

# Dor osteomuscular crônica – problema de saúde pública que requer mais prevenção e nova abordagem clínica e previdenciária?

Chronic musculoskeletal pain – a public health problem which requires more prevention and new clinical and social-security approaches?

**Maria Inês Reinert Azambuja<sup>1</sup>**

No estudo Carga de Doenças no Brasil<sup>1</sup>, o impacto das doenças osteomusculares está grandemente subestimado: elas seriam responsáveis por apenas 6% dos anos perdidos ajustados por incapacidade (DALYs), atrás dos transtornos neuropsiquiátricos (19%), doenças cardiovasculares (13%), doenças respiratórias crônicas (8%), e cânceres (6%). Precisamos discutir esses números, pois esse estudo é referência para o ordenamento da relevância das condições não letais no país<sup>2</sup>, o que pode explicar porque, em publicação internacional recente sobre os desafios mais importantes a serem enfrentados pela saúde pública brasileira (Lancet Brasil<sup>3</sup>), os distúrbios osteomusculares e os acidentes do trabalho não aparecem.

Temos dados que contam outra história, e precisamos disseminá-los. Por exemplo, um estudo realizado em Porto Alegre, com base em benefícios emitidos pelo Instituto Nacional do

Seguro Social (INSS), em 1998, mostra que, dos 6.898 benefícios novos do tipo auxílio-doença comum (B31), 15% tinham como causa básica uma condição osteomuscular. Quando a causa era uma doença (61% dos casos), as condições osteomusculares corresponderam a 25% das concessões, seguidas pelas doenças mentais (19%) e as do aparelho circulatório (16,2%)<sup>4</sup>. Na Bahia, em 2000, entre os 17.282 benefícios do tipo auxílio-doença previdenciário emitidos, novos e retornos, 58% tinham como causa básica uma doença. Nesse grupo, as condições osteomusculares correspondiam a 30,6%, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (20,4%) e as doenças mentais (11,4%)<sup>5</sup>. Em Novo Hamburgo, cidade-pólo da indústria coureiro-calçadista gaúcha, as causas osteomusculares representaram 24,3% de todas as solicitações de benefício previdenciário por in-

Recebido em: 04/01/2012 – Aprovado em: 02/02/2012

<sup>1</sup>Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Inês Reinert Azambuja – Faculdade de Medicina, UFRGS – Rua Ramiro Barcelos 2600, 4/420 – CEP: 90035-003 – Porto Alegre (RS), Brasil – Email: miazambuja@terra.com.br

capacidade temporária encaminhadas ao INSS, em 2001. Dessas, 62% correspondiam a síndromes dolorosas de pescoço e de membros superiores e, 10%, à lombalgia<sup>6</sup>. Em 2008, quando levado em conta o nexos técnico-epidemiológico para a caracterização das condições osteomusculares como acidentárias, o grupo de CIDs M (osteomuscular) acrescido pelos CIDs G50-G59 (síndromes compressivas de nervos periféricos) foi responsável por 20% dos auxílios doença por acidentes do trabalho (B-91) emitidos no Brasil<sup>7</sup>.

Com ou sem reconhecimento de nexos com o trabalho, uma parcela significativa de pacientes diagnosticados como portadores de distúrbios osteomusculares desenvolve dor crônica e enfrenta importante limitação, ou mesmo incapacidade, para a reinserção produtiva, o que se constitui em grande desafio para pacientes e médicos, e em alto custo social e econômico para o país.

Para mudarmos esse quadro, precisamos dar mais visibilidade tanto à ocorrência dos distúrbios osteomusculares e seus determinantes, como a sua principal complicação, a dor crônica. Reconhecer o problema é necessário: 1) para incentivar investimentos em prevenção; e 2) para incentivar a pesquisa voltada a melhor entender e tratar os trabalhadores que hoje perambulam entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o INSS, sem solução para a dor e o sofrimento.

O país está crescendo e o contexto social onde se dá esse crescimento não pode ser desconsiderado. Temos uma força de trabalho historicamente muito mal-remunerada, o que tem favorecido que as empresas – num contexto de aumento de competitividade global – busquem aumentar sua produtividade através da superexploração do trabalho humano barato<sup>8</sup> – e tratem o adoecimento como externalidade a ser paga

por todos nós, como custo social (SUS, INSS, seguro desemprego, pobreza familiar e suas consequências nessa e na próxima geração, etc...). O país precisa aumentar salários e assim forçar as empresas a investirem em tecnologia que substitua progressivamente a força e repetição em excesso e libere os trabalhadores para atividades mais qualificadas.

Mas, mesmo isso acontecendo, temos e teremos, por muitos anos, um estoque de trabalhadores portadores de dor musculoesquelética incapacitante. Como lidar com isso?

Nenhum dos regimes disponíveis para o tratamento da dor osteomuscular crônica tem se mostrado suficiente para eliminá-la e melhorar a função e a qualidade de vida dos pacientes. Isso sugere fortemente que devemos mudar a forma de abordar o problema. Alguns especialistas no acompanhamento desses pacientes têm colocado a seguinte questão: nesses casos, a dor é sintoma, ou é, em si, a doença?<sup>9</sup> Essa é uma questão muito relevante, pois ao tratarmos a dor apenas como sintoma, como somos ensinados a fazer nas escolas médicas, ela se torna somente uma referência para identificar/localizar o que seria de fato o problema, a patologia subjacente, que aqui tem sido em geral modelada, com forte estímulo do INSS, como uma entidade neuro-ortopédica definida: tendinite, bursite, síndrome do túnel do carpo, etc.

Já há, no nosso meio, tentativas de chamar a atenção para o fato de que as entidades neuro-ortopédicas definidas não são suficientes para justificar a incapacidade crônica associada aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), e de sugerir maior atenção para as síndromes dolorosas regionais – a síndrome miofascial e especialmente a síndrome complexa de dor regional<sup>10,11</sup>. Mas, talvez, devemos dar um passo à frente e con-

**Quadro 1.** Distúrbios Osteomusculares e síndromes compressivas de nervos periféricos registrados como auxílio doença acidentário no Brasil, 2008

	Típico com CAT	Trajeto com CAT	Doença do Trabalho com CAT	Sem CAT	Total
Total de AT por categoria	441.925	88.742	20.356	204.957	755.980
CIDs M + G50_59 nas categorias de AT	27.957	3.832	14.410	106.121	152.320

CAT: Comunicação de Acidente do Trabalho; CID: Código Internacional de Doenças; AT: Acidentes do Trabalho

siderar que os portadores de dor crônica de origem osteomuscular devam ser classificados pelo INSS, não no capítulo M – das patologias osteomusculares – ou nos G, das síndromes compressivas, mas como R52.1 – dor crônica intratável – ou R52.2 – outro tipo de dor crônica, do capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. E que, na próxima classificação, a dor crônica passe a ser classificada como doença, como é o caso hoje, por exemplo, da depressão.

A neurociência tem acumulado evidências de que, não importa o que inicie a dor, em alguns pacientes esse estímulo doloroso inicial é capaz de provocar modificações plásticas no sistema nervoso que mantêm a sensação de dor, mesmo depois de cessado o estímulo original<sup>9,12</sup>. A comunidade médica começa a entender que quando a dor não é mais função de um sistema nervoso saudável (que sinaliza para um causa subjacente), ela se torna um problema em si e precisa ser tratada como patologia primária<sup>9</sup>. Esse novo entendimento sobre a dor crônica osteomuscular pode modificar profundamente a abordagem médica nesses casos, e favorecer os pacientes com mais valorização da dor e mais foco no seu tratamento efetivo.

## REFERÊNCIAS

1. Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciê Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
3. *Lancet Brasil*. *Lancet*. 2011;377(9781).
4. Boff BM, Leite DF, Azambuja MI. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):37-42.
5. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Work-related diseases and health-related compensation claims, Northeastern Brazil, 2000. *Rev Saúde Pública* [online]. 2008;42(4):630-8.
6. Giorgio J, Giorgio M. Patologia osteomuscular como causa de solicitação de benefício previdenciário em Novo Hamburgo em 2001. Monografia de conclusão. XIII Curso de Especialização em Medicina do Trabalho. Porto Alegre: CEDOP – UFRGS; 2001.
7. Ministério da Previdência e Assistência Social. Estatísticas. Banco de dados AEPS INFOLOGO Acidentes do Trabalho CIDs 2008 [cited 2011 Oct 31]. Available from: <http://www.mps.gov.br>
8. Documentário carne osso. 2011 [cited 2011 Nov 12]. Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=ulx2Az07BrU>
9. Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesth Analg*. 2004; 99:510-20 [cited 2012 Jan 02]. Available from: [https://www.dental.ufl.edu/Offices/Community\\_Dentistry\\_Behavioral\\_Science/Faculty/R\\_Fillingim/GMS6711/Cousins.pdf](https://www.dental.ufl.edu/Offices/Community_Dentistry_Behavioral_Science/Faculty/R_Fillingim/GMS6711/Cousins.pdf)
10. Azambuja MI, Tschiedel PSN, Kolliger MD. Síndrome miofascial e síndrome de dor regional complexa em pacientes com LER/DORT atendidos em ambulatório de saúde do trabalhador do SUS- identificação e caracterização clínica dos casos. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(3):176-84.
11. Azambuja MI, Brum MCB, Verçoza MC, Fernandes JH. DORT. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani E. *Medicina ambulatorial*. Porto Alegre: ArtMed; 2012 (in press).