

TÍTULO: TENOSSINOVITES OCUPACIONAIS

AUTOR(ES): DR. ANDRÉ DE SÁ PEROCCO (*)
DR. HUDSON DE ARAÚJO COUTO (**)

Inúmeras são as dúvidas do Médico do Trabalho ao se deparar com um caso de tenossinovite, do ponto de vista médico-ocupacional e legal. Conceituação da enfermidade, incidência crescente de diagnósticos, caracterização como doença profissional, atividades laborativas predisponentes, elementos para o diagnóstico diferencial, como encaminhar os casos suspeitos e quais as medidas preventivas capazes de minimizar o aparecimento da enfermidade, são as dúvidas mais freqüentes dos profissionais da Área, respondidas de modo sucinto e objetivo pelos Autores do presente trabalho.

(*) Médico do Trabalho do SERPRO e Diretor Científico da AMINT - Associação Mineira de Medicina do Trabalho.

(**) Médico do Trabalho, Consultor da UPSI Informática e Presidente da AMINT - Associação Mineira de Medicina do Trabalho.

1. AS TENOSSINOVITES EXISTEM MESMO? OU FORAM INVENTADAS?

Tenossinovites é um nome genérico utilizado no Brasil para designar um grande número de lesões do sistema osteo-músculo-ligamentar dos membros superiores. Não é um nome adequado, pois a "tenossinovite" representa, de fato, apenas uma das lesões, neste caso das bainhas tendinosas dos músculos flexores e extensores do antebraço. O melhor nome é lesões por traumas cumulativos, mas uma terminologia também utilizada e que reflete razoavelmente bem o que se passa é lesões por esforços repetitivos. As LER ou LTC existem de fato. A rigor, elas são citadas desde o tempo das competições olímpicas da Grécia antiga, e entre trabalhadores, é descrita desde Ramazzini, em 1700, quando o mesmo caracterizou muito bem a doença dos escribas.

O termo LER põe em evidência a origem das lesões a partir de esforços repetitivos; o termo LTC evidencia outros fatores causais. Repetitividade, força, posturas viciosas do punho, compressão mecânica de estruturas delicadas, vibração e frio.

As principais formas de manifestação das LTC ou LER nos membros superiores são:

- síndrome do desfiladeiro
- bursite no ombro
- epicondilite no cotovelo
- compressão do nervo ulnar no cotovelo
- tenossinovite dos tendões extensores e flexores das mãos
- tenossinovite de DeQuervain
- compressão do nervo mediano no túnel do carpo
- tenossinovite dos flexores dos dedos (dedo em gatilho).

2. POR QUE SURTIU AGORA E NÃO HAVIA ANTES?

Por dois motivos:

- Primeiro, pela concentração do fenômeno em uma determinada categoria profissional (no caso dos digitadores), categoria profissional esta em número crescente na última década, devido aos avanços da informática e o aumento do número de profissionais envolvidos na entrada de dados pela forma mecânica (digitando).
- Segundo, pelo fenômeno concentração destes profissionais em determinada categoria de empresa, com a mesma representação sindical (percebe-se ser este o fator de doença ocupacional principal a ser acompanhado por estes sindicatos); em outras palavras, o mesmo fenômeno (LTC ou LER) ocorrendo entre metalúrgicos tem muito menos repercussão devido a estar diluído entre doenças ocupacionais mais frequentes na categoria.

3. É DOENÇA PROFISSIONAL?

No início da década de 80, com o aumento de queixas de indivíduos com dor no membro superior, médicos do trabalho, representantes sindicais e a própria imprensa tiveram sua atenção despertada para o fenômeno, surgindo uma pressão dessas entidades frente ao INPS para que fosse caracterizada a relação causa efeito. Em 1985, o INPS baixou uma Portaria aceitando as LER como doenças profissionais, desde que atendesse a determinados pré-requisitos de caracterização. Em 1987 o Ministério do Trabalho, através de Portaria, assumiu de fato a existência da doença como relacionada a um tipo de trabalho, sendo então equiparada às outras doenças profissionais, como surnismo, pneumoconiose, benzolismo, etc...

4. QUÊ PROFISSÕES SÃO PREDISPOSTAS?

Todas aquelas em que existem um maior número de fatores contributivos: movimentos repetitivos continuados, excesso de força com os membros superiores, atividade sendo exercida com desvios posturais do punho, compressão de estruturas nervosas, vibração mão-braço e frio. O raciocínio básico que se deve fazer é que, na vigência de um dos 6 fatores desencadeantes, será necessária uma grande intensidade deste único fator para desencadear as LTC; no entanto, aumentando-se o número de fatores de desencadeantes, a um nível menor de determinado fator já poderão aparecer as LTC.

A literatura científica descreve a existência de LTC ou LER nas seguintes profissões ou tipos de atividades profissionais:

- escriturários
- digitadores
- motoristas de caminhão
- datilógrafos
- açougueiros e magarefes
- costureiras e tricoteiras
- carregadores de cargas em geral
- professores
- britadores (martetele pneumático)
- trabalhadores envolvidos em linhas de montagem

5. COMO PROCEDER EM CASOS SUSPEITOS?

Inicialmente é necessário o levantamento apurado da história profissional pregressa do trabalhador, procurando caracterizar um ou mais dos fatores contributivos acima descritos, sem esquecer as pesquisas de patologias outras, que de algum modo interferem no desencadeamento da sintomatologia, dentre as quais destacamos: processos in

fecciosos em geral, doenças reumáticas e do colágeno, se-
quelas de traumatismo, etc... É de vital importância um
acurado exame físico, baseado num bom conhecimento de
anatomia funcional do membro superior e das lesões mais
frequentes que aí ocorrem. Nesta fase pode ser fundamen-
tal a ajuda de um especialista, e de alguns exames com-
plementares (radiografia de coluna cervical, de articula-
ções e de velocidade de condução elétrica dos nervos dos
membros superiores), embora não exista até o momento (e
nem deverá existir a curto prazo) nenhum exame patognomô-
nico para comprovar a hipótese diagnóstica. Isto é con-
seguido com a associação adequada entre a história ocupa-
cional e o exame do paciente.

Surgindo então a hipótese diagnóstica de LTC ou LER, es-
tes trabalhadores deverão ser encaminhados ao setor de
Acidentes do Trabalho do INPS, acompanhados de CAT com
as descrições do tipo de atividade, tempo de trabalho e
demais exames já realizados.

6. COMO DISTINGUIR UM CASO REAL DE UM SIMULADOR?

Pode-se dizer que na fase inicial, o trabalhador apresen-
ta queixas vagas, geralmente relacionadas com sensação
de peso no membro superior, cansaço, sensação de diminui-
ção da força muscular, formigamento, queimação, surgindo
até um dolorimento difuso e mal definido. Nesta fase, o
diagnóstico diferencial é difícil, embora seja muito im-
portante o acompanhamento de perto pelo médico do traba-
lho, examinando o trabalhador semanalmente. Numa segun-
da fase, onde surgem sinais mais evidentes de cansaço e
dor com localização mais definida (esta sintomatologia
surge no final de jornada de trabalho) o diagnóstico di-
ferencial com simulação é mais claro. Numa terceira fa-
se, com dor, edema, persistência dos sintomas após a jor-
nada de trabalho, inclusive nos fins-de-semana, com evi-

dente diminuição da produtividade, com lesões incapacitantes às vezes definidas, não há maiores dificuldades na caracterização diagnóstica.

Como o grande objetivo deve ser evitar chegar-se a este estágio, é necessário que o diagnóstico diferencial seja feito na primeira fase, ou no máximo na segunda fase. É sempre importante estar atento aos aspectos do clima na relação de trabalho e os aspectos emocionais do próprio trabalhador e firmar o diagnóstico com base em conhecimento do posto de trabalho e de suas exigências, num exame médico fundamentado por um bom conhecimento anatômico-funcional e por uma boa dose de bom-senso.

7. O QUE FAZER PARA PREVENÍ-LAS?

Primeiramente, um acompanhamento semestral do estado funcional dos membros superiores de todos os trabalhadores envolvidos em atividades de risco; os suspeitos deverão ser examinados detidamente, e no caso de dúvida, a decisão deve ser pró-trabalhador (afastamento temporário preventivo);

Um aspecto fundamental é a melhoria das condições ergonômicas de trabalho e melhoria dos sistemas de organização do trabalho, intercalando o tempo de atividade repetitiva com outras atividades não repetitivas; e reduzindo a incidência dos demais fatores contributivos.



Eletrobras

TEMAS DE SAÚDE OCUPACIONAL

Trabalho publicado no Informativo da Associação Mineira de Medicina do Trabalho - nº 4. In Jornal da ANAMT, dezembro de 1988, pág. 08.

Para distribuição interna aos Profissionais da Área de Saúde das Empresas do Setor de Energia Elétrica.

Projeto 23 - GRIDIS.

ANO 1990 NO 57
FL 07 DE 07

GRIDIS