



2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN**



Tradução da Fact Sheet “Back Pain in the Workplace” da *International Association for the Study of Pain* (IASP) de 9 julho 2021 Carolina Almeida, Catarina Batista

Back Pain in the Workplace

Raquialgia no Local de Trabalho

Embora a maioria das raquialgias não seja clinicamente grave, a experiência da dor pode ser aversiva e limitante, levando a desafios e perturbações ocupacionais.

Introdução

A raquialgia é um problema comum entre os adultos que trabalham. Mais de 1 em cada 4 trabalhadores adultos refere raquialgia [1]. Alguns episódios de raquialgia podem ser precipitados pelas exigências físicas do trabalho, mas todos os episódios de dor, relacionados ou não com o trabalho, podem contribuir para ausências laborais e, alguns trabalhadores podem ter problemas em continuar ou recomeçar as suas tarefas laborais normais. Apesar de a maioria das raquialgias não ser clinicamente grave, a experiência de dor pode ser aversiva e limitante levando a desafios e perturbações ocupacionais. Este folheto informativo resume a evidência sobre a raquialgia no local de trabalho.

Prevalência e Curso

Tanto os episódios agudos de raquialgia como a dor crónica primária (> 6 meses) são comuns entre adultos, tanto homens como mulheres, em idade ativa. Inquéritos a trabalhadores manuais sugerem uma prevalência anual de 25% para a raquialgia que dura mais de 7 dias, 14% para a raquialgia que requer cuidados médicos e 10% para a raquialgia que requer ausência laboral prolongada [2]. Depois de um episódio agudo de raquialgia, a maioria dos indivíduos é capaz de voltar à função normal em algumas semanas, mas aproximadamente em 10% dos casos, a raquialgia aguda pode tornar-se um problema crónico com duração superior a 6 meses [3]. Após um episódio inicial de raquialgia, os episódios recorrentes são comuns, com estimativas de recorrência que chegam a dois terços dos casos nos 12 meses após a recuperação da raquialgia [4]. Em trabalhadores com raquialgia crónica primária, podem ser feitos diagnósticos mais completos, procedimentos terapêuticos ou paliativos, coordenação patronal ou serviços de reabilitação ocupacional. O tratamento biopsicossocial para as raquialgias crónicas subagudas ou primárias, é geralmente considerado como a abordagem mais eficaz para melhorar a função e prevenir a incapacidade para o trabalho a longo prazo [5, 6].

Fatores de Risco no Local de Trabalho para Raquialgia

Certos tipos de exigência física no trabalho aumentam o risco de raquialgia, porém, esta pode ocorrer em todas as profissões. As tarefas físicas associadas ao aparecimento de raquialgia incluem posturas incômodas, interrupções repentinas de tarefas, fadiga, elevação de pesos, trabalho ao ar livre, movimentos das mãos e movimentos de flexão e torção frequentes. [7-11]. As exigências psicológicas que aumentam o risco de raquialgia são o baixo apoio do supervisor, o trabalho monótono stressante, o trabalho de ritmo rápido, a insegurança laboral, o desequilíbrio entre o trabalho e a família e exposição ambiente de trabalho hostil [7-11]. As profissões que referem taxas mais altas de raquialgia incluem enfermagem, transportes, construção, armazenamento e jardineiros [1].

Prevenção Primária no Local de Trabalho

Nos países de rendimento médio e elevado, foram feitos esforços consideráveis para prevenir o aparecimento ou o agravamento da raquialgia no local de trabalho. Estes esforços incluem a redução de grandes exigências físicas e posturas incômodas, formação dos trabalhadores em práticas de elevação e manipulação de materiais mais seguras e a remodelação de estações de trabalho e linhas de montagem [12, 13]. Estas medidas de redução do risco têm resultado numa tendência decrescente da raquialgia relacionada com o trabalho [4], mas algumas medidas de prevenção geralmente recomendadas a nível individual (por exemplo, o uso de “cintos lombares”) não demonstraram benefícios convincentes em ensaios randomizados [14, 15]. Há evidência de que os trabalhadores que praticam exercício regular ou aqueles a quem lhes é proporcionada a possibilidade de praticar exercício no trabalho, com ou sem formação, apresentam taxas mais baixas de raquialgia [14, 16-18].

Raquialgia e capacidade de trabalhar

Mesmo após avaliação e gestão médica cuidadosas, os trabalhadores com padrões semelhantes de raquialgia podem apresentar resultados muito variáveis, em termos da sua capacidade de permanecer ou regressar ao trabalho. Os esforços para criar sistemas de medição válidos e objetivos para avaliar a capacidade funcional e de trabalho, não estão frequentemente relacionados com os resultados do regresso ao trabalho [19,20], e os investigadores observaram a complexidade dos fatores que contribuem para os resultados funcionais e ocupacionais na raquialgia, incluindo crenças sobre a dor, sistema de saúde, condições do local de trabalho e fatores sociodemográficos [21, 22].

Assim, a forma como a raquialgia conduz a níveis incapacitantes de disfunção no local de trabalho depende de características individuais, do sistema e do local de trabalho, e não apenas da intensidade da dor.

Prevenção secundária no local de trabalho

Na maioria dos países de rendimento elevado, existem políticas e regulamentos que exigem aos empregadores comodidades razoáveis e apoio aos trabalhadores com raquialgia, de forma a prevenir incapacidade a longo prazo, desemprego ou

afastamento desnecessário dos trabalhadores. É um requisito essencial, por parte dos empregadores, permitir modificações temporárias ou permanentes do trabalho, possibilitar que os trabalhadores continuem a trabalhar com ajustamentos durante algum tempo, desde que os elementos essenciais do emprego possam, em última análise, ser gradualmente reintroduzidos ao longo do tempo. Em empresas com políticas mais proactivas de facilitação do regresso ao trabalho e ajuste de funções, os trabalhadores apresentam menor número de dias de ausência laboral e reportam resultados mais positivos no regresso ao trabalho [23, 24].

Fatores psicossociais e do local de trabalho associados a incapacidade no trabalho

Algumas crenças e percepções relacionadas com a dor são preditivas de maior dificuldade no local de trabalho após o início da raquialgia. Estas incluem a catastrofização da dor, medo do movimento, pouca confiança em ultrapassar os desafios relacionados com a dor, baixa expectativa de recuperação, sofrimento psicológico e percepção de maior perda funcional [25]. Algumas características do local de trabalho também são preditivas de maiores dificuldades. Estas incluem exigência física do trabalho, capacidade de mudar de função, stress laboral, apoio social ou disfunção no local de trabalho, satisfação no trabalho, expectativa de retomar o trabalho e medo de nova lesão [26]. Se muitos destes fatores estiverem presentes, então é necessária uma intervenção adicional na organização do regresso ao trabalho, aconselhamento, ensino sobre a dor e exposição gradual à atividade, podem ser úteis no alívio destas preocupações [27,28].

Comunicação com o médico assistente

Existem múltiplas opções de tratamento para os trabalhadores com raquialgia, e os pacientes devem esperar que os prestadores de cuidados de saúde integrem os fatores ocupacionais, no seu diagnóstico e decisão de tratamento. As descrições fornecidas pelos empregadores sobre o trabalho podem não ser suficientemente detalhadas, para ser tomada uma decisão informada sobre as restrições necessárias, pelo que os doentes devem estar preparados para partilhar com os seus médicos informações sobre tarefas específicas que desempenhem, especialmente aquelas que sejam vistas como mais problemáticas de retomar. A comunicação proactiva e a orientação pelo médico assistente têm mostrado facilitar o regresso ao trabalho [29], particularmente se os médicos comunicarem diretamente com os empregadores [30].

Reabilitação ocupacional

Quando as raquialgias impedem o regresso ao trabalho normal mais de alguns meses, existe evidência de que os programas de reabilitação multidisciplinares são moderadamente eficazes a facilitar o regresso ao trabalho, e melhoram a função social e física, tanto em situações de raquialgia aguda como crónica [5, 6, 31, 32]. Estes programas integram os benefícios da gestão da dor, aconselhamento psicológico, fisioterapia, exercício, educação do doente, exposição gradual à atividade e apoio pelos pares; no entanto, a disponibilidade ou a capacidade de suportar os custos destes programas é limitada em muitos países ou regiões. Em alguns casos, pode ser

necessária a reconversão profissional para o trabalhador aprender a utilizar as suas competências numa ocupação fisicamente menos exigente, embora a manutenção do emprego seja frequentemente o objetivo preferencial para o trabalhador e empregador.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Luckhaupt SE, Dahlhamer JM, Gonzales GT, Lu ML, Ward BW. Prevalence, recognition of work-relatedness, and effect on work of low back pain among U.S. workers. *Ann Intern Med.* 2019;171(4):301-304.
- [2] Ferguson SA, Merryweather A, Thiese MS, Hegmann KT, Lu ML, Kapellusch JM, Marras WS. Prevalence of low back pain, seeking medical care, and lost time due to low back pain among manual material handling workers in the United States. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2019;20:243.
- [3] Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2010;24:167-179.
- [4] Da Silva T, Mills K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, Hancock MJ. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. *J Physiother.* 2019;65(3):159-165.
- [5] Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 28;6(6):CD002193.
- [6] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h444.
- [7] Dick RB, Lowe BD, Lu ML, Krieg EF. Trends in work-related musculoskeletal disorders from the 2002 to 2014 General Social Survey, Quality of Work Life Supplement. *J Occup Environ Med.* 2020;62(8):595-610.
- [8] National Research Council and Institute of Medicine Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. *Musculoskeletal disorders and the workplace: Low back and upper extremities.* Washington, DC: National Academies Press, 2001.
- [9] Schneider S, Lipinski S, Schiltenswolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J.* 2006;15(6):821-833.
- [10] Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, Ferreira PH, Koes BW, Blyth F... Maher CG (2015). What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *Arthritis Care Res (Hoboken),* 67(3), 403-410.
- [11] Yang H, Haldeman S, Lu M, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: A study using data from the 2010 National Health Interview Survey. *J Manipulative Physiol Ther.* 2016;39(7):459-472.

- [12] Roman-Liu D, Kamińska J, Kokarski T. Effectiveness of workplace intervention strategies in lower back pain prevention: a review. *Ind Health*. 2020;58:503-519.
- [13] Schaafsma FG, Anema JR, van der Beek AJ. Back pain: prevention and management in the workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):483-494.
- [14] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S (2018). Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res*, 77, 39-59.
- [15] Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijer P, Viikari-Juntura E, Takala EP (2011). Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).
- [16] Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M,...Hancock MJ (2016). Prevention of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 176(2), 199-208.
- [17] Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary, and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):8-24.
- [18] van Poppel MNM, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain at the workplace. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(5):345-352.
- [19] Gross DP, Battié MC. Functional capacity evaluation performance does not predict sustained return to work in claimants with chronic back pain. *J Occup Rehabil*. 2005;15(3):285-294.
- [20] Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battié MC, Carroll LJ, Sun A, Mikalsky M, Huellstrung R, Niemeläinen R. Are performance-based functional assessments superior to semistructured interviews for enhancing return-to-work outcomes. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(5):807-815.
- [21] Schultz IZ, Chlebak CM, Stewart AM. Impairment, disability, and return to work. In IZ Schultz & RJ Gatchel (eds.), *Handbook of Return to Work, Handbooks in Health, Work, and Disability*, pp. 3-25. New York: Springer, 2016.
- [22] Kristman VL, Shaw WS, Boot CRL, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG et al. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *J Occup Rehabil*. 2016;2:399-416.
- [23] Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related, and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28(1):1-15.

- [24] Williams-Whitt K, Bültmann U, Amick III B, Munir F, Tveito TH, Anema JR et al. Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature, and stakeholder observations. *J Occup Rehabil.* 2016;26:417-433.
- [25] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.* 2011;91(5):737-753.
- [26] Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors (“blue flags”) in back disability. *J Occup Rehabil.* 2009;19(1):64-80.
- [27] Nicholas MK, Costa DSJ, Linton SJ, Main CJ, Shaw WS, Pearce G et al. Implementation of early intervention protocol in Australia for ‘high risk’ injured workers is associated with fewer lost work days over 2 years than usual (stepped) care. *J Occup Rehabil.* 2020;30(1):93-104.
- [28] Hill JC, Whitehurt DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. *Lancet.* 2011;378(9802):1560-1571.
- [29] Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers’ compensation low back injury. *J Occup Environ Med.* 2001;43(6):515-525.
- [30] Kosny A, Franche RL, Pole J, Krause N, Côté P, Mustard C. Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. *J Occup Rehabil.* 2006;16(1):27-39.
- [31] Hoefsmits N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil.* 2012;22(4):462-477.
- [32] Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med.* 2009;41(3):115-121.

AUTOR

William S. Shaw, Ph.D., Associate Professor
Division of Occupational and Environmental Medicine
University of Connecticut School of Medicine
Farmington, CT, USA

REVISORES

Chris J. Main, Ph.D., Emeritus Professor of Clinical Psychology

Keele University

Keele, North Staffordshire, UK

Michael K. Nicholas, Ph.D., Professor

Pain Management Research Institute

University of Sydney

Sydney, New South Wales, Australia

TRADUÇÃO

Catarina Duarte Batista, Carolina Almeida, Graça Mesquita

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Lisboa, Portugal