentado nesta revisão demonstra a necessidade de melhor treinamento da anamnese e exame físico, bem como maior cautela na interpretação da US nesse contexto.

A alta prevalência das morbidades envolvidas (impacto social), os custos impressionantes relacionados (impacto econômico), o frequente envolvimento das tendinites no meio pericial (impacto jurídico) e a deficiência nos programas médicos de treinamentos relacionados ao mesmo tópico (impacto médico) serão abordados.

ASPECTOS CLÍNICOS GERAIS

O Sapiir diagnóstico das tendinites denota falta de preparo técnico no diagnóstico correto das morbidades músculo esqueléticas, com despreparo em aplicar anamnese detalhada e exame físico pertinente às doenças músculo esqueléticas, principalmente no ambiente pericial, o qual envolve expectativas de ganhos secundários.

O uso abusivo de termos polêmicos ou não reconhecidos como nomes diagnósticos, revela distanciamento das conclusões periciais com a técnica médica baseada em evidências.

Em certos países, discussões a respeito desse assunto já se encerraram há mais de duas décadas, o que justifica a ausência de citações bibliográficas atualizadas sobre esse tópico, na literatura internacional. Todavia, no Brasil, os mesmos termos polêmicos ou equivocados continuam a ser usados rotineiramente em perícias médico-legais. A disparidade retrógrada da medicina pericial brasileira em relação ao resto do

mundo não se embasa em qualquer justificativa técnica, restando apenas especulações a respeito da influência de raízes culturais, interesses políticos ou a falta de incentivo à atualização e preparo do médico perito brasileiro. A exata quantificação dessa distorção de diagnósticos no meio judicial brasileiro carece de documentação formal atualizada. Revisões como estas, talvez possam servir de estímulo para a concretização de futuras quantificações de dados estatísticos apropriados.

A anamnese detalhada e o uso abrangente de sinais clínicos podem contribuir com 90% dos diagnósticos corretos de tendinite do ombro, com sensibilidade de 91,3% e especificidade de 88,9 (confirmadas por cirurgia), sem o auxílio de qualquer exame complementar.

Esses valores de acerto baseado exclusivamente na técnica clínica têm fidedignidade superior àquela do diagnóstico ultrassonográfico das mesmas lesões do ombro. A boa propedêutica, portanto, supera o exame de imagem, nesta situação. Isso, de modo algum, diminui a importância da US, mas se constitui em evidência contrária à sua incorreta hipervalorização.

PECULIARIDADES CLÍNICAS DE INFLUENCIA NO FALSO DIAGNOSTICO DE MULTIPLAS TENDINITES REFRATARIAS.

A anamnese exige conhecimentos músculo esqueléticos abrangentes que fogem do propósito desta revisão. Resta analisar pontos temerários do exame físico que possam estar relacionados com equivocados diagnósticos de tendinites.

A maioria das manobras semiológicas utilizadas para o diagnóstico de tendinite guia-se pelo surgimento da dor. É temerário considerar essas manobras diagnósticas positivas simplesmente por esta alegação subjetiva. Outras características dos sintomas devem ser relevadas antes de se inferir o diagnóstico de uma tendinite.

A referência subjetiva de dor durante o exame físico, interpretada como suposta positividade para tendinite, vai ao encontro de diagnósticos diferenciais de outras doenças dolorosas comuns. Cabe ao examinador reconhecer ou excluir outras doenças dolorosas frequentes, às

Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

quais também podem desencadear dor durante os testes.

A fibromialgia se destaca tanto no aspecto de dor, quanto no de prevalência. Trata-se de uma condição com enorme potencial de referência de dor à manobra, interferindo diretamente na interpretação do resultado dos testes propedêuticos.

A característica principal da fibromialgia, a dor, pode levar à falsa-positividade das manobras, caso as demais características clínicas sejam ignoradas.

Distúrbios dolorosos como a fibromialgia são muito prevalentes, podendo atingir 2,22% na Itália ou 3,6% na Turquia.

Um estudo norueguês com mulheres entre 20 e 49 anos encontrou uma prevalência de 10,5% de fibromialgia entre todas as causas de dor músculo esquelético crônica.

No Brasil foi constatada uma prevalência similar, de 10,2%. Nos Estados Unidos foi determinada a prevalência da fibromialgia de 3,4% para as mulheres e 0,5% para os homens (2% para ambos os sexos).

Essa alta prevalência implica riscos de subdiagnóstico da fibromialgia quando somente a dor regional ou axial é relatada espontaneamente pelo paciente.

O grupo de Gansky aponta que 5,6% das pessoas entrevistadas referiram dor generalizada, 22% dor axial regional e 16% dor não axial; 41% daqueles que referiram apenas dor axial regional crônica apresentavam também ou mais tender points (pontos dolorosos) com características similares àqueles dos pacientes com critérios classificatórios de fibromialgia.

Tais pacientes, avaliados por profissionais não treinados, podem facilmente gerar falsa-positividade diagnóstica para múltiplas tendinites referindo dor às manobras específicas, não sendo apropriadamente identificados como portadores de dores psicossomáticas de características idênticas às da fibromialgia.

A simples coleta de alegações espontâneas de pacientes não caracteriza a boa anamnese e não é suficiente para um diagnóstico mais preciso. Leigos e médicos não especialistas não devem esperar que o paciente conte uma histó-

ria típica de fibromialgia, podendo relatar seus sintomas de forma desorganizada, parcial e aparentemente atípica. Há evidências sobre o valor da anamnese detalhada e do exame físico cuidadoso para o diagnóstico ou exclusão correta das tendinites.

EVIDÊNCIAS DE ERROS DIAGNOSTICOS GRITANTES

Fora do cenário litigioso, o tempo de cura de uma tendinite originada por sobrecargas biomecânicas oscila entre 1 e 3 semanas. Todavia, muitos têm sido os trabalhadores brasileiros com este suposto diagnóstico que permanecem anos afastados do trabalho e sem referir qualquer melhora. Muitos alegam piora progressiva, apesar da eliminação das ditas sobrecargas biomecânicas laborais, e recebem atestado de irreversibilidade dessa afecção e consequente aposentadoria, como se a tendinite originada por esforços fosse uma enfermidade perene, progressiva e/ou sem cura, contrariando as evidências.

O empregado que recebe um diagnóstico de tendinite ocupacional e, sobretudo, o atestado de invalidez, pode passar a fazer jus a vários direitos. Todavia, o diagnóstico incorreto, envolvendo as morbidades aqui discutidas, tem levado ao abuso do usufruto desses direitos, com prejuízos à sociedade, aos governos e ao próprio indivíduo, dentro de um círculo vicioso e lamentável, no qual o foco médico voltado à reabilitação física e melhora do paciente desaparece, dando lugar à consideração exagerada de incapacidade e à renovação inadequada de benefícios, em detrimento da real recuperação da saúde do indivíduo, seu bem maior.

O contingente de pacientes com um diagnóstico incorreto de "tendinite ocupacional", mormente o de supostas tendinites crônicas refratárias, implica uma iatrogenia social caracterizada por aumento dos litígios trabalhistas, dias perdidos de trabalho, custos administrativos, gastos diretos e indiretos, os quais incluem grandes somas pagas em indenizações com significativo impacto na economia do país.

No Brasil, as estatísticas desta afecção são deficientes, mas segura-

mente a quantidade de diagnósticos de tendinite ocupacional atinge dimensões expressivas. Os Ministérios do Trabalho, da Saúde ou da Previdência e Assistência Social não têm dados específicos quanto ao número de pacientes, tempo de afastamento, índices de recuperação, quantidade de aposentadorias gastos diretos ou indiretos com esses distúrbios. Os números registrados encontram-se superpostos aos casos de acidentes típicos de trabalho. Apesar de não se dispor de dados fidedignos, é possível afirmar, com absoluta certeza, que se vive atualmente no nosso país uma situação epidêmica com relação a tal diagnóstico. A partir de 1987, quando a tendinite em digitadores passou a ser reconhecida como uma doença ocupacional (Portaria 4062/87), tem-se verificado uma notável ascensão da prevalência desse diagnóstico. Inúmeras situações de sintomatologia dolorosa, nas mais variadas funções laborativas, vem sendo enquadradas como tendinite ocupacional, sem qualquer análise criteriosa, fomentando a busca por ganhos secundários. Enquanto que nos EUA esses distúrbios músculos esqueléticos ocupacionais causam um tempo médio de afastamento de 32 dias, a maioria dos trabalhadores brasileiros deixa de contribuir para a comunidade por períodos muito mais prolongados, e alguns se aposentam por invalidez fictícia em fases precoces de suas vidas. Das doenças envolvidas com esses equívocos, a fibromialgia, sem dúvida, é a principal delas. A literatura revela erros grosseiros envolvendo a fibromialgia e sintomas somáticos relacionados com distúrbios psicogênicos, 35 o que guarda implicância direta com diagnósticos inapropriados de tendinites, ou ainda, diagnósticos improváveis de múltiplas tendinites crônicas refratárias. Aproximadamente 20% dos pacientes atendidos em clínicas ou ambulatórios gerais têm doenças da ansiedade, mas 41% deles não recebem qualquer tratamento específico para as suas doenças, revelando erro de diagnóstico e de terapêutica em um número impressionante de casos com essas morbidades. O elevado número de erros diagnósticos envolvendo doenças como a fibromialgia e a síndrome miofascial é ainda maior no

Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

ambiente litigioso ou trabalhista, chegando entre 70% e 85% o percentual de diagnósticos equivocados ou consideração de termos diagnósticos inapropriados e polêmicos em pacientes portadores dessas moléstias. O despreparo profissional associado a essas doenças é ainda mais enfatizado por Blotman et al., que revela números decepcionantes em relação à falta de treinamento voltado ao correto reconhecimento da fibromialgia; 93,7% dos médicos generalistas e 73,7% dos Reumatologistas não tiveram qualquer treinamento na escola médica sobre fibromialgia ou síndrome da fadiga crônica. Taxas ainda maiores de erro ou falta de treinamento podem ocorrer no ambiente pericial (litigioso), talvez pela falta de especialistas na área clínica do aparelho locomotor, incorrendo em potenciais prejuízos relevantes à sociedade e à Justiça. Essas evidências de falta de treinamento e diagnósticos equivocados são gritantes e não podem ser ignoradas. A falta de reconhecimento da fibromialgia e de outras síndromes dolorosas constitui-se um pilar envolvido com diagnósticos equivocados de múltiplas tendinites ou tendinites crônicas refratárias.

Um exemplo peculiar dessa tendência ao equívoco pode ser encontrado nas polêmicas conclusões isoladas de Genç et al., os quais se guiaram exclusivamente pela dor alegada pelo paciente com síndrome da fibromialgia, concluindo temerariamente que 95% desses pacientes tinham tendinites, incluindo múltiplas tendinites simultâneas. Todavia, nenhum paciente ($n = 0$) foi submetido a exame complementar de imagem e, muito menos, submetido ao padrão-ouro de confirmação de tendinite, qual seja, a artroscopia. Não houve qualquer confirmação válida da presença de tendinite na amostra estudada, o que invalida as conclusões do trabalho. O diagnóstico de múltiplas tendinites exclusivamente pela dor referida, a execução de manobras semiológicas sem a descrição original e a total pontos dolorosos estão associados às morbidades psiquiátricas, os gastos são mais importantes, sendo significativamente maiores na presença da fibromialgia associada a essas doenças.

Muitos desses autores computam en-

tre os gastos totais com a fibromialgia os relacionados a benefícios de assistência previdenciária. A consideração de invalidez ou suposta importante limitação funcional da fibromialgia não encontra suporte nas avaliações de incapacidade desta síndrome pela American Medical Association, opinião esta aprovada por 30 entidades médicas de respeito.

PRUDENCIA NA INTERPRETACAO DE EXAMES NESSE CONTEXTO

A solicitação desnecessária de exames complementares no contexto da fibromialgia e supostas tendinites reflete a vã tentativa de suprir a falta de treinamento médico especializado e tem relação direta com o aumento dos gastos supramencionados. A ansiedade do profissional em tentar suprir a falta de treinamento com a solicitação exagerada de exames ignora a conclusão de que exames complementares de imagem podem, eventualmente, estar errados. Com ou sem exames subsidiários, o diagnóstico não implica certeza absoluta, mas carrega uma probabilidade implícita.

A solicitação exagerada de quaisquer exames não é prova de melhor empenho do médico. A probabilidade de falsa positividade de qualquer exame complementar aumenta na seguinte proporção:

1 5%; 6 26%; 12 46%; 20 64%

A = Número de exames solicitados para um paciente qualquer.

B = Probabilidade de o resultado ser falso em uma pessoa saudável.

O quadro revela que, para cada 20 exames solicitados para um mesmo indivíduo, aproximadamente 13 desses exames podem ter resultado falso. Esse resultado pode ser ainda pior, na dependência da performance do teste.

A falsa-positividade pode aumentar ainda mais, se associada à consideração de Gilbert et al para a grande prevalência da fibromialgia na população (e ainda maior no meio pericial). Segundo os autores, o valor de um teste em prever uma condição depende da probabilidade pré-teste (probabilidade de falta de confirmação diagnóstica pelo padrão-ouro ou qualquer outro método reduz demasiadamente a qualidade desse trabalho). Nenhum outro trabalho publicado em periódico científico confirmou

tais resultados, não se justificando, portanto, o diagnóstico de múltiplas tendinites (muito menos crônicas e refratárias) diante de um quadro sugestivo de fibromialgia.

SOLICITACAO AUMENTADA DE EXAMES NA FIBROMIALGIA E SUA RELACAO COM GASTOS EXPRESIVOS E ERROS DIAGNOSTICOS

O desconhecimento e falta de treinamentos relacionados a doenças como a fibromialgia podem levar à solicitação aumentada de exames complementares. A busca aumentada por serviços de saúde por parte de pacientes com fibromialgia foi comprovada por McBeth et al. e pode se traduzir em solicitações mais frequentes de exames complementares, que aumenta quanto maior o número de queixas de cada paciente, segundo os mesmos autores. Quando mais sítios anatômicos dolorosos e mais sintomas, mais exames e mais gastos. A presença de mais de um sítio doloroso pode ser equivocadamente interpretada como "mais de uma tendinite", repetindo o erro de Genç et al. A resposta insatisfatória ao tratamento pode ser equivocadamente interpretada como refratariedade das fictícias múltiplas tendinites. Suportam esses raciocínios evidências demonstrando que muitos pacientes são mal diagnosticados pelo fato de serem abordados como tendo múltiplos episódios de dores regionais, quando, na verdade, os mesmos pacientes mostraram uma clínica idêntica à de fibromialgia quando examinados posteriormente por especialistas treinados. Isso comprova o risco não somente do falso diagnóstico de múltiplas tendinites concomitantes, mas também do falso diagnóstico de tendinites repetidas. Comprovadamente, não foram encontradas múltiplas tendinites refratárias, mas sim, fibromialgia, neste estudo. Esses mesmos pacientes com diagnósticos equivocados são os mesmos que consomem quantias exuberantes de recursos financeiros na área da saúde. A busca aumentada de recursos é suportada pelos gigantescos gastos evidenciados também em outros estudos: a fibromialgia, uma síndrome benigna, chega a custar mais que o dobro do que a espondilite anquilosante. Os custos as-

⇒

Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

tronômicos da fibromialgia já se equiparam àqueles do câncer e das doenças cardiovasculares, e, mesmo assim, não há indícios de haver uma proporcional atenção por parte das autoridades, nem quanto aos valores financeiros envolvidos, nem tampouco quanto aos erros diagnósticos e terapêuticos. Diversos distúrbios psiquiátricos que podem se acompanhar de dor também geram custos para os sistemas de saúde. Quando ocorrer (o diagnóstico) e da performance do teste (sensibilidade e especificidade). A probabilidade de alguém com "várias dores regionais" ter fibromialgia é muito maior do que aquela de múltiplas tendinites refratárias, aumentando muito a chance de falsa-positividade. A comprovada falta de treinamento médico envolvendo tais doenças traduz-se em performance ruim da anamnese e do exame físico, acrescentando ainda mais falsa positividade (diagnóstico equivocado de tendinites). Nesse cenário de equívocos frequentes e gastos desnecessários, a positividade da US tem pouco respaldo para confirmar as hipóteses de múltiplas tendinites simultâneas (e, muito menos, crônicas e refratárias), como se segue.

DISCUSSÃO

O aspecto invasivo e oneroso da artroscopia, somado ao ainda mais oneroso e pouco disponível da ressonância nuclear magnética, tornam essas opções inviáveis na prática diária como sistemáticas para confirmar as tendinites, restando US como exame complementar de escolha mais acessível para dirimir dúvidas quanto ao diagnóstico de tendinite, mas as características inerentes à técnica da US musculoesquelética não permitem que este exame substitua por completo dados colhidos na anamnese e no exame físico. A US apresenta peculiaridades relevantes capazes de influenciar sua correta apreciação, destacando-se a alta dependência do operador para a interpretação dos achados. Essa dependência ocorre para qualquer tipo de diagnóstico, mas há evidências de que sua variabilidade tende a aumentar ainda mais quando se trata de certos diagnósticos músculos esqueléticos, tais como as tendinites do ombro e membros superiores. A disparidade interobservador dos resultados de US foi revisada por vários autores.^{56,57} Mesmo quando con-

siderada uma menor variabilidade na detecção da presença de ruptura, ainda há considerável variabilidade (20%) em descrever se essa ruptura foi de um tendão ou de outro do manguito rotador. O desempenho relativamente bom da US em detectar rupturas tendíneas do ombro torna-se discutível e sujeito a altas taxas de falsa-positividade com o avançar da idade. A sensibilidade da US em diagnosticar rupturas tendíneas do manguito rotador é alta, todavia, altas sensibilidades podem estar associadas à menor especificidade, implicando em maiores índices de falso-positivos e, portanto, diagnósticos equivocados de tendinites. Wallny et al. mostraram que a especificidade da US nestas condições é de apenas 42,9%, revelando falsa-positividade substancial (valor preditivo-positivo de apenas 63,6%). Outros autores apresentam resultados ainda mais pessimistas, apontando uma acurácia diagnóstica da US de apenas 38% e especificidade de 61%, considerando tais valores "não acurados e muito pobres". A maioria dos trabalhos científicos que enfatiza a qualidade e acurácia da US versa sobre rupturas totais de tendões (casos graves) e, mesmo assim, esconde os valores de falsa-positividade ou os revelam como sendo decepcionantes. Esses índices de equívocos são maiores na análise de tendinites. A reprodutibilidade da US de alguns tendões pode ser limitada, podendo contribuir com as falhas diagnósticas da US nas tendinites. Isso corrobora os achados dos diversos estudos no que se refere à dependência do operador e à disparidade interoperadores. Pode haver discordância entre laudos de US mesmo entre experts internacionais docentes na área. Tais especialistas discordaram entre si em 16% dos casos de tenossinovites, 16,5% dos casos de bursites e em 9% das artrites. O maior nível de discordância ocorreu nas tendinites/tenossinovites. Outro estudo demonstrou variações na detecção de alterações em tendões de 13 a 57%. As maiores variações de interpretação em um mesmo paciente ocorreram para os tendões supraespinhoso, flexor radial do carpo e do tríceps. Vários fatores podem contribuir para os resultados falso positivos da US de tendões, em especial os do ombro, tais como a técnica utilizada

ou as variações de ângulos durante o exame, os detalhes anatômicos do paciente, as doenças que estão sendo analisadas, os critérios pessoais utilizados para a conclusão, a presença de artefatos comuns e outros fatores.

Um estudo com indivíduos assintomáticos revelou que a US pode detectar líquido ou alterações aparentemente inflamatórias em até 85% das bursas, 27% do tendão do bíceps, 77% dos recessos suprapatelares, 16% das áreas poplíteas, 24% das bursas retrocalcâneas, além de outras áreas articulares e bainhas tendíneas, com variações de até 28% entre as US. Em outras palavras, um laudo de US pode simplesmente citar "líquido foi encontrado" ou "achados compatíveis com alterações inflamatórias", concluindo equivocadamente haver supostas bursites, tendinites e outras alterações, onde não raro elas não existem ou cujo achado simplesmente não é patológico, contribuindo com diagnósticos falso-positivos de tendinites. Além dessa equivocada interpretação de líquido fisiológico, outros estudiosos acrescentam que a ecogenicidade local pode mudar com a idade, aumentando o índice de falso-positivos para tendinites, com valor preditivo negativo de 69,2% e uma acurácia geral de apenas 65,2% para certos grupos etários, com erros em torno de 21% em US de ombros. Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. Além do ombro, também foi encontrada baixa especificidade da US para os tendões extensores comuns em antebraço, com altos índices de falso-positivos na análise de epicondilite. Na fibromialgia, doença na qual um dos tender points fica próximo ao epicôndilo lateral, resultados da US devem ser vistos com cautela, bem como no ombro. Os tendões extensores do punho podem parecer hipoecoicos na US, simulando tenossinovite.

Esses altos índices de equívocos ultrasonográficos têm despertado descontentamentos entre cirurgiões ortopedistas norte-americanos, os quais relataram aceitação limitada da US músculo esquelética no que se refere ao ombro. Isso provavelmente se deve à con-

Equívocos Diagnósticos Envolvendo as Tendinites: Impacto Médico, Social, Jurídico e Econômico

firmação do equívoco diagnóstico no ato cirúrgico. Há alertas sobre a falta de concordância na definição de termos tais como a tendinose ou na definição exata de rupturas tendíneas parciais e totais, com divergência entre laudos. Diferentes interpretações têm sido atribuídas a achados ultra cenográficos idênticos. Há urgência no estabelecimento de técnicas padronizadas mais rigorosas de escaneamento ultrassonográfico e critérios diagnósticos, a fim de comparar adequadamente os resultados e reduzir a variabilidade interoperador.

CONCLUSÕES

Há evidências apontando para uma tendência à hipervalorização diagnóstica das tendinites no contexto de certas síndromes dolorosas, sendo seguramente a fibromialgia a maior responsável por esses equívocos. Foram encontrados erros grosseiros relacionados à falta de treinamento para a correta identificação da fibromialgia, gerando-se falsos diagnósticos de múltiplas tendinites com impacto econômico, social e jurídico significativos, principalmente no ambiente médico-legal. Comportamentos viciosos elevam os custos relacionados à fibromialgia e os iguala àqueles das doenças malignas e das enfermidades cardiovasculares, atingindo proporções muito expressivas, apesar de pouco

divulgadas. Esses altos custos englobam a busca aumentada por serviços de saúde pelos pacientes com fibromialgia, solicitação excessiva de exames complementares e aposentadorias baseadas em diagnósticos equivocados. Diagnósticos clínicos totalmente improváveis têm sido feitos, tais como o de múltiplas tendinites crônicas e refratárias aos tratamentos, sem bases objetivas sólidas na literatura atual, tornando preocupante a falta comprovada de treinamento médico no correto reconhecimento da fibromialgia, bem como a magnitude dos altos custos relacionados a esses equívocos. Apesar da elevada sensibilidade e especificidade diagnóstica das tendinites e da fibromialgia usando-se somente métodos clínicos, observa-se uma demasiada solicitação de exames complementares para essas condições, aumentando a chance matemática de falsos resultados e acentuando a falsapositividade diagnóstica de doenças não existentes naqueles pacientes. Agravando a situação, tem-se que a US, o exame mais solicitado neste contexto, é um método com altos índices falso-positivos para tendinites, principalmente as dos membros superiores, regiões comumente dolorosas nos pacientes com fibromialgia. A aplicação do conhecimento clínico pode superar, comprovadamente, a eficácia diagnóstica da US, neste ce-

nário, para certas lesões tendíneas. Isso de modo algum elimina ou diminui a importância da US, mas se constitui em evidência contrária à sua incorreta supervalorização. Não há qualquer evidência científica demonstrando haver epidemia de múltiplas tendinites, simultâneas ou concomitantes, no cenário ocupacional, sem qualquer suporte na literatura para o diagnóstico de múltiplas tendinites crônicas ou refratárias no contexto de pacientes sem doenças sistêmicas comprovadas. Pelo contrário, as evidências atuais levam a crer que esses pacientes têm fibromialgia como doença principal que motivou a consulta ou a perícia médico-judicial.

Entidades médicas oficiais e governos necessitam voltar maior atenção a essa questão. Urge valorizar os recursos humanos na Medicina, mormente, neste caso, o médico clínico do aparelho locomotor, ampliando o treinamento médico voltado para essas doenças, bem como ampliando a divulgação desses alertas e conceitos aos médicos especialistas e não especialistas da assistência básica, bem como aos peritos médico-judiciais. ■

Observação Segue-se a esse texto uma extensa lista bibliográfica.

Se desejar as referências entre no site: abmt@ecrj.com.br

Eventos

Aconteceu

Seminário sobre ASSÉDIO MORAL NOS DIVERSOS CENÁRIOS DA CONVIVÊNCIA SOCIAL, realizado em 05 de maio próximo passado em parceria com o CREMERJ e em seu Auditório.

Esse Seminário foi de absoluto sucesso, pois o tema além de ser muito atual, foi dissecado com maestria, numa apresentação séria e objetiva, dentro dos 3 cenários que constavam de sua programação: Natureza Jurídica do Assédio Moral; O Assédio Moral no Ambiente de Trabalho; Consequências do Assédio Moral sobre a Saúde das Pessoas. Foram brilhantes os expositores desses temas: o Desembargador Gustavo Tadeu Alkmin; Advogada Milena Bedran;

Prof Fernando Guimarães; Dr. Miguel Chalub e Dr. Alberto Rocha.

A todos eles o nosso sincero obrigado e também pela participação efetiva de todos os presentes. Aprendemos bastante.

Agenda Dia 25 de agosto



Fique de olho...!

SEMINÁRIO SOBRE MEIOS DE FACILITAÇÃO PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO TRABALHADOR DEFICIENTE (HABILITADO E REHABILITADO).

Esse Seminário será realizado em 2 Eventos distintos.

Evento 1 - Manhã das 9,00 hs às 12.30 hs.

Trabalhador Deficiente - Aspectos Administrativos e Legais. Saúde e Segurança no Trabalho.

Público alvo - Médicos do Trabalho. Engenheiros de Segurança. Enfermeiros. Técnicos de Segurança. Profissionais de Gestão de Pessoas. Advogados. Assistentes Sociais. Psicólogos. Demais profissionais de empresas.

Evento 2 - Das 13.30 hs. às 18.00 hs.

Trabalhador Deficiente e a Medicina do Trabalho

Público alvo: Médicos do Trabalho e das demais especialidades, Internos e Residentes de Medicina.