

MINISTÉRIO DA SAÚDE

LER/DORT DILEMAS, POLÊMICAS E DÚVIDAS

Brasília-DF

Maria Maeno
Lúcia Fonseca de Toledo
Renata Paparelli
Milton Carlos Martins
João Alexandre Pinheiro Silva
Ideberto Muniz de Almeida

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Área Técnica de Saúde do Trabalhador

LER/DORT

DILEMAS, POLÊMICAS E DÚVIDAS

Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 104

Brasília – DF
Fevereiro, 2001

© 2001. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução total ou parcial deste documento, desde que citada a fonte.

Série: A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 104

Tiragem: 10.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Esplanada dos Ministérios – Bloco G – sala 647

Telefone: (61) 315 2610 – Fax: (61) 226 6406

E-mail: cosat@saude.gov.br

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Elaboração:

Maria Maeno: Médica Coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEREST/SP). Professora convidada para o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Santa Casa de São Paulo. Representante do CONASS no Comitê de LER do Ministério da Saúde.

Ildeberto Muniz de Almeida: Professor da Faculdade de Medicina de Botucatu. Mestre pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Milton Carlos Martins: Especialista em Medicina do Trabalho. Mestre em Ergonomia pelo Laboratoire d'Ergonomie et Neurophysiologie du Travail. Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Paris-França. Doutor em Ergonomia pelo Laboratoire d'Ergonomie Pshysiologique. École Pratique des Hautes Études. Paris-França.

Lúcia Fonseca de Toledo: Psicóloga. Participou do Programa de Aprimoramento Profissional do CEREST/SP. Diretora de Serviços de Saúde da Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Renata Paparelli: Psicóloga. Participou do Programa de Aprimoramento Profissional do CEREST/SP. Mestranda de Psicologia – USP.

João Alexandre Pinheiro Silva: Fisioterapeuta do CEREST/SP. Sanitarista pela Universidade Federal de Santa Catarina. Ergonomista pela Escola Politécnica da USP.

Apoio:

Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT

Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT

E-mail: prev.ler@uol.com.br

www.uol.com.br/prevler

Fone: (11) 3824 9224

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.

LER/DORT : dilemas, polêmicas e dúvidas / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador; elaboração de Maria Maeno ...[et al.]. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

24p. :il. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 104)

ISBN: 85-334-0306-2

1. Doença ocupacional – Trabalhador. 2. Lesões por Esforços Repetitivos (LER). 3. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. II. Maeno, Maria III. Almeida, Ildeberto Muniz de . IV. Martins, Milton Carlos. V. Toledo, Lúcia Fonseca de. VI. Paparelli, Renata. VII. Silva, João Alexandre Pinheiro. VIII. Título.

CDU 616-057
NLM WA 440

SUMÁRIO

1	É correto falar que um determinado mobiliário ou equipamento é ergonômico?	05
2	Ginástica antes do trabalho é uma boa forma de prevenção das LER/DORT?	05
3	Adequar apenas o mobiliário previne a ocorrência de LER/DORT?	06
4	Dentre os fatores de risco, é possível medir a intensidade e a influência de cada um deles na ocorrência de LER/DORT?	06
5	Um estudo ergonômico sério é garantia de que os problemas serão resolvidos?	07
6	No caso de LER/DORT, uma “solução” proposta pode ser equivocada quando não se levam em consideração todos os fatores predisponentes?	07
7	Há subnotificação de LER/DORT no Brasil?	08
8	LER/DORT são incuráveis?	09
9	É possível simular LER/DORT?	09
10	Há formas de se detectar a simulação?	10
11	Por que os pacientes muitas vezes vêm com a idéia de que LER/DORT são doenças infecto-contagiosas ou crônico-degenerativas?	11
12	Por que a maioria dos pacientes de LER/DORT são chorosos e poliqueixosos? Será que são manhosos?	11
13	Reabilitação é sinônimo de troca de função?	12
14	Por que em uma população de trabalhadores submetidos aos mesmos riscos, apenas uma parcela deles passa a ter LER/DORT?	12
15	É correto dizermos que o fato de um paciente ter uma característica física específica o predispõe para adquirir LER/DORT?	12
16	Existe um tempo necessário de “exposição” a fatores predisponentes para o início dos sintomas de LER/DORT?	13
17	É fácil conseguir o benefício previdenciário?	13
18	É cômodo ser afastado por LER/DORT? Quais seriam os ganhos secundários, às vezes citados como estimuladores da existência de tantas pessoas com LER/DORT?	16
19	A psicoterapia é necessariamente um bom tratamento para os pacientes com LER/DORT?	17
20	LER/DORT e mulher: por que existem mais mulheres acometidas?	17
21	Uma seleção de recursos humanos evitaria a alta incidência de LER/DORT em determinados postos de trabalho?	18

22	É possível estabelecer, em uma única consulta, as restrições laborais para que o paciente possa trabalhar sem agravar o quadro de LER/DORT?	18
23	Fatores de ordem psicológica interferem no tratamento e evolução do quadro clínico de LER/DORT?	19
24	É justo considerar fatores não médicos no programa de reabilitação de um paciente com LER/DORT?	19
25	Recentemente, vários atletas famosos de jogos coletivos declararam em uma revista que sentem dores terríveis, que os fazem freqüentemente usar medicação. Por que eles continuam a trabalhar, no caso, a jogar, e os trabalhadores de forma geral “sucumbem às dores”, tendo que ser afastados do trabalho? Não seria melhor para eles que fossem estimulados a trabalhar?	20
26	É necessária a contratação de especialistas para a prevenção de LER/DORT?	20
27	Todos os pacientes com LER/DORT têm estabilidade no emprego?	21
28	Todos os pacientes com LER/DORT devem ser afastados do trabalho?	21
29	O que é auxílio-doença?	21
30	Pela legislação previdenciária, atualmente o auxílio-doença concedido a um paciente com doença ocupacional tem o mesmo valor do que a um paciente com doença não-ocupacional?	21
31	Quando o paciente é encaminhado ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP)?	21
32	O que é auxílio-acidente?	22
33	As questões 27, 29, 30, 31 e 32 se referem a qualquer trabalhador com LER/DORT?	22
34	É verdade que o médico da empresa ou médico que assiste um trabalhador não pode ser perito do INSS no mesmo caso?	22
35	O relato médico para que seu paciente possa passar por perícia da seguradora deve ser feito só por médico do trabalho?	22
36	Você sabia que a Resolução CREMESP 76/96 prevê algumas obrigações dos médicos que trabalham em empresas em relação aos trabalhadores e o ambiente de trabalho? 22	
37	Dar informações ao paciente sobre questões relacionadas à sua saúde vai contra o Código de Ética Médica?	23
38	O paciente tem direito ao seu prontuário?	23
39	Em processos judiciais o prontuário do paciente pode ser liberado?	23
40	O que diz a resolução CREMESP 76/96 e a resolução CFM 1488/98 sobre a responsabilidade do médico sobre a saúde do trabalhador?	23

Este fascículo tem o objetivo de destacar algumas questões polêmicas freqüentemente colocadas não só por profissionais de saúde e segurança no trabalho, como também por trabalhadores, sindicatos e representantes de empresas.

Muitas dessas idéias, parecendo verdadeiras e sendo repetidas freqüentemente e não questionadas, podem nos levar a conclusões equivocadas.

As respostas e opiniões são concisas, e os leitores que continuarem em dúvida ou estiverem interessados em ter respostas mais aprofundadas devem dirigir-se aos demais fascículos, que abordarão os temas específicos.



1 É correto falar que um determinado mobiliário ou equipamento é ergonômico?

Não. Por definição não existe um mobiliário ou equipamento ergonômico. Ergonomia é uma ciência relacionada ao desenvolvimento e à aplicação de conhecimento sobre as capacidades humanas, limitações e outras características da relação entre o homem e o ambiente de trabalho.

Existe atualmente uma moda pela qual a ergonomia é mais ou menos desfigurada tornando-se um “argumento de venda”. Quando se diz que uma mesa ou cadeira é ergonômica, está-se tentando convencer os potenciais compradores de que problemas do sistema músculo-esquelético serão evitados.

É claro que os publicitários e alguns pretensos ergonomistas são responsáveis pelo uso indevido da palavra. Os primeiros querendo simplesmente vender o produto e os últimos, tentando solucionar os múltiplos fatores de risco dos ambientes de trabalho, por meio de soluções ligadas somente ao mobiliário, denominado por eles, de ergonômico.

Um mobiliário pode ser considerado ergonomicamente adequado ou não, mas não ergonômico.

2 Ginástica antes do trabalho é uma boa forma de prevenção das LER/DORT?

Genericamente falando, a prática da ginástica regular é extremamente importante para todas as pessoas, desde que respeitados os limites físicos de cada um.

No entanto, **isoladamente**, não é uma técnica de prevenção das LER/DORT.

Uma política de prevenção de LER/DORT deve considerar fatores organizacionais do trabalho, que se não estudados e alterados, continuarão sendo fatores de risco para a ocorrência de LER/DORT.

3 Adequar apenas o mobiliário previne a ocorrência de LER/DORT?

Não. É preciso ter claro que só o dimensionamento adequado do mobiliário de trabalho não previne problemas do sistema músculo-esquelético, porém, a sua inexistência pode levar à adoção de posturas e métodos de trabalho que poderão provocá-los ou agravá-los.



No caso de LER/DORT, vários fatores de risco predisponentes são identificados. Ao se adaptar o mobiliário apenas, mascara-se a realidade, dando-se uma pretensa solução aos problemas, não se discutindo o universo de fatores, principalmente os organizacionais. Faz-se de conta

que um estudo ergonômico foi realizado, e os que contrataram o profissional o aceitam, ou porque acreditam em sua competência ou porque não

lhes interessa solucionar os verdadeiros problemas, considerados por eles como imutáveis, geralmente por desconhecimento de outras alternativas.

Essa situação traz sérias conseqüências, pois os trabalhadores tenderão a pensar que “alguém” está preocupado com a sua saúde, e que o problema está sendo resolvido. Se outras pessoas adoecerem, pode-se reforçar a opinião de que a culpa é de quem adoeceu, pois os “especialistas” teoricamente já resolveram o problema.

4 Dentre os fatores de risco, é possível medir a intensidade e a influência de cada um deles na ocorrência de LER/DORT?

Nossa experiência e vários trabalhos demonstram que, entre populações expostas a determinadas condições de trabalho, a incidência de quadros dolorosos causadores de limitações funcionais é alta.

Análises de estudos epidemiológicos de avaliação quantitativa, que correlacionam os movimentos repetitivos com dor de membros superiores, indicaram uma associação entre repetitividade do trabalho e afecções do punho e antebraço. Poucos estudos quantificam fatores como força, carga estática, postura, velocidade de movimentos e duração da exposição.

No entanto, o peso e o papel, isoladamente, de cada um dos fatores envolvidos continuam indefinidos. Assim, o que os estudos mostram é que na maioria dos casos a conjugação de vários fatores de risco favorecem a ocorrência de LER/DORT.



5 Um estudo ergonômico sério é garantia de que os problemas serão resolvidos?

Não. É um ponto de partida imprescindível.

Em primeiro lugar, é fundamental que haja determinação da empresa em promover mudanças.

Posteriormente, deve ocorrer acompanhamento da implantação das mudanças propostas, avaliação contínua dos resultados, de forma conjunta com os trabalhadores, e ajuste de medidas necessárias.

Nem sempre os resultados obtidos são os esperados e é preciso estar atento a isso, não se jogando a responsabilidade de “insucessos” sobre os trabalhadores.

6 No caso de LER/DORT, uma “solução” proposta pode ser equivocada quando não se levam em consideração todos os fatores predisponentes?

Sim. Para exemplificar, citaremos um caso verídico.

Um empresa contratou um “especialista” para solucionar o problema de trabalho em digitação de dados, pois casos de LER/DORT estavam sendo diagnosticados nessa função.

A “solução” proposta por ele foi a de substituir o trabalho de digitação pela utilização da caneta de leitura óptica, o que evitaria a repetitividade do movimento dos dedos. Porém, seu manuseio exigia do operador, movimentos repetitivos do punho e ombro, além de manutenção de uma determinada postura por longo período de trabalho.

Assim, os casos de LER/DORT continuaram a surgir, apesar de ter sido grande o investimento econômico feito pela empresa na tentativa de solução.

Se não se levar em conta a atividade real em detalhes, juntamente com os fatores de risco da nova situação de trabalho, equívocos como esse descrito, fatalmente ocorrerão.

Lembremos mais uma vez que é necessário haver, entre o ergonomista e a empresa, o compromisso de acompanhar a implantação das melhorias, testando-se antes o projeto da nova situação de trabalho.

7 Há subnotificação de LER/DORT no Brasil?



Sim. O reconhecimento social e legal das doenças relacionadas ao trabalho decorre de movimentos sociais e da importância que a sociedade dá às pessoas sob risco.

No Brasil, as estatísticas disponíveis são as da Previdência Social e são referentes a trabalhadores com carteira assinada, sob regime empregatício da CLT, o que equivale a aproximadamente menos de um terço da população economicamente ativa. Não há informações sobre os demais trabalhadores. Casos de curta duração, que não exigem

afastamento do trabalho também não são notificados, na sua grande maioria.

Para que estatísticas de doenças ocupacionais em um país sejam consideradas confiáveis, deve-se analisar dois aspectos básicos:

- a) Um bom sistema diagnóstico, que depende:
 - de programas de prevenção e diagnóstico precoce, que privilegiem a informação aos trabalhadores;
 - de incentivo aos trabalhadores para que procurem os serviços de saúde assim que tiverem os primeiros sintomas;
 - de interesse das empresas em modificar as condições de trabalho que propiciam a ocorrência do problema de saúde;
 - da existência de abordagem sobre saúde ocupacional nas universidades, para que o profissional de saúde após a graduação esteja atento à possibilidade de relação entre o quadro clínico e as condições de trabalho do seu paciente;
 - da autonomia dos profissionais de saúde das empresas.

No caso de LER/DORT, há subdiagnóstico, pois estudos e a experiência têm demonstrado que os pacientes procuram o serviço de saúde apenas após muito tempo do aparecimento de sintomas, ou porque não os percebem, ou porque negam a possibilidade de estarem com problemas ou por medo de marginalização, discriminação e demissão. E muitas vezes, quando procuram o médico ao apresentarem alguns sintomas precoces, não recebem a atenção devida do profissional, ou por sua falta de preparo ou por pressão da empresa sobre ele.

- b) Um sistema adequado de notificação, que depende:
- de facilidade de notificação, que incentive o profissional de saúde a fazê-lo;
 - da autonomia que o médico consiga ter em relação ao seu empregador, nos casos de serviço de empresa ou convênio médico;
 - das implicações trabalhistas e previdenciárias decorrentes da notificação à Previdência Social.

No caso de LER/DORT, sabemos que mesmo quando diagnosticados, nem sempre são notificados à seguradora, em especial à Previdência Social, ou porque há resistência por parte da empresa ou porque o próprio paciente não o deseja, para não ser estigmatizado entre os colegas e no mercado de trabalho.

Uma das evidências de subnotificação é o total de doenças ocupacionais registradas no Brasil. Em 1995, segundo a Previdência Social, o número de doenças ocupacionais foi de 20.646, entre as quais as LER/DORT atingem porcentagem considerável. Se compararmos com as estatísticas dos Estados Unidos, onde, segundo o *United States Bureau of Labor Statistics*, foram registrados, em 1994, 332.000 casos de LER/DORT, veremos que os números brasileiros são relativamente baixos.

Não há motivos para acreditarmos que as condições de trabalho no Brasil sejam melhores que nos Estados Unidos.

8 LER/DORT são incuráveis?

Há uma fase bem inicial na qual os sintomas são fruto basicamente de um processo de fadiga incipiente ou inflamação. É a fase na qual o paciente sente desconforto e não necessariamente dor, e passa despercebida em muitos casos. Nessa fase pode-se obter um completo restabelecimento orgânico e funcional, caso haja orientação ao paciente e afastamento das causas.

Porém, a manutenção das atividades laborais executadas da mesma maneira em geral agrava o quadro clínico, levando o paciente a um quadro de dor, formigamento, dormência, choque, fadiga precoce, entre outros sintomas, e à incapacidade laboral.

Nas fases mais avançadas, nas quais estão envolvidos mecanismos neurogênicos e de hiperalgesia secundária, e nos quais já há uma alteração do sistema modulador da dor, o que se pode obter é o controle e o equilíbrio dos sintomas, mas dificilmente a sua regressão total.

É importante ressaltar a diferença existente entre dor e incapacidade laboral. A dor pode ou não gerar incapacidade laboral. A capacidade ou incapacidade laborais dependerão da existência ou não de uma política de prevenção e reabilitação na empresa, do estado físico e psicológico do paciente.

9 É possível simular LER/ DORT?

Uma das características principais de LER/DORT é a presença de dor, que por ser uma sensação, por definição é subjetiva. Logo, ao pé da letra, é possível simular LER/DORT, assim como é possível simular qualquer patologia, cuja característica

principal seja a presença de dor ou outros sintomas inespecíficos.

No entanto, é importante ressaltar que não há nenhum estudo do qual tenhamos notícia que se dedique à possibilidade de simulação.

Ressalte-se que não estamos falando de incompatibilidade aparente dos sintomas com o quadro clínico, por exemplo, num caso no qual o médico se depara com um quadro diagnosticado como uma síndrome do túnel do carpo leve com expressão eletroneuromiográfica, mas os sintomas são de dor disseminada, contínua, de forte intensidade e aparentemente incompatível com a leve alteração encontrada no exame eletroneuromiográfico. O médico pode interpretar isso de duas maneiras: a) o paciente é um poliqueixoso, manhoso ou está “exagerando” os sintomas; b) o paciente tem uma síndrome do túnel do carpo, mas como a grande maioria dos pacientes com LER/DORT, também sofre de dores mais generalizadas, de componente miofascial.

Antes de enquadrar o caso como simulação ou exagero, é bom lembrar que LER/DORT não se expressam apenas através de entidades mórbidas definidas, como tenossinovites, tendinites, sinovites, síndromes compressivas. Na maioria dos casos, há sintomatologia mais disseminada, que freqüentemente é causa de grande sofrimento, como por exemplo, na síndrome dolorosa miofascial, fibromialgia e distrofia simpático-reflexa/ síndrome complexa de dor regional. Também devemos nos lembrar de que bases fisiopatológicas de LER/DORT explicam os sintomas intensos, as recidivas e a manutenção do quadro doloroso, mesmo com o afastamento das causas, aparentemente incompatíveis com achados em exames complementares.

Essas considerações acima valem para casos individuais. No entanto, quando falamos de populações com LER/DORT, descartamos qualquer possibilidade de simulação coletiva, pois os estudos existentes são bastante sólidos quanto à existência da relação entre determinados fatores de risco existentes em alguns processos de trabalho e a ocorrência de LER/ DORT.

10 Há formas de se detectar a simulação?

Essa pergunta poderia ser formulada de outra maneira: “Há formas de se detectar se um ser humano está fingindo?”

Considerando-se que não existe um aparelho medidor de sensações, pensamentos e emoções, poderíamos responder que não.

No entanto, em nossa opinião, a percepção de uma simulação é possível quando se estabelece um contato mais freqüente com o paciente.

Com o tempo de contato com o paciente, acabamos sabendo de detalhes de sua vida, de suas relações com a família, de suas dificuldades, de seus sentimentos, de sua forma de reagir diante de adversidades, de suas expectativas.

A visão global do paciente nos permite perceber evidências de uma eventual má-fé, que deve ser abordada com muito cuidado. Perguntas ou insinuações que demonstrem desconfiança podem minar definitivamente a relação terapeuta-médico-paciente.

11 Por que os pacientes muitas vezes vêm com a idéia de que LER/DORT são doenças infecto-contagiosas ou crônico-degenerativas?

A associação de LER/ DORT com doenças infecto-contagiosas resulta da percepção do paciente de que seus sintomas, antes localizados numa parte do corpo, surgem em outra, dando a impressão de que “passam de um braço para o outro”. As categorias profissionais menos informadas acham que se “contaminam”, já que várias pessoas em seu local de trabalho passam a ter os mesmos problemas.

A relação de LER/DORT com doenças crônico-degenerativas é feita pelos pacientes, que apesar de passarem por vários tratamentos, continuam a ter sintomas importantes, freqüentemente com piora. Além disso, muitos pacientes deparam-se com a grande dificuldade de estabelecer o diagnóstico de LER/DORT, passando por longos processos de investigação e inúmeros exames complementares, o que também lembra os diagnósticos de “doenças complicadas ou ruins”, dos quais todos já ouviram falar e que geralmente estão relacionados a doenças crônico-degenerativas.

O significado de uma doença está também relacionado com o reflexo de suas repercussões na vida dos acometidos, ou seja, as limitações que LER/DORT impõem. Essas limitações são realmente maiores se os membros acometidos são primordialmente seus “instrumentos” de trabalho. Para um psicólogo, por exemplo, as limitações desses mesmos membros são importantes, no entanto seu instrumento de trabalho é o conhecimento e a palavra. Em outras palavras, é muito mais fácil um psicólogo com limitações físicas em membros superiores continuar trabalhando, com algumas adaptações, do que uma trabalhadora de linha de montagem nas mesmas condições.

Fica claro, portanto, que as associações não decorrem de idéias “delirantes” dos pacientes, mas sim da tentativa de compreender a doença, baseada na sua experiência de vida e nas informações de que dispõem.

12 Por que a maioria dos pacientes de LER/DORT são chorosos e poliqueixosos? Será que são manhosos?

Tais características, freqüentemente apresentadas pelos pacientes acometidos de LER/DORT, referem-se ao sofrimento mental por que passam, decorrente da aquisição dessa doença. Os aspectos a se considerar são os seguintes:

- *Características de LER/DORT:* quadro doloroso, crônico, penoso.
- *Os fatores de risco* que geram as LER/DORT são os mesmos responsáveis pelo sofrimento mental relacionado ao trabalho.
- *Repercussões da doença:* limitações nas atividades de vida diária, afastamento do trabalho, mudança na identidade na família, círculo social e no trabalho, sentimento de culpa, de incapacidade e de inutilidade.

O processo de aquisição das LER/DORT, bem como suas características e repercussões estão apresentados no fascículo que aborda o Tratamento e Diagnóstico dessa patologia.

13 Reabilitação é sinônimo de troca de função?

Não. A reabilitação não deve ser entendida como apenas a realocação do paciente ou a aprendizagem de uma nova função profissional. Ao contrário, deve reabilitá-lo para uma nova inserção social, já que LER/DORT implicam em alterações em todas as esferas de sua vida, familiar, social e profissional. O tratamento mais adequado do paciente com LER/DORT deve pressupor a integração com a reabilitação.

A reabilitação deve começar no mesmo momento do tratamento, mas não se encerra com o término deste e com o início da realocação do trabalhador na empresa: é necessário acompanhar o processo de volta ao trabalho. Desse processo, além da equipe de saúde, devem participar o próprio paciente, um representante da empresa, o Centro de Reabilitação Profissional (CRP) e, se necessário, o sindicato, para que a realocação seja satisfatória. De forma que o paciente possa trabalhar novamente sem riscos de adquirir ou acentuar lesões.

Para a realização dessa integração tratamento-reabilitação é necessária uma equipe interdisciplinar que promova ações terapêuticas, informativas e educativas, possibilitando ao paciente conhecer sua doença, seu tratamento e seus direitos.

14 Por que em uma população de trabalhadores submetidos aos mesmos riscos, apenas uma parcela deles passa a ter LER/DORT?

Isso não acontece apenas no caso de LER/DORT. Em uma população exposta a uma bactéria causadora de meningite por exemplo, apenas uma parcela adquire a doença. Essa aquisição dependerá de uma série de fatores, entre os quais, a transmissibilidade, infectividade e patogenicidade do agente patogênico, da resistência do indivíduo, etc.

No caso de LER/DORT, é imprescindível que haja fatores organizacionais predisponentes à sua ocorrência. As repercussões na saúde da população exposta dependem da intensidade, frequência e sinergia desses fatores.

A relação de cada indivíduo com esses fatores também varia, dependendo de sua história de vida, tornando-o mais ou menos suscetível.

15 É correto dizermos que o fato de um paciente ter uma característica física específica o predispõe para adquirir LER/DORT?

Existe abuso por parte de alguns médicos que tentam sempre fazer do diagnóstico de LER/DORT um diagnóstico de exclusão.

No entanto, há procedimentos que permitem concluir se um determinado quadro osteomuscular é ou não relacionado ao trabalho, e é importante lembrar que uma característica individual do paciente pode ser simplesmente um achado casual.

Existem alguns fatores físicos que vêm sendo apontados como associados com o aumento da suscetibilidade individual para patologias associadas a LER/DORT.

Podemos citar:

Fator de suscetibilidade	Condição ou doença
Aspereza de superfícies ou bordos agudos de sulco intertubercular da cabeça do úmero.	Tendinite da cabeça longa do bíceps
Costela cervical.	Síndrome do desfiladeiro torácico
Largura do túnel do carpo.	Síndrome do túnel do carpo
Curvatura do acrômio	Pinçamento subacromial ou tendinite do supra-espinhoso

Outras diferenças anatômicas ou malformações têm sido apontadas como fatores relacionados com patologias osteomusculares específicas, reconhecidas ou não como LER/DORT, como por exemplo, músculos ou tendões supranumerários, trajetos pouco usuais de vasos e nervos, etc. Na maioria das vezes, esses achados são descritos por cirurgiões em função de sua presença em alguns pacientes ou em dissecação de cadáveres. Porém, até o momento não há registro, seja de estudos voltados para a quantificação desses achados na população em geral, seja para determinação de sua contribuição na origem ou no agravamento das patologias em questão.

16 Existe um tempo necessário de “exposição” a fatores predisponentes para o início dos sintomas de LER/DORT?

No caso de muitas doenças infecto-contagiosas, há um momento determinado de exposição e cada agente patogênico tem definido o tempo necessário para produzir o quadro clínico.

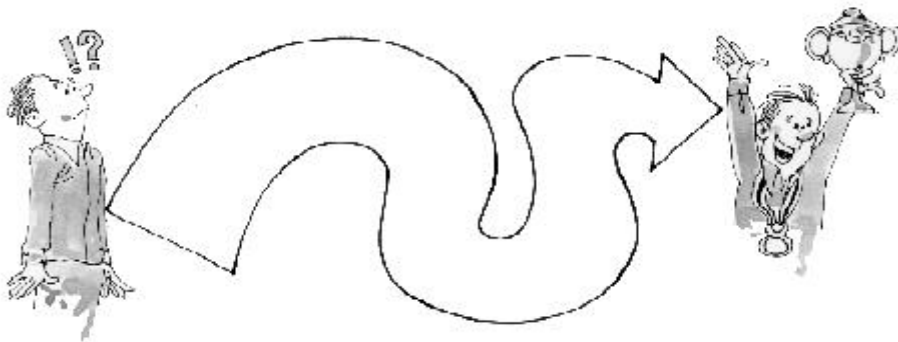
No caso de LER/DORT não há um momento determinado de exposição e as condições de trabalho e os fatores organizacionais variam. O que se deve levar em conta é que as pessoas ficam períodos variados expostas não a um fator apenas, mas a muitos, com intensidades e frequências variadas.

Assim, há casos descritos em que os pacientes ficaram expostos durante 1 mês e outros em que ficaram expostos por mais de 10 anos, até adquirir o problema.

17 É fácil conseguir o benefício previdenciário?

As etapas administrativas a seguir são enfrentadas pela grande maioria dos pacientes, havendo poucas alterações conforme o caso:

Etapa 1: O médico faz o diagnóstico de LER/DORT (antes desse momento, em geral, o paciente já aguardou muito tempo, inicialmente sem perceber os sintomas, depois tentando “afugentá-los” e finalmente se rendendo à dificuldade de trabalhar normalmente).



Etapa 2: Nos casos do paciente que trabalha sob regime empregatício da CLT, o médico solicita à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Etapa 3: Nos casos sem complicações por parte da empresa, esta emite a CAT. Nos casos em que há recusa por parte da empresa, podem fazê-lo o médico, o sindicato, qualquer autoridade pública, o próprio paciente ou seus dependentes.

Etapa 4: O médico preenche a parte médica da CAT.

Etapa 5: O paciente leva a CAT devidamente preenchida a uma agência do INSS para caracterização administrativa e médica. Há empresas que dispõem de serviço social para realizar essa etapa.

Etapa 6: Caso o paciente vá permanecer afastado do trabalho por mais de 15 dias, ele deve solicitar ao médico um relato em que devem constar o diagnóstico, tratamento e prognóstico, e agendar a perícia na agência do INSS.

Essa etapa é importante, pois a empresa paga o salário até o décimo-quinto dia de afastamento e a partir de então, o INSS passa a ser responsável pelo “salário” do paciente, concedendo-lhe o auxílio-doença. Esse auxílio-doença é concedido após a perícia, caso a conclusão pericial seja favorável.

Etapa 7: Perícia: o médico-perito do INSS, com base no relato do médico assistente, conclui pelo estabelecimento do nexo causal ou não (reconhecimento da existência de uma doença ocupacional ou não) e depois pela concessão ou não do auxílio-doença por acidente de trabalho (reconhecimento de incapacidade laboral ou não).

As possibilidades de conclusão pericial são:

a) “Há nexo causal com o trabalho mas não há incapacidade para o trabalho”: quer dizer que o paciente será registrado como portador de LER/DORT mas deverá continuar trabalhando normalmente.

b) “Há nexo causal com o trabalho e há incapacidade para o trabalho”: quer dizer que o paciente será registrado como portador de LER/DORT e passará a receber o auxílio-doença por acidente de trabalho, sendo afastado do trabalho.

c) “Não há nexos causal com o trabalho e nem incapacidade para o trabalho”: quer dizer que o paciente não será registrado como portador de LER/DORT e muito menos será afastado do trabalho.

d) “Não há nexos causal com o trabalho, porém o paciente tem um quadro que o incapacita para o trabalho”: quer dizer que o paciente não será registrado como portador de LER/DORT, mas o perito reconhece que há um problema de saúde não relacionado ao trabalho que o incapacita para o trabalho. Nesse caso, o paciente deverá manter-se afastado do trabalho, recebendo o auxílio-doença.

Etapa 8:

a) Consideremos a hipótese *b* da etapa 7: nesse caso deverá ser agendada nova perícia, em período de tempo definido pelo médico perito do INSS.

b) Consideremos as hipóteses *c* e *d* da etapa 7: o paciente pode recorrer ao INSS, caso discorde da conclusão pericial.

Etapa 9: No caso da hipótese *b* da etapa 7, o paciente passa a receber o auxílio-doença, por acidente de trabalho, mensalmente:

Valor auxílio-doença = 91% do salário-de-benefício.

Salário-de-benefício = média aritmética simples de todos os últimos salários-de-contribuição dos meses imediatamente anteriores ao do afastamento da atividade ou da data da entrada do requerimento, até o máximo de 36, apurados em período não superior a 48.

Salário-de-contribuição = remuneração efetivamente recebida ou creditada a qualquer título durante o mês, em uma ou mais empresas.

No caso das hipóteses *a* e *c*, da etapa 7, o paciente que se sentir incapacitado para trabalhar, poderá recorrer judicialmente, processo com duração indefinida, geralmente alguns anos. Até lá é obrigado a aceitar a conclusão pericial.

No caso da hipótese *d*, da etapa 7, o paciente pode solicitar, independentemente de estar recebendo auxílio-doença, o reconhecimento de ser portador de doença ocupacional. Até lá o paciente é obrigado a aceitar a conclusão pericial.

Etapas seguintes: o paciente deve comparecer a todas as perícias agendadas, portando o relato do seu médico de tratamento.

Além da dificuldade decorrente dessa *via crucis*, à qual os pacientes são obrigados a se submeter, há obstáculos impostos pelo entendimento e procedimento de cada perito, queda absoluta e relativa dos ganhos mensais, pois o paciente deve se deslocar para vários serviços, várias vezes por semana, o que aumenta os gastos, além de ficar fora dos reajustes que são feitos em sua categoria profissional.

Com tudo isso, fica evidente: não é fácil conseguir e viver do benefício previdenciário.

18. É cômodo ser afastado por LER/DORT? Quais seriam os ganhos secundários, às vezes citados como estimuladores da existência de tantas pessoas com LER/DORT?

Uma das maiores preocupações da população brasileira, hoje, é a manutenção do emprego. Mesmo os movimentos dos sindicatos que no passado enfatizavam a melhoria salarial são atualmente menos freqüentes e têm destacado a manutenção dos empregos.

Assim, do ponto de vista da macroestrutura, parece-nos pouco provável que trabalhadores queiram adicionar uma desvantagem a mais para si próprios, dificultando sua permanência nos postos de trabalho e mais ainda, seu potencial de competitividade em uma eventual reinserção no mercado de trabalho.

Do ponto de vista individual, o afastamento e a conquista de benefício previdenciário constitui-se em verdadeira *via crucis*. Veja a resposta da questão 17.

Adicionalmente cabem aqui algumas reflexões sobre o significado do adoecimento no cotidiano das pessoas:

- *Tratamento com afastamento do trabalho*: o paciente com LER/DORT permanece, na maioria das vezes, longos períodos afastado do trabalho. Ficar sem trabalhar significa passar a ter uma inserção diferente em uma sociedade na qual o trabalho ocupa uma posição central na vida das pessoas. É por meio do trabalho que as pessoas se inserem na sociedade enquanto cidadãos produtivos, eficientes e valorizados. Além de possibilitar essa inserção social, o trabalho traz a possibilidade de realização profissional, sem o qual essa possibilidade desaparece juntamente com as perspectivas presentes e futuras. O paciente torna-se um não-trabalhador, “inválido”, desocupado.

- *Repercussões do afastamento do trabalho para a família*: tendo em vista essa posição de destaque ocupada pelo trabalho e as conseqüências da situação de afastamento, podemos imaginar o quanto essa situação modifica o papel desempenhado pelo paciente na família. A situação de não-trabalho não é vista pelos membros da família como afastamento temporário para tratar de uma doença adquirida no próprio trabalho; é vista, na maioria das vezes, como “desocupação”, situação impregnada de valores negativos. Por outro lado, as expectativas depositadas pela família no paciente são inúmeras e inviáveis, pois exigem que ele realize atividades incompatíveis com sua limitação.

- *Afeto e atenção familiar decorrentes do adoecimento*: a família pode, em função do adoecimento de um de seus membros, dedicar a ele maiores atenções e cuidados. No entanto, concomitantemente surgem idéias de invalidez, “desocupação”, preguiça, acomodação e exigências de realização de tarefas entendidas como apropriadas a alguém que “não trabalha”, como as tarefas domésticas e guarda de crianças.

A partir dessas reflexões fica claro que os benefícios secundários devem ser, no mínimo, relativizados enquanto motivos para que o paciente deseje manter-se em tratamento e adiar sua volta ao trabalho.

19 A psicoterapia é necessariamente um bom tratamento para os pacientes com LER/DORT?

O tratamento para o sofrimento mental depende de como cada pessoa “funciona”. A exemplo, vítimas de discriminação racial, que acaba por gerar algum tipo de sofrimento mental, podem preferir o tratamento psicoterapêutico ou algo parecido. Outras, certamente, irão procurar outros tipos de “terapia” como ir à uma delegacia para prestar queixa ou, ainda, militar em algum movimento de conscientização racial. É claro que as alternativas não são mutuamente excludentes.

Não devemos, *a priori*, eleger uma terapia em detrimento de outra. Cada qual terá maior eficácia, dependendo do paciente. Impor determinada terapia, como sendo a mais “natural” ou “científica” é desprezar os sentimentos, vontades e desejos de cada paciente.

Assim, a necessidade ou não de psicoterapia para os pacientes com LER/DORT deve ser definida após avaliação caso a caso, levando-se em conta o grau de sofrimento mental, a capacidade da pessoa em superar esse sofrimento, o custo desse esforço e a necessidade que a própria pessoa sente de um auxílio específico nessa área.

A nossa experiência é de que em algum momento da evolução de LER/DORT, o paciente tem necessidade de apoio psicológico por parte de um profissional.

20 LER/DORT e mulher: por que existem mais mulheres acometidas?

Vários serviços de atenção à saúde do trabalhador, entre os quais o Núcleo de Saúde do Trabalhador de Belo Horizonte (NUSAT) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo (CEREST/SP), apresentam entre seu pacientes uma maior prevalência de mulheres acometidas de LER/DORT.

Segundo alguns autores, mulheres da população em geral e trabalhadoras apresentam maior número de casos de síndrome do túnel do carpo e de dor em pescoço e ombros. As razões deste fato ainda não são conhecidas, podendo estar ligadas a fatores genéticos ou ao fato de as mulheres estarem mais expostas que os homens a fatores de risco dessas doenças.

Estudo realizado mostrou que as diferenças não decorrem do fato das mulheres terem menor força muscular ou mais dificuldade no manuseio de materiais pesados.

Segundo o estudo, enquanto, em geral, os homens tinham mais liberdade para escolher suas atividades (“*work tasks*”), recebiam pagamento por produção com menor frequência que as mulheres e não realizavam trabalho monótono e repetitivo ou o faziam com menor frequência, as mulheres costumavam realizar o mesmo trabalho repetitivo por muitos anos e mesmo quando a ocupação tinha o mesmo nome, havia diferenças sutis no trabalho realizado por homens e mulheres.

Assim, além de levarmos em conta que as populações atendidas em serviços não representam a população geral, devemos considerar os aspectos acima levantados.

Para realmente afirmar que **LER/DORT atingem mais frequentemente mulheres** seriam necessários estudos de amostras homogêneas, compostas por trabalhadores

de ambos os sexos submetidos a condições de trabalho semelhantes, tais como posto de trabalho, jornada, idade, antigüidade e inserções semelhantes na vida familiar e social.

21 Uma seleção de recursos humanos evitaria a alta incidência de LER/DORT em determinados postos de trabalho?

Para uma linha de montagem de componentes eletrônicos, por exemplo, qual seria o tipo ideal de pessoa a ser selecionada?

Hipoteticamente um anúncio honesto seria:

PROCURA-SE:

pessoa que tenha gosto por execução de tarefas manuais finas; que não se importe em realizar os mesmos movimentos durante jornadas de trabalho prolongadas, sem pausas; que se contente em realizar sua refeição em curto período de tempo; que possa realizar pausas para necessidades fisiológicas apenas nos momentos estipulados previamente; que não se importe em trabalhar em um ritmo determinado pela empresa, alcançando cada vez maior índice de produtividade. Não importa o que você pense ou sinta. Necessitamos que você trabalhe o mais rápido possível sem errar!

Parece-nos que dificilmente alguém com outra possibilidade de escolha, se candidatasse a esse posto. A procura se dá, muitas vezes, porque há benefícios secundários, como cestas básicas e convênios médicos.

Por outro lado, não há estudos que tragam a mínima evidência de que determinadas características físicas impediriam ou dificultariam a ocorrência de LER/DORT. Tais características físicas seriam, por exemplo, maior massa muscular, ausência de costela cervical, pressão do túnel do carpo considerada normal, ausência de músculos ou tendões supranumerários.

Assim, as questões que se colocam são:

Quais seriam os critérios para seleção de trabalhadores em uma organização de trabalho “adoecida”, nociva para qualquer tipo de pessoa?

Seria justa a preocupação em selecionar pessoas especiais para postos de trabalho nos quais grande parcela adocece?

Não deveriam as mudanças organizacionais ter prioridade?

22 É possível estabelecer, em uma única consulta, as restrições laborais para que o paciente possa trabalhar sem agravar o quadro de LER/DORT?

As restrições físicas, laborais ou não, devem ser estabelecidas com a prática e a participação ativa do próprio paciente e não dependem apenas das “condições físicas”.



Para que essas restrições sejam estabelecidas de forma adequada, é fundamental conhecer o ambiente e a organização do trabalho, além da administração das relações interpessoais dos envolvidos no trabalho (gerência, chefias e colegas).

É preciso estar atento também a eventuais mudanças organizacionais que interferem em cada posto de trabalho.

Infelizmente, são freqüentes as situações nas quais profissionais incumbidos em definir essas restrições o façam burocraticamente.

23 Fatores de ordem psicológica interferem no tratamento e evolução do quadro clínico de LER/DORT?

Sim. Os pacientes com LER/DORT enfrentam situações muito difíceis como por exemplo: medo de demissão, medo de ser isolado pelos colegas, amigos e familiares, dificuldade de encontrar tratamento adequado, presença constante de dor, limitação em suas atividades laborais e extra-laborais, necessidade de readaptações nem sempre possíveis, incerteza profissional e na vida.

Com o surgimento de LER/DORT e de limitações/restrições, há ruptura de uma identidade construída ao longo da vida, conflitos intra e interpessoais emergem.

Essas situações geram sofrimento importante, que se não administrado adequadamente, podem gerar e manter estados de ansiedade, angústia e depressão, que acabam piorando o quadro clínico, piorando o prognóstico.

Não se pode esquecer que quem está sob tratamento é um ser humano, e a esfera psíquica lhe é inerente.

24 É justo considerar fatores não-médicos no programa de reabilitação de um paciente com LER/DORT?

Sem dúvida, pois não estamos lidando com peças inertes e imutáveis a serem recolocadas em espaços, também imutáveis.

Diversos aspectos devem ser observados em um programa de reabilitação, como por exemplo:

- características e evolução do quadro clínico;
- características da incapacidade física e laboral;

- estado emocional do paciente no processo de retorno ao trabalho;
- capacidade da empresa receber o reabilitando de forma adequada;
- existência de posto de trabalho adequado para o reabilitando;
- processo contínuo de adaptações organizacionais necessárias, segundo necessidade;
- estabelecimento de processo contínuo de diálogo entre todos os envolvidos no trabalho.

25 Recentemente, vários atletas famosos de jogos coletivos declararam em uma revista que sentem dores terríveis, que os fazem freqüentemente usar medicação. Por que eles continuam a trabalhar, no caso, a jogar, e os trabalhadores de forma geral “sucumbem às dores”, tendo que ser afastados do trabalho? Não seria melhor para eles que fossem estimulados a trabalhar?

Sem dúvida, a recuperação do paciente com LER/DORT em atividade laboral seria desejável. No entanto, isso não depende apenas do trabalhador ou do médico, e sim, da empresa ter ou não uma política que possibilite a concretização dessa alternativa. Assim, o estímulo à manutenção da atividade laboral deve levar em conta a gravidade do quadro e a receptividade da empresa.

No caso dos atletas consagrados, há vários fatores que os estimulam a continuar jogando, entre os quais:

- a) quadros dolorosos são imediatamente tratados por equipes multiprofissionais, especialmente contratadas para estudar e aprimorar seus corpos e seu desempenho;
- b) a superação das dificuldades e dos limites é um desafio a ser vencido pelos atletas, que para isso, dispõem de equipes treinadas para auxiliá-los;
- c) estão em jogo ganhos milionários e a consagração do público;
- d) as condições de suas vidas permitem-lhes que não precisem se esforçar para nada fora das quadras ou dos campos.

Ao contrário, os trabalhadores em geral não são estimulados a procurar auxílio quando começam a ter quadro de dor, tentando superá-lo pelos próprios meios, sem orientações adequadas, com medo de que sejam descobertos por suas chefias e colegas. Não têm amparo de uma estrutura de tratamento e reabilitação para que possam se recuperar e voltar a ter um desempenho satisfatório, e apesar dos ganhos infinitamente menores que os atletas consagrados, a experiência mostra que tentam se manter trabalhando, “sucumbindo à dor” apenas quando não suportam mais.

26 É necessária a contratação de especialistas para a prevenção de LER/DORT?

Em geral, a empresa necessita de especialistas que auxiliem no diagnóstico da situação e na construção de alternativas.

Mas um ponto é fundamental: eles não podem nunca agir sozinhos, descolados da empresa e dos trabalhadores.

Nem a empresa nem os trabalhadores podem ser substituídos em seus papéis de protagonistas nas mudanças.

27 Todos os pacientes com LER/DORT têm estabilidade no emprego?

Não. Legalmente, têm estabilidade no emprego os pacientes com doenças ocupacionais que tenham CAT emitida e afastamento registrado no INSS por mais de 15 dias.

A estabilidade é de um ano, contado a partir do momento em que o paciente retorna ao trabalho, após o período de afastamento maior que 15 dias.

Algumas categorias profissionais possuem acordos coletivos que prolongam o período de estabilidade.

28 Todos os pacientes com LER/DORT devem ser afastados do trabalho?

Não. O ideal seria o paciente ser diagnosticado precocemente. Uma vez diagnosticado, a empresa deveria oferecer condições para que ele, sob tratamento, pudesse manter-se no trabalho, em outra função. Para que isso fosse possível, a empresa teria que ter postos de trabalho adequados, flexibilidade para receber pessoas com restrições laborais, política de prevenção e mudanças técnico-organizacionais, de forma a evitar o surgimento de novos casos.

Infelizmente, o afastamento se dá frequentemente pela inexistência dos quesitos acima citados, e muitas vezes o prolongado tempo de afastamento ocorre também pelos mesmos motivos, causando uma iatrogenia social.

29 O que é auxílio-doença?

Veja a questão 17.

30 Pela legislação previdenciária, atualmente o auxílio-doença concedido a um paciente com doença ocupacional tem o mesmo valor do que a um paciente com doença não-ocupacional?

Sim. Em linguagem utilizada por muitos, o valor do “seguro” (auxílio-doença por acidente ou doença relacionada ao trabalho) é o mesmo valor da “caixa” (auxílio-doença por acidente ou doença não relacionada ao trabalho).

31 Quando o paciente é encaminhado ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP)?

O paciente é encaminhado ao CRP, pelo perito do INSS, nos casos em que ele entender que não há mais expectativas de melhora do paciente para sua atividade habitual e que portanto, ele deverá ser reabilitado para outra função. O paciente continua a receber o auxílio- doença.

32 O que é auxílio-acidente?

É o benefício concedido como indenização ao paciente quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem seqüelas que impliquem redução da capacidade ou impossibilidade para o trabalho que habitualmente exercia.

Isso significa, em dinheiro, 50% do salário-de-benefício (veja a questão 17), e é mensal.

33. As questões 27, 29, 30, 31 e 32 se referem a qualquer trabalhador com LER/DORT?

Não, apenas a aqueles segurados da Previdência Social, com exceção do empregado doméstico.

34 É verdade que o médico da empresa ou o médico que assiste um trabalhador não pode ser perito do INSS no mesmo caso?

Sim. Segundo o Código de Ética Médica e a Resolução CREMESP 76/96, o médico de empresa ou médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de empresa ou o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, ou assistentes técnicos da empresa, em casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

35 O relato médico para que seu paciente possa passar por perícia da seguradora deve ser feito só por médico do trabalho?

Não. O relato médico, para qualquer finalidade, inclusive pericial, deve ser feito, de preferência, pelo médico de atendimento e acompanhamento.

As resoluções CREMESP 76/96 e CFM 488/98 mencionam que cabe a qualquer médico que atenda o trabalhador, independentemente de sua especialidade, o fornecimento de laudos, pareceres e relatórios de exame médico, sempre que necessário.

36. Você sabia que a Resolução CREMESP 76/96 prevê algumas obrigações dos médicos que trabalham em empresas em relação aos trabalhadores e o ambiente de trabalho?

Elas independem da especialidade do médico.

Eis algumas delas:

- conhecer os processos produtivos e ambientes de trabalho da empresa;
- avaliar o trabalhador, tentando adaptar o trabalho às condições do trabalhador;
- indicar sua alocação para trabalhos compatíveis com sua situação de saúde;
- dar conhecimento aos empresários, trabalhadores, comissões de saúde,

Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e representantes sindicais dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Essas informações devem ser documentadas;

- notificar o órgão público, competente, por meio de documentos apropriados, quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho;
- fornecer uma cópia da CAT para o trabalhador acidentado ou doente;
- atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho.

37 Dar informações ao paciente sobre questões relacionadas à sua saúde vai contra o Código de Ética Médica?

Não. Pelo contrário. O médico deve esclarecer ao paciente sobre sua saúde. Não deve compartilhar essas informações com ninguém, inclusive com a empresa ou o Departamento Pessoal.

Os únicos que podem ter acesso ao prontuário do paciente são a equipe de saúde e o próprio paciente.

Portanto, o paciente tem direito a abrir qualquer documento sobre sua saúde e exames complementares, mesmo que não saiba interpretá-los.

38 O paciente tem direito ao seu prontuário?

Sim, incluindo os exames complementares.

39 Em processos judiciais o prontuário do paciente pode ser liberado?

Apenas com autorização expressa do paciente.

40 O que diz a resolução CREMESP 76/96 e a resolução CFM 1488/98 sobre a responsabilidade do médico sobre a saúde do trabalhador?

Diz que o médico do trabalho de uma empresa ou assessor/consultor em saúde do trabalhador é co-responsável com outros médicos da empresa por todos os procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador.

Além disso, diz que a ele cabe a responsabilidade solidária com o empregador, no caso de agravos à saúde dos trabalhadores da empresa.

Revisão, Normalização, Impressão, Acabamento e Expedição
Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, fevereiro de 2001