



CADERNOS

de Saúde
do
Trabalhador

Lesões por esforços repetitivos - LER

AUTORA

Maria Maeno

Médica graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde no Comitê de LER do Ministério da Saúde
Membro da Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do Conselho Regional de Medicina de São Paulo

Apresentação

Introdução	6
Entendendo o sistema músculo-esquelético humano	7
Como é o seu funcionamento?	7
O que são Lesões por Esforços Repetitivos (LER)?	8
O que é sistema modulador da dor?	8
O que acontece quando há alterações do sistema modulador da dor nas LER?	8
O termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) é sinônimo de LER?	8
Quais são as doenças que podem ser enquadradas como LER ou DORT?	9
Por que há duas listas: a do Ministério da Saúde e a da Previdência Social?	10
Vamos a um caso para ilustrar	11
Qual é o mecanismo de “produção” de LER/DORT?	11
Como surgem os sintomas?	12
Quais são os sintomas? Em outras palavras, o que a pessoa sente?	13
Quais são as atividades rotineiras mais difíceis para uma pessoa com LER?	13
Todas as pessoas podem ter LER?	13
O que essas atividades de trabalho podem ter em comum?	14
O que determina as questões acima?	14
O que determina como se trabalha, o que se faz e como se faz?	14
Como isso se dá na prática?	15
Há formas de se prevenir LER/DORT?	15
Geralmente há contradições entre quem pensa na produção e quem pensa na saúde e segurança	15
Há algum caso de negociação bem sucedida?	16
Há legislação que auxilie a prevenção de LER?	18
E o diagnóstico dos casos, como é feito?	18
E o tratamento?	20
E o retorno ao trabalho, nos casos de afastamento?	21
Todo caso de LER/DORT deve ter CAT emitida?	21
O que é auxílio-doença acidentário?	22
O que é auxílio-acidente?	22
Na prática, o que ocorre?	22
Então, o que é avaliação profissiográfica?	23



Apresentação

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), como são denominados pela Previdência Social, constituem-se num dos mais sérios problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores e seus sindicatos nos últimos anos no Brasil e no mundo.

Cerca de 80% a 90% dos casos de doenças relacionadas ao trabalho notificadas nos últimos 10 anos no país são representados pelas LER/DORT, o que evidencia a gravidade e a abrangência do problema. Esse é, sem dúvida, um dos reflexos mais diretos das mudanças ocorridas nas condições e ambientes de trabalho com a introdução de processos automatizados, com o aumento do ritmo e da pressão para execução do trabalho e com a redução dos postos de trabalho.

Por esse motivo, nessa série intitulada "Cadernos de Saúde do Trabalhador" do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) da CUT, dedicamos duas publicações ao assunto, sendo uma delas essa, de autoria da Dra. Maria Maeno, que procura orientar os trabalhadores e sindicalistas a identificar os primeiros sinais e sintomas da doença, a encaminhar o assunto junto à assistência médica e previdenciária e, finalmente, a garantir que, em todas essas etapas, o trabalhador ou trabalhadora seja respeitado em seus direitos como profissional, como segurado da Previdência e como cidadão.

Aoutra publicação da Série (Caderno nº 9) é aquela promovida pela Confederação Nacional do Bancários (CNB) da CUT, de autoria da Dra. Regina Heloísa Maciel, intitulada "Prevenção da LER/DORT: o que a ergonomia pode oferecer". Como o próprio título sugere, trata-se de uma obra voltada para a prevenção da doença e que visa sobretudo, proporcionar aos sindicatos dos bancários e a todos os demais, uma ferramenta de luta.

Somadas às diversas publicações específicas de muitos sindicatos, federações e confederações cutistas e aos demais números da série "Cadernos de Saúde do Trabalhador", essas duas publicações complementam uma lacuna na informação sobre o assunto, contribuindo sobretudo para consolidar um ponto de vista e um estilo de ação sindical em saúde do trabalhador e meio ambiente.

São Paulo, fevereiro de 2001

Remigio Todeschini
1º Secretário Nacional da CUT
Coordenador Nacional do INST

INTRODUÇÃO

As Lesões por Esforços Repetitivos ou como são denominadas pela Previdência Social, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho provocam diferentes reações nas pessoas que, de alguma forma, têm contato com o problema.

Os adoecidos, no início, geralmente, tentam se esconder achando que os sintomas passarão. Protelam ao máximo a procura por auxílio e quando chegam à conclusão de que não conseguem continuar trabalhando, procuram assistência e suas vidas se tornam uma busca de "provas" de seu adoecimento. Tentam a todo custo convencer suas chefias, colegas e familiares que sentem dores e não conseguem mais fazer o que faziam antes. Tentam provar que não estão inventando doenças e nem se tornaram preguiçosos.

Os profissionais de saúde e segurança no trabalho das empresas, atropelados pelo grande contingente de trabalhadores adoecidos, não conseguem compreender que os determinantes causais vão além de um agente específico, como estão habituados a pensar. Muitos estão certos de que se trata de modismo e acabam culpabilizando os trabalhadores, numa atitude mais cômoda do que admitir que não conseguem prevenir. No máximo tentam administrar o problema. Centram as explicações para

a ocorrência da doença em fatores individuais, tais como gênero, alterações hormonais ou suscetibilidade psíquica, ignorando aspectos sociais, exigências reais do trabalho e a relação do trabalhador com o trabalho.

As empresas vêem esses trabalhadores adoecidos como perigosos disseminadores de insatisfações, queixas, dores, incapacidades.

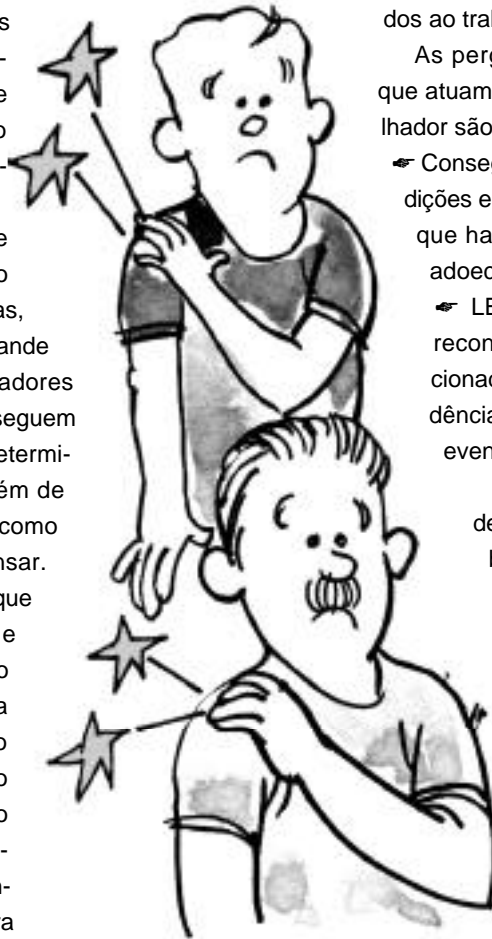
A Previdência Social, constatando que, há quase 10 anos, as LER/ DORT representam entre 80 a 90% das doenças relacionadas ao trabalho notificadas e certamente o maior gasto pelo longo tempo de incapacidade no trabalho dos pacientes, tentam a todo custo diminuir nas estatísticas. Sem se preocupar com a prevenção, vem adotando critérios mais rigorosos para enquadrar os casos como relacionados ao trabalho.

As perguntas que pairam entre os que atuam na área de Saúde do Trabalhador são:

- ☛ Conseguiremos mudanças nas condições e organização do trabalho para que haja diminuição do número de adoecidos?
- ☛ LER/DORT continuarão a ser reconhecidos como doenças relacionadas ao trabalho pela Previdência Social atual ou por outro eventual sistema de seguro?

Há claramente um movimento de determinadas instituições em busca de soluções cosméticas, visando queda de casos apenas nas estatísticas. Esse movimento tem sido respaldado por teses e posturas de profissionais de saúde inseridos nas mais variadas instituições, inclusive universidades.

A nós, promotores da saúde, incomoda mais do





que a ninguém constatar o adoecimento e sofrimento de tão grande contingente de trabalhadores brasileiros. Mas não nos interessa uma solução cosmética, de manipulação de dados estatísticos. Resta saber se conseguiremos conquistar soluções reais que resgatem a dignidade e a saúde do ser humano, freqüentemente visto somente no aspecto produtivo. E isso só será possível com a mobilização social, em particular dos trabalhadores.

ENTENDENDO O SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO HUMANO

O sistema músculo-esquelético é composto por vários elementos: ossos, que são a parte que compõem a estrutura do esqueleto e as partes moles, compostas por músculos, fâscias, sinóvias, tendões, ligamentos, nervos.

Esses elementos permitem que os ossos se sustentem, se articulem e se movimentem.

Imagine se só existissem os ossos, sem nada que os articulasse. Eles despencariam no chão como um monte de ossos.

E imagine se só existissem as partes moles,

sem uma estrutura consistente. Também despencariam no chão como um monte de "carne".

Assim, para existir o que conhecemos como corpo, é preciso que o sistema músculo-esquelético esteja completo e íntegro.

Algumas doenças do sistema músculo-esquelético, como por exemplo, artrite reumatóide, podem causar deformidades visíveis a olho nu.

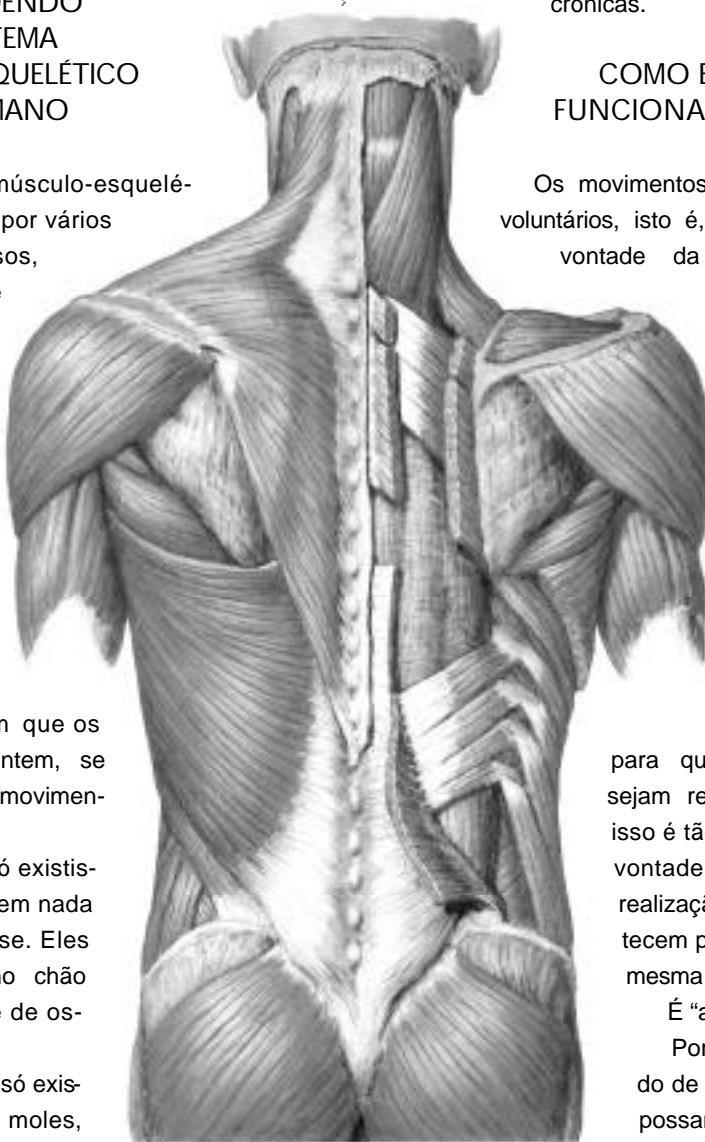
Outras não são perceptíveis a uma simples inspeção visual, como por exemplo, tendinites crônicas.

COMO É O SEU FUNCIONAMENTO?

Os movimentos do corpo são voluntários, isto é, dependem da vontade da pessoa. Se alguém quer segurar um lápis e escrever, há um comando de seu cérebro (sistema nervoso central) e os músculos, tendões e articulações trabalham harmoniosamente para que esses atos sejam realizados. Tudo isso é tão rápido, que a vontade da pessoa e a realização do ato acontecem praticamente na mesma hora.

É "automático".

Porém, dependendo de alterações que possam ocorrer nos



nervos periféricos e músculos, mesmo que haja vontade e seja dado um comando, os atos podem demorar a ocorrer ou até mesmo não ocorrer. Para que mesmo um simples movimento seja feito como se quer, é preciso que tudo esteja funcionando perfeitamente.

O QUE SÃO LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER)?

Há muitas definições. Porém, o conceito básico é que LER é uma terminologia guarda-chuva, que engloba várias alterações das partes moles do sistema músculo-esquelético devido a uma sobrecarga que vai se acumulando com o passar do tempo. Sem tempo para descansar adequadamente e se recuperar, os tendões, articulações e músculos vão sofrendo alterações, e começam a ter dificuldades para obedecer "ordens" do sistema nervoso central, seja pela dor ou pela lentidão, por exemplo. Quando essas situações de "abuso" acontecem no trabalho, temos as diversas alterações que expressam o sofrimento das estruturas do sistema músculo-esquelético, que se enquadram nas Lesões por Esforços Repetitivos. São alterações que variam, desde dores musculares (mialgia) e inflamações de tendões e sinóvias (tenossinovites) até alterações graves do sistema modulador da dor.

O QUE É SISTEMA MODULADOR DA DOR?

O sistema modulador da dor é o que regula a relação entre o estímulo potencialmente provocador da dor e reações sensitivas do organismo a esse estímulo.

Assim, a dor sentida por uma pessoa é o resultado da interação de um estímulo poten-

cialmente provocador da dor e as sensações do organismo em resposta a esse estímulo.

Pela existência do sistema modulador da dor, a intensidade e característica da dor a ser sentida por uma pessoa diante de um determinado estímulo são previsíveis.

Por exemplo, nós conhecemos o tipo e a intensidade aproximados da dor que sentimos normalmente, quando uma agulha penetra na musculatura do braço. Também conhecemos o tipo e a intensidade da dor que sentimos, quando nos queimamos com leite fervendo. Como também sabemos que não sentimos dor alguma se alguém passar um algodão no braço.

O QUE ACONTECE QUANDO HÁ ALTERAÇÕES DO SISTEMA MODULADOR DA DOR NAS LER?

Quando há alterações no sistema modulador da dor, um estímulo que deveria produzir uma sensação não dolorosa produz dor. Por exemplo, o roçar da roupa em uma pessoa "normal" provoca uma sensação que todos nós conhecemos.

Quando há alteração do sistema modulador da dor, esse mesmo roçar de roupa pode causar dor, em vez de uma sensação de contato.

O TERMO DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) É SINÔNIMO DE LER?

Quem utilizou pela primeira vez o termo DORT no Brasil foi a Previdência Social, na sua ordem de serviço OS 606, de 5 de agosto de 1998.

Essa ordem de serviço trata da Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e é uma atualização da





Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos, de 1993. Contém duas partes.

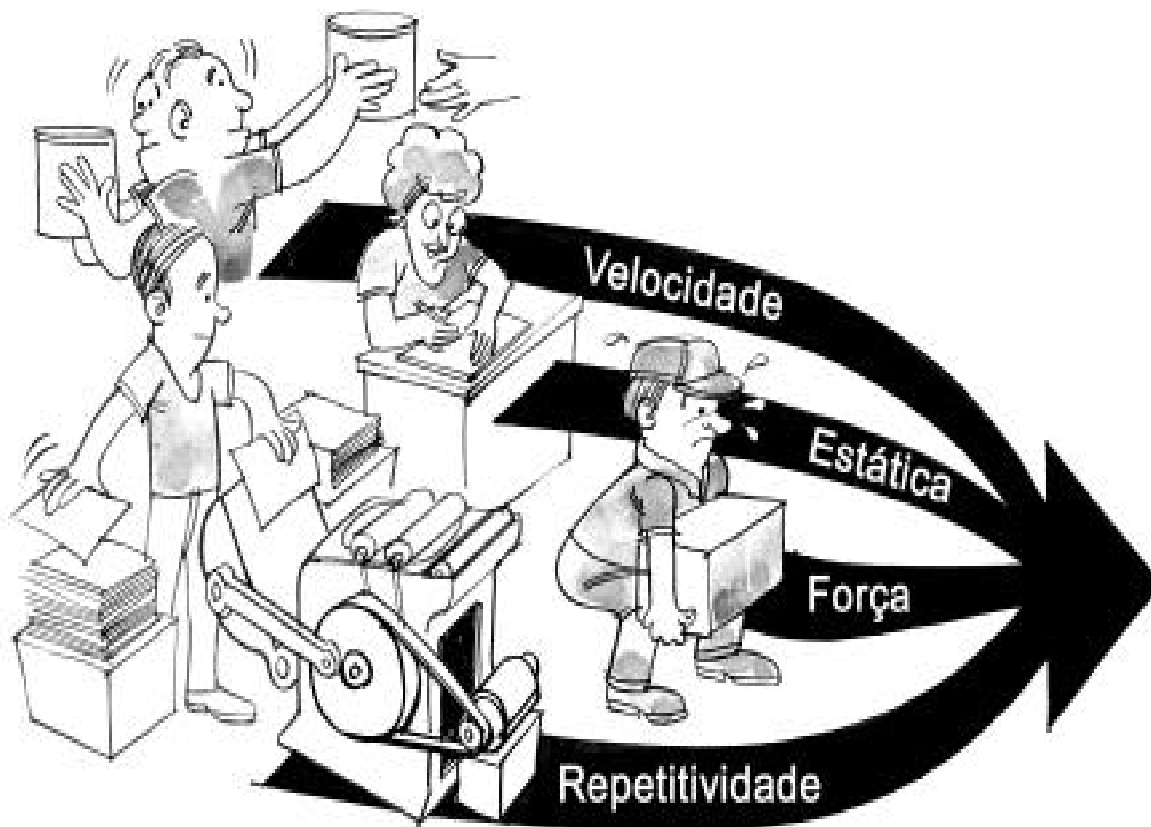
Na primeira parte, adotou a terminologia DORT, tradução de Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMD) e definiu critérios para diagnóstico.

Na segunda parte, definiu os critérios de incapacidade e de concessão de benefícios previdenciários.

Se considerarmos apenas a primeira parte da ordem de serviço, podemos afirmar que os conceitos lá expressos nos levam à conclusão de que DORT é sinônimo de LER. O que mudou foram os critérios de concessão de benefícios por parte da Previdência Social. E mais ainda do que as mudanças na Norma Técnica em questão, o que mudou realmente, foi o comportamento dos peritos do INSS.

QUAIS SÃO AS DOENÇAS QUE PODEM SER ENQUADRADAS COMO LER OU DORT?

Depende do ponto de vista. O Ministério da Saúde publicou, através da Portaria MS nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, uma lista de doenças relacionadas ao trabalho e há várias que podem ser enquadradas como LER/DORT. Entre elas, citamos tendinite de flexores e extensores dos dedos, bursite de ombro, tenossinovite de DeQuervain, tenossinovite do braquio-radial, síndrome do túnel do carpo, tendinite de supraespinhoso, tendinite de bicipital, epicondilite.



A Previdência Social considera entre as LER/DORT várias doenças, listadas tanto na Ordem de Serviço 606/98 (Norma Técnica de LER/DORT) e mais recentemente no Decreto 3048, de 6 de maio de 1999.

Em tese ambas as listas são bastante amplas.

POR QUE HÁ DUAS LISTAS: A DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E A DA PREVIDÊNCIA SOCIAL?

As finalidades são diferentes e se referem ao papel de cada uma das pastas governamentais.

Ao Ministério da Saúde compete estabelecer critérios de diagnóstico precoce (no início), tratamento, reabilitação e prevenção.

Interessa ter notificação não só de casos suspeitos como também de situações de risco, mesmo que não haja notícias de nenhum caso. Assim, as perguntas cabíveis são:

- ☛ Em que tipo de empresas há situações de risco para a ocorrência de LER? (independentemente da existência de casos de pacientes com LER).
- ☛ Em quais atividades há situações de risco para a ocorrência de LER? (independentemente da existência de casos de pacientes com LER)
- ☛ O caso do(a) paciente em questão pode ser de LER?
- ☛ Quais as alternativas de tratamento e reabilitação?

Ao Ministério da Saúde interessam todas as informações que permitam traçar políticas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Ao Ministério da Previdência Social, que é uma seguradora, compete atuar a partir do momento em que haja casos de segurados do Seguro Acidente de Trabalho diagnosticados no sentido de conceder ou não benefícios previdenciários.

As questões que interessam à Previdência Social, avaliadas pelos seus peritos, são:

- ☛ O(s) segurado(a) está incapacitado(a) para o trabalho?
- ☛ Se está, qual é a causa: uma doença relacionada ao trabalho ou não? Essa decisão implica concessão de auxílio-doença por acidente do trabalho (B 91) ou auxílio-doença comum (B 31) respectivamente.





☛ No momento da alta, o(a) paciente apresenta limitação da capacidade de trabalho? Parcial ou total? Permanente?

VAMOS A UM CASO PARA ILUSTRAR

Uma bancária de 32 anos de idade, trabalha há 10 anos como caixa e sente dor intensa e fadiga no membro superior direito, principalmente no ombro. Trabalha em uma agência muito movimentada e praticamente não tem pausa nem para ir ao banheiro, seja porque a gerência não gosta que as filas se avolumem, seja porque os usuários se revoltam com o tempo de espera. Procura um médico, que faz diagnóstico de tendinite de supraspinal do ombro direito relacionada ao trabalho (LER/DORT), levando em conta o quadro clínico e as possíveis causas, tais como movimentos repetitivos de ombro direito para passar documentos na máquina e entregá-los ao cliente, suspensão do ombro direito sem apoio, pressão de gerência e fila de clientes que dificulta pausas até para necessidades fisiológicas.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, o raciocínio segue a lógica da importância do diagnóstico precoce e como se trata de um caso decorrente de uma situação já sobejamente conhecida, deve haver encaminhamentos ao tratamento e reabilitação.

Porém, tratando-se de trabalhadora com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), caso haja necessidade de afastamento do trabalho por mais de 15 dias, é fundamental que a paciente seja encaminhado ao INSS para ser periciada. Há 4 possibilidades de conclusão pericial para fins de concessão de benefícios previdenciários:

a) há concordância total com o médico assistente (da paciente); isto é, o perito do

INSS considera o caso relacionado ao trabalho e considera o paciente incapacitado para o trabalho, o que implica a concessão de auxílio-doença acidentário (B91).

b) há concordância parcial com o médico assistente; isto é, o perito do INSS considera o caso relacionado ao trabalho, mas considera o paciente capacitado para o trabalho, o que implica o registro do caso, sem concessão de benefício previdenciário.

c) há concordância parcial com o médico assistente; isto é, o perito do INSS não considera o caso relacionado ao trabalho, mas considera o paciente incapacitado para o trabalho, o que implica a concessão de auxílio-doença comum (B31)

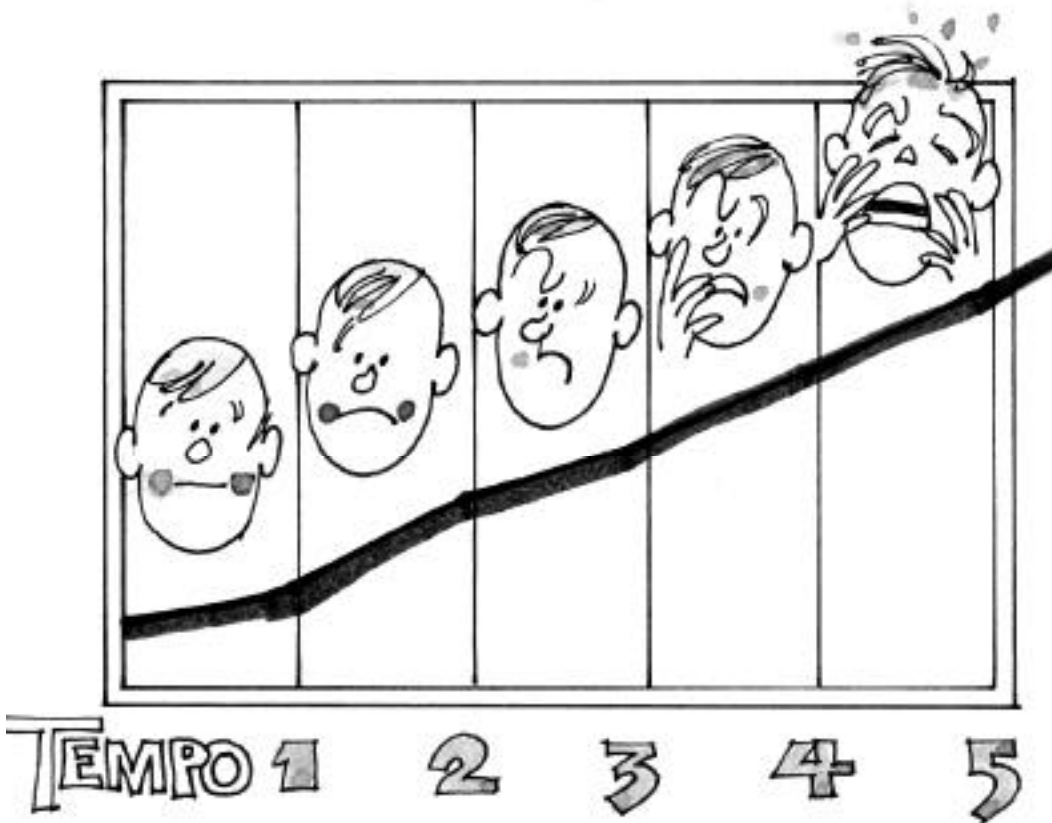
d) há discordância total com o médico assistente; isto é, o perito do INSS não considera o paciente incapacitado para o trabalho, e portanto, sem direito a qualquer tipo de afastamento do trabalho.

QUAL É O MECANISMO DE "PRODUÇÃO" DE LER/DORT?

Comparemos duas situações:

☛ Numa delas, um trabalhador escorrega e cai sobre a mão direita. Nos dias seguintes, ele poderá ficar com a mão e punho extremamente doloridos, com inflamação nos tendões. Neste caso, as lesões têm como causa principal uma "agressão" súbita. Mesmo sem tratamento, as estruturas do sistema músculo-esquelético agredidas tenderão a se recuperar.

☛ Em outra situação, uma pessoa que trabalha em uma linha de montagem de rádios e gravadores há 10 anos, de segunda a sexta-feira, durante 8 horas diárias. As peças a serem montadas vêm em esteira, cuja velocidade é definida pela gerência de produção. Os movimentos rápidos que é obrigado a fazer e a posição na qual permanece trazem uma sobrecarga ao



sistema músculo-esquelético. As noites e fins de semana passam a ser insuficientes para que as estruturas descansem e se recuperem do trabalho executado durante a jornada de trabalho, e vai ocorrendo desgaste principalmente das partes moles do sistema músculo-esquelético. Neste caso, as lesões são resultado de “agressões” diárias, que duram meses e anos, causando fadiga e dor, que vão aumentando pouco a pouco.

O segundo caso representa o mecanismo de surgimento das LER.

COMO SURGEM OS SINTOMAS?

Pensemos na segunda situação acima. Os meses e anos vão passando, os músculos, ten-

dões e articulações continuam sendo exigidos para sustentar o corpo e executar movimentos repetitivos, vão se desgastando e começam a provocar fadiga e dor, que inicialmente nem são percebidos pela pessoa. Depois, são percebidos durante a execução de movimentos, passando a invadir noites e fins de semana, dando a sensação de que os períodos de repouso são insuficientes. Geralmente, quando se tornam mais fortes, passam a incomodar e a causar sofrimento, dificultando a realização de atividades de rotina.

Muitas pessoas relatam que perceberam pela primeira vez que havia algum problema quando passaram a ter dificuldades para abrir uma garrafa, ou para lavar alguns pratos ou mesmo para pegar algum objeto em uma altura superior aos ombros.



QUAIS SÃO OS SINTOMAS? EM OUTRAS PALAVRAS, O QUE A PESSOA SENTE?

Os principais sintomas são dor, formigamento, dormência, sensação de peso, fadiga, fraqueza, queimação, repuxamento, choque. Esses sintomas geralmente aparecem insidiosamente, isto é, vão se instalando vagarosamente. Podem estar presentes em diferentes graus de intensidade e podem estar presentes ao mesmo tempo.

QUAIS SÃO AS ATIVIDADES ROTINEIRAS MAIS DIFÍCEIS PARA UMA PESSOA COM LER?

As pessoas com LER relatam que as maiores dificuldades ocorrem para realizar algumas

atividades de rotina, tais como limpar azulejo, abrir latas, polir painéis, torcer, estender e passar roupas, segurar o telefone, escolher feijão, abotoar roupas, lavar cabelos longos, segurar bebês, dirigir, carregar compras, trocar lâmpada, fazer pequenos consertos caseiros.

TODAS AS PESSOAS PODEM TER LER?

Depende de suas atividades de trabalho.

Eis algumas atividades de pessoas que podem ter LER:

- caixas de supermercados e no comércio em geral;
- caixas de bancos e de serviços em geral;
- outras atividades do setor financeiro tais como compensação de cheques, escrituração, abertura de contas;



- ☛ operadores de tele-atendimento, telemarketing, tele-informações;
- ☛ telefonistas;
- ☛ embaladores de vários setores da indústria: cosméticos, vidro, metalúrgica, farmacêutica, plástica, alimentos;
- ☛ trabalhadores e trabalhadoras de linhas de montagem nos setores da eletro-eletrônica e metalúrgica;
- ☛ operadores de máquinas de diversos ramos de atividade, entre as quais, conicaleiras, prensas de alimentação manual, microfilmagem;;
- ☛ vidreiros manuais;
- ☛ costureiras, riscadeiras, bordadeiras, arrematadeiras;
- ☛ açougueiros;
- ☛ bilheteiros de metrô.

O QUE ESSAS ATIVIDADES DE TRABALHO PODEM TER EM COMUM?

- ☛ Exigência de execução de movimentos repetitivos com os braços.
- ☛ Exigência de manutenção de posição fixa dos ombros e pescoço por tempo prolongado.
- ☛ Padronização dos tempos em que cada etapa do trabalho deve ocorrer. O trabalhador ou trabalhadora é colocado em fluxos de trabalho pré-determinados e com poucas possibilidades de mudança.
- ☛ Exigência de cumprimento de cada etapa naquele momento e daquela maneira. Há pouca ou nenhuma autonomia.
- ☛ O trabalho é realizado em “série”, e cada etapa depende da outra.
- ☛ O ritmo de trabalho exigido não depende do trabalhador ou trabalhadora e sim de quem planeja o processo de trabalho.
- ☛ Há uso de máquinas ou equipamentos que exigem posturas ou movimentos forçados e/ou repetitivos.

- ☛ O mobiliário e o ambiente físico não são adequados.
- ☛ Há exigência de prolongamento de jornada de trabalho com frequência.
- ☛ Há pressão para se produzir.
- ☛ Não há possibilidade de pausas espontâneas para descanso.
- ☛ O ciclo de trabalho é determinado por esteira rolante.
- ☛ O ciclo de trabalho tem duração semelhante e curta em cada operação, independentemente de sua complexidade.
- ☛ Não há canais formais de manifestações dos trabalhadores ou trabalhadoras sobre o trabalho executado, suas dificuldades, alternativas para melhorar.

As questões acima dão idéia de quanto o trabalho exige do(a) trabalhador(a) e de seu sistema músculo-esquelético.

Quanto mais o trabalho exige a execução de movimentos repetitivos, sem possibilidade de realizar pausas, sem respeitar o ritmo de cada trabalhador(a), mais sobrecarga traz aos músculos, tendões e articulações.

O QUE DETERMINA AS QUESTÕES ACIMA? O QUE DETERMINA COMO SE TRABALHA, O QUE SE FAZ E COMO SE FAZ?

É a organização do trabalho que determina o grau de participação dos trabalhadores(as) na realização das atividades e também como o trabalho será realizado. Geralmente a organização do trabalho é determinada com a finalidade de se produzir mais, em menos tempo, com menos gente e com menos custos, não levando em conta a saúde dos(as) trabalhadores(as) ou suas necessidades. Assim, no caso das LER, os(s) trabalhadores(as) convivem com uma organização de trabalho na qual há excesso de



exigências, falta de autonomia, pressão de chefias, falta de flexibilidade no ritmo, combinadas com a necessidade de executar grande número de movimentos repetitivos, de permanecer em determinadas posições por tempo prolongado e de empregar esforços localizados.

COMO ISSO SE DÁ NA PRÁTICA?

Pensemos por exemplo, em um grupo de empresários que abra uma empresa de eletrodomésticos (ferros de passar roupa e ventiladores). Eles devem planejar como será feito todo o ciclo de produção, desde onde adquirir a matéria-prima para cada componente, onde fabricá-lo, como realizar a montagem de peças e dos produtos, como embalar, como expedir e distribuir para venda. As metas da empresa em todas as etapas desse ciclo visam geralmente atingir o menor custo possível concomitantemente à maior produtividade possível e à qualidade desejável, considerando o mercado. Na busca dessa equação menor custo/ maior produtividade, a saúde e segurança dos(as) trabalhadores(as) geralmente não são levadas em conta, a não ser que haja uma ação ativa dos principais interessados, quais sejam, os próprios trabalhadores e suas entidades representativas, como o sindicato, a confederação do ramo e a CUT.

HÁ FORMAS DE SE PREVENIR LER/DORT?

Se considerarmos os fatores que propiciam a ocorrência de LER/DORT, rapidamente chegaremos à conclusão de que não é fácil eliminá-los ou controlá-los. Como deixar de executar ou diminuir os movimentos repetitivos em um banco? Como diminuir o ritmo de trabalho

de um caixa de supermercado? Como diminuir a exigência por produtividade em uma empresa de eletrodomésticos?

É fundamental analisar a organização de trabalho, identificando aspectos que se constituem em fatores de risco. No entanto, frequentemente a alteração desses aspectos entra em conflito com as gerências de planejamento e produção, como por exemplo, o número de funcionários para executar determinada tarefa. Frequentemente há orientações das gerências de planejamento para que as chefias “apertem” o ritmo com o objetivo de produzir mais com menos gente. Essa filosofia tão disseminada vai frontalmente contra políticas de prevenção. Por outro lado, sabe-se que apenas o aumento de funcionários também não é a solução, se não houver um planejamento adequado.

O importante em todo esse processo de prevenção é que haja um acordo entre trabalhadores e trabalhadoras e empregadores. Esse acordo deve atingir todos os níveis hierárquicos da empresa, mudando desde o direcionamento da gerência até o comportamento individual das pessoas. Do lado dos trabalhadores, é fundamental que as negociações também atinjam desde a CUT até as organizações locais, como a CIPA, o Delegado Sindical, o Sistema Único de Representação (SUR), etc.

GERALMENTE HÁ CONTRADIÇÕES ENTRE QUEM PENSA NA PRODUÇÃO E QUEM PENSA NA SAÚDE E SEGURANÇA

Exemplo 1:

Uma grande empresa do ramo metalúrgico, realiza montagem de rádios e gravadores. Os trabalhadores, na sua grande maioria

mulheres, sentam-se ao lado de uma esteira que traz os componentes a serem montados. O ritmo de trabalho é dado pela velocidade da esteira, não permitindo pausas nem espontâneas e nem programadas. O setor de produção está sempre pensando em como fazer para produzir o maior número de produtos, com o menor número de trabalhadores, mantendo a qualidade necessária ou desejada. Essa linha de ação do setor de produção se opõe a qualquer programa de prevenção de ocorrência de LER.

Exemplo 2:

Atualmente há uma orientação geral dos bancos para que se vendam produtos. Os funcionários bancários são todos vendedores de cartões de crédito, seguros de vida, seguros-

educação, entre outros produtos. Alguns deles detestam vender, outros não acreditam nos produtos, outros ainda sentem-se constrangidos em vender aparentes benefícios que na realidade de nada servirão aos compradores. Essas situações trazem sofrimentos a muitos funcionários, que ficam entre o cumprimento das exigências das direções dos bancos mesmo contra sua vontade e a pressão das chefias, que por sua vez reproduzem a pressão que recebem de escalões mais altos. Adicionalmente, atrás de cada venda há uma série de procedimentos necessários, que exigem digitação, cadastro e escrita.

Em ambas as situações, não há possibilidade de prevenir a ocorrência de LER através de medidas unilaterais. Não se trata de isolar





um forno que exala fumos de chumbo, como ocorre em fundições de chumbo, por exemplo. Trata-se de buscar mudanças que passam pela reorganização do trabalho, que por sua vez foi pensada para atingir o máximo de produtividade e competitividade. Assim, só é possível ter soluções se houver negociações entre trabalhadores e suas entidades representativas e empregadores. Como em outros casos, essas negociações serão mais positivas para os trabalhadores quanto mais houver pressão e organização de base.

HÁ ALGUM CASO DE NEGOCIAÇÃO BEM SUCEDIDA?

Esse tipo de negociação se refere à essência de como se trabalha e como se faz lucro em cada empresa. É parte da luta para que a saúde do(a) trabalhador(a) seja levada em conta pelos empresários tanto quanto a produtividade e capacidade de competitividade no mercado.

O acordo nacional entre a Executiva Nacional dos Bancários e a Federação Nacional dos Bancos (FENABAN) sobre um Programa de gerenciamento é uma conquista dos trabalhadores, mas não acaba em si mesmo. Dependendo da organização e pressões das bases, pode ajudar na luta pela preservação da saúde. Esse Programa contém 5 etapas:

1. Política de sensibilização: atividades dirigidas aos chefes, diretores e gerentes, com o objetivo de comprometê-los com a implantação do Programa.

2. Política de conscientização: atividades de informação e orientação, com o objetivo de conscientizar o conjunto de trabalhadores e trabalhadoras sobre a gravidade das LER/DORT, levando-os a estimular atitudes prevencionistas.

3. Política de enfrentamento das LER/-

DORT: o Programa define medidas práticas e objetivas para diminuir a incidência e cronicidade de LER/DORT, como sugestões e orientações sobre mudanças na organização do trabalho, no mobiliário e equipamentos; sugestões para realização de diagnósticos precoces, encaminhamento adequado dos lesionados ao INSS, para garantia de tratamento, de reabilitação e de respeito aos direitos previdenciários deste trabalhador ou trabalhadora.

4. Criação de um fluxograma: com o objetivo de orientar bancos e trabalhadores e trabalhadoras sobre como se conduzir para assegurar direitos dos trabalhadores e trabalhadoras, desde o aparecimento dos primeiros sintomas da doença ao retorno do funcionário ao trabalho.

5. Avaliação: construção de mecanismo de avaliação do Programa.

É previsto que o Programa deverá ser implementado por agentes multiplicadores. Estes agentes serão treinados por especialistas, para ficarem aptos a informar, orientar, monitorar e estimular o conjunto dos funcionários à adoção de atitudes prevencionistas em relação às LER/DORT.

Esse Programa deve ser cumprido pelos bancos, porém sua efetiva implantação pressupõe uma trajetória a ser percorrida pelas entidades sindicais e trabalhadores(as), que devem se apropriar do conhecimento e da negociação conquistados em acordo nacional, utilizando o acordo como instrumento de luta no seu cotidiano. O acordo não representa o final de um processo. Para se chegar lá foi preciso muita luta e para sua implantação é fundamental continuar a luta, através da ação concomitante das representações nacionais dos trabalhadores e da pressão e negociação contínuas e cotidianas em cada local de trabalho.

Do contrário, todo o esforço em se chegar a um acordo terá sido em vão.

Entre uma idéia e sua aplicação há um fosso que deve ser ultrapassado pela organiza-

ção e pressão dos trabalhadores. Sem isso a negociação é vazia.

Trocando em miúdos, um programa de prevenção de LER consiste em:

- ☛ Investigação de indicadores de problemas de LER/DORT nos locais de trabalho, tais como queixas freqüentes de dores por parte dos trabalhadores, trabalhos que exigem movimentos repetitivos ou aplicação de forças.
- ☛ Comprometimento da gerência e direção com a prevenção e com a participação dos trabalhadores para a solução dos problemas.
- ☛ Capacitação dos trabalhadores, incluindo a gerência, sobre LER/DORT, para que possam avaliar os riscos potenciais dos seus locais de trabalho.
- ☛ Coleta de dados, através da análise das atividades dos postos de trabalho, para identificar as condições de trabalho problemáticas, incluindo a análise de estatísticas médicas da ocorrência de queixas de dores ou de LER/DORT.
- ☛ Criação de controles efetivos para neutralização dos riscos de LER/DORT e avaliação e acompanhamento da implantação dos mesmos.
- ☛ Desenvolvimento de um sistema efetivo de comunicação, enfatizando a importância da detecção e tratamento precoce das afecções para evitar o agravamento das afecções e a incapacidade para o trabalho.
- ☛ Planejamento de novos postos de trabalho ou novas funções, operações e processos de tal maneira a evitar condições de trabalho que coloquem os trabalhadores em risco.

HÁ LEGISLAÇÃO QUE AUXILIE A PREVENÇÃO DE LER?

Sim. A Norma Regulamentadora 17, do Ministério do Trabalho. Entre outras coisas, ela estabelece que:

- ☛ o mobiliário deve proporcionar conforto ao(a) trabalhador(a) para executar suas atividades;
- ☛ para atividades que exijam que o(a) trabalhador(a) fique em pé, devem ser previstos assentos para descansos durante as pausas;
- ☛ devem ser incluídas pausas para descanso nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, a partir de análise ergonômica;
- ☛ quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento do trabalho, por mais de 15 dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento;
- ☛ nas atividades de processamento de dados, o empregador não pode promover sistemas de avaliação dos trabalhadores envolvendo remuneração e outras vantagens; o número máximo de toques reais exigidos não pode ultrapassar 8.000 por hora trabalhada; o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 horas e nas atividades de entrada de dados deve haver pausas de 10 minutos a cada 50 minutos trabalhados, não deduzidos da jornada de trabalho.

E O DIAGNÓSTICO DOS CASOS, COMO É FEITO?

Quando estudantes, os futuros médicos aprendem que todas as consultas médicas devem conter várias etapas. São elas:

- ☛ História da moléstia atual, etapa na qual o(a) paciente conta ao médico o que vem sentindo, características dos sintomas detalhadamente.

Ex.: O(a) paciente refere que tem dor no punho direito há aproximadamente 3 anos, com períodos de melhora e piora, tendo como fato-



res de piora, o frio, situações estressantes e o esforço físico e como fatores de melhora o uso de medicações.

☛ Investigação sobre os diversos sistemas, momento no qual o médico toma conhecimento de outros sintomas e doenças que em princípio nada tem a ver com o quadro principal.

Ex.:

Refere que tem diabetes desde os 25 anos de idade. Refere gastrite diagnosticada há 1 ano.

☛ Antecedentes individuais, etapa na qual o médico toma conhecimento de sintomas e doenças de “certa importância” do passado do(a) paciente.

Ex.:

Refere cirurgia (apendicectomia) aos 7 anos de idade.

Teve pneumonia aos 18 anos de idade, tratada.

Sofreu acidente de carro há 2 anos, sem lesões importantes.

☛ Antecedentes familiares, etapa na qual o médico toma conhecimento de doenças dos familiares dos(as) pacientes, com algum componente hereditário.

Ex.:

Refere que o pai tem “pressão alta” desde aproximadamente os 38 anos de idade.

☛ Hábitos e estilo de vida, etapa na qual o médico procura conhecer alguma atividade extra-laboral que possa interferir na causa ou agravamento do quadro clínico.

Ex.:

Refere ter nascido e crescido em área urbana, sem endemias.

Fuma há aproximadamente 10 anos, 20 cigarros/ dia.

Bebe pouco nos fins de semana. Não faz uso de outras drogas.

Costumava correr nos fins de semana, porém há 2 anos não pratica nenhuma atividade física.

Exame físico

Esta é a primeira etapa da investigação diagnóstica, que não se baseia exclusivamente nas referências dadas pelo(a) paciente. O médico deve fazer exame físico o mais detalhado possível.

☛ Exames complementares, se necessário confirmar alguma hipótese diagnóstica ou descartar alguma patologia.

A anamnese ocupacional, geralmente não enfatizada nas faculdades de medicina do país, é de fundamental importância. É a etapa na qual o(a) paciente conta com detalhes como é o seu trabalho, desde a jornada real que costuma fazer, existência ou não de pausas para refeições, descanso, fluxo de atividades, características das atividades, movimentos necessários, produtividade exigida, formas de pressão para garantir a produtividade, etc.

Essa seqüência simplificada da investigação diagnóstica raramente é cumprida. O que vemos na prática é a interferência de fatores sócio-econômicos na relação médico-paciente.

Geralmente a parte de relato(a) do paciente, que deveria ser predominante na avaliação médica, é substituída por receitas e exames complementares (radiografias, exames de sangue, ultrassonografias, ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas), em poucos minutos de permanência do(a) paciente no consultório médico.

E assim, freqüentemente o diagnóstico só é feito na existência de alterações de exames complementares, quando deveria ser clínico, isto é, fruto da análise dos diversos dados coletados pelo médico conjugados ao exame físico e descrição ou visita ao local de trabalho.

E O TRATAMENTO?

Como raramente o diagnóstico é feito no início do quadro clínico, o que acaba cha-

mando a atenção de quem lida com pessoas com LER é a cronicidade. Geralmente as pessoas se apercebem do problema quando já têm incapacidade para várias atividades sejam do trabalho ou não. Durante certo tempo tendem a achar que os sintomas vão passar. Ou muitas vezes têm medo de procurar auxílio por medo das represálias da empresa e marginalização por parte dos colegas e chefias.

Dessa forma, o que os serviços de saúde acabam atendendo são pacientes já em certa fase de doença, que se encontram já com dificuldade de se manter na atividade laboral. Encontrando impermeabilidade por parte das chefias em mudar de função ou não tendo outra opção, acabam se afastando do trabalho para tratamento e recuperação.

O afastamento do trabalho, se por um lado propicia alívio físico, por outro, repercute negativamente na esfera psíquica. Os pacientes relatam a interrupção do cotidiano de trabalho como extremamente penoso e causa freqüente de depressão.

Os sentimentos mais referidos pelos pacientes são de decepção com a empresa, tristeza, incerteza, auto-estima baixa, de dependência em relação a terceiros e principalmente de perda da identidade como trabalhador e cidadão.

Assim, o tratamento deve ter como foco não só uma lesão determinada, mas a pessoa como um todo, do ponto de vista físico e psíquico.

Experiências mostram que abordagens multidisciplinares e variadas têm dado resultados positivos. Entre as atividades terapêuticas encontram-se as abordagens informativas, psico-pedagógico-terapêuticas, fisioterápicas, de acupuntura, de reeducação postural, terapias corporais, terapia ocupacional.

É importante ter como objetivo o resgate e a reconstrução da identidade do trabalhador adoecido como cidadão.

E O RETORNO AO TRABALHO, NOS CASOS DE AFASTAMENTO?

Freqüentemente os afastamentos do trabalho são prolongados e o retorno ao trabalho quase sempre é difícil, permeado pela pouca receptividade das empresas, que tendem a marginalizar o(a) paciente e pela dificuldade deste(a) em retomar o cotidiano profissional. Além disso, os próprios colegas muitas vezes rejeitam o reabilitando(a), pelas suas limitações.

Assim, é fundamental um trabalho de apoio aos trabalhadores(as) que tentam retornar ao trabalho, para que eles(as) tenham sucesso.

TODO CASO DE LER/DORT DEVE TER CAT EMITIDA?

Diz a lei que sim.

O que é CAT?

CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho- é o documento que deve ser utilizado para notificar a Previdência Social de um acidente de trabalho ou doença ocupacional, independente de afastamento do trabalho ou não.

Quem deve solicitar a emissão de CAT?

Qualquer serviço médico que atenda um(a) trabalhador(a) acidentado do trabalho ou com suspeita de doença ocupacional. Deve emitir uma solicitação de CAT e/ou atestado explicando a ocorrência de LER.



Quem de ve emitir a CAT?

A CAT deve ser emitida pelo Departamento de Recursos Humanos da empresa, mediante solicitação médica, até 24 horas após o diagnóstico.

Quem mais pode emitir a CAT?

Na falta de emissão da CAT pela empresa, legalmente podem fazê-lo qualquer autoridade pública, o médico, o Sindicato que representa o(a) trabalhador(a) e em último caso, ele(a) próprio(a) ou seus dependentes.

Após a emissão de CAT, o que de ve fazer o(a) trabalhador(a)?

O(a) trabalhador(a) deve levar a CAT totalmente preenchida (partes da empresa e médica) e registrá-la em um posto do INSS mais perto de sua casa ou de sua empresa. A parte médica deve ser preenchida, no que se refere ao diagnóstico, com a explicitação de LER ou DORT e especificação das patologias. Por exemplo: "LER/DORT- tenossinovite de flexores do punho direito."

☛ Caso ele(a) não necessite de afastamento do trabalho ou tenha afastamento de menos de 15 dias consecutivos, haverá apenas registro da CAT no INSS, e ele(a) deve levar atestado médico à empresa para ter os dias abonados.

☛ Nos casos de incapacidade para o trabalho por um período maior que 15 dias, o(a) trabalhador(a) deve levar um relatório de seu médico para a perícia do INSS. É o médico perito do INSS que concede ou não a manutenção do afastamento e decide se o caso será considerado relacionado ao trabalho ou não pela Previdência Social. Deve levar em conta para tal decisão, o relatório médico, informa-

ções dadas pela empresa e pelo(a) trabalhador(a). Em caso de dúvida, deve avaliar as exigências do trabalho do(a) trabalhador(a), e com base nos dados coletados, estabelecer a relação entre o quadro clínico e as condições de trabalho (na legislação previdenciária, essa relação é conhecida como nexos causal e na ordem de serviço 606, que trata da Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho- DORT- que teoricamente não poderia contrariar a lei, é chamada nexos técnico).

☛ Se o perito achar que o(a) paciente ainda está incapacitado(a) para o trabalho e que o caso é decorrente do trabalho, concede um benefício temporário, o auxílio-doença acidentário (B91). Se o perito achar que o(a) paciente ainda está incapacitado(a) para o trabalho, mas o caso não é decorrente do trabalho, concede um benefício temporário, o auxílio-doença por doença comum (B31).

☛ De tempos em tempos, o(a) paciente é periciado, devendo levar para tal, um relatório atualizado de seu médico.

☛ O(a) trabalhador(a) afastado do trabalho pode ter dois tipos de alta. A alta médica significa que está recuperado(a). A alta da perícia do INSS quer dizer que ele(a) não mais receberá o auxílio-doença acidentário. Independente dessa alta, o(a) paciente pode continuar se tratando.

☛ A alta da perícia médica do INSS, sem restrições, resultará no retorno gradual em sua função original, com acompanhamento do Serviço Médico ou SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho.

☛ A alta da perícia médica do INSS, com restrição, é concedida a quem, no entender da perícia, apresenta limitação de sua capacidade de trabalho. O(a) paciente, antes é encaminhado ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP) para programa de reabilitação profissional, O CRP deve promover estágio de readap-

tação profissional, em atividade adequada à sua capacidade de trabalho. Após essa alta, o INSS deve emitir um certificado individual indicando a função para a qual o(a) paciente foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado(a).

O QUE É AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO?

É o benefício previdenciário que consiste numa renda mensal ao(a) paciente incapacitado(a) para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos, a partir do 16º dia de afastamento, por motivo de acidente ou doença ocupacional. O FGTS continua sendo depositado no período de afastamento e após o retorno ao trabalho, o trabalhador(a) tem estabilidade de 1 ano, o que não ocorre quando o(a) trabalhador(a) recebe o auxílio-doença comum.

O QUE É AUXÍLIO-ACIDENTE?

É o benefício previdenciário que consiste numa renda mensal ao(a) paciente que, após a alta médica com a consolidação das lesões, apresentar incapacidade para o trabalho parcial e permanente, em decorrência de acidente ou de doença, que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. É previsto que o paciente receba esse benefício até a véspera de início de qualquer aposentadoria ou até a data do óbito.

NA PRÁTICA, O QUE OCORRE?

Paciente com dores nos braços trabalha em local de risco para ocorrência de LER/DORT.

Quando encontra algum médico que suspeite de LER/DORT e peça CAT à empresa, esta geralmente não a emite simplesmente. Em algumas empresas maiores, realiza-se a avaliação do posto de trabalho. Algumas empresas a denominam “avaliação profissiográfica” e outras, “análise ergonômica”.

Enquanto isso, se o(a) paciente está incapacitado(a) para o trabalho, ele(a) tem duas alternativas:

- ☛ ou espera a conclusão da “avaliação profissiográfica” ou “análise ergonômica” trabalhando, apesar da suposta incapacidade,
- ☛ ou é encaminhado(a) ao INSS, setor de benefícios comuns (não-acidente do trabalho).

Geralmente, só depois que a empresa conclui a “avaliação profissiográfica” ou “análise ergonômica”, quando positiva para presença de fatores de risco, é que o(a) paciente começa outra peregrinação: o reconhecimento de doença ocupacional.

Aqui há uma grande irregularidade: a lei diz que a CAT deve ser emitida na suspeita de um caso. Cabe à perícia do INSS, no caso de dúvida, realizar a vistoria e avaliação do posto de trabalho e confecção do respectivo laudo para fins de estabelecimento do nexo entre o quadro clínico e as condições de trabalho, e não à empresa, para decidir se emite ou não a CAT. As empresas que assim agem, estão se outorgando um direito que não lhes cabe, como parte interessada. E ao INSS, que não só permite como frequentemente solicita às empresas a tal “avaliação profissiográfica”, cabe uma recriminação pela delegação de uma competência que seria exclusivamente sua.

Um detalhe é que a realização dessa “avaliação profissiográfica” ou “análise ergonômica” nem sempre conta com a presença do trabalhador, e mais absurdo, há empresas que se recusam a entregar-lhe cópia, embora seja um documento que lhe diga respeito.



ENTÃO, O QUE É AVALIAÇÃO PROFISSIONAL?

É a terminologia utilizada pela Previdência Social para definir a caracterização do posto de trabalho. Tem sido recomendada aos peritos da Previdência Social para a realização do nexa causal, isto é, para o estabelecimento da relação de causa e efeito entre a doença e as condições de trabalho. O que na prática ocorre é que os peritos em geral delegam a avaliação profissional à empresa, o que por si só é condenável, uma vez que a empresa é parte interessada, e por princípio não poderia representar o poder público para executar uma atividade decisiva na conclusão pericial.

Para agravar a situação, a empresa, por sua vez, geralmente envia uma lista de atividades previstas para o posto de trabalho, sem análise de fluxos e exigências, o que dá a quem lê, uma idéia totalmente diferente do que acontece realmente. Portanto, esse procedimento vai totalmente contra os princípios de uma boa análise de condições de trabalho, que pressupõe consideração de aspectos biomecânicos, organizacionais e psicossociais.

Várias empresas têm utilizado esse recurso para triar os casos de afastamento do trabalho a serem encaminhados à Previdência Social na categoria de acidente de trabalho ou doença ocupacional. Dependendo de quem faz e de como se faz, a avaliação profissional tem servido apenas para descaracterizar casos de doenças ocupacionais. Para ter real valor, a análise das atividades de um posto de trabalho deve ser feita cuidadosamente e ter como pressuposto, o acompanhamento do(a) trabalhador(a).

O QUE FAZER NOS CASOS DE:

- **Recusa na emissão de CAT por parte da empresa:** na falta de emissão da CAT pela empresa, legalmente podem fazê-lo qualquer autoridade pública, o médico, o Sindicato que representa o(a) trabalhador(a) e em último caso, ele(a) próprio(a) ou seus dependentes.
- **Recusa do médico do(a) paciente em emitir relatório médico para a perícia:** esclarecê-lo que segundo o Código de Ética Médica e a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, todos os médicos devem fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico.
- **Médico da empresa ou que execute exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho ou demissionais exercer a função de perito do INSS:** esclarecê-lo que segundo o Código de Ética Médica e a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, ele não pode exercer a função de perito judicial, securitário ou previdenciário, ou de assistente técnico da empresa, em casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistentes (atuais ou passados).
- **Dados do prontuário médico de pacientes chegarem ao conhecimento de terceiros:** segundo Código de Ética Médica os dados contidos no prontuário pertencem ao(à) paciente. Mesmo em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos, só podem ser liberados por autorização expressa do(a) paciente. Esclareça o médico responsável pelo prontuário.
- **Avaliação profissional não corresponder à realidade vivida pelo(a) trabalhador(a):** oriente o(a) trabalhador(a) a fazer uma declaração corrigindo as informações incorretas e protocolar no INSS. Outra alternativa não excludente é conversar com a empresa e o profissional que tenha realizado a avaliação profissional, para realizá-la novamente ou corrigí-la, argumentando que o(a) trabalhador(a) não

estava presente. No caso do profissional envolvido ser um médico, novamente a resolução 148 do Conselho Federal de Medicina, diz que uma perícia do ambiente e de função deve ser acompanhada pelo trabalhador(a) em questão.

☛ **O perito do INSS não explicar os fundamentos de sua conclusão pericial, quando solicitado:** todos os médicos devem responder às perguntas dos(as) pacientes. A prática de vários peritos de orientarem os(as) pacientes a tomar conhecimento da conclusão pericial no balcão de atendimento, através dos atendentes, deve ser condenada. Assim, é importante orientar tanto pacientes como médicos de que essa prática deve ser abolida.

☛ **O perito do INSS não carimbar seu nome e número do CRM na sua conclusão pericial:** esclareça-o de que antes de ser funcionário do INSS ele é médico e deve se identificar como tal.

☛ **Adespeito de opiniões de médicos do(a) paciente, o perito do INSS não caracterizar a doença como ocupacional ou der alta:** ele tem que ter bons motivos para tal. Assim, oriente os(as) pacientes a solicitar explicações. Os motivos devem ser esclarecidos. O Pedido de Reconhecimento de Acidente de Trabalho foi extinto. Assim, o(a) paciente só poderá entrar com recurso administrativo para a Junta de Recursos do INSS.

☛ **O médico da empresa só orientar a empresa a emitir CAT se ele considerar o caso ocupacional:** esclareça-o de que ele está fazendo o papel do perito do INSS sem sê-lo. Se houver pedido de algum médico para emitir CAT, ele deve orientar a empresa a fazê-lo e deixar o ônus da decisão para fins previdenciários ao perito do INSS.

☛ **O auxílio-acidente não for concedido pela perícia do INSS na ocasião da alta do(a) paciente, mesmo que ele(a) tenha capacidade de trabalho parcial e permanentemente comprom-**

tida: negociações devem ser estabelecidas entre os sindicatos e o INSS, e deve ser dada a orientação para que o(a) paciente entre com processo judicial para obter o auxílio-acidente.

☛ **O(a) paciente for encaminhado(a) ao INSS sem CAT e estiver recebendo auxílio-doença comum:** oriente o(a) paciente a dar entrada no INSS para transformar o benefício, de auxílio-doença comum (B31) para auxílio-doença acidentário (B91), com o auxílio de relatório médico. Se não houver resposta positiva, entrar com processo judicial.

☛ **O(a) paciente for demitido(a) no período de estabilidade (dentro do ano de estabilidade após retorno ao trabalho, ocorrido após mais de 15 dias de afastamento por acidente ou doença ocupacional:** tente negociar





com a empresa e se não houver acordo, oriente o(a) paciente para entrar com processo trabalhista contra a empresa.

☛ **O(a) trabalhador(a) ser realocado(a) para atividade de trabalho “mais corrida”, incompatível com sua capacidade de trabalho, mesmo tendo recomendação do INSS de que deve ter restrições de atividades:** tente negociar com a empresa e com o médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e se não houver acordo, oriente o(a) paciente a entrar com processo judicial. Se houver piora clínica, tente viabilizar um novo afastamento do trabalho para recuperação.

☛ **A empresa não cumprir dispositivos legais no que se refere à prevenção, notadamente NR-17:** negociar e denunciar aos órgãos de vigilância e fiscalização das pastas do Trabalho e Saúde (DRT, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), e denunciar ao Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal (ou do Trabalho).

Obs.:

a) Todas as situações envolvendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais, se não solucionadas através de negociações, devem ser denunciadas ao Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Psicologia e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, respectivamente.

b) Os casos individuais devem ser base de ações coletivas que visem solucionar os problemas no geral, sem prejuízo de seus encaminhamentos específicos. O que é muito limitado é permanecer somente nos encaminhamentos de casos individuais.

c) O uso de meios de comunicação dos sindicatos ou da grande mídia é de fundamental importância.

d) A organização dos(as) trabalhadores(as) por local de trabalho deve ser incentivada e a luta por saúde incorporada na sua prática cotidiana. O mesmo deve ocorrer com os sindicatos.

Recomendações de leitura

1. Manuais do movimento sindical sobre o assunto:

- Cartilha do Trabalhador. Programa de Prevenção e Acompanhamento de LER/DORT. Autoria: Confederação Nacional dos Bancários (CUT). 1998. Informações: CNB (tel.: 11- 3361-4545).
- LER/ Lesões por Esforços Repetitivos. Manual de Prevenção. Autoria: Comissão Paritária de Saúde do Trabalho (Executiva Nacional dos Bancários e Federação Nacional dos Bancos). 1998. Informações: CNB (tel.: 11- 3361-4545).
- Cartilha do Trabalhador. LER/DORT. Autoria: Carlos Alberto Salaroli. 1999. Informações: Fundacentro (tel.: 11- 3066-6315 ou 3066-6316).
- LER/DORT. Vamos virar essa página. Autoria: Sindicato dos Bancários e Financiários de São Paulo, Osasco e Região- CUT. 1999. Informações: Sindicato dos Bancários e Financiários de São Paulo (11-3188-5268).

2. Capítulos de livros:

- Sistema Músculo-Esquelético: Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Autoria: Ada Ávila Assunção. In: Patologia do Trabalho. Organizador: René Mendes. Editora Atheneu. Rio de Janeiro. 1995.
- Quando os Especialistas Divergem. Autoria: Brian Martin e Gabriele Bammer. In: Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionadas ao Trabalho. Organizador: Don Ranney. Tradução: Sílvia M. Spada. Editora Roca Ltda. São Paulo. 2000.
- Estudo de Caso de Trinta Trabalhadores Submetidos a Esforços Repetitivos. Autoria: Maria Maeno Settimi, Norton Assumpção Martarello, Rui de Oliveira Costa, João Alexandre Silva. In: Programa de Saúde dos Trabalhadores/ AExperiência da Zona Norte; Uma Alternativa em Saúde Pública. Organizadores: Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi, Ubiratan de Paula Santos. Editora Hucitec. São Paulo. 1989.
- Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Um Problema da Sociedade Brasileira. Autoria: Maria Maeno Settimi e Miriam Pedrollo Silvestre. In: L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Organizadores: Wanderley Codo, Maria Celeste C. G. Almeida. Editora Vozes. Petrópolis. 1995.
- Abordagem Psicossocial da LER: Ideologia da Culpabilização e Grupos de Qualidade de Vida. Autoria: Alexandre Bonetti Lima e Fabio Oliveira. In: L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Organizadores: Wanderley Codo, Maria Celeste C.G. Almeida. Editora Vozes. Petrópolis. 1995.
- Os Aspectos Legais das Tenossinovites. Autoria: Antonio Lopes Monteiro. In: L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Organizadores: Wanderley Codo, Maria Celeste C.G. Almeida. Editora Vozes. Petrópolis. 1995.

3. Livros/ fascículos:

- LER/ Lesões por Esforços Repetitivos. Dimensões Ergonômicas e Psicossociais. Autoria: Maria Elizabeth Antunes Lima, José Newton Garcia de Araújo e Francisco de Paula Antunes Lima. Editora Health. 1997.
- Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Autoria: Maria Maeno Settimi, Lúcia Fonseca de Toledo, Renata Paparelli, Milton Martins, Ildeberto Muniz de Almeida, João Alexandre Pinheiro Silva. Ministério da Saúde. Brasília. 2000 (versão preliminar).
- Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. Autoria: Maria Maeno Settimi, Ildeberto Muniz de Almeida, Milton Martins, Lúcia Fonseca de Toledo, Renata Paparelli. Ministério da Saúde. Brasília. 2000 (versão preliminar).

4. Leis/ Portarias/ Normas:

- NR-17- Ergonomia, redação dada pela Portaria 3.751, de 23/11/1990. Ministério do Trabalho.
- Ordem de Serviço 606, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho- DORT. Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade Para Fins de Benefícios Previdenciários, de 05/08/98. Ministério da Previdência e Assistência Social.
- Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Ministério da Saúde. Brasília. 2000.



Rua Caetano Pinto, 575 - Brás
São Paulo - CEP 03041-000
Tel.: (0XX11) 3272 9411
ramais: 153 e 291
Fax: (0XX11) 3272 9610
Homepage: www.instcut.org.br
E-mail: inst@instcut.org.br

Diretor responsável
Remigio Todeschini

EQUIPE TÉCNICA

Coordenador executivo
Domingos Lino

Consultor técnico
Nilton Freitas

Assessores técnicos
Fátima Pianta
Luiz Humberto Sivieri

EQUIPE DE FORMAÇÃO

Escola São Paulo
São Paulo/SP
Escola Sul

Florianópolis/SC

Escola Sete de Outubro
Belo Horizonte/MG

Escola Centro Oeste
Goiânia/GO

Escola Marise Paiva de Moraes
Recife/PE

Escola Amazonas
Belém/PA

Escola Chico Mendes
Porto Velho/RO

Capa
Marco Godoy

Projeto gráfico e diagramação
PIXEL Comunicação e Design

Fotolito
Kingpress

Impressão
Kingraf - gráfica e editora

FEVEREIRO 2001

A ORGANIZAÇÃO É O MELHOR REMÉDIO



Organização por Locais de Trabalho

O remédio mais eficaz contra
acidentes e doenças do trabalho

CUT
UNIPOL



CENTRALÚNICADOS TRABALHADORES

Rua Caetano Pinto, 575 - Brás - CEP03041-000 - São Paulo - SP- BRASIL

Tel.: (0XX11) 3272 9411 - Fax: 3272 9610

Homepage: www.cut.org.br - E-mail: executiva@cut.org.br

EXECUTIVA NACIONAL DACUT - 1997/2000

Presidente: João Antonio Felício. **Vice-Presidente:** Mônica Valente.
Secretário Geral: Carlos Alberto Grana. **Primeiro Secretário:** Remigio Todeschini. **Tesoureiro:** João Vaccari Neto. **Secretário de Relações Internacionais:** Kjeld Aagaard Jakobsen. **Secretária de Política Sindical:** Gilda Almeida de Souza. **Secretário de Formação:** Altemir Antonio Tortelli. **Secretária de Comunicação:** Sandra Rodrigues Cabral. **Secretário de Políticas Sociais:** Pascoal Carneiro. **Secretário de Organização:** Rafael Freire Neto. **Diretoria Executiva:** José Jairo Ferreira Cabral, Maria Ednalva Bezerra de Lima, Elisangela dos Santos Araújo, Luzia de Oliveira Fati, Rita de Cássia Evaristo, Lúcia Regina dos Santos Reis, Jorge Luis Martins, Lujan Maria Bacelar de Miranda, Temístocles Marcelos Neto, José Maria de Almeida, Júnia da Silva Gouvêa, Wagner Gomes, Gilson Luis Reis, Júlio Turra. **Suplentes:** José Gerônimo Brumatti, Francisco Alano, Aldanir Carlos dos Santos, Wanderley Antunes Bezerra, Rosane da Silva, Dirceu Travesso, Mônica Cristina da S. Custódio.