

Síndrome Miofascial e Síndrome de Dor Regional Complexa em uma Amostra de Casos de LER/DORT Atendidos em um Ambulatório de Saúde do Trabalhador do SUS (CIAST) em Porto Alegre: Fatores de Risco Ocupacionais Associados às Síndromes de Dor Regional

Maria Inês Reinert Azambuja* **

Paulo Tschiedel**

Miriam Dabdab Domingues Kollinger**

Paulo Antonio Barros Oliveira***

Jussara Maria Rosa Mendes****

Sérgio Luiz Bassanesi*****

RESUMO

Introdução: A síndrome miofascial (SMF) e a síndrome de dor regional complexa (SDRC) são condições pouco reconhecidas, cuja associação com o trabalho ainda está sendo construída. A OS 606 do INSS as exclui da lista de patologias potencialmente associadas ao trabalho. Neste artigo analisamos a associação entre a prevalência de SMF e de SDRC e exposições a fatores ergonômicos referidas na anamnese ocupacional. **Metodologia:** Estudamos 101 mulheres em acompanhamento ambulatorial por LER/DORT (excluídos sete casos de fibromialgia) no CIAST, um ambulatório do SUS (Sistema Único de Saúde) que atende portadores de doenças do trabalho em Porto Alegre. Identificamos casos de possível SMF e de SDRC com base em critérios clínicos. Comparamos as prevalências das duas síndromes conforme referências à repetição, força, sobrecarga estática, posição inadequada, vibração e a acidente do trabalho prévio entre os casos de LER/DORT. Adicionalmente, comparamos a ocorrência destas síndromes em três grupos de

* Profa. Adjunta do Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; CEDOP – Centro de Documentação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador, Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS, Rua Ramiro Barcelos 2600/420, Porto Alegre, RS – Brasil. Cep.: 90035-003. E-mail: miazambuja@terra.com.br.

** CIAST – Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, RS.

*** CEDOP – Centro de Documentação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador, Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS.

**** NEST – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho; Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUC/RS.

***** Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS.

S

Este estudo foi parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) – Auxílio 02/2544.0, de 2002.

ocupações com diferentes composições de força e repetição na atividade laboral. **Resultados:** Nesta amostra, a SMF foi significativamente mais prevalente em pacientes com relação à sobrecarga estática e posição inadequada. A SDRC mostrou-se positiva e significativamente associada a acidente do trabalho prévio e negativamente associada à posição inadequada. Não houve diferença na ocorrência de SMF em ocupações com diferentes níveis de exigência de força e de repetições. Já a SDRC mostrou uma relação de dose-resposta na exigência crescente de força relativamente à repetição no desenvolvimento das tarefas. **Conclusões:** A SMF e SDRC foram muito freqüentes nesta amostra de casos crônicos. A repetição, a sobrecarga estática e a força, possivelmente, associam-se a diferentes patologias osteomusculares. É necessário revisar os critérios para a inclusão de patologias entre as reconhecidas associadas ao trabalho, e valorizar a força, mesmo na ausência de repetição, ao longo de toda a jornada de trabalho, como fator de risco para o desenvolvimento de DORT e mau prognóstico para a sua evolução.

Palavras-chave: Doenças Ocupacionais; Transtornos Traumáticos Cumulativos; Neuralgia Facial ; Causalgia; Medicina Clínica; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A síndrome miofascial (SMF) e a síndrome de dor regional complexa (SDRC) são consideradas patologias não ocupacionais na Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa (OS 606) do INSS¹. Já o Ministério da Saúde as inclui, adicionalmente às entidades neuro-ortopédicas definidas (tendinites, tenossinovites, síndromes compressivas), entre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT)².

Ambas as síndromes são diagnosticadas com base eminentemente clínica e sua principal manifestação é a dor regional.

A SMF caracteriza-se por dor crônica, contratura muscular e ponto gatilho, associada à redução de força e parestesias na região afetada, fadiga, insônia e freqüentemente depressão³. O ponto-gatilho miofascial é um achado característico. É descrito como um ponto sensível sobre uma banda muscular tensa. Sua compressão provoca uma reação de retirada, e reproduz a dor regional referida pelo paciente⁴.

A SDRC é descrita como dor excruciante, alodinia (dor devida a estímulo mecânico ou térmico que normalmente não provoca dor) ou hiperalgesia (resposta exagerada a um estímulo normalmente doloroso), associada, episodicamente, a edema, alterações no fluxo sanguíneo da pele ou atividade sudomotora anormal na região afetada, na ausência de outra condição que possa explicar a dor e a disfunção⁵⁻⁷. É mais freqüentemente descrita após traumatismo com lesão de nervo periférico, mas também é reconhecida em portadores de neuropatia diabética e esclerose múltipla, e também é descrita após acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio⁶⁻⁸. É uma condição severamente incapacitante⁶. Seu reconhecimento em portadores de LER/DORT é recente⁹⁻¹⁰ e ainda pouco generalizado.

Para ampliar o conhecimento sobre estas síndromes, especialmente no que se refere à sua associação

com manifestações de dor osteomuscular incapacitante, desencadeada ou agravada pelo trabalho, estudamos 108 mulheres com diagnóstico de DORT atendidas no Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST), um ambulatório do SUS que atende portadores de doenças do trabalho em Porto Alegre.

Em publicação anterior¹¹, descrevemos este grupo de pacientes do ponto de vista sociodemográfico e ocupacional; identificamos possíveis portadoras destas duas síndromes em nossa amostra; e descrevemos sintomas, evolução clínica e comorbidades associadas a estes diagnósticos.

Mesmo com as limitações reconhecidas para a caracterização destas condições no contexto exclusivo da clínica, os critérios utilizados conseguiram individualizar três grupos de pacientes nesta amostra: um com queixas localizadas e melhor prognóstico; outro com dor em membro superior e pescoço, com mais tempo decorrido desde o início dos sintomas e cuja manifestação mais característica, além da dor, era a perda de força em membro superior (SMF); e um terceiro, com dor mais localizada em um membro superior, freqüentemente de caráter flutuante, e que assume, após esforço leve a moderado, caráter excruciante com alguns dias de duração, acompanhando-se de edema em punho, região medial do cotovelo e choques nos dedos (DSR) – este foi o grupo com pior evolução entre os casos¹¹.

O conjunto de fatores específicos reconhecidos como de risco para a ocorrência de LER/DORT são os biomecânicos – força, postura, repetição, sobrecarga muscular, exposição ao frio e às vibrações; os psicossociais – relacionados à organização do trabalho, como exigência de alta produtividade e qualidade do produto, fragmentação das tarefas, invariabilidade das tarefas, pressão de tempo e falta de controle pelo trabalhador sobre o modo e ritmo de trabalho; e os ligados à psicodinâmica do trabalho, gerados em certas situações especiais de trabalho¹²⁻¹³.

Neste estudo, a investigação limitou-se à associação potencial entre os diagnósticos de SMF e SDRC e exposição aos fatores ergonômicos mais frequentemente investigados durante o atendimento clínico e a acidentes do trabalho (AT) prévios.

METODOLOGIA

Todas as pacientes com LER/DORT que se encontravam em acompanhamento no serviço durante o período de recrutamento foram convidadas a participar. Foram recrutadas 113 pacientes sendo 108 efetivamente incluídas no estudo.

Todas receberam esclarecimento sobre a finalidade do estudo e foram convidadas a responder um questionário e realizar exames e medições de rotina que faltassem nos prontuários médicos. Todas foram submetidas a um exame físico orientado pelo histórico clínico e ocupacional registrado em prontuário e revisado no momento da avaliação clínica. Em 90% dos casos a avaliação clínica foi realizada em conjunto pelos dois médicos pesquisadores do serviço. O protocolo de investigação foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e aprovado. As pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios diagnósticos³⁻⁴ utilizados para a identificação da SMF entre os casos de LER/DORT são apresentados na Tabela 1.

Foram inicialmente classificados como suspeitos de SMF casos que apresentavam dor, hipertonia regional e ponto doloroso à palpação, mas sem o padrão de dor referida característico do ponto gatilho. Após a

análise inicial dos dados, optamos por aglutinar positivos e suspeitos, já que não havia diferença significativa entre os dois grupos, e não há consenso com relação à importância desta distinção na literatura¹⁴.

Os critérios diagnósticos utilizados para a categorização da ocorrência de SDRC entre os casos de LER/DORT são apresentados na Tabela 2¹⁵:

Tabela 2
Critérios para o Diagnóstico de Síndrome Dor Regional Complexa (SDRC)

Diagnóstico positivo de SDRC

- Dor regional difusa excruciante
- Pelo menos dois dos sinais e sintomas abaixo:
 - Diferença na cor da pele relativa ao outro membro
 - Edema
 - Diferença de temperatura na pele, relativa ao outro membro
 - Limitação na amplitude do movimento ativo
- Adicionalmente,
 - Ocorrência ou exacerbação dos sinais/sintomas acima com o uso

Foram considerados suspeitos os diagnósticos em que houve dúvida sobre o caráter excruciante da dor. Para a análise utilizamos a categoria possível SDRC, que incluía casos positivos e suspeitos.

Os casos de fibromialgia também foram individualizados, com base em critérios da Associação Americana de Reumatologia: dor crônica difusa, generalizada e pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos à palpação digital (força equivalente a 4 kg), localizados próximo à inserção de músculos, nos lados direito e esquerdo do corpo e acima e abaixo da linha da cintura – frequentemente acompanhada por fadiga e distúrbio do sono¹⁶. Optou-se por excluí-los desta análise, já que a fibromialgia não tem sido considerada LER/DORT.

Foram coletadas informações sobre variáveis socio-demográficas (idade, escolaridade) e ocupacionais (ocupação, setor de atividade, condição de atividade). Com relação à caracterização ergonômica do tipo de exposição, as pacientes foram questionadas sobre a exigência de força, repetição, posições inadequadas, esforço estático e exposição à vibração na execução das atividades. Responderam também sobre a ocorrência de acidentes do trabalho no passado. Para superar a limitação de utilizar apenas uma abordagem categórica para avaliar a exposição à força e à repetição neste grupo de casos, e por entender que força e repetição contrapõem-se e limitam uma à outra, construiu-se uma variável com conteúdo semiquantitativo,

Tabela 1
Critérios para a Categorização Diagnóstica de Síndrome Miofascial (SMF)

Diagnóstico positivo de SMF

- Dor regional
- Hipertonia regional
- Ponto gatilho (ou ponto doloroso à palpação – ver abaixo)
- Pelo menos dois dos sinais e sintomas abaixo
 - Parestesias distais na área afetada
 - Sensação de peso no braço
 - Deixa cair objetos
 - Descoordenação de movimentos finos
 - Tremor ao esforço
 - Força reduzida ao exame, na comparação com o outro membro
- Adicionalmente,
 - Alteração no padrão de sono

para capturar a composição relativa de força e repetição nas atividades dos pacientes. A partir da análise qualitativa das atividades das pacientes no trabalho, classificou-se as ocupações em três categorias: predomínio de repetição, repetição e força, predomínio de força.

Utilizou-se o EPI-INFO versão 6.4 para criar o banco de dados e realizar as derivações e análises. Empregou-se a razão de prevalências como medida da associação entre exposição ocupacional e desfechos (SMF e SDRC) e o χ^2 (ou o teste exato de Fisher quando indicado) como teste de significância estatística de associação. Utilizamos o χ^2 para tendência linear para testar a existência de dose-resposta na participação relativa de força e repetição na ocorrência da SDRC.

RESULTADOS

A amostra final foi de 101 casos (excluídas sete pacientes com diagnóstico de fibromialgia). A amostra de mulheres estudada tem em média $40,7 \pm 9,7$ anos (Mediana 42; 18-61), é majoritariamente branca (70,3%) e tem menos de oito anos de escolaridade (77%). Tem baixa rotatividade no emprego (tempo na última ocupação: mediana: 2,7 anos; 0-22). É constituída por trabalhadoras celetistas (93,1%), e em benefício previdenciário (87%), sendo 75% em auxílio-doença por acidente do trabalho e 12% em auxílio-doença comum.

Para 23% das pacientes este não é o primeiro episódio de incapacidade relacionada à LER/DORT. A maior parte dos casos é crônica. O tempo médio desde o início dos sintomas foi de 743 dias (mediana = 365). O tempo de tratamento no episódio atual variou entre 7 e 813 dias (mediana = 175,5).

Adicionalmente a diagnósticos localizados de tendinites e síndromes compressivas, eram possíveis portadoras de SMF, 89 de 101 pacientes (88%) e, de SDRC, 41 de 101 pacientes (41%). A soma dos diagnósticos excede o número de pacientes porque várias pacientes atendiam os critérios para ambos os diagnósticos. A descrição da amostra conforme os diagnósticos de SMF e SDRC é apresentada na Tabela 3. O tempo de tratamento no episódio atual era mais alto nos casos de SDRC ($p = 0,10$). Embora a proporção de não-brancas e menor escolaridade fosse mais alta nos casos de SDRC, a diferença não foi significativa.

Cinqüenta e dois por cento das pacientes trabalhavam na indústria, da qual estavam mais representados os ramos metalúrgico (21,82%) e da alimentação (11,9%). As demais (48%) provinham principalmente da área de serviços, em ramos de atividade variados: serviços de saúde (12,9%); hotéis e restaurantes (5,6%); serviços de limpeza (4,6%); lavanderias, organizações sindicais e serviços pessoais.

Tabela 3
Descrição da Amostra conforme os Diagnósticos de SMF, Excluídos os Casos de SDRC e de SDRC (com ou sem SMF)

| | SMF (s/SDRC) n = 50 | SDRC n = 41 | p |
|--|---------------------------|----------------|----------|
| Idade média | 39,6 | 41,8 | NS |
| Cor (%) | | | NS |
| Branca | 76 | 63 | |
| Não-branca | 24 | 34 | |
| Escolaridade (%) | | | NS |
| ≤ 8 série | 73,5 | 83 | |
| > 8 série | 26,5 | 17 | |
| Meses de tratamento episódio atual (média) | 7,6 | 11,6 | p = 0,10 |

Referências a fatores de riscos ergonômicos e acidente do trabalho (AT) prévio são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4
Frequência de Relatos de Exposição à Força, Repetições, Posições Inadequadas, Sobrecarga Estática, Vibração e AT Prévio em um Grupo de Portadoras de LER/DORT Atendidas em Ambulatório de Saúde do Trabalhador do SUS (CIAST) em Porto Alegre

| Fator de Exposição | % |
|----------------------|----|
| Repetição | 93 |
| Força | 83 |
| Posições inadequadas | 75 |
| Esforço estático | 59 |
| Vibração | 28 |
| AT prévio | 11 |

Entre os AT prévios foram relatados contusão/entorse do cotovelo⁴, queda³, traumatismo/entorse ombro², torcicolo¹, ferimento na mão¹.

Os resultados da análise univariada da associação entre a exposição aos fatores selecionados e a ocorrência de SMF e SDRC são apresentados nas Tabelas 5 e 6.

As exposições que mostraram associação significativa com a ocorrência de SMF foram o trabalho em posição inadequada (RP = 1,2; $p = 0,05$) e a sobrecarga estática (RP = 1,34; $p = 0,0001$). Já para a SDRC,