



Acta Ortopédica Brasileira

ISSN: 1413-7852

actaortopedicabrasileira@uol.com.br

Sociedade Brasileira de Ortopedia e

Traumatologia

Brasil

Moura Jorge, Rômulo; Moura Jorge, Bruno

Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência

Acta Ortopédica Brasileira, vol. 19, núm. 4, 2011, pp. 181-183

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65719949001>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# SIMULAÇÃO EM LOMBALGIA: DIAGNÓSTICO E PREVALÊNCIA

LOW BACK PAIN SIMULATION: DIAGNOSIS AND PREVALENCE

RÔMULO MOURA JORGE<sup>1</sup>, BRUNO MOURA JORGE<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Fazer uma revisão da literatura para diagnóstico de simulação em lombalgia e avaliar sua prevalência nos pacientes que pleiteiam benefício previdenciário. **Métodos:** Foram avaliados 100 pacientes com lombalgia referida, divididos em dois grupos de 50; no grupo I os pacientes requisitaram o relatório médico a fim de obter benefício, no grupo II os pacientes visavam apenas tratamento. Foram considerados simuladores os pacientes que apresentavam dois sinais positivos, dos três avaliados: dor lombar à compressão axial crânio, dor lombar à rotação em bloco do tronco e diferença em sintomatologia na elevação da perna em posição sentado e supina. **Resultados:** No grupo I a porcentagem de simuladores foi 72%, no grupo II 18%, não houve diferença significativa com relação a idade ou sexo dos pacientes. **Discussão:** Apesar de haver vários sinais e sintomas para avaliar simulação a maioria dos médicos os desconhece, não fazendo uma avaliação adequada dos pacientes com lombalgia referida, contribuindo assim para o inchaço do sistema previdenciário. **Conclusão:** Há uma elevada incidência de simuladores entre os pacientes que requerem relatório médico a fim de conseguir benefício previdenciário. Nível de Evidência II, prospectivo comparativo.

**Descritores:** Lombalgia. Simulação. Compensação e reparação. Previdência Social.

**Citação:** Jorge RM, Jorge BM. Simulação em lombalgia: diagnóstico e prevalência. Acta Ortop Bras. [online]. 2011;19(4):181-3. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

## ABSTRACT

**Objective:** To carry out a literature review for the diagnosis of low back pain simulation in patients claiming disability benefit from the social security. **Methods:** 100 patients with reported low back pain were evaluated. These were divided in two groups of 50 each; in group I, the patients requested a medical report for the purpose of obtaining disability benefit; in group II the patients were interested only in receiving treatment. Simulators were considered as patients who presented at least two positive signs of the three signs assessed: low back pain on axial cranial compression, low back pain on rotation of the pelvis, and difference in straight leg raising in the supine and sitting positions. **Results:** In group I the percentage of simulators was 72%, in the group II, 18%. There was no significant difference in relation to age or sex. **Discussion:** Although there are several signs and symptoms to evaluate simulation, most of the doctors ignored them. However, without them, it is difficult to make a correct evaluation of patients with reported low back pain, thereby contributing to overburdening the social security system. **Conclusion:** There is a high incidence of simulators among patients who request medical reports in order to obtain disability benefits. Level of Evidence: Level II, prospective comparative study.

**Keywords:** Low back pain. Simulation. Compensation and Redress. Social Security.

**Citation:** Jorge RM, Jorge BM. Low back pain simulation: diagnosis and prevalence. Acta Ortop Bras. [online]. 2011; 19(4):181-3. Available from URL: <http://www.scielo.br/aob>.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o estado de saúde geral da população melhorou significativamente. Apesar disso, o número de afastamento por motivos médicos aumentou.<sup>1</sup>

O número de benefício por incapacidade concedidos pelo INSS em 2006 foi cerca 2,32 milhões, o que representa cerca 9% dos trabalhadores com carteira assinada.<sup>2</sup> Há vários fatores associados a essa elevada incidência: baixa qualidade de tratamento, despreparo dos profissionais de saúde,<sup>3</sup> sistema trabalhista permissivo,<sup>4</sup> oportunismo de advogados,<sup>5</sup> interesse por compensação financeira e predisposição ética e moral do trabalhador.<sup>6</sup>

Há muito se sabe que a simulação é uma prática constante em pacientes na qual sua doença envolve algum ganho secundário.<sup>7</sup> Sabendo que a lombalgia é a causa mais comum de afastamento, cerca de 28% dos casos,<sup>2</sup> convém avaliar a presença de simuladores nesses pacientes.

Não há dados concordantes sobre a frequência de simulação em pacientes com lombalgia, variando de 1% a 75%,<sup>8</sup> não havendo nenhum estudo nacional a respeito.

O objetivo desse trabalho é avaliar a prevalência de simulação em pacientes com lombalgia que pleiteiam benefício da seguridade social bem como uma revisão da literatura acerca seu diagnóstico.

Todos os autores declaram não haver nenhum potencial conflito de interesses referente a este artigo.

1. Ortopedia Centro – Curitiba – PR, Brasil

2. Hospital Universitário Cajuru – Curitiba – PR, Brasil

Trabalho desenvolvido na Ortopedia Centro, Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência: Rua: Aacyr Guimarães, 180 – Curitiba, PR, Brasil CEP 80240-230. Email: Romulojorge@gmail.com

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliados 100 pacientes, com idade entre 18 e 65 anos com queixa de dor lombar há mais de três meses. Foram excluídos pacientes com cirurgia lombar prévia e com outras queixas além de dor lombar baixa. Na consulta foram avaliados três sinais de simulação descritos por Waddell<sup>9</sup>: Dor lombar a compressão axial crânio, dor lombar a rotação em bloco do tronco e diferente sintomatologia quando elevação da perna em posição sentado e supina. Os pacientes foram divididos em dois grupos de 50 cada, no grupo I, afastamento, os pacientes solicitaram uma declaração médica sobre sua doença a fim de requerer ou prolongar seu benefício do INSS, no grupo II, normal, não havia qualquer litígio envolvendo sua enfermidade. Foram considerados simuladores os pacientes que demonstraram dois ou três dos sinais avaliados.

### Análise estatística

Para a comparação dos grupos em relação a variáveis quantitativas foi considerado o teste t de Student para amostras independentes. Em relação a variáveis dicotômicas, os grupos foram comparados considerando-se o teste exato de Fisher. Para a comparação dos grupos em relação à probabilidade de simulação, ajustou-se um modelo de Regressão Logística controlando-se as variáveis sexo e idade do paciente. Para avaliação da importância das variáveis sobre a probabilidade de simulação foi considerado o teste de Wald. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística.

## RESULTADOS

### Variável: Idade

Testou-se a hipótese nula de médias de idade iguais nos dois grupos, versus a hipótese alternativa de médias diferentes. Na Tabela 1 são apresentadas estatísticas descritivas de idade de acordo com os grupos, bem como o valor de p do teste estatístico.

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes nos grupos conforme idade.

| Grupo       | n  | Idade (anos) |         |        |        |               | Valor de p |
|-------------|----|--------------|---------|--------|--------|---------------|------------|
|             |    | Média        | Mediana | Mínimo | Máximo | Desvio padrão |            |
| Afastamento | 50 | 43,3         | 44      | 19     | 65     | 10,8          |            |
| Normal      | 50 | 41,5         | 42,5    | 18     | 60     | 12,2          | 0,456      |

Desta forma, não se rejeita a hipótese de igualdade de médias de idade nos dois grupos.

### Variável: Sexo

Testou-se a hipótese nula de que as distribuições de sexo são iguais nos dois grupos, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Na tabela 2 são apresentadas frequências e percentuais das classificações da variável sexo de acordo com os grupos.

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes nos grupos conforme gênero.

| Sexo      | GRUPO       |        |
|-----------|-------------|--------|
|           | Afastamento | Normal |
| Masculino | 30          | 21     |
|           | 60%         | 42%    |
| Feminino  | 20          | 29     |
|           | 39%         | 58%    |
| Total     | 50          | 50     |

Não se rejeitou a hipótese de distribuições iguais de sexo nos dois grupos ( $p=0,074$ ).

### Variável: Simulação

#### Análise univariada:

Testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de simulação entre pacientes no grupo "afastamento" é igual à probabilidade de simulação entre pacientes no grupo "normal", versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Na Tabela 3 são apresentados os resultados obtidos no estudo.

**Tabela 3.** Percentagem de simuladores em cada grupo.

| Simulação | GRUPO       |        |
|-----------|-------------|--------|
|           | Afastamento | Normal |
| Não       | 14          | 41     |
|           | 28%         | 82%    |
| Sim       | 36          | 9      |
|           | 72%         | 18%    |
| Total     | 50          | 50     |

O resultado do teste estatístico indicou a rejeição da hipótese nula ( $p < 0,001$ ). Desta forma, temos subsídios para interpretar que a probabilidade de simulação entre pacientes que buscam atendimento médico para pedido de afastamento é significativamente diferente da probabilidade de simulação entre pacientes que buscam atendimento médico em uma consulta normal. Na Tabela 3, pode-se observar que 72% dos pacientes no grupo I tiveram dois ou mais testes de sinais positivos, enquanto que no grupo II este percentual foi de 18%.

### Análise multivariada

Testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de simulação entre pacientes no grupo I é igual à probabilidade de simulação entre pacientes no grupo II, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes, ajustando-se para sexo e idade do paciente. Na Tabela 4 são apresentados os resultados obtidos no estudo relativos ao valor de p, OR (odds ratio) e intervalos de 95% de confiança para a OR.

**Tabela 4.** Confiabilidade estatística dos resultados.

| Variável | Valor de p | OR    | IC 95%       |
|----------|------------|-------|--------------|
| Grupo    | <0,001     | 11,27 | 4,23 - 30,07 |
| Idade    | 0,968      | 1,00  | 0,96 - 1,04  |
| Sexo     | 0,750      | 0,86  | 0,33 - 2,24  |

Desta forma, controlando-se a idade e o sexo do paciente, rejeitamos a hipótese nula de probabilidade de simulação igual nos dois grupos. A OR estimada foi de 11,27 com intervalo de 95% de confiança de 4,23 a 30,07, indicando que a probabilidade de simulação é significativamente maior no grupo I. Nesta análise não se observou importância significativa da idade e do sexo do paciente na probabilidade de simulação.

## DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de simulação remontam da Grécia antiga, "Quando os exércitos helênicos se preparavam para atacar Tróia, convocaram também o rei de Ítaca: Ulisses fingiu-se louco, atrelou um boi e um cavalo ao arado, pôs-se a arar as areias do mar. Descobriu-lhe a esperteza Pelamedes, colocando diante do arado Telêmaco, o pequenino filho do herói. Ao desviar os animais, o simulador denunciou-se".<sup>10</sup>

Ao longo da história os relatos de simulação constituem-se basicamente de prisioneiros, soldados ou marinheiros que almejavam fugir de punição ou da guerra; após 1871, com a publicação na Prússia da primeira lei de auxílio-acidente (Reichshaftspflichtgesetz) houve um aumento exponencial de queixas relacionadas ao trabalho, o que levou os médicos a suspeitar da veracidade de sintomas antes inexistentes.<sup>11</sup> No decorrer do século XX, houve publicação de diversos artigos sobre simulação, mas ainda hoje a maioria dos médicos desconhece seus principais sinais e sintomas.<sup>12</sup>

Quanto ao diagnóstico de simulação em lombalgia, salienta-se que não há consenso para sua determinação<sup>13</sup>, mas é possível fazer uma correta avaliação desses pacientes com a anamnese e exame físico. Primeiramente deve estar atendo para aspectos comportamentais frequentes em simuladores<sup>13,14</sup> (Quadro 1), na anamnese além das perguntas convencionais pode se questionar sobre a presença de sintomas improváveis, como se a lombalgia aumenta à inspiração, no intuito de observar se há endosso dos mesmos.<sup>15</sup> Também é possível a utilização da Low Back Pain Simulation Scale,<sup>16</sup> que consiste em 103 termos habitualmente utilizados para descrever a dor, entre os quais 45 que claramente indicam simulação, através de uma pontuação final distinguem-se simuladores dos não simuladores. No exame físico vários sinais foram descritos,<sup>9,17-20</sup> sendo os mais conhecidos os publicados por Waddell<sup>9</sup> que reportou oito sinais em cinco categorias (Quadro 2), considerando simuladores pacientes que apresentam três ou mais categorias. Recentemente Fishbain<sup>21</sup> fez uma revisão da literatura e apontou falhas nos critérios de Waddell, relatando doenças, principalmente fibromialgia, que apresentam os sinais descritos como não orgânicos: 1) alteração sensitiva não correspondente a padrão anatômico, 2) dor palpação não correspondente a padrão anatômico, 3) dor a palpação leve, a qual ocorre, 4) anormalidades motoras regionais e 5) verbalização desproporcional dos sintomas. Como ainda não há consenso para diagnosticar simulação em lombalgia<sup>22</sup> o autor utilizou os três sinais de Waddell mais específicos para simulação.<sup>21</sup>

Os resultados mostram que 72% dos pacientes com lombalgia referida que requerem declaração médica, inventam ou exageram sintomas a fim de conseguir algum benefício. O médico, que por formação é treinado para acreditar na sinceridade de seus pacientes, é facilmente manipulado,<sup>23</sup> o que leva frequentemente a uma

**Quadro 1.** Aspectos comportamentais na simulação.

|  |
|--|
| <b>Aumento movimentação corporal</b>                                   |
| Desvio de olhar  |
| Pouco afirmativo   |
| Alto tom de voz  |
| Demora em responder  |
| Respostas curtas   |
| Facilidade em distrair-se  |
| Descrições detalhadas e repetidas da situação causada da lesão alegada |
| Grande interesse em resultado de exames                                |
| Uso exagerado de aparelhos Ortopédicos                                 |
| Queixas de negligência e descaso do sistema médico e previdenciário.   |

**Quadro 2.** Sinais de lombalgia não orgânica de Waddell.

1. Sensibilidade: Dor a palpação leve na região lombar, Dor a palpação disseminada não correspondente com padrão anatômico
2. Simulação: Dor a compressão axial crânio, Dor a rotação dos ombros
3. Distração: Diferença quando elevação da perna em posição sentado ou supina
4. Regional: Anormalidades motoras ou sensitivas que não podem ser explicadas com base anatômicas
5. Sinal de hiper-reação: Verbalização ou expressão desproporcional aos sintomas.

falsa avaliação do caso, o que por fim contribui para o inchaço do sistema previdenciário.

Faz-se necessário que ortopedistas estejam alertas para esse quadro e usem de rotina exames para detectar simulação em qualquer paciente envolvido em litígio.

Relembrando que mesmos aos poetas foi dado a curiosidade sobre o simulador, pois assim nos canta Fernando Pessoa: "O fingidor, de tanto fingir a dor, acaba negando a dor, da dor que de vera sente."

## CONCLUSÃO

Há uma elevada incidência de simulação nos pacientes com lombalgia que requerem benefício do INSS.

## REFERÊNCIAS

1. Berthoud R. Disability benefits. A review of the issues and options for reform. Report supported by The Joseph Rowntree Foundation. York: ESRC Research Centre on Micro-social Change, University of Essex; 1998.
2. Anadergh Branco. Laboratório de saúde do trabalhador da Universidade de Brasília (UnB). Disponível em: (<http://www.cgu.gov.br/publicacoes/bgu/2006/VOLUME%20II/V-11.pdf>).
3. Mello JB, Camargo MO. Qualidade na Saúde. São Paulo: Editora Best Seller; 1998.
4. Nachemson A. Back pain: delimiting the problem in the next millennium. Int J Law Psychiatry. 1999;22:473-90.
5. Butterfield PG, Spencer PS, Redmond N, Feldstein A, Perrin N. Low back pain: predictors of absenteeism, residual symptoms, functional impairment, and medical costs in Oregon workers, compensation recipients. Am J Ind Med. 1998;34:559-67.
6. Faust D. The detection of deception. Neurol Clin. 1995;13:255-65.
7. Shaw RS. Pathological Malingering: the painfully disable extremity. N Eng J Med. 1964;271:22-6
8. Leavitt F. Predicting disability time using formal low back pain measurement: the Low Back Pain Simulation Scale. J Psychosom Res. 1991;35:599-607.
9. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Nonorganic physical signs in low-back pain. Spine (Phila Pa 1976). 1980;5:117-25.
10. Almeida Junior A. Lições de medicina legal. 4a. ed. Rio de Janeiro: Editora Nacional de Direito; 1957. p. 280-88.
11. Miller H, Cartlidge N. Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. Lancet. 1972;1:580-5.
12. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. Psychiatr Clin North Am. 2007;30:645-62.
13. Hall HV, Poirier JG. Detecting malingering and deception: the revised forensic distortion analysis. 2a. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2002. p. 49-60.
14. Wilbourn AJ. The electrodiagnostic examination with hysteria-conversion reaction and malingering. Neurol Clin. 1995;13:385-404.
15. Garcia JA. Psicopatologia forense para médicos, advogados e estudantes de Medicina e Direito. Rio de Janeiro: Editora Forense; 1997.
16. Leavitt F. Pain and deception: use of verbal pain measurement as a diagnostic aid in differentiating between clinical and simulated low-back pain. J Psychosom Res. 1985;29:495-505.
17. Gardner RC. Malingerer test for low-back pain. N Engl J Med. 1970;282:1050.
18. Evanski PM, Carver D, Nehemkis A, Waugh TR. The Burns' test in low back pain: correlation with the hysterical personality. Clin Orthop Relat Res. 1979;(140):42-4.
19. Kummel BM. Nonorganic signs of significance in low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 1996;21:1077-81.
20. Blom A, Taylor A, Whitehouse S, Orr B, Smith E. A new sign of inappropriate lower back pain. Ann R Coll Surg Engl. 2002;84:342-3.
21. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. A structured evidence-based review on the meaning of nonorganic physical signs: Waddell signs. Pain Med. 2003;4:141-81.
22. Mendelson G, Mendelson D. Malingering pain in the medicolegal context. Clin J Pain. 2004;20:423-32.
23. Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq Neuropsiquiatr. 2000;58:360-5.