

# **SUGESTÃO 4**

## **EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS**

### **DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL**

#### **DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS**

##### **MEMBROS SUPERIORES**

---

#### **JUSTIFICATIVA**

1. A presente SUGESTÃO DE CONDUTAS MÉDICO-ADMINISTRATIVAS, proposta pela Diretoria Científica da ANAMT através de sua Comissão Técnica de Ergonomia, visa facilitar a conduta médico-administrativa dos médicos do trabalho diante dos quadros de queixas de dores nos membros superiores explicitando condutas já tomadas com êxito nos mais diversos níveis de atendimento.
2. O elenco de sugestões de condutas médico-administrativas procura se situar de acordo com as instruções normativas dos órgãos públicos relacionados ao assunto, especialmente a Portaria nº 3.751, de 23/11/1990, a Lei 8.213, de 24/07/2004, o Decreto nº 2.172, de 05/03/1997, e a Instrução Normativa do Ministério da Previdência Social nº 606, de 05/08/1998.
3. Neste documento, quando nos referimos ao comprometimento da saúde do trabalhador, evitamos adotar os termos LER (de Lesões por Esforços Repetitivos), LTC (de Lesões por Traumas Cumulativos), bem como o termo DORT (de Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) por entender que nenhum deles reflete na totalidade a complexidade dos fatores envolvidos. E também por considerar que qualquer que seja a sigla não se constitui em aspecto relevante nesse assunto. Há toda uma base de justificativa dos

partidários das diversas denominações. Recomendamos que, ao se usar qualquer dessas siglas ou outras que venham a substituí-las, evitar o termo “lesão” de forma indistinta (pois nem sempre há lesão) e evitar o uso errado do artigo. Assim, ao se usar o termo DORT, use-se “os DORT”, evitando desta forma que, com este termo, venha a ocorrer o que aconteceu com o termo LER, quando o uso do artigo definido de forma inadequada contribuiu para que um mecanismo causador de lesões passasse a ser confundido com uma entidade nosológica. Também destacamos o risco de qualquer sigla induzir a uma interpretação de efeito popular, não científica, que leva a uma generalização de reivindicações.

4. Neste documento, evitamos o uso dos termos “nexo causal”, “nexo técnico” ou “nexo epidemiológico”, por considerarmos que seu uso inadequado provoca mais confusão do que esclarecimento, e pelo fato de ser “nexo técnico” um termo de uso exclusivo da perícia da Previdência Social.
5. Houve o cuidado de se escrever estas sugestões considerando não apenas o médico do trabalho contratado pela empresa, mas também médicos do trabalho que tenham sob sua responsabilidade o PCMSO e, também, médicos do trabalho que, eventualmente, estejam atendendo a uma demanda jurídica. Assim, o leitor encontrará no texto, em algumas vezes, uma seqüência prevista de ações caracterizando o que se espera do médico do trabalho contratado por uma empresa específica. Em outras vezes, encontrará referências aplicáveis a quem está lidando com aquela questão, independente do escopo de uma ação preventiva geral.

## **INTRODUÇÃO**

Há que se ter inicialmente uma noção da complexidade existente na questão da dor nos membros superiores referida pelos trabalhadores. Aqui estão envolvidos fatores médicos, de organização do trabalho, ergonômicos, sociais, de relações de trabalho,

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

de tensões sociais e de interesses sociais e individuais difusos e o entendimento deste contexto é básico para que o médico do trabalho saiba como se situar diante deste fenômeno.

A queixa de “dor nos membros superiores” é um dos elementos mais marcantes no mundo do trabalho na atualidade, em todo o mundo. Deve o médico do trabalho ter uma noção clara de que, se bem conduzida, essas queixas dificilmente evoluirão para uma lesão. E que, caso haja uma lesão de fato, se bem conduzidas, dificilmente elas evoluirão de forma desfavorável.

A decisão da conduta a ser tomada pelo médico do trabalho em casos de queixas de dor nos membros superiores apresenta sete momentos distintos:

1. na identificação do risco ergonômico e nas ações sobre a ergonomia do trabalho;
2. no admissional e no início das atividades do trabalhador na empresa;
3. no atendimento ao trabalhador que se queixa de dor nos membros superiores (que envolve a verificação da consistência dessa queixa, o estabelecimento do diagnóstico clínico e a orientação para um tratamento correto);
4. no estabelecimento ou não donexo com o trabalho;
5. na reintegração do trabalhador;
6. nas providências legais a serem tomadas caso haja nexocom o trabalho;
7. na discussão jurídica da questão.

## **1. SUGESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO RISCO ERGONÔMICO E AÇÕES SOBRE A ERGONOMIA DO TRABALHO**

### Considerações

Deve-se destacar ser este o estágio básico da atuação do médico do trabalho, bem como de toda a equipe envolvida na prevenção. Uma ação eficaz nesta fase resultará numa baixa ocorrência de queixas e, eventualmente na ocorrência das mesmas, na regressão dos sintomas e não agravamento do quadro.

Para uma atuação eficaz nesse momento, é fundamental que o médico do trabalho tenha uma noção clara do conhecimento científico mais recente sobre os fatores determinantes dos distúrbios e lesões de membros superiores relacionados ao trabalho. São eles: (a) fatores biomecânicos da tarefa; (b) fatores da organização do trabalho; (c) fatores psicossociais; (d) anulação dos mecanismos de regulação de conflitos e tensões; (e) fatores pessoais que resultem em maior vulnerabilidade.

### 1. Fatores Biomecânicos

Neste ponto, é importante a averiguação de pelo menos quatro fatores biomecânicos que vêm sendo objeto de estudo no mundo todo, permitindo o estabelecimento do risco ergonômico com metodologias cientificamente validadas. Esses fatores (que podem existir isoladamente ou em conjunto) são:

- 1.1 Força excessiva feita com os membros superiores.
- 1.2 Repetitividade de um mesmo padrão de movimento.
- 1.3 Exigência de posturas críticas dos membros superiores, com destaque especial para a postura estática.
- 1.4 Compressão de estruturas dos membros superiores, incluindo aquela ligada à vibração segmentar.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

Para a identificação mais profunda desses fatores, sugerimos a análise do trabalho através da técnica de detalhamento do mesmo nas diversas ações técnicas que compõem a tarefa e identificando, em cada ação técnica, a existência dos quatro fatores acima identificados. Para essa etapa, é fundamental envolver o trabalhador.

Podem, complementarmente, serem utilizados alguns indicadores numéricos da exposição, especialmente:

- Critério de Moore e Garg – Índice semi-quantitativo desenvolvido em 1.995, nos EUA, que propõe uma classificação numérica dos riscos para os membros superiores quanto à presença dos esforços, frequência, duração, postura e ritmo do trabalho.
- Critério da OSHA nos EUA, que considera o tempo de exposição do trabalhador, ao longo da jornada, aos cinco fatores biomecânicos (a OSHA especifica a vibração de ferramentas manuais como um fator biomecânico distinto).
- Os critérios de intensidade de força e de repetitividade propostos a partir dos estudos da Dra. Bárbara Silverstein, 1.985 – EUA.
- *Check-list* desenvolvido por Couto e apresentado em sua forma mais recente em 1.998.
- Critério de Suzanne Rodgers, desenvolvido nos EUA, em 1.993.
- Documento desenvolvido sob responsabilidade do Comitê Técnico de Distúrbios Musculoesqueléticos Relacionados ao Trabalho da *International Ergonomics Association*, sob responsabilidade dos Drs. Daniela Colombini e Enrico Occhipinti, e publicado em 1.999 após consulta a especialistas dos principais centros de estudo do mundo.

Todos esses critérios podem ser encontrados em livros que tratam de Ergonomia, onde estarão melhor explicitados.

O estudo e a mensuração apropriados desses riscos possibilitam estimar as ações a serem tomadas caso a caso, uma vez identificadas as causas.

## 2. Fatores da Organização do Trabalho

Para que se entenda o risco ergonômico relacionado à organização do trabalho, é necessário considerar aspectos tais como: carga de trabalho real sobre o trabalhador, existência de efetivo de pessoal suficiente e adequado às exigências do trabalho, especialmente em época de sobrecarga de trabalho, número de horas de trabalho em atividade repetitiva por dia, respeito aos repousos semanais, ritmo do trabalho e outros.

É importante destacar que muitos desses fatores geram tensão excessiva, condição facilitadora para o desenvolvimento de queixas musculoesqueléticas em geral. E mesmo que não gerem tensão, podem contribuir para os distúrbios e lesões de membros superiores simplesmente pela redução do tempo de recuperação dos tecidos orgânicos.

## 3. Fatores psicossociais

Para que se entenda o risco de distúrbios e lesões dos membros superiores, é ainda necessário que se entenda o papel de fatores tais como pressão exagerada, critérios de produtividade desarrazoáveis para a capacidade normal de trabalhadores e tensão excessiva no relacionamento, além de frustrações importantes no trabalho. Todos esses fatores podem resultar em tensão excessiva, com quebra do equilíbrio emocional, condição essa que, mais uma vez, desempenha papel preponderante no desencadeamento de dores nos membros superiores.

## 4. Anulação dos mecanismos de regulação de tensões e conflitos

É ainda importante destacar ser a anulação dos mecanismos de regulação existentes na realidade do trabalho um fator importante na origem dos transtornos. Os principais mecanismos de regulação normalmente existentes são:

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

- a) do próprio trabalhador: experiência com o trabalho;
- b) da organização: alguma flexibilidade em relação a prazos, possibilidades de estoque, pausas de recuperação, ambiente psicossocial favorável, alívio por parte da chefia, periodicidade da cobrança, possibilidade de mudança da posição do corpo ou de rodízio nas tarefas.

**5. Fatores de vulnerabilidade pessoal dos trabalhadores**

Os principais referidos pela literatura científica são:

- 5.1 Trabalhadores de personalidade tensa;
- 5.2 Trabalhadores novos na área;
- 5.3 Trabalhadores de compleição física frágil para as exigências da tarefa;
- 5.4 Trabalhadores que já tenham tido lesões prévias.

É importante, por fim, destacar que, até o ponto em que nos permite a ciência conhecer esses distúrbios, a existência apenas de fatores psicossociais e de organização do trabalho, sem os fatores biomecânicos citados, não permite justificar a existência de uma lesão de membro superior.

**Sugestões de Condutas**

- 1.1 Identificar os postos de trabalho com riscos ergonômicos, seus ocupantes, intensidade dos fatores, número de fatores, tempo e dose de exposição e limite de tolerância. Estabelecer grupos homogêneos de risco em relação à sobrecarga funcional nos membros superiores, incluindo a análise dos fatores de agravamento e contributivos como tensão, postura estática, além dos fatores de organização do trabalho e psicossociais já citados. Fazer uma classificação preliminar dos pontos de trabalho. Ao se concluir ser um determinado posto ou condição de trabalho de risco para lesões por

sobrecarga funcional por algum dos critérios acima citados, checar a consistência da conclusão aplicando pelo menos mais um critério. Na dúvida, consultar especialista em ergonomia.

- 1.2 Recomendar às áreas produtivas medidas de correção para as situações de trabalho classificadas como de risco moderado e de alto risco e cobrar das mesmas planos de ação. Considerar ser esse item o mais importante de toda essa sugestão de procedimentos médico-administrativos, por quanto é aquele de caráter fundamentalmente preventivo. Empenhar-se para o compromisso da gerência e da alta direção da empresa com o plano de ação.
- 1.3 Realizar estudos epidemiológicos de queixas de dores musculares, procurando identificar ocupações prevalentes. Estudar profundamente estas ocupações, de forma a obter uma noção clara do peso dos diversos fatores biomecânicos, da organização do trabalho, psicossociais e de anulação dos mecanismos de regulação. Este conhecimento é básico para a recomendação de melhorias consistentes da condição de trabalho.
- 1.4 Informar-se sobre modificações realizadas nas áreas da empresa e processos produtivos que envolvam quaisquer alterações nas condições ergonômicas anteriormente estudadas.
- 1.5 Manter relação dos trabalhadores envolvidos em áreas ainda existentes de risco moderado ou de alto risco, visando uma atuação no controle médico. Antecipar informações quanto a mudança de função de trabalhadores de áreas de menor para maior risco ergonômico, para monitoramento e adequação das condições propostas.
- 1.6 Implantar um sistema de gestão das condições ergonômicas, a partir da análise ergonômica do trabalho, transformando-o posteriormente em processo e agregando todas as áreas envolvidas na solução do risco ergonômico.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

- 1.7 Pautar as ações do sistema de gestão da ergonomia nos seguintes princípios:
- a) apoio da alta gerência;
  - b) participação dos trabalhadores na identificação dos riscos e no estudo das melhores soluções para as condições ergonomicamente inadequadas;
  - c) treinamento eficaz em ergonomia para os engenheiros e técnicos operacionais da empresa, para as chefias e para os trabalhadores;
  - d) sistema de monitorização do risco ergonômico, estudo profundo dos problemas e acompanhamento dos planos de ação (nesse ponto, a estruturação de comitês de ergonomia costuma ser uma ferramenta bastante útil);
  - e) monitorização da incidência de queixas de dores nos membros superiores.
- 1.8 Diante de eventual incidência epidêmica de distúrbios e lesões de membros superiores em determinada empresa, deve o médico do trabalho procurar identificar onde está a principal causa do fenômeno, dentre as seguintes alternativas:
- a) é decorrente de um desequilíbrio entre a racionalidade prescritiva e a racionalidade operatória (ou dito de outra maneira, entre a prescrição de trabalho e a possibilidade de cumprimento)?
  - b) é decorrente de pressão excessiva, acima do racional?
  - c) é decorrente da anulação dos mecanismos de regulação da tensão?
  - d) é decorrente da complexidade cada vez maior do trabalho a ser feito pelas pessoas?
  - e) é decorrente de uma realidade social favorecedora das lesões, principalmente pelo fracasso dos mecanismos de aproveitamento e readaptação de acometidos?
  - f) é decorrente da intensificação dos fatores biomecânicos mecânicos próprios da tarefa?

Pode ser que os fatores envolvidos na origem sejam todos os acima citados, mas, ainda assim, julgamos que será possível identificar o predomínio de algum deles. Desse modo, no conjunto de medidas preventivas provavelmente será necessário pesar de forma diferente cada uma das ações adiante citadas.

## **2. NO PRÉ-ADMISSÃO E AO INÍCIO DAS ATIVIDADES DO TRABALHADOR NAQUELA ORGANIZAÇÃO**

### Considerações

O exame pré-admissional é momento de suma importância para a atuação do médico do trabalho, no sentido de introduzir funcionários capacitados para desempenhar as tarefas. Uma investigação apurada de antecedentes patológicos e profissionais, além de um exame clínico e de membros superiores bem realizados, garantirão a adequação funcional do candidato analisado.

### Sugestões

- 2.1 Fazer o exame admissional de trabalhadores que irão desenvolver tarefas de alta exigência dos membros superiores de forma a se ter uma visão a mais perfeita possível quanto à existência ou não de fator pessoal que predisponha aquele trabalhador para algum distúrbio ou lesão. Evitar que sejam selecionadas, para atividades específicas, pessoas com condições prévias que possam ser agravadas pelo tipo de trabalho. Estabelecer técnicas capazes de detectar e fazer a triagem dos predispostos a esse tipo de patologia, apoiadas no arsenal semiológico existente na literatura científica de exame clínico dos membros superiores.
- 2.2 É necessário que nas funções e nos processos de trabalho em que haja solicitação músculo-ligamentar, as pessoas sejam treinadas, recebendo

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

ensinamentos eficazes sobre as técnicas corretas de execução das tarefas e alertadas sobre as práticas erradas que estejam adotando. Essa sugestão se aplica especialmente às tarefas de alta repetitividade e de movimentos muito fino e delicados, que normalmente exigem um certo tempo para o desenvolvimento do automatismo adequado.

- 2.3 Utilizar mecanismos de análise complementar, tais como dinamometria, teste de perfil de personalidade, coordenação motora, etc. Toda esta análise poderá ser feita em conjunto com o Departamento de Recursos Humanos da empresa.

**3. SUGESTÕES QUANTO AO ATENDIMENTO DO TRABALHADOR COM QUEIXA DE DOR NOS MEMBROS SUPERIORES**Considerações

Aqui se inclui:

- a) o acompanhamento médico de trabalhadores expostos a operações de risco;
- b) a verificação da consistência da queixa de dor;
- c) o estabelecimento do diagnóstico clínico;
- d) a orientação para um tratamento correto.

É importante destacar que um dos fatores que mais contribuem para as complicações relacionadas aos distúrbios osteomusculares de membros superiores é a falta de diagnóstico correto. Ao diagnóstico correto segue-se uma orientação terapêutica correta, bem com uma avaliação funcional mais adequada. LER ou DORT não é diagnóstico, e seu uso indiscriminado só contribui para complicar qualquer ação eficaz.

É importante destacar ainda que o médico do trabalho deve procurar aperfeiçoar seu conhecimento em ortopedia clínica dos membros superiores, pois é ele quem, em última análise, definirá quanto ao quadro e sua relação com o trabalho. Até mesmo para uma interação eficaz com o ortopedista, reumatologista, fisiatra e outros especialistas, este preparo é fundamental.

Deve-se destacar ainda que, quando o médico do trabalho conhece pessoalmente a realidade dos aspectos ergonômicos da atividade de determinado trabalhador que o procura com queixa de dor nos membros superiores, o diagnóstico se torna extremamente mais simples. No entanto, ao atender em outras situações de desconhecimento, torna-se muito mais necessário considerar todas as sugestões a seguir citadas.

Também deve ser considerado que, quanto mais precocemente se atende a um trabalhador queixoso, tanto mais fácil é estabelecer o diagnóstico e o eventual nexos com o trabalho, pois predomina a relação entre o dolorimento e movimentos ou situações críticas de trabalho. No entanto, no atendimento a trabalhadores portadores de dor em fases *não iniciais*, o que comumente se encontra é um quadro de dor muito intenso, inversamente proporcional ao achado de sinais objetivos. Esse caráter paradoxal torna a discussão do diagnóstico num primeiro momento bastante polêmica e sujeita a dúvidas, principalmente nos casos em que pouco se conhece do local de trabalho desse funcionário ou naqueles em que a relação médico-paciente esteja deteriorada.

Deve-se considerar, por fim, que nem todos os casos de dores nos membros superiores são causados pelo trabalho. Há um número significativo de eventos cuja origem é de esforços extra-ocupacionais, bem como existem tendinites em outras patologias inflamatórias de origem complexa.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

**Sugestões**

- 3.1 Acompanhar cuidadosamente os trabalhadores submetidos a excesso de solicitação músculo-ligamentar dos membros superiores. Estabelecer periodicidade adequada de exame clínico, procurando fazer manobras semióticas capazes de perceber distúrbios em fases iniciais. Aos primeiros sintomas, colocar o trabalhador sob vigilância. Analisar sua ocupação, introduzindo as correções ergonômicas cabíveis. Nesta ocasião, adotar o protocolo de conduta médico-administrativa, conforme relatado na Seção 5 deste documento.
- 3.2 Caracterizar ser o médico do trabalho o responsável básico pelo tratamento do trabalhador, procurando apoio em equipe interdisciplinar. Não perder o trabalhador de vista. Ao final de uma consulta, garantir a realização dos procedimentos médicos dela decorrentes e marcar retorno ao médico do trabalho. Verificar motivos de não comparecimento ao retorno e garantir o comparecimento.
- 3.3 Do exame clínico:  
Na presença de um trabalhador que apresente queixa que possa ser presumida como decorrente de uma patologia ocupacional por excesso de solicitação músculo-ligamentar dos membros superiores, o médico do trabalho deverá conduzir o exame, avaliando sua capacidade funcional.

Nesse sentido, deverá procurar obter, de início, uma consistente história ocupacional presente e pregressa do trabalhador, levando em consideração o tempo de exercício na função atual e os turnos de trabalho. Deve, ainda, consultar cuidadosamente o prontuário para identificar dados de importância, as razões e os tempos de afastamento do trabalho.

É essencial que haja um detalhamento sobre as tarefas do trabalhador, se há excesso de solicitação e, em especial, se envolvem o uso de ferramentas ou equipamentos específicos. Esclarecer o tipo do posto de trabalho, relacionando a solicitação muscular do mesmo com o quadro clínico apresentado.

Saber qual a opinião do trabalhador sobre o modo como o trabalho é realizado. Procurar saber se há dupla jornada de trabalho e em que circunstâncias e quais são as atividades nas folgas e no lazer.

Por ser a dor a queixa que predomina durante a anamnese, convém identificar as suas diferentes fases evolutivas, desde quando era um incômodo mal definido até se tornar constante e angustiante. Observar se há comprometimento funcional, alterações da sensibilidade, perda de força, hipotrofias, câimbras, etc. Verificar as condições do humor, se há depressão, ansiedade e estresse e, finalmente, se há comprometimento na vida de relação e nas atividades e ações de vida diária.

Avaliar outras alterações que possam estar agravando a situação, tais como uma patologia reumática, história de fraturas, deformidades congênitas ou adquiridas, doenças osteomusculares, edemas no membro superior, vida sedentária, obesidade, anemias e diabetes.

Verificar a presença de fatores predisponentes, como o uso de anticoncepcionais, atividade física exagerada, prática de esportes e *hobbies*, uso de instrumentos musicais e, principalmente, o excesso de horas trabalhadas sem as necessárias pausas de descanso. Verificar o tipo de colchão, os hábitos de sono e a presença de alcoolismo e tabagismo.

O exame físico bem conduzido é de importância fundamental. Pesquisar a dor à palpação e aos movimentos passivos e forçados e se existe crepitação.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

Fazer uma descrição detalhada das alterações observadas com referência a: postura, sinais de inflamação, deformidades e distrofias, alterações articulares, presença de nódulos e cistos. Avaliar os movimentos. Pesquisar cuidadosamente os pontos dolorosos e aplicar os testes indicados para avaliação das lesões.

Verificar cuidadosamente as incapacidades, estabelecendo criteriosamente a relação causa-efeito e, se for o caso, emitir a comunicação de acidente do trabalho – CAT – ver Seção 6 deste documento.

Procurar adotar um protocolo para a condução do exame clínico. Existem diversos protocolos de alto valor em livros já existentes sobre o assunto, devendo o médico do trabalho adotar algum deles.

3.3.1 No exame físico de um trabalhador queixando-se de dor prolongada, reservar tempo suficiente para detectar que imagens o trabalhador traz em seu sentimento, quanto à sua capacidade ou não e a significação do conteúdo psíquico desta informação, na sua condição de cura. Para esse objetivo, pode ser necessária a participação de um especialista, seja ele psicólogo ou psiquiatra. Entender que o suporte emocional e a divisão da responsabilidade pela cura e aproveitamento da capacidade total do trabalhador fazem a grande diferença nestes casos.

3.3.2 Definir, momento do exame clínico, se a dor está vinculada à fadiga muscular devido à sobrecarga ou se já está estabelecida uma lesão. Constatada fadiga muscular por sobrecarga, ou mesmo lesão não relacionada ao trabalho, orientar o paciente quanto às medidas de repouso ou encaminhamento às especialidades para tratamento adequado e monitoramento com acompanhamento posterior.

3.4 Estruturar uma equipe assistencial eficiente para apoiá-lo nas condutas médicas composta de ortopedista, cirurgião de membro superior, especialistas em eletroneurodiagnóstico, especialista em diagnóstico por imagem e serviço competente de fisioterapia (e quando necessário, psicólogos com conhecimento de psicologia organizacional). Sempre que necessário, discutir com a equipe de apoio o diagnóstico diferencial, o valor de determinado achado aos exames complementares e também eventual nexos com o trabalho, considerando que não existe um acordo total sobre distúrbios/lesões que são ou não causados pelo trabalho. Na medida do possível, garantir esse atendimento por convênio direto da empresa. Caso o trabalhador procure algum profissional fora da equipe assistencial, reconduzi-lo para a equipe assistencial de confiança.

3.4.1 Procurar apoiar-se em ortopedista clínico ou reumatologista ou fisiatra que tenham conhecimento da cinesiologia e da patologia dos membros superiores. Esse apoio é fundamental principalmente no cuidado e no estabelecimento do diagnóstico diferencial.

3.5 Dados quanto às características da lesão:

3.5.1 Analisar condição bastante comum nessas lesões cuja forma de apresentação pode ser tanto unilateral como bilateral, dependendo do envolvimento de um ou dois membros na atividade causadora da queixa, atentando para o segmento comprometido.

3.5.2 Lembrar que o caráter cumulativo, também freqüente nestes quadros clínicos, predispõe à condição de que essas lesões se tornem crônicas.

3.6 Na suspeita de inconsistência da queixa, esclarecer ao trabalhador quanto à não existência de distúrbio e lesão. Visando esta definição (quanto à

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

consistência ou não), se necessário, envolver os profissionais citados. Também se necessário, marcar retorno para examinar o trabalhador uma semana ou duas semanas depois, a fim de se verificar eventual novo achado ao exame clínico.

Quanto à formulação do diagnóstico clínico

- 3.7 *Recomenda-se não evoluir na conduta médica se não tiver sido bem caracterizado o diagnóstico clínico do caso.* Considerar para o diagnóstico clínico os antecedentes pessoais/patológicos, familiares e cirúrgicos. Realizar encaminhamento a especialistas para diagnóstico diferencial e estabelecer interconsultas para diagnóstico com absoluta confiança. Os exames complementares e sua resolutividade para cada quadro clínico analisado deverão ser minuciosamente discutidos com os especialistas responsáveis. Os livros de Medicina sobre o assunto fornecem “critérios de diagnóstico” para cada uma das diversas patologias prevalentes. Deve-se também ter o máximo cuidado nesta fase com o diagnóstico diferencial.
- 3.8 O estabelecimento do diagnóstico clínico ganhou contribuição importante com a Ordem de Serviço 606 da Previdência Social, publicada em agosto de 1.998, na qual se inclui o seguinte quadro, bastante elucidativo.

<b>Lesões</b>	<b>Causas Ocupacionais</b>	<b>Exemplos</b>	<b>Alguns Diagnósticos Diferenciais</b>
Bursite do cotovelo (olecraniana)	Compressão do cotovelo em superfície dura	Apoiar o cotovelo em mesas	Gota, traumatismos e artrite reumatóide.
Contratura de fáscia palmar	Compressão palmar associada à vibração	Operar compressores pneumáticos	Heredo-familiar (contratura de Dupuytren)
Dedo em gatilho	Compressão palmar associada a realização de força	Apertar alicates e tesouras	Diabetes, artrite reumatóide, mixedema, amiloidose e tuberculose pulmonar.
Epicondilites do cotovelo	Movimentos com esforços estáticos e prensão prolongada de objetos, principalmente com o punho estabilizado e nas pronossupinações com utilização de pinça.	Apertar parafusos, jogar tênis, desencapar fios, tricotar, operar motosserra	Doenças reumáticas e metabólicas, hanseníase, neuropatias periféricas, traumas e forma T de hanseníase.
Síndrome do Canal Cubital	Flexão extrema do cotovelo com ombro abduzido. Vibração	Apoiar o cotovelo em mesas	Epicondilite medial, seqüela de fratura, bursite olecraniana, forma T de hanseníase
Síndrome do Canal de Guyon	Compressão da borda ulnar do punho	Carimbar	Cistos sinoviais, tumores do nervo ulnar, trombose da artéria ulnar, trauma, artrite reumatóide, etc.
Síndrome do Desfiladeiro Torácico	Compressão sobre o ombro, flexão lateral do pescoço, elevação do braço	Fazer trabalho manual sobre veículos, trocar lâmpadas, pintar paredes, lavar vidraças, apoiar telefones entre o ombro e a cabeça	Cérvico-branquialgia, síndrome da costela cervical, síndrome da primeira costela, artrite de origem metabólica, artrite reumatóide e ruptura do supra-espinhoso
Síndrome do Interósseo Anterior	Compressão da metade distal do antebraço	Carregar objetos pesados apoiados no antebraço	
Síndrome do Pronador Redondo	Esforço manual do antebraço em pronação	Carregar pesos, praticar musculação, apertar parafusos	Síndrome do Túnel do Carpo
Síndrome do Túnel do Carpo	Movimentos repetidos de flexão, mas também extensão com o punho, principalmente se acompanhados de força	Digitar, fazer montagens industriais, empacotar.	Menopausa, tendinite da gravidez (particularmente se bilateral), artrite reumatóide, amiloidose, diabetes, lipomas, neurofibromas, insuficiência renal, obesidade, lupus eritematoso, condrocalcinose do punho, trauma
Tendinite da Porção Longa do Bíceps	Manutenção do antebraço supinado e fletido sobre o braço ou do membro superior em abdução	Carregar pesos	Artropatias metabólicas e endócrinas, artrites, osteofitose da goteira bicipital, artrose acromioclavicular e radiculopatias (C5-C6)

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

<b>Lesões</b>	<b>Causas Ocupacionais</b>	<b>Exemplos</b>	<b>Alguns Diagnósticos Diferenciais</b>
Tendinite do Supra-espinhoso	Elevação com abdução dos ombros associada a execução de força	Carregar pesos sobre o ombro, jogar vôlei ou peteca.	Bursite, traumatismo, artropatias diversas, doenças metabólicas.
Tenossinovite de De Quervain	Estabilização do polegar em pinça seguida de rotação ou desvio ulnar do carpo, principalmente se acompanhado de realização de força.	Torcer roupas, apertar botão com o polegar.	Doenças reumáticas, tendinite da gravidez (particularmente bilateral), estiloidite do rádio.
Tenossinovite dos Extensores dos Dedos	Fixação antigravitacional do punho, movimentos repetitivos de flexão e extensão dos dedos.	Digitar, operar mouse.	Artrite reumatóide, gonocócica, osteoartrose e Distrofia Simpático Reflexa (Síndrome Ombro-Mão)

*Obs: Considerar a relevância quantitativa das causas na avaliação de cada caso.*

Quanto ao tratamento médico adequado

- 3.9 Visando o tratamento correto, deve o médico do trabalho apoiar-se na equipe assistencial de confiança citada anteriormente.
- 3.10 Preocupar-se em evitar as recidivas comuns e freqüentes que podem levar a um quadro persistente de dor e de impotência funcional, realizando intervenções em período apropriado e correção das condições causadoras, o que redundará numa evolução favorável, em períodos que variam entre 10 a 15 dias, com restituição à integridade.

**4. SUGESTÕES QUANTO AO ESTABELECIMENTO DO NEXO COM O TRABALHO**

Um ponto fundamental em relação a esse momento é que aqueles médicos responsáveis pela assistência médica e pela realização de exames complementares especializados se limitem a identificar claramente as alterações morfo-funcionais, evitando a vinculação de seus diagnósticos como se fossem situações já

confirmadas como ocupacionais ou do trabalho. Esse papel cabe ao médico do trabalho e, em instância superior, ao médico perito do INSS.

- 4.1 Na presença de queixa de dor nos membros superiores, cuja consistência tenha sido evidenciada conforme citado no item anterior, deve o médico do trabalho procurar verificar sua relação com a atividade profissional desenvolvida pelo trabalhador. Utilizar, como ferramenta básica, a *análise qualitativa*, através da qual a atividade do trabalho se decompõe em passos ou ações técnicas (termo geralmente utilizado e conhecido pelo pessoal técnico da empresa), procurando detectar em cada ação técnica a intensidade do esforço com os membros superiores, repetitividade dos movimentos, posturas inadequadas, postura estática, compressão mecânica dos tecidos dos membros superiores, uso de ferramentas vibratórias e repetição do movimento ao longo de um dia típico.
- 4.2 Na existência de trabalhos sabidamente repetitivos, porém dotados de procedimentos de compensação com pausas e rodízio nas tarefas, procurar verificar o cumprimento das pausas, o cumprimento dos rodízios prescritos, a ocorrência de horas extras e de dobras de turno e verificar ainda a ocorrência de aceleração do ritmo do processo.
- 4.3 A utilização de outros critérios como os citados na Seção 1 – Considerações (Critério de Moore e Garg, Osha, Suzanne Rodgers, Couto e outros) não substitui a análise qualitativa da tarefa. Deve-se ter muita cautela com o chamado critério epidemiológico (existência de outros trabalhadores acometidos da mesma área ou de mesma função), pois muitas vezes existem diferenças sutis entre trabalhos semelhantes ou a área pode ter passado por melhorias ergonômicas, caracterizando exposição a riscos diferentes.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

**5. SUGESTÕES NA REINTEGRAÇÃO E NA REABILITAÇÃO DO TRABALHADOR**Considerações

Não há nenhum momento em que a interação eficiente e eficaz dos envolvidos no processo de controle dos distúrbios e lesões de membros superiores decorrentes de sobrecarga funcional seja tão importante quanto nessa. O processo de reintegração nem sempre é fácil, e principalmente quando há necessidade de reabilitação profissional (aprender uma nova profissão ou função), costuma exigir muito esforço dos profissionais envolvidos, por ter que lidar com 3 variáveis distintas, que têm que ser tornadas sinérgicas: a exigência do trabalho (que tem que ser adequado ergonomicamente), o distúrbio ou lesão do trabalhador (que tem que estar controlado clinicamente ou curado) e a percepção do trabalhador de sua capacidade para o trabalho, com superação do medo de retornar à atividade.

A experiência internacional e mesmo brasileira sobre o assunto permite concluir que, quanto mais precocemente for instituído o processo de reintegração (e de reabilitação, quando for o caso), tanto melhor será o resultado. Pode-se mesmo dizer que, se instituído precocemente, o trabalhador terá uma condição de plena capacidade para o trabalho, naturalmente com os fatores de risco da tarefa, do posto, da organização do trabalho ou da realidade psicossocial do trabalho devidamente solucionados.

O contrário também é verdadeiro: quanto mais tempo o trabalhador continuar trabalhando na situação de risco e quanto mais diluída for a responsabilidade pelo tratamento médico, quanto mais interrupções e descontinuidade o tratamento sofrer, tanto mais o caso tende a se cronificar, contribuindo para um mau resultado geral de reintegração. Um outro fator que tende a cronificar o quadro e contribuir para maus resultados é o retorno do trabalhador já devidamente curado ou sem dor para a

mesma situação que tenha contribuído para o desenvolvimento dos distúrbios e lesões.

Deve-se ter em conta que deve fazer parte da filosofia básica da empresa a valorização da queixa da dor como um indicador de algum problema no posto, na organização do trabalho ou na realidade psicossocial do trabalho. Também deve fazer parte dos valores da empresa a reintegração plena do trabalhador que tenha sentido dor no exercício das atividades naquela empresa. Essa postura contribui enormemente para o sucesso de todo o processo e a falta da mesma contribui para a formação de uma legião de trabalhadores sob responsabilidade da Previdência Social sem alternativas de reintegração ao mundo do trabalho, restando muitas vezes à Previdência a única alternativa de aposentadoria por invalidez de trabalhadores jovens, onerando ainda mais o custo social.

Deve-se ainda considerar ser muito freqüente, em fases avançadas do processo de convivência com a dor, ter o trabalhador um comprometimento significativo de sua aptidão *psíquica* para o trabalho, contribuindo para tornar ainda mais difícil a reintegração e a reabilitação de trabalhadores que tenham ficado afastados por muito tempo.

### Sugestões

- 5.1 Estimular a empresa a informar o ambulatório médico da queixa de dor nos membros superiores. Diante da mesma, proceder a uma verificação criteriosa de sua consistência, e no caso de verificação de nexos com o trabalho, desenvolver o protocolo de conduta médico-administrativa, conforme sugestão seguinte.
- 5.2 Em todos os casos de queixa consistente de dor com nexos com o trabalho, deve o médico do trabalho assumir a responsabilidade de realizar o “protocolo de conduta médico-administrativa”, da seguinte forma:

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

- a) convocar imediatamente para uma reunião o supervisor da área, o engenheiro de segurança (ou o técnico de segurança) e o próprio trabalhador;
- b) discutir e chegar a um acordo sobre as causas básicas da queixa de dor manifestada pelo trabalhador (problema do posto de trabalho? Da organização do trabalho? Da realidade psicossocial do trabalho? Da anulação dos fatores de regulação?);
- c) concluir quanto às medidas a serem tomadas visando alívio da dor ou não agravamento do quadro quando do retorno do trabalhador às suas funções;
- d) formalizar ata de reunião, com assinatura de todas as partes envolvidas.

Sugere-se ainda que o protocolo de conduta médico-administrativa seja realizado também nos casos em que não haja nexos com o trabalho, visando o aproveitamento racional da capacidade do trabalhador. Documentar também essa reunião e a conclusão.

- 5.3 Não hesitar em afastar o funcionário do trabalho (do posto, da área ou mesmo da empresa) quando o quadro clínico do trabalhador assim o justificar, ou quando a percepção da continuidade dos fatores desencadeantes sinalizar a contra-indicação do retorno do trabalhador à situação de risco.
- 5.4 Aprovar como política da empresa que, a partir do início da ação ergonômica, o trabalhador que tenha desenvolvido queixa de dor naquela área deve ser reintegrado obrigatoriamente à mesma área.
- 5.5 Analisar a reintegração considerando-se os fatores ergonômicos corrigidos e, quanto ao readaptando, observar:

- a) a força exigida na tarefa *versus* capacidade de força individual do reabilitando;
- b) postura exigida *versus* estado funcional das estruturas envolvidas naquela função;
- c) graus de dificuldade da tarefa *versus* dificuldades apresentadas pelo operador;
- d) ritmo da tarefa *versus* capacidade de ritmo do trabalhador;
- e) exigência de resultados da tarefa *versus* percepção psicológica do trabalhador quanto à sua capacidade.

Analisar as variáveis citadas utilizando-se metodologia científica, medições apropriadas e principalmente conhecimento fundamentado e aprofundado da tarefa e do reabilitando em questão.

- 5.6 Na impossibilidade de reintegração à mesma função, remanejar o trabalhador para outra atividade que envolva movimentos diferentes e em condições ergonomicamente adequadas. Não caracterizar a nova atividade como mais fácil, melhor ou mais limpa, sob pena de inviabilizar o retorno do trabalhador à antiga função, mesmo que esta tenha sido significativamente melhorada ou sua situação ergonomicamente corrigida.
- 5.7 Interagir eficazmente com a Previdência Social no sentido de garantir o retorno o mais precoce possível do trabalhador à condição de trabalho já melhorada e sem risco ergonômico.
- 5.8 Em casos específicos de trabalhadores afastados desde muito tempo, pode ser necessária uma abordagem multiprofissional, envolvendo assistente social, psicólogo organizacional e técnicos da área com o objetivo de conseguir o retorno da auto-confiança do trabalhador na execução das tarefas e na reabilitação profissional. Nesta etapa, pode ser necessário definir critérios individuais de produtividade compatíveis com a reabilitação. Pode ser

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

necessário, ainda, ter que se estudar um sistema administrativo da empresa específico para contemplar estes casos. A reintegração social ao grupo de trabalho também é uma parte fundamental no processo de reintegração e deve ser um dos objetivos da equipe multidisciplinar.

- 5.9 Não considerar, em nenhum momento, a reabilitação definitiva, mostrando ao trabalhador que ajustes razoáveis poderão ser realizados e que a participação do mesmo no monitoramento da evolução clínica dos seus sintomas e do seu desempenho funcional é fundamental.
- 5.10 Evitar criar funções para lesionados ou mesmo setores de trabalho onde estes trabalhadores fiquem confinados, por ser esta atitude uma das maiores responsáveis pelo estabelecimento de “focos” de problema, com reforço ao fenômeno social *doença LER*.

**6. SUGESTÕES QUANTO ÀS PROVIDÊNCIAS LEGAIS****Considerações**

As providências legais relacionadas às queixas de dor nos membros superiores são:

- a) no Atestado de Saúde Ocupacional;
- b) na emissão da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- c) no Exame Médico Demissional.

## Sugestões

### Quanto à emissão do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional)

- 6.1 Trabalhador com diagnóstico clínico de distúrbio ou lesão de membro superior, sendo bem estabelecido o nexó com o trabalho, e com comprometimento osteomuscular gerando limitação: emitir ASO, assinalando a inaptidão ou aptidão com restrição para a função ou atividade que estava exercendo, remanejá-lo e emitir outro ASO apto para a nova função e arquivando-os. Emitir CAT, mesmo que, eventualmente, não tenha necessidade de afastamento.
- 6.2 Trabalhador com diagnóstico clínico estabelecido, mas sem nexó com o trabalho, ou este último não claramente definido: alocá-lo em função compatível assinalando a limitação funcional com o trabalho, função ou atividade, exercendo monitoramento rigoroso sobre o caso, anotação detalhada e arquivamento de toda a conduta. Emitir ASO para a função compatível.
- 6.3 Trabalhador sem diagnóstico clínico de distúrbio ou lesão, sem comprometimento osteomuscular: emitir ASO assinalando sua aptidão, registrando todos os dados negativos do exame médico no prontuário. Se necessário, compartilhar este parecer de exame negativo com algum colega e registrar as orientações passadas ao trabalhador.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

Quanto à emissão de CATConsiderações

Especialmente em relação às CAT, existem dois erros administrativos a serem evitados: não emitir CAT quando a mesma é devida ou emitir CAT quando a mesma não é devida.

Sabendo que trata-se de uma área de enorme potencial de comprometimento da imagem da empresa, recomendamos que, além das sugestões citadas adiante, o Médico do Trabalho faça uma análise caso a caso, se possível, discutindo com um colega a pertinência ou não da emissão da CAT. É ainda importante destacar que, quando não houver necessidade de afastamento do trabalho, mas for indicada a emissão da CAT, a legislação determina a comunicação ao INSS mesmo sem afastamento do trabalho, para registro (Benefício Espécie 90) e em situação de afastamento por tempo inferior a 15 dias, a comunicação também deve ser feita e gerará na Previdência o Benefício 99.

Sugestões

- 6.4 Analisar a real necessidade de emitir a CAT nas seguintes situações:
- a) quando suspeita-se apenas de fadiga e não de lesão;
  - b) quando ocorre regressão rápida dos sintomas ao se mudar o trabalhador de função ou de posto de trabalho;
  - c) na fase de pesquisa diagnóstica e de estabelecimento de diagnóstico diferencial.
- 6.5 Na confirmação de doença ocupacional, a CAT deve ser emitida imediatamente, mesmo que para Benefício B-90 ou B-99.

Observação: Com a emissão da CAT, cabe ao médico do trabalho zelar para o atendimento médico rápido e eficiente e entrosar-se com a autoridade médica do INSS relacionada a acidentes do trabalho, visando a volta do trabalhador para condições ergonomicamente corretas o mais rápido possível.

#### Quanto ao exame demissional

- 6.6 Fazer o exame demissional de trabalhador que tenha executado atividade de exigências alta ou média para os membros superiores *segundo um protocolo*, de forma a garantir que se tenha passado por todos os pontos importantes. Documentar os achados negativos, explicitando-os claramente como negativos ou não encontrados.
- 6.7 Em casos em que, apesar de um exame clínico bem feito, o funcionário insistir na queixa de dor em membros superiores, compartilhar a decisão com especialistas, juntando laudo dos mesmos. Na não evidência de quadro compatível com a dor, esclarecer ao trabalhador que não se trata de doença ocupacional, encaminhando-o para procedimentos posteriores.

## **7. SUGESTÕES QUANTO AOS APSECTOS JURÍDICOS**

### Considerações

Caso as medidas anteriores não tenham sido devidamente tomadas ao longo da vida da empresa, caminhamos para discussão destas lesões nos meio jurídicos. Neste momento, o médico do trabalho deve ter perfeita noção de não estar mais inserido numa relação médico-paciente/trabalhador – numa função caracterizada basicamente pela confiança, mas numa situação de litígio.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

Nesse ponto, costuma vir à tona a discussão sobre responsabilidade presumida a partir da culpa que atualmente dispensa o grau de gravidade para efeito de punição. O médico, neste momento, em geral pouco afeito às discussões de ordem jurídica, se vê às voltas com a investigação de responsabilidade, que se inicia no prontuário clínico, bem ou mal conduzido, nas ações de prevenção dos riscos ergonômicos, na elaboração apropriada dos laudos ergonômicos e correção dos ambientes de trabalho, nos encaminhamentos dados caso a caso, uma vez detectado os riscos, na preservação ou não da capacidade laborativa individual, na procedência ou não das medidas tomadas pela Previdência Social, na preservação da integridade psíquica e física do trabalhador pós correção dos riscos ergonômicos, etc.

Todas essas condições descritas vêm agravadas pelas ações de dano moral que envolvem todas as atitudes tomadas ou não com aquele trabalhador, no sentido de manter sua integridade, todas as medidas tomadas para recuperação do mesmo, no sentido de manter o equilíbrio psíquico e produtivo do trabalhador, além de serem imputados aos envolvidos, todas as dificuldades apresentadas pelo trabalhador nas suas atividades de vida diária, suas limitações na vida afetiva e de relações.

Pela gravidade dessas condições e baseadas numa jurisprudência que tem suas limitações importantes, seja na Constituição Federal, CLT, Código Civil ou NR 17, são propostas as indenizações e reparações por dano moral, material, estético, etc.

Existem também nestes casos ações movidas na área criminal, podendo os responsáveis responder por crimes, inclusive de lesão corporal, culminando em penas na área penal.

Diante da complexidade, principalmente quando o problema chega nesta fase, um bom preparo da área jurídica da empresa e de seus assistentes técnicos é de fundamental importância, predominantemente em se tratando de interação entre

estas partes no que tange a informações e fundamentação técnica do assunto e a jurisprudência em vigor.

### Sugestões

- 7.1 Manter sempre a postura de neutralidade quanto aos aspectos médicos, atentando-se ao melhor do conhecimento técnico existente e ao compromisso com a ética.
  - 7.1.1 Comprometer-se apenas com casos em que se julgue competente para as discussões até suas últimas conseqüências.
- 7.2 Em exames demissionais de trabalhadores com exposição a fatores de risco para os membros superiores, documentar de forma sistemática o resultado de seu exame e justificar suas conclusões.
- 7.3 Em processos de reintegração ao trabalho, ater-se aos achados encontrados no exame demissional, sendo inflexível em sua posição.
- 7.4 Em exames de perícia em processos de indenização pelo dano, conhecer em profundidade a semiologia dos membros superiores e aplicar manobras capazes de elicitare a dor verificando, dentro dos limites da ciência, a consistência/inconsistência do fenômeno doloroso. Ser inflexível em seu laudo e, caso seu parecer não coincida com o(s) do(s) outro(s) perito(s) envolvidos(s), redigi-lo à parte.
- 7.5 Nos atendimentos terceirizados realizar exames admissionais, periódicos, de mudança de função, de retorno ao trabalho e demissionais apenas com conhecimento pleno de todas as funções na empresa e seu potencial de comprometimento.

**SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES**

---

- 7.6 Compartilhar, sempre que possível, com outros colegas, pareceres em suas áreas de atuação para maior esclarecimento dos casos em questão.
- 7.7 Não prescindir de buscar em literatura especializada embasamentos que possam fundamentar posturas e decisões tomadas em sua atuação.
- 7.8 Realizar exames complementares e interconsultas cabíveis no caso, discutindo resultados com especialistas nesses exames.
- 7.9 Dominar conhecimentos básicos em legislação, o suficiente para conduzir com êxito a atuação pericial.

**8. PONTOS POLÊMICOS**

- 8.1 Quando encontrar alteração no exame pré-admissional referente ao comprometimento do sistema osteomuscular em trabalhador que não tenha tido CAT emitida anteriormente por este motivo e caso haja suspeita de nexo com o trabalho anterior:
  - I. Encaminhar o trabalhador para serviços especiais de atendimento à saúde do trabalhador, sindicato, etc. para emissão de CAT, se devida, após investigação do quadro pela empresa anterior.
  - II. Havendo aptidão para o trabalho proposto na empresa atual, após emissão de CAT pela empresa anterior ou por outros, descrever no ASO a aptidão e possível restrição existente, com descrição bem detalhada quanto a posturas, movimentos e capacidade biomecânica.

- 8.2 Diante de situações de configuração da “concausa” (onde haja fator de risco ligado ao trabalho, porém suspeita-se da existência de outros fatores de risco fora do trabalho naquela empresa ou mesmo de condição pessoal pré-existentes), conscientizar a empresa de que não há o que fazer a não ser garantir a inexistência do risco na empresa.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO  
COMISSÃO TÉCNICA DE ERGONOMIA

*Participaram da elaboração deste documento:*

- *Dra. Sâmia M. Bittar B. Arantes, Médica do Trabalho e Presidente da Comissão Técnica de Ergonomia.*
- *Membros Ad-Hoc: Dr. Edoardo Santino, Diretor de Título de Especialista, Dr. Eduardo Rodrigues de Almeida (Membro da Equipe de Perícia Médica e Coordenador Médico do NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador – MG), Dra. Elôa Nolasco Porto (Médica do Trabalho e Bacharel em Direito – MG), Dr. Valdemir Panachão (SP).*
- *Também foi utilizado parte do conteúdo do documento intitulado AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DO EXCESSO DE SOLICITAÇÃO MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES RELACIONADOS AO TRABALHO, publicado pela Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (Rio de Janeiro, 1999), escrito pelas Dras. Laura Maria de Povina Cavalcanti,*

SUGESTÃO 2: EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DECORRENTES DE SOBRECARGA FUNCIONAL DO SISTEMA MÚSCULO-LIGAMENTAR DOS MEMBROS SUPERIORES

---

*Lúcia Maria Monteiro Dias Nogueira, Nadja de Souza Ferreira e Dr. Daphnis Ferreira Souto.*

- *Coordenação e Redação Final: Dr. Hudson de Araújo Couto, Diretor Científico da ANAMT.*

Versão 1.00

Abril de 2000