

TENOSSINOVITE ESTENOSANTE E RIZARTROSE EM PROFISSIONAL DE SAÚDE HOSPITALAR – UM ESTUDO DE CASO

STENOSING TENOSYNOVITIS AND RIZARTHRISIS IN A HOSPITALAR HEALTHCARE WORKER – A CASE REPORT

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

Autores: Rodrigues T¹, Leitão C², Rodrigues G³, Belo C⁴, Afonso A⁵, Antunes I⁶.

RESUMO

Introdução

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho representam uma das principais causas de morbilidade profissional, frequentemente associadas a repetitividade, sobrecarga e postura adotada durante a atividade laboral. A tenossinovite estenosante e a rizartrose são duas patologias que afetam a mão que, embora tenham etiologia multifatorial, podem ser potenciadas pela atividade profissional. A avaliação de riscos do posto de trabalho, nomeadamente através de instrumentos de avaliação ergonómica de tarefas, fornece evidências importantes para o estabelecimento de umnexo causal direto com as tarefas exercidas, ajudando também na identificação de situações de risco e na implementação de medidas corretivas.

Descrição do Caso Clínico

Trata-se de uma técnica de análises clínicas de 38 anos de idade, do Serviço de Sangue e Medicina Transfusional, com 12 anos de atividade. Em 2014 apresentava queixas álgicas na base do polegar esquerdo, associada a tarefas que envolviam prensão de alicate em força para expressão de tubuladuras, executadas entre 150 a 200 vezes por turno. O exame clínico e imagiológico revelou tenossinovite nodular do longo flexor

¹ **Tiago Rodrigues**

Médico Interno de Formação Especializada em Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Medicina. Morada para correspondência dos autores: ULS Coimbra–Praceta Professor Mota Pinto 3004-561 Coimbra. E-mail: 11973@ulscoimbra.min-saude.pt. <https://orcid.org/0000-0003-1127-0666>

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Autor principal do artigo, pesquisa bibliográfica, redação do artigo.

² **Carla Leitão**

Médica Interna de Formação Especializada em Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Medicina. 3004-561 Coimbra. E-mail: 16995@ulscoimbra.min-saude.pt

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria, revisão do manuscrito

³ **Gonçalo Rodrigues**

Médico Interno de Formação Especializada em Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Medicina. 3004-561 Coimbra. E-mail: 17706@ulscoimbra.min-saude.pt. <https://orcid.org/0009-0004-1542-8787>

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria, revisão do manuscrito

⁴ **Carlos Belo**

Técnico Superior na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Saúde Ocupacional. 3004-561 Coimbra. E-mail: Carlos.belo@ulscoimbra.min-saude.pt. <https://orcid.org/0000-0002-3227-8424>

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria, revisão do manuscrito

⁵ **Alexandre Afonso**

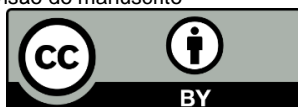
Assistente Hospitalar de Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Medicina. 3004-561 Coimbra. E-mail: 11376@ulscoimbra.min-saude.pt. <https://orcid.org/0000-0002-4841-7599>

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria, revisão do manuscrito

⁶ **Isabel Antunes**

Assistente Graduada Sênior de Medicina do Trabalho e Diretora do Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestre em Saúde Ocupacional. 3004-561 Coimbra. E-mail: isantunes@ulscoimbra.min-saude.pt. <https://orcid.org/0000-0001-9557-0572>

CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria, revisão do manuscrito



do polegar esquerdo e sinais iniciais de rizartrose. Foi submetida a cirurgia (secção da polia A1) sem alívio sintomático. O Serviço de Saúde Ocupacional realizou avaliação ergonômica com o método *Assessment of Repetitive Tasks*, revelando scores elevados (21 no membro superior esquerdo e 20 no direito), recomendando alterações ao posto de trabalho. Foram implementadas melhorias, incluindo a aquisição de um torno giratório para expressão de tubuladuras. Diante a manutenção das queixas, foi emitida ficha de aptidão com recomendações para evitar movimentos repetitivos de pinça contra resistência com os polegares, culminando na recolocação da trabalhadora no Serviço de Patologia Clínica. A participação inicial de doença profissional foi indeferida em 2021. Em 2025, após nova participação, a rizartrose bilateral foi reconhecida como doença profissional.

Discussão/Conclusões

Este caso evidencia a importância de uma abordagem integrada na gestão de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, envolvendo avaliação ergonômica, intervenção clínica e adaptação laboral. Destaca-se o papel do Serviço de Saúde Ocupacional na identificação de riscos, implementação de medidas corretivas, encaminhamento para diagnóstico e tratamento, recolocação da trabalhadora e reconhecimento da doença profissional. A persistência sintomática, apesar das intervenções, sublinha o potencial incapacitante destas patologias e a necessidade de medidas preventivas eficazes. A morosidade do processo de caracterização reflete a complexidade da comprovação do nexo causal. Este caso reforça a importância de avaliações ergonômicas regulares, comunicação atempada de sintomas e colaboração multidisciplinar para a promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho; tenossinovite estenosante; rizartrose; doença profissional; saúde ocupacional; medicina do trabalho; enfermagem do trabalho; segurança no trabalho.

ABSTRACT

Introduction

Work-related musculoskeletal disorders are one of the leading causes of occupational morbidity and are often associated with task repetitiveness, overload, and poor posture during work activity. Although multifactorial in origin, stenosing tenosynovitis and rizarthrosis are two conditions affecting the hand which may be aggravated by occupational activities. Stenosing tenosynovitis is included in the national list of occupational diseases, unlike rizarthrosis, which requires demonstration of a direct causal link with the tasks performed. In such cases, the use of task assessment tools is essential for identifying risk situations and implementing corrective measures. Workplace risk assessment—particularly through ergonomic task evaluation tools— provides valuable evidence for establishing a direct causal link with the tasks performed, while also supporting the identification of risk situations and the implementation of corrective measures.

Case Description

We present the case of a 38-year-old clinical analysis technician working in the Blood and Transfusion Medicine Department, who had been working there for 12 years. In 2014, she began reporting pain at the base of the left thumb, associated with tasks involving holding pliers to express blood tubing, performed 150 to 200 times per shift. Clinical and imaging evaluations revealed nodular tenosynovitis of the flexor pollicis longus tendon of the left thumb and early signs of rizarthrosis. She underwent surgery (A1 pulley release) without symptomatic relief. The Occupational Health Department carried out an ergonomic assessment using the Assessment of Repetitive Tasks tool, revealing high risk scores (21 on the left upper limb and 20 on the right), which recommended work space modifications. Improvements were implemented, including the acquisition of a rotating lathe for tubing expression. Due to the persistence of symptoms, a fitness-for-work certificate was issued with recommendations to avoid repetitive pinching movements against resistance with the thumbs, eventually leading to the worker's reassignment to the Clinical Pathology Department. The initial occupational disease report was denied in 2021. In 2025, following a new report, bilateral rizarthrosis was recognised as an occupational disease.

Discussion/Conclusions

This case highlights the importance of an integrated approach to work-related musculoskeletal disorders, involving ergonomic assessment, clinical intervention, and work adaptation. We emphasize the role of the Occupational Health Department in identifying risks, implementing corrective measures, referring for diagnosis and treatment, redeploying the worker and supporting recognition of occupational disease. The persistence of symptoms despite interventions underlines the disabling potential of these conditions and the need for effective preventive strategies. The lengthy recognition process reflects the complexity of establishing the causal link. This case reinforces the importance of regular ergonomic evaluations, timely communication of symptoms, and multidisciplinary collaboration to promote safer and healthier workplaces.

KEYWORDS: Work-related musculoskeletal disorders; stenosing tenosynovitis; rizarthrosis; carpometacarpal joint osteoarthritis; occupational disease; occupational health; ocupacional medicine; occupational nursing; occupational safety.

INTRODUÇÃO

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) constituem um dos principais problemas de saúde ocupacional, resultando da exposição a fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e a postura adotada durante a atividade laboral (1). De acordo com o Sistema de Estatísticas da Segurança Social (2), as LMERT representam o tipo de doença profissional mais frequentemente certificada em Portugal. No entanto, a sua relação causal com o trabalho nem sempre é linear, dada a influência de fatores extralaborais.

A análise do posto de trabalho desempenha um papel crucial na identificação e avaliação de riscos ocupacionais, permitindo a implementação de medidas preventivas e corretivas. A Lista de Doenças Profissionais inclui patologias tipicamente associadas ao trabalho, especificando fatores de risco e um prazo indicativo de exposição. Alternativamente, patologias não incluídas na lista podem ser reconhecidas como doenças profissionais caso se demonstre que têm relação direta e necessária com a atividade desempenhada e que não resultem do desgaste fisiológico natural, de acordo com o artigo 283.º do Código do Trabalho.

A tenossinovite estenosante ou dedo em gatilho enquadra-se nas LMERT e caracteriza-se por um deslizamento tendinoso deficiente ao nível da polia digital A1, muitas vezes associado a movimentos repetitivos e sobrecarga mecânica (3) (4). Segundo a Lista de Doenças Profissionais, os principais fatores de risco incluem a força aplicada e o ritmo dos movimentos, com um prazo indicativo de três meses de exposição. Trabalhadores sujeitos a gestos repetitivos e rápidos, posições articulares extremas e trabalho em regime de cadência imposta estão particularmente vulneráveis a esta patologia. Clinicamente, manifesta-se por dor ou desconforto palmar na região da polia A1 do dedo afetado, nódulo palpável no respetivo tendão flexor, perda de força de preensão e crepitação, ressaltos ou bloqueio do movimento digital, com casos mais graves a apresentar clínica de contratura fixa em flexão do dedo afetado. As recomendações relativas à atividade incluem evicção de esforços manuais e utilização de ortóteses para alívio dos sintomas. A injeção de corticosteroides é a opção de primeira linha, podendo ser complementada com fisioterapia e analgesia através de Anti-inflamatórios Não-Esteroides (AINEs). Nos casos refratários, deve ser ponderada a abordagem cirúrgica.

A rizartrose, por sua vez, é uma perturbação degenerativa da articulação trapeziometacárpica que pode resultar em subluxação e limitação funcional, com maior prevalência em mulheres com mais de 50 anos (4). Embora não conste da Lista de Doenças Profissionais, pode ser reconhecida como tal se se comprovar que resulta diretamente da atividade exercida. Os fatores de risco ocupacionais incluem a realização de movimentos repetitivos e a aplicação de forças excessivas com o polegar. Outros fatores de risco não relacionados com o trabalho incluem o sexo feminino, idade superior a 40 anos, menopausa, história familiar, excesso de peso, laxidez ligamentar e antecedentes de trauma articular (5). Clinicamente, manifesta-se habitualmente por dor progressiva na base do polegar que agrava com a supinação do punho, à preensão e nos movimentos de pinça, dor e/ou crepitação à palpação da interlinha articular e rigidez articular matinal. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na sintomatologia e exame físico, sendo a radiografia da mão um exame complementar útil na identificação de alterações imagiológicas como diminuição do espaço articular, irregularidade da superfície articular, osteofitose ou deformidades ósseas. O tratamento inicial é conservador e inclui estratégias para melhorar a função e reduzir a dor, tais como a utilização de ferramentas ou instrumentos adaptados, limitação ou modificação de atividades desencadeadoras de dor e fortalecimento muscular. Podem ser utilizadas ortóteses de suporte, assim como AINEs para alívio temporário e injeções de

corticosteroides quando justificado. Finalmente, reserva-se intervenção cirúrgica para os casos refratários à terapêutica conservadora e nos quais o benefício da intervenção previsivelmente supere o seu risco.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Trata-se de uma trabalhadora do sexo feminino, 38 anos, técnica de análises clínicas a exercer funções no Serviço de Sangue e Medicina Transfusional de um centro hospitalar terciário de grandes dimensões, há 12 anos. Em 2014 solicitou exame ocasional de Medicina do Trabalho por queixas álgicas de ritmo mecânico, localizadas na base do primeiro polegar esquerdo, que associava ao trabalho.

No contexto da sua atividade profissional, desempenhava tarefas que exigiam um esforço significativo em prensão, particularmente para a compressão e expressão de tubuladuras após colheitas de sangue. Esta atividade (Figura 1) envolvia a prensão firme de alicate para fixar a tubuladura, exercendo forte pressão com o polegar esquerdo, mantida até à conclusão da tarefa. Simultaneamente, com a mão direita manuseava outro alicate específico para espremer e mover o conteúdo sanguíneo na tubuladura para dentro do saco de colheita. Seguidamente, procedia à abertura de tubo de análise, com consequente necessidade de prensão forte em pinça para a sua abertura, e posteriormente cortava e selava a tubuladura referida, espremendo depois o conteúdo para o respetivo tubo. Esta tarefa era repetida entre 150 a 200 vezes por turno de trabalho. O exame objetivo revelou dor à palpação da referida articulação, acompanhada de crepitação articular durante a mobilização. O estudo prosseguiu com ecografia da mão esquerda que revelou tenossinovite nodular do tendão do longo flexor do polegar. A radiografia da mão esquerda revelou igualmente sinais insidiosos de rizartrorse. A profissional foi encaminhada para consulta de Ortopedia e, após ausência de resposta a infiltração de corticoides, foi proposta para secção da polia A1 do 1º dedo. Após intervenção cirúrgica foi seguida em consulta de fisioterapia. Apesar das intervenções, houve manutenção das queixas.

Paralelamente, o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) interveio, recomendando inicialmente em ficha de aptidão uma maior rotação de tarefas, o que não resultou na melhoria das queixas. Procedeu-se também a análise do posto de trabalho, com realização de avaliação ergonómica detalhada através do método *Assessment of Repetitive Tasks* (ART). Esta avaliação estabeleceu um score de exposição de 21 para o membro superior esquerdo e de 20 para o membro superior direito, valores que equivalem a um nível que recomenda tomada de medidas (12 a 21). Os resultados desta avaliação indicaram a necessidade de automatizar certas funções com maior impacto musculoesquelético. Em resposta, foram adquiridos um torno mecânico giratório para a fixação e expressão das tubuladuras (Figura 2) e tubos de amostra de sangue com abertura em rosca, visando diminuir o nível de esforço da trabalhadora, tanto na expressão da tubuladura quanto na abertura dos tubos de amostra.

Após o diagnóstico de tenossinovite estenosante e rizartrorse com suspeita de relação com o trabalho foi participada doença profissional ao Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (DPRP).

Apesar da intervenção cirúrgica, da reabilitação e dos ajustes ao posto de trabalho, a trabalhadora continuou a apresentar queixas de dor e limitação funcional importante, o que levou à necessidade de elaborar uma ficha de aptidão com recomendações para afastar a trabalhadora de tarefas que envolvessem movimentos repetitivos de pinça contra resistência com os polegares.

Em 2021, a participação de doença profissional foi indeferida pelo DPRP, considerando que as doenças careciam denexo causal com a atividade exercida. No mesmo ano, a profissional realizou Tomografia Axial Computadorizada (TAC) das mãos que evidenciou sinais de rizartrorse bilateral e subluxação

trapeziometacárpica bilateral. Neste contexto, foi proposta para intervenção cirúrgica à rizartrose, a qual recusou.

Entretanto, em 2022 foi recolocada no Serviço de Patologia Clínica, tendo ficado alocada ao setor de hormonologia e urgência com indicação para evitar movimentos de repetição que envolvessem os polegares. Manteve incapacidade para a realização de colheitas devido aos movimentos em pinça necessários. Neste mesmo ano, recorreu ao SSO pois pretendia recorrer da decisão do DPRP, tendo sido participada novamente doença profissional.

Em 2025, o DPRP caracterizou a rizartrose bilateral como doença profissional.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O presente caso clínico descreve a evolução de patologias musculoesqueléticas relacionadas com a atividade laboral, nomeadamente uma tenossinovite estenosante e uma rizartrose bilateral, ambas com possibilidade de serem induzidas pelos movimentos repetitivos e pela força exigida nas tarefas da profissional. A avaliação ergonómica do seu posto de trabalho, com *scores* elevados na ferramenta ART para ambos os braços, confirmou a significativa exposição ocupacional a fatores de risco ergonómicos.

Apesar da intervenção cirúrgica e da implementação de medidas para eliminar o fator desencadeante, a profissional manteve um quadro algíco progressivo, culminando no diagnóstico de rizartrose bilateral, o que ilustra a complexidade e dificuldade inerentes à gestão da atividade laboral e da clínica de trabalhadores com doença profissional. A persistência de sintomas e a necessidade de recolocação da trabalhadora em funções com menor exigência física sublinham o impacto que estas lesões podem ter na capacidade de trabalho e na qualidade de vida de um trabalhador. Importa salientar a atuação do SSO, tanto no encaminhamento para tratamento como na adaptação do posto de trabalho, que desempenhou um papel crucial na tentativa de limitar a progressão da doença. A substituição do fator de risco revelou-se benéfica não só para esta trabalhadora, mas também para os seus colegas e para futuros profissionais que ocupem o mesmo posto de trabalho.

Este caso clínico enfatiza, igualmente, a importância de avaliações ergonómicas regulares e abrangentes em ambientes de trabalho com tarefas manuais repetitivas. A implementação de medidas preventivas, como a automatização de tarefas de alto risco e a adaptação dos postos de trabalho, é crucial para minimizar a incidência de LMERT. Destaca-se também a importância da comunicação entre trabalhador e médico do trabalho, de forma a permitir a prevenção deste tipo de panoramas e, conseqüentemente, de doenças profissionais, beneficiando não só o próprio trabalhador, mas também de todos os presentes e futuros trabalhadores expostos ao mesmo risco.

O reconhecimento da rizartrose bilateral como doença profissional pelo DPRP em 2025 após uma participação inicial em 2015 realça a complexidade e, por vezes, a morosidade do processo de estabelecimento do nexo causal entre a atividade laboral e as doenças musculoesqueléticas.

Adicionalmente, reforça-se a necessidade de um acompanhamento clínico contínuo e de uma abordagem multidisciplinar na gestão de trabalhadores com queixas musculoesqueléticas, visando um diagnóstico precoce e o reconhecimento adequado como doença profissional, quando pertinente. A evolução desfavorável neste caso, apesar das diversas intervenções, serve como um alerta para a natureza cumulativa e incapacitante de algumas patologias relacionadas com o trabalho.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Nada a declarar.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe conflito de interesses.

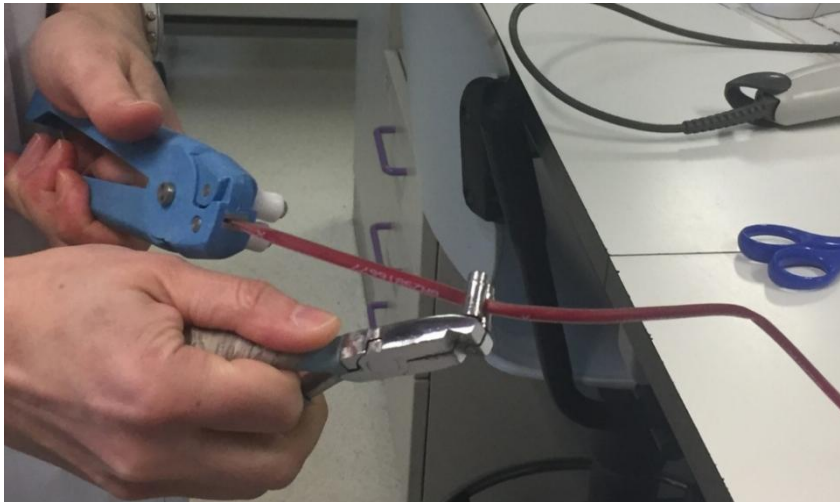


Figura 1 - Ferramentas utilizadas e posição adotada pela trabalhadora durante a tarefa.

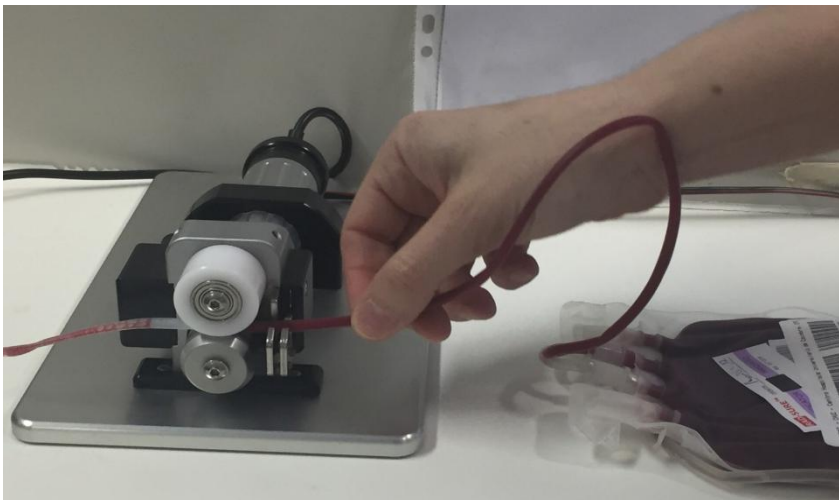


Figura 2 - Torno giratório para fixação e expressão de tubuladuras.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Uva A, Carnide F, Serranheira F, Miranda L e Lopes M. Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de orientação para a Prevenção. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, Direção-Geral da Saúde. 2008.
- 2) ACT. Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho em 2023: Relatório de Atividades. Autoridade para as Condições de Trabalho. 2024.
- 3) Moore J. Flexor Tendon Entrapment of the Digits (Trigger Finger and Trigger Thumb). Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2000; 42(5): 526-545. DOI: 10.1097/00043764-200005000-00012

- 4) Currie K, Tadisina K e Mackinnon S. Common Hand Conditions: A Review. The Journal of the American Medical Association. 2022; 327(24): 2434–2445. DOI:10.1001/jama.2022.8481.
- 5) Spies C, Langer M, Hahn P, Müller L e Unglaub F. The Treatment of Primary Arthritis of the Finger and Thumb Joint. Deutsches Arzteblatt International. 2018; 115(16): 269–275. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0269

Data de recepção: 2025/04/10

Data de aceitação: 2025/04/22