

BMJ Best Practice

Visão geral das síndromes de sobrecarga ocupacional

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	9
Aviso legal	10

Introdução

Tarefas repetitivas no local de trabalho podem causar uma variedade de síndromes de sobrecarga, tão diversa quanto as ocupações que podem causá-las. O histórico ocupacional de um paciente é essencial para o diagnóstico da lesão. A dor decorrente desses distúrbios pode persistir e causar incapacidade no trabalho se não for verificada e se não forem executadas estratégias de prevenção secundária.

Doenças

◇ Avaliação da dorsalgia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da dorsalgia](#)

A lombalgia é a causa primária de incapacidade em indivíduos abaixo dos 50 anos de idade. As etiologias podem ser subdivididas em 3 grupos: mecânica, sistêmica e referida. De longe, a causa mais comum é a mecânica (97%).^[1] No entanto, a maioria dos pacientes (85% ou mais) que procuram a unidade básica de saúde apresenta lombalgia que não pode de forma segura ser atribuída a nenhuma causa específica (lombalgia inespecífica).^[2]

◇ Dor musculoesquelética na coluna lombar

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Dor musculoesquelética na coluna lombar](#)

Ocupações que requerem esforço físico foram associadas à dor lombar. Essas atividades resultam em dor lombar causadas por lesões agudas e tensões cumulativas na anatomia da coluna vertebral.^[3]

◇ Doença degenerativa da coluna cervical

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Doença degenerativa da coluna cervical](#)

A etiologia da espondilose cervical é subjacente à degeneração espontânea da articulação. Ela está relacionada à idade e ao desgaste.^[4] ^[5] No entanto, em estudos com gêmeos concordantes observa-se uma predisposição genética significativa para desenvolver degeneração cervical, além de fatores relacionados com a ocupação e atividade.^[6]

◇ Lombalgia discogênica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Lombalgia discogênica](#)

A dorsalgia discogênica lombar é a presença de lombalgia relacionada a atividades com ou sem a concomitância de sintomas nos membros inferiores radiculares na presença de doença degenerativa do disco radiologicamente confirmada. Uma associação foi observada entre posturas e tensões ocupacionais devido à mecânica de levantamento e carga anormal.^[7] O uso de equipamento vibratório é considerado particularmente perigoso.^[8]

◇ Estenose da coluna vertebral

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Estenose da coluna vertebral](#)

Esta doença geralmente resulta de alterações degenerativas na coluna lombar. As pessoas que fazem trabalho braçal pesado podem desenvolver mudanças degenerativas na coluna mais cedo, devido ao aumento do desgaste mecânico da coluna e do elevado risco de lesão traumática.

◇ Costocondrite

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Costocondrite](#)

Apresenta-se com início insidioso de dor na parede torácica anterior, exacerbada por certos movimentos do tórax e inspiração profunda. Geralmente está associada a história de movimento repetitivo inabitual dos membros superiores.^[9]

◇ Avaliação da lesão do joelho

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da lesão do joelho](#)

A história pode fornecer informações úteis sobre o tipo da lesão que o paciente pode apresentar. Os detalhes importantes a serem perguntados são sobre a localização do contato, a localização da dor e outras lesões prévias. A descrição do paciente sobre seu mecanismo de lesão é outra parte importante da história. Por exemplo, a maioria das rupturas do ligamento cruzado anterior são lesões por torção sem contato.

◇ Cisto poplíteo

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Cisto poplíteo](#)

O cisto poplíteo (de Baker) geralmente é o resultado de uma patologia da articulação do joelho, como artrite ou uma ruptura na cartilagem. O trauma na articulação do joelho, especificamente lesão do menisco medial, lesões condrais e rupturas do ligamento cruzado anterior, é um fator de risco significativo no desenvolvimento de cistos poplíteos.

◇ Avaliação de mononeuropatia dos membros inferiores

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de mononeuropatia dos membros inferiores](#)

Exemplos de mononeuropatias nos membros inferiores causadas por sobrecarga ocupacional incluem mononeuropatia fibular comum (agachar-se por longos períodos - colocadores de carpetes, trabalhadores agrícolas), mononeuropatia do nervo cutâneo lateral da coxa (uso de cintos pesados - carpinteiros) e mononeuropatia ciática (sentar-se em uma superfície dura).^[10]

◇ Síndrome da banda iliotibial

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome da banda iliotibial](#)

Fricção excessiva da porção distal da banda iliotibial deslizando sobre o epicôndilo femoral lateral quando o joelho está flexionado e a extensão causa irritação. Ela é incomum em não atletas.

◇ Avaliação da mononeuropatia nos membros superiores

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da mononeuropatia nos membros superiores](#)

Existem mais de 10 nervos individuais no braço, distais ao plexo braquial, por isso muitas mononeuropatias diferentes podem ocorrer. Sintomas de osteoartrite, tendinite ou esforço repetitivo muitas vezes são confundidos com síndrome do túnel do carpo e/ou neuropatia ulnar, pois a distribuição da dor pode ser semelhante nessas entidades. Estudos eletrofisiológicos podem ajudar a identificar ou descartar uma mononeuropatia associada nesses casos.

◇ Lesão do manguito rotador

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Lesão do manguito rotador](#)

Trata-se de uma doença comum nos ombros, especialmente em pacientes idosos e ativos. Um episódio de atividade vigorosa acima da cabeça, como pintura ou levantamento de peso acima da cabeça, pode incitar bursite subacromial ou sintomas de pinçamento, que podem ser pródromos para ruptura e falha do manguito rotador.

◇ Síndrome do túnel do carpo

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome do túnel do carpo](#)

Com uma prevalência de aproximadamente 1 em 25, esta é a neuropatia de encarceramento mais comum. As ocupações envolvendo a exposição a flexão ou torção repetitivas das mãos ou punhos, ou o uso de ferramentas vibratórias, representam um risco particular.

◇ Epicondilite

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Epicondilite](#)

Os pacientes descrevem uma história de atividades que contribuem para o uso excessivo dos músculos do antebraço que se originam no cotovelo. As epicondilites medial e lateral foram associadas a atividades repetitivas do cotovelo e do antebraço, como martelar, digitar, cortar carne, instalar tubulação e pintar, bem como atividades de lazer incluindo tênis e golfe.

◇ Tenossinovite da mão e do punho

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Tenossinovite da mão e do punho](#)

Um grupo de entidades com uma patologia comum envolvendo os tendões extrínsecos da mão e do punho e suas bainhas retinaculares correspondentes. O estresse de cisalhamento repetitivo por meio da bainha retinacular causa irritação ao tendão e ao seu revestimento sinovial (tenossinovite), além de inflamação subsequente seguida por hipertrofia e fibrose, que podem causar o desenvolvimento de dedos em gatilho.

◇ Fasciite plantar

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Fasciite plantar](#)

Esta doença causa dor crônica ou aguda no calcanhar inferior, na ligação da banda medial da fásia plantar com o tubérculo calcaneal medial. É comumente observada em pessoas que trabalham em posição ortostática, especialmente aquelas que ficam em pé em uma superfície dura e inflexível como o concreto (por exemplo, funcionários postais ou de fábricas).^{[11] [12]}

◇ Hérnia inguinal

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Hérnia inguinal](#)

O levantamento de pesos não predispõe à formação de hérnia, mas chama a atenção do paciente para a hérnia.

◇ Bursite

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Bursite](#)

Qualquer ocupação que causa estresse mecânico repetitivo sobre uma bursa pode resultar em bursite. Na atenção primária, a bursite apresenta-se mais comumente no joelho, e nas bursas subacromial (subdeltoide), trocanteriana, retrocalcaneana e do olécrano.

◇ Fenômeno de Raynaud

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Fenômeno de Raynaud](#)

A operação de britadeiras e outras causas de lesão por vibração aumentam o risco de evoluir para o fenômeno de Raynaud secundário.

◇ Tendinopatia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Tendinopatia](#)

A degeneração do tendão caracterizada por uma combinação de dor, edema e desempenho comprometido é descrita pelo termo geral "tendinopatia". A etiologia exata não é clara. Estudos sugerem que se trata de um doença de uso excessivo que causa reparo inadequado do tendão e que predispõe o mesmo à microrrupturas e degeneração.

◇ Entorses e distensões musculoesqueléticas

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Entorses e distensões musculoesqueléticas](#)

A torção é uma lesão na junção muscular ou musculotendinosa, enquanto uma entorse é uma lesão no ligamento. Os fatores predisponentes são o tipo de arquitetura muscular (isto é, músculo penado, fibras musculares de contração rápida tipo II e unidades músculo-tendão que envolvem 2 articulações) e lesão prévia.

◇ Cefaleia tensional

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Cefaleia tensional](#)

Períodos prolongados de tensão mental ou estresse psicológico podem influenciar a sensibilização central e o desenvolvimento de cefaleia tensional crônica.

◇ Trauma ocular

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Trauma ocular](#)

O trauma ocular é a principal causa de perda da visão e cegueira que frequentemente afeta os jovens. As lesões podem ocorrer devido a trauma mecânico (contuso ou penetrante), agentes químicos ou radiação ultravioleta e ionizante.

◇ Síndromes de dor crônica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndromes de dor crônica](#)

A dor que persiste por mais de 3 meses é considerada crônica. As ocupações de alto risco são profissionais da saúde (por exemplo, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, dentistas e quiropráticos), profissionais da construção, mecânicos de automóveis, donas-de-casa/faxineiros e cabeleireiros. Desemprego e mudança do emprego anterior em função de dor também são fatores de risco para a cronicidade da dor.

◇ Visão geral da dor musculoesquelética

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Visão geral da dor musculoesquelética](#)

O uso repetitivo e o uso excessivo dos músculos têm probabilidade de resultar em dor musculoesquelética.

◇ Visão geral de lesões relacionadas ao esporte

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Visão geral de lesões relacionadas ao esporte](#)

Em geral, as lesões esportivas podem ser categorizadas como agudas ou crônicas. O universo de condições clínicas potencialmente resultantes de lesões esportivas ou relacionadas a exercícios é ampla. Mais de 90% de todas as lesões esportivas são contusões ou distensões.^[13] Os esportes de contato podem aumentar o risco de contusão, enquanto saltos e corridas de velocidade são atividades mais comumente associadas a distensões musculares.^{[14] [15]}

Artigos principais

Referências

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363-370. [Resumo](#)
2. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al.; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007 Oct 2;147(7):478-91. Erratum in: Ann Intern Med. 2008 Feb 5;148(3):247-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Shelerud RA. Epidemiology of occupational low back pain. Clin Occup Environ Med. 2006;5:501-528. [Resumo](#)
4. Binder AI. Cervical spondylosis and neck pain. BMJ. 2007;334:527-531. [Resumo](#)
5. Rao RD, Currier BL, Albert TJ, et al. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis and management. J Bone Joint Surg Am. 2007;89:1360-1378. [Resumo](#)
6. Williams FM, Sambrook PN. Neck and back pain and intervertebral disc degeneration: role of occupational factors. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011;25:69-79. [Resumo](#)
7. Heliovaara M. Risk factors for low back pain and sciatica. Ann Med. 1989;21:257-264. [Resumo](#)
8. Kuisma M, Karppinen J, Haapea M, et al. Are the determinants of vertebral endplate changes and severe disc degeneration in the lumbar spine the same? A magnetic resonance imaging study in middle-aged male workers. BMC Musculoskeletal Disord. 2008;9:51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Fam AG, Smythe HA. Musculoskeletal chest wall pain. CMAJ. 1985;133:379-389. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Evans RW. Neurology and trauma. 2nd ed. New York, NY: OUP USA; 2006.
11. Paige NM, Nouvong A. The top 10 things foot and ankle specialists wish every primary care physician knew. Mayo Clin Proc. 2006;81:818-822. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Irving DB, Cook JL, Menz HB. Factors associated with chronic plantar heel pain: a systematic review. J Sci Med Sport. 2006;9:11-22. [Resumo](#)
13. Jarvinen MJ, Lehto MU. The effects of early mobilisation and immobilisation on the healing process following muscle injuries. Sports Med. 1993;15:78-89. [Resumo](#)
14. Garrett WE Jr. Muscle strain injuries. Am J Sports Med. 1996;24(suppl 6):2-8. [Resumo](#)
15. Crisco JJ, Jokl P, Heinen GT, et al. A muscle contusion injury model: biomechanics, physiology, and histology. Am J Sports Med. 1994;22:702-710. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.