

Aspectos relevantes no diagnóstico de DORT e fibromialgia

Important aspects of diagnosing work-related musculoskeletal disorders (WMSD) and fibromyalgia

Alencar JF, Coury HJCG, Oishi J

Resumo

Contextualização: A dor crônica e difusa encontra-se presente tanto nas Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) como na Fibromialgia, trazendo dificuldades diagnósticas, preventivas e terapêuticas para profissionais da saúde envolvidos no tratamento de acometidos. **Objetivos:** Analisar os aspectos relevantes na emissão dos diagnósticos de DORT e Fibromialgia na percepção de médicos assistenciais e peritos. **Métodos:** Neste estudo, 75 médicos (36 assistenciais e 39 peritos) responderam a questões estruturadas e abertas sobre aspectos considerados relevantes na emissão de diagnóstico destas síndromes. **Resultados:** As respostas dos dois grupos foram correlacionadas pelo teste de Spearman ($\alpha=0,05$) e submetidos ao método de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os médicos assistenciais tenderam a valorizar o fator "quadro clínico e tempo de evolução", enquanto os médicos peritos tenderam a apontar "história ocupacional" na definição do diagnóstico de LER/DORT. Já para o diagnóstico de Fibromialgia, os peritos tenderam a apontar o fator "quantidade de *tender points*", enquanto os médicos assistenciais indicaram mais frequentemente "característica da dor". Apesar dessas discretas discrepâncias, alta correlação ($r=0,85$, $p=0,01$) foi identificada entre os grupos quando apontaram aspectos comuns e distintos no estabelecimento do diagnóstico para as duas síndromes. Os relatos também enfatizaram a necessidade da investigação de riscos presentes no trabalho para a definição de um diagnóstico mais preciso. **Conclusões:** Nesse sentido, objetivando uniformizar condutas avaliativas, preventivas e terapêuticas para médicos, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos no atendimento dessas síndromes, seria recomendável maior divulgação dos critérios utilizados por entidades internacionais no diagnóstico da Fibromialgia e a inclusão de treinamento para identificação de efeitos adversos de condições inadequadas do trabalho na formação desses profissionais.

Palavras-chave: dor crônica; diagnóstico; medidas preventivas.

Abstract

Background: Chronic and diffuse pain is present either in Repetitive Strain Injuries (RSI)/Work-related Musculoskeletal Disorders (WMSD) and Fibromyalgia, leading to difficulties in determining preventive and therapeutic measures by health professionals who deals with patients presenting these disorders. **Objectives:** Analyze the relevant aspects in the emission of the diagnosis of WMSD and Fibromyalgia in the perception of physicians assistants and experts. **Methods:** In this study 75 physicians (36 assistants and 39 experts) answered structured and open questions about aspects that they consider relevant to the establishment of diagnosis. **Results:** Results were correlated by Spearman's test ($\alpha=0.05$) and submitted to the Collective Subject's Speech method. Assistant physicians tended to emphasize the factor "clinical conditions and time elapsed", whilst expert tended to indicate "occupational history" for definition of the WMSD diagnosis. For the diagnosis of Fibromyalgia, experts physicians tended to emphasize the factor "amount of tender points", whilst the assistant physicians indicated "pain characteristics". Despite of these slight discrepancies, the results from both groups were highly correlated ($r=0.85$; $p=0.01$) when participants were asked to indicate common and different relevant aspects for the diagnosis of both syndromes. Furthermore, the physicians agreed about the necessity of risk investigation at work for a more accurate diagnosis. **Conclusions:** In order to standardize preventative and therapeutic measures adopted by physicians, physiotherapist and other professional evolved with these syndromes it would be advisable to make the international criteria for Fibromyalgia diagnosis better know, and also to provide better training on the identification of the adverse effects of inadequate work conditions on the musculoskeletal system to health professional.

Key words: chronic pain; diagnosis; preventive measures.

Recebido: 01/04/2008 – **Revisado:** 07/07/2008 – **Aceito:** 26/09/2008

Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brasil

Correspondência para: Jeronimo Farias de Alenca, UFSCar, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Laboratório de Fisioterapia Preventiva e Ergonomia, Rodovia Washington Luis, Km 235, Caixa Postal 676, CEP 13565-905, São Carlos (SP), Brasil, e-mail: jeronimo.alencar@gmail.com

Introdução

Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e/ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e a Fibromialgia são síndromes que acometem grande número de indivíduos^{1,2} e apresentam etiologia multifatorial, sendo, portanto, de grande complexidade diagnóstica. Em comum, os indivíduos diagnosticados com essas duas síndromes apresentam dor e desconfortos em diferentes regiões corporais. Além da dor difusa, parecem ser também sintomas comuns os distúrbios do sono, ansiedade, depressão, fadiga, vertigem, dores de cabeça e síndrome do cólon irritável³. Apesar dos aspectos comuns, essas duas síndromes apresentam implicações legais, preventivas e terapêuticas bastante diferenciadas, o que indica a necessidade de clareza diagnóstica para que medidas preventivas e terapêuticas adequadas possam ser estabelecidas de forma a nortear a atuação de fisioterapeutas e demais profissionais da área da saúde.

Em termos conceituais, “Entende-se LER/DORT como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso [...]”⁴.

Já a Fibromialgia é definida como “Uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória, caracterizada pela presença de dor difusa pelo corpo e sensibilidade exacerbada à palpação de determinados sítios denominados pontos dolorosos (*tender points*), fadiga, distúrbios do sono e do humor”⁵.

Na ocasião da definição dos critérios para diagnóstico da Fibromialgia pelo Colégio Americano de Reumatologia², os seguintes critérios foram propostos: dor difusa, durante ou, pelo menos, por 3 meses e ocorrendo em 11 ou mais dos 18 pontos dolorosos estabelecidos ou *tender points*, submetidos à palpação com pressão de 4Kg/cm². Para um *tender point* ser considerado positivo, o paciente deve declarar que a palpação foi “dolorosa”. Para os autores, a dor é considerada difusa quando estiver presente: nos dois dimídios, direito e esquerdo; sobre a cintura e abaixo da cintura; região glútea em ambos os dimídios e no esqueleto axial (coluna cervical, torácica e lombar e parte anterior do tórax). Um paciente será considerado fibromiálgico se ambos os critérios descritos acima são satisfeitos. Simultaneamente, a presença de uma segunda patologia clínica não exclui o diagnóstico de Fibromialgia.

Essa última premissa parece ter levado alguns pesquisadores clínicos a tentar reclassificar quadros inicialmente diagnosticados como sendo LER/DORT para Fibromialgia. Segundo estes relatos, os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho não existiriam enquanto entidade clínica independente⁶ e seriam frequentemente simulados⁷. Por outro

lado, trabalhos amplos e criteriosos de revisão da literatura realizados por Strock⁸ e Bernard¹ indicam fortes evidências epidemiológicas entre essa síndrome e fatores ocupacionais. Finalmente, medidas preventivas e de controle adotadas em situação de riscos ocupacionais têm sido consideradas benéficas na redução de estatísticas de lesões musculoesqueléticas dentre trabalhadores⁹.

Assim se, por um lado, o sintoma de dor crônica e difusa presente na LER/DORT e Fibromialgia pode gerar consequências comuns, dentre as quais, incapacidade para o trabalho, redução da renda familiar e da qualidade de vida¹⁰; por outro lado, considerando-se as implicações clínicas, conceituais e de controle, comuns e distintas para ambas, torna-se necessário estabelecer quais têm sido os parâmetros utilizados por médicos para o estabelecimento do diagnóstico dessas síndromes.

Dessa forma, este estudo teve por objetivo avaliar os aspectos relevantes para o diagnóstico dessas síndromes na percepção de médicos assistenciais e médicos peritos do Instituto Nacional de Serviço Social (INSS). O conhecimento dessa percepção poderá levar ao estabelecimento de diretrizes para melhor formação de profissionais envolvidos no atendimento de indivíduos acometidos por essas síndromes.

Materiais e métodos

Sujeitos

Participaram deste estudo 75 profissionais médicos, sendo 39 médicos peritos que desenvolviam suas atividades em Agências da Previdência Social (APS) das cidades de: João Pessoa (PB); São Carlos (SP); Araraquara (SP) e Rio Claro (SP), e outros 36 profissionais médicos assistenciais que desenvolviam suas atividades clínicas em ortopedia e reumatologia nas cidades de: João Pessoa (PB); São Carlos (SP) e Araraquara (SP).

Os participantes foram convidados por meio de uma carta que apresentava, em termos gerais, os objetivos deste estudo. Assim, trata-se de uma amostra de conveniência que inclui 100% dos médicos peritos de São Carlos e Araraquara, 80% de Rio Claro e 80% de João Pessoa. Quanto aos médicos assistenciais, participaram do estudo aproximadamente 70% dos especialistas nas cidades mencionadas.

Os dois grupos de profissionais participaram da pesquisa por meio de um questionário com questões estruturadas e abertas, relacionadas ao estabelecimento do diagnóstico de LER/DORT e Fibromialgia.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de São Carlos, tendo sido aprovado pelo parecer N^o. 345/2006.

Instrumentos

Foram utilizados dois questionários: um para médicos assistenciais e outro para peritos. Os profissionais médicos assistenciais responderam a um questionário com três perguntas. A primeira referia-se aos principais aspectos considerados relevantes para a emissão do diagnóstico de LER/DORT. A segunda pergunta avaliava os aspectos mais valorizados para o diagnóstico de Fibromialgia. Para as duas questões, existia a possibilidade de que os profissionais apresentassem outras sugestões não contempladas nos itens propostos. Também era solicitado que os respondentes classificassem as respostas em ordem de importância diagnóstica, justificando a 1ª escolha como fator mais importante. Os participantes respondiam às questões sem interferência do pesquisador. A terceira questão era aberta e indagava: “Considerando um paciente com característica de fibromiálgico e história ocupacional sugestiva de DORT, como o sr(a) o classificaria?”

No instrumento dirigido aos médicos peritos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), as duas perguntas iniciais eram idênticas às apresentadas aos médicos assistenciais, descritas anteriormente, e a terceira questão foi suprimida. A supressão desta última pergunta ocorreu pelo fato de os peritos receberem o paciente já com um diagnóstico.

As perguntas sobre o diagnóstico de LER/DORT tiveram como referência a Instrução Normativa INSS Nº 98⁴. Para as perguntas referentes à Fibromialgia, utilizaram-se os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia² para avaliar os aspectos clínicos da síndrome na versão validada para população brasileira⁵.

Após os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Avaliação dos instrumentos

Ambos os questionários foram previamente respondidos por 5 médicos que não participaram da coleta, mas avaliaram e contribuíram para o aprimoramento dos instrumentos quanto à consistência e clareza das perguntas formuladas.

Análise dos dados

Inicialmente, os dados foram analisados de forma descritiva, buscando-se estabelecer a ordem de importância e frequência das respostas para os fatores relacionados nas perguntas estruturadas para cada grupo de profissional. Para essa análise, foi realizada uma ponderação linear, obedecendo à lógica racional, já que foi solicitado aos profissionais participantes do estudo que os mesmos classificassem suas

respostas em ordem de importância. Assim, foram atribuídos pesos, de acordo com a ordem: 1, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6, 1/7, 1/8, 1/9 e 1/10 do primeiro até o décimo fator, respectivamente.

As respostas sobre os aspectos relevantes para os diagnósticos de LER/DORT e Fibromialgia, foram correlacionadas por meio do teste *Spearman*, com nível de significância de $\alpha=0,05$, utilizando o programa SPSS.

As respostas às perguntas abertas foram analisadas por meio da técnica denominada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se propõe a organizar os dados qualitativos de natureza verbal¹¹. A análise do discurso é um instrumento metodológico pertencente ao campo da análise de conteúdo¹². O DSC categoriza as respostas, buscando não separar os discursos individuais, mas sim uni-los em um discurso coletivo, agrupando o conjunto de pensamentos na forma de conteúdo discursivo. O método é usualmente empregado em forma de entrevista, mas foi aplicado no presente estudo por questionários.

Para avaliar aspectos de confiabilidade nessa análise, dois avaliadores sintetizaram as respostas em textos os quais foram comparados entre si. De quatro perguntas analisadas, apenas uma mostrou discrepâncias. Essas discrepâncias foram discutidas entre os dois analisadores, moderada e arbitrada por um terceiro pesquisador para a obtenção de consenso.

Resultados

As Figuras 1 e 2 apresentam a associação entre as respostas dos médicos assistenciais e peritos para os fatores valorizados por eles no estabelecimento do diagnóstico da LER/DORT e Fibromialgia, respectivamente.

Os resultados indicam boa correlação entre as respostas de ambos os grupos de médicos; no entanto, a ênfase dada aos critérios que norteiam o estabelecimento do diagnóstico de LER/DORT variam discretamente entre médicos e peritos. Embora ambos valorizem os fatores “quadro clínico e tempo de evolução” e “história ocupacional”, o fator “quadro clínico e tempo de evolução” é mais valorizado pelos médicos, enquanto o fator “história ocupacional” é mais valorizado pelos peritos. A análise do segundo aspecto mais valorizado por ambos mostra os mesmos critérios de forma invertida (Figura 1).

Considerando a opção para apresentação de outros aspectos, no grupo dos médicos assistenciais, foi citado o fator “aspecto da simulação como propósito judicial” e no grupo dos peritos o “ganho secundário”.

Para o diagnóstico de Fibromialgia, os itens mais valorizados pelos dois grupos de médicos foram a “característica da dor” e “a quantidade de *tender points*”. No entanto, o grupo de médicos assistenciais valorizou mais a “característica da dor”, enquanto os peritos indicaram a “quantidade de *tender points*”. Já o segundo

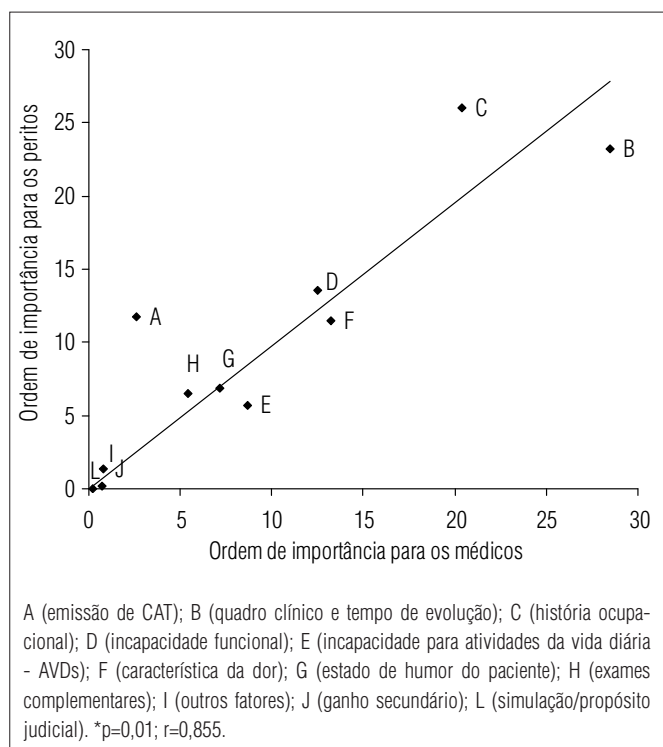


Figura 1. Correlação das respostas por ordem de importância dos fatores para o diagnóstico de LER/DORT.

item mais valorizado foi “distúrbios psicológicos” para os médicos, e “característica da dor” para os peritos (Figura 2).

Assim, de maneira geral, observa-se uma tendência dentre os peritos de valorizar um pouco mais os aspectos funcionais, tais como história ocupacional, incapacidade funcional e emissão de Certificado de Acidente de Trabalho (CAT), enquanto médicos assistenciais tenderam a valorizar discretamente mais os aspectos clínicos e psicológicos.

Análise do discurso

A análise do DSC referente à justificativa da escolha do fator mais importante na emissão do diagnóstico da LER/DORT para os médicos assistenciais e médicos peritos apresentou o seguinte conteúdo:

Médicos assistenciais

“O diagnóstico de LER/DORT é primariamente clínico e ocupacional, sendo necessário avaliar principalmente o quadro clínico e correlacionar com a história ocupacional. O quadro clínico é o mais importante porque traz informações como a localização e a intensidade da dor, as características das manifestações e o tempo de evolução. Os exames complementares deverão ser indicados somente em casos de dúvidas diagnósticas, pois a clínica é soberana e, na maioria dos casos, existe como desencadeador o fator ocupacional”.

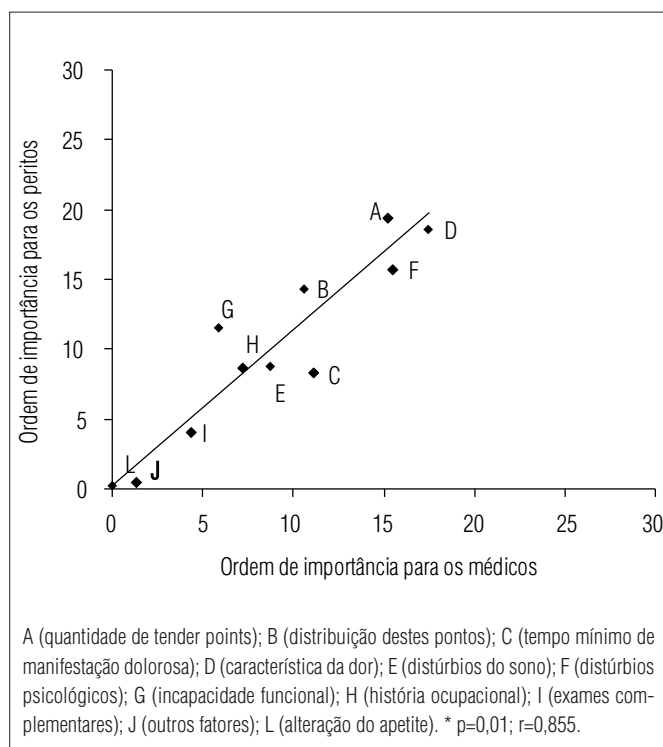


Figura 2. Correlação das respostas por ordem de importância dos fatores para o diagnóstico de fibromialgia.

Médicos peritos

“É necessário fazer “link” entre o diagnóstico e a história ocupacional, conhecer o posto de trabalho, a maneira como realiza as tarefas, o desempenho da atividade laborativa e correlacionar os fatores de risco com a lesão apresentada para determinar a causa e o efeito com nexos. Isso porque a atividade exercida e o tempo teriam importância no desencadeamento de LER/DORT. A história ocupacional é fundamental para relacionar o diagnóstico, e quadro clínico com esforço contínuo e repetitivo realizado no trabalho independentemente do CAT que, inclusive pode não corresponder à realidade”.

A síntese dos discursos dos dois grupos de médicos parece reforçar a importância dada aos aspectos clínicos e funcionais, e ocupacionais no diagnóstico de LER/DORT, respectivamente por médicos assistenciais e peritos. No entanto, a concordância entre ambos os grupos deve ser também ressaltada.

A análise do DSC, referente às repostas dos médicos assistenciais sobre como classificariam um paciente com característica de fibromiálgico e história ocupacional sugestiva de DORT, apresentou a seguinte descrição:

“Há uma grande dificuldade em se realizar a diferenciação clínica. Embora sejam patologias completamente distintas, podem ser confundidas uma vez que as sintomatologias são equivalentes. Se ambas as situações coexistirem, o paciente pode ser classificado como fibromiálgico e portador de DORT; devido à possibilidade de haver concomitância, um mesmo

paciente com quadro de fibromialgia pode eventualmente apresentar alguma patologia regional relacionada com o trabalho. Por isso, dever-se-ia inicialmente manter os dois diagnósticos até que, num momento oportuno, possa ser detectada qual é a patologia existente. A diferenciação pode ser feita por meio da investigação do tipo de trabalho para descartar a possibilidade de DORT, antes de diagnosticar como fibromialgia. Além disso, o paciente fibromiálgico é nitidamente influenciado por fatores emocionais”.

Quando as síndromes são associadas, a síntese das respostas dos discursos sugere a percepção clara do embricamento dos sintomas e a necessidade de se avaliar aspectos ocupacionais em ambos os casos. Ainda, ao considerarem que a Fibromialgia está intimamente relacionada aos aspectos individuais (emocionais), indicam que a diferenciação poderia ser feita por meio da análise do tipo de trabalho.

Discussão

Os resultados mostraram alta correlação entre as respostas dos grupos de médicos peritos e assistenciais referente a quais fatores são mais valorizados na emissão do diagnóstico de LER/DORT e Fibromialgia. Apesar dessa forte correlação, houve algumas variações.

Ao se confrontarem os fatores valorizados pelos médicos para emissão de diagnóstico de LER/DORT e Fibromialgia, percebe-se consistência entre os grupos na valorização de aspectos distintos para cada síndrome, respectivamente. O único aspecto de sobreposição é a dor crônica que está presente tanto no fator “quadro clínico e tempo de evolução” (LER/DORT), como em “característica da dor” (Fibromialgia). No entanto, essa importância era naturalmente esperada, visto ser a dor um elemento fundamental no diagnóstico de ambas as síndromes^{13,14}. Outra característica presumivelmente comum é o fato de a dor ser difusa, encontrando-se presente em diferentes partes do corpo. No caso da Fibromialgia, isso é requisito necessário para o estabelecimento do diagnóstico, já no caso da LER/DORT, é um aspecto relativamente comum, sendo reconhecido o fenômeno “wind up” (ventania), segundo o qual existe um espalhamento da dor, que vai sendo transferida da região acometida para região saudável por meio da adoção de posturas e movimentos antálgicos^{15,16}.

Estudos baseados em grande número de indivíduos têm mostrado que a prevalência de dor crônica é muito alta em populações de diferentes regiões no mundo¹⁷. Para alguns autores, a Fibromialgia não deveria ser considerada como um diagnóstico¹⁸, pois apenas descreve estágios mais severos da dor crônica, sendo que esse rótulo pode diminuir as chances de recuperação dos pacientes. Já para outros¹⁹, a publicação dos

critérios de classificação dessa síndrome pelo Colégio Americano de Reumatologia melhorou a oportunidade de pesquisa sobre mecanismos básicos que desencadeiam a síndrome e aumentou as chances de controle de seus sintomas. Apesar da polêmica envolvendo essa síndrome nenhum autor questiona a importância da avaliação dos sintomas que, para alguns, deveria incluir outros critérios, além da dor, para melhor caracterizar o quadro¹⁹, nem a necessidade de tratamentos mais apropriados para esses pacientes.

A LER/DORT também pode tornar-se uma síndrome crônica que, em seus estágios mais avançados, passa a apresentar sintomas de difícil resolução²⁰. A grande diferença entre ambas as síndromes parece residir no fato de que a LER/DORT pode ser prevenida, se seus fatores de riscos forem devidamente identificados e controlados²¹. Naturalmente, esse é um grande desafio, considerando-se a sua origem multifatorial e a multiplicidade de possíveis manifestações clínicas quando o sistema musculoesquelético é sobrecarregado em contextos ocupacionais²². A valorização do aspecto “história ocupacional” no estabelecimento de diagnóstico de LER/DORT pelos dois grupos de médicos é um reconhecimento da necessidade de se considerar os riscos presentes no trabalho, para os quais os peritos parecem estar mais atentos.

Neste sentido, Hormain²³, citando o artigo 2º da Resolução Nº. 1.488/1998 do Conselho Federal de Medicina (CFM), considera que os médicos que prestam assistência ao paciente trabalhador devem considerar, além do exame físico e mental, aspectos como a organização do trabalho, identificação dos riscos e experiências do trabalhador para estabelecer o nexo causal. Este autor considera ainda que existem outros pontos fundamentais na caracterização da LER/DORT, dentre os quais, a anamnese ocupacional, o exame clínico e a história do posto do trabalho e relatórios do médico assistencial. Assim, seria necessário garantir o treinamento dos profissionais da área da saúde para o conhecimento de como avaliar ergonomicamente o trabalho realizado por pacientes com suspeita de LER/DORT.

Outro aspecto importante para minimizar as lesões decorrentes do trabalho no sistema musculoesquelético seria o aumento da fiscalização nos ambientes de trabalho, para que as recomendações preventivas e de controle de riscos previstas na legislação fossem efetivamente empregadas e aplicadas²⁴. Embora muitas empresas busquem oferecer alguma assistência aos seus funcionários, muitas vezes, essa se restringe à contratação de profissionais (terceirizados) para acompanhar pausas rápidas no trabalho e implantar programas de exercícios “compensatórios”. Medidas mais abrangentes que envolvessem mudanças físicas e organizacionais do trabalho seriam necessárias para efetivamente reduzir riscos presentes em muitos ambientes ocupacionais²⁵.

Ainda sobre a escolha do fator mais importante, os médicos não valorizaram muito a emissão do CAT. Esta condição pode levar ao entendimento da não observação da legislação pertinente. A Instrução Normativa Nº. 98⁴ do Instituto Nacional de Seguridade Social informa que, se houver suspeita de DORT, mesmo sem a incapacidade laborativa, o CAT tem que ser emitido para registro ou fundamentação e caracterização donexo causal quando a incapacidade se faz presente. Este documento é fundamental para o trabalhador, considerando-se os aspectos legais e previdenciários. Esse aspecto é corroborado por Hormain²³, que indica que os fatores do trabalho dão fundamentação ao nexo causal e, portanto, ao diagnóstico e à incapacidade.

Apesar de os peritos destacarem a importância da quantidade de *tender points* para emissão do diagnóstico da fibromialgia, esse aspecto não parece ser efetivamente considerado na prática. Para tal, seria necessário que os peritos efetuassem a palpação desses pontos durante o exame. No entanto, segundo eles, a avaliação é mais realizada como uma ratificação diagnóstica.

Dois aspectos podem ser apontados como limitações presentes neste estudo. Um deles é o fato de que foi utilizada uma amostra de conveniência devido à dificuldade de acesso a um número aleatório de médicos. Assim, optou-se pela realização do levantamento em cidades de maior acesso aos médicos pelos pesquisadores. Isso porque era frequente a necessidade de várias visitas para a obtenção de uma única entrevista devido ao esquema atarefado de trabalho dos médicos.

Outro aspecto é o fato de as alternativas apresentadas para a possível caracterização dos principais aspectos considerados na emissão dos diagnósticos de LER/DORT e Fibromialgia terem sido diferentes, o que pode ter reduzido as chances de sobreposição (e confusão) conceitual entre ambas, o que era parte do foco de estudo deste trabalho. No entanto, a escolha das possíveis respostas foi baseada em legislação e em documentos distintos e internacionalmente aceitos para a caracterização de cada síndrome. Uma atenuante disso é que o questionário previa também alternativas abertas para a possibilidade de que outros fatores, comuns a ambas, pudessem

ser apontados. Porém, a sobreposição não se confirmou nos resultados; com exceção das duas respostas referentes a ganho secundário/simulação, os médicos escolheram apenas as alternativas fornecidas pelos questionários. Apesar disso, os médicos reconheceram os possíveis fatores de confusão entre ambas, sugerindo que essa sobreposição possa ser minimizada pela avaliação dos aspectos ocupacionais.

Entende-se ser necessário o desenvolvimento futuro de outros estudos que busquem investigar melhor essa sobreposição. Dentre possíveis aspectos a serem estudados, deveria ser considerada a inclusão de questões abertas para melhor explorar essa percepção e, pelo menos, algumas questões similares para ambas as síndromes, para melhor explicitar o nível de imbricação entre ambas.

Conclusão : : : .

Em síntese, percebe-se grande consistência entre as respostas desses médicos quando identificam aspectos comuns e distintos no estabelecimento do diagnóstico dessas duas síndromes e, sobretudo, a clareza ao indicarem a necessidade de investigação dos aspectos de riscos presentes no trabalho para a definição de um diagnóstico mais preciso. Considerando-se a origem multifatorial da LER/DORT e a origem ainda não totalmente esclarecida da Fibromialgia, o reconhecimento da importância dos fatores de risco presentes no trabalho e sua possível inclusão nas estratégias de tratamento e controle dessas síndromes devem ser melhor valorizados se se pretende aumentar as chances de resolutividade para ambas.

Para uniformizar condutas avaliativas na análise clínica da LER/DORT, torna-se importante fornecer melhor suporte na formação dos médicos para maior clareza e segurança diagnóstica da LER/DORT. Igualmente torna-se necessário ampliar a percepção dos efeitos adversos de condições inadequadas do trabalho sobre o sistema musculoesquelético na formação de médicos e de outros profissionais da área da saúde, particularmente de fisioterapeutas, que têm progressivamente atuado com pacientes que apresentam lesões com envolvimento ocupacional.

Referências bibliográficas : : : .

1. Bernard BP. Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back. Cincinnati NIOSH; 1997.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology 1990: criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.

3. Gallinaro AL, Feldman D, Natour J. An evaluation of the association between fibromyalgia and repetitive strain injuries in metalworkers of an industry in Guarulhos, Brazil. *Joint Bone Spine*. 2001;68(1):59-64.
4. Instituto Nacional de Seguridade Social Brasil. Instrução Normativa INSS/DC/SEÇÃO/IN Nº 98: Atualização clínica das lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). 2003:1-23.
5. Haun MVA, Ferraz MB, Pollak DF. Validação dos critérios do colégio americano de reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(4):221-30.
6. Brooks PM. Repetitive strain injury does not exist as a separate medical condition. *BMJ*. 1993;307:1298.
7. Bell DS. Repetition strain injury: an iatrogenic epidemic of simulated injury. *Med J Aust*. 1989;151(5):280-4.
8. Strock SR. Workplace ergonomic factors and the development of musculoskeletal disorders of the neck and upper limbs. *Am J Ind Med*. 1999;19(1):87-107.
9. Westgaard RH, Winkel J. Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: A critical review. *Int J Ind Ergon*. 1997;20(6):463-500.
10. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis Rheum*. 1999;42(1):76-83.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educus*; 2003.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70 Brasil LTDA; 1977.
13. Buskila D, Neumann L, Odes LR, Schleifer E, Depsames R, Abu-Shakra M. The prevalence of musculoskeletal in patients hospitalized don internal medicine wards. *Sem Arthritis Rheum*. 2001;30(6):411-17.
14. Henderson M, Bass L. Chronic pain: the role of psychosocial factors in common musculoskeletal disorders. *Psychiatry*. 2006;5(2):52-6.
15. Settimi MM, Silvestre MP. Lesões por esforços repetitivos (LER/DORT): um problema da sociedade In: Codo W, Almeida MCCG, Lima AB, Monteiro AL, Prado CVA, Oliveira F, et al. LER, diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes; 1995. p.136-59.
16. Waslsh IAP, Gil Coury HJC. Evolução espontânea de sintomas músculo-esqueléticos relacionados ao trabalho: um estudo prospectivo. *Rev Bras Fisioter*. 2002;6(3):155-8.
17. Clauw DJ, Chrousos GP. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation*. 1997;4(3):134-53.
18. Ehrlich GE. Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheum*. 2003;30(8):1166-7.
19. Crofford L, Clauw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the american college of rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis Rheum*. 2002;46(5):1136-8.
20. Oliveira CR. Lesões por esforços repetitivos (LER). *Rev Bras Saúde Ocup*. 1991;73(19):59-85.
21. Egri D. LER (DORT). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(2):98-106.
22. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiological evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004;14(1):13-23.
23. Horman LF. Capacidade examinada: Atuação do perito para os casos de DORT requer conhecimento e habilidade. *Rev Proteção*. 2006;176:62-7.
24. Muggleton JM, Allen R, Chappell PH. Hand and arm injuries associated with repetitive manual work in industry: a review of disorders, risk factors and preventive measures. *Ergonomics*. 1999;42(5):714-39.
25. Occhipinti E, Colombini D. Assessment of exposure to repetitive upper limb movement: an IEA consensus document. *TUTB Newsletter*. 1999;11(12):22-6.