

Contribuições para a investigação de lesões por esforços repetitivos - distúrbios ósteomusculares relacionados com o trabalho em membros superiores

Contributions for the diagnosis of repetitive strain injuries / repetitive trauma disorder / work related musculoskeletal disorder of upper extremities

¹Luiz Ricardo Gonzalez

²Sergio Roberto de Lucca

⁴Satoshi Kitamura

³José Inácio de Oliveira

¹Alessandro Vito Lido

¹Luis Fernando Manzano

⁵Ana Luisa Vidigal Soares

¹Médico Colaborador da Área de Saúde do Trabalhador (AST) do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

²Professor Assistente da AST/DMPS/FCM/UNICAMP

³Professor Assistente da AST/DMPS/FCM/UNICAMP, Coordenador do Ambulatório de Medicina do Trabalho do Hospital das Clínicas da UNICAMP

⁴Professor Assistente Doutor, Coordenador da AST/DMPS/FCM/UNICAMP

⁵Médica do Trabalho, Universidade de Brasília

Trabalho realizado na área de Saúde do Trabalhador do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP

Descritores: Lesões por esforço repetitivos. Distúrbios ósteomusculares relacionados com o trabalho (LER/DORT) em membros superiores. Diagnóstico. Exames complementares.

Key words: Repetitive strain Injuries (RSI). Repetitive trauma disorder (RTD). Work related musculoskeletal disorder (WRMD). Diagnosis. Diagnostic tests.

INTRODUÇÃO

Houve, nos últimos anos, um aumento importante no número das chamadas LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). De acordo com o Labor Bureau of Statistics, entre 1981 e 1994, houve nos Estados Unidos um aumento de 14 vezes no número de LER/DORT, sendo que em 1994 correspondia a 65% de

todas as doenças ocupacionais¹. O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) apontava as LER/DORT entre um dos dez mais significativos problemas de saúde ocupacionais dos Estados Unidos naquela década.

Em um estudo publicado em 1998, Feuerstein² avalia os custos com os distúrbios osteomusculares dos membros superiores relacionados ao trabalho, cruzando dados do Departamento do Trabalho e da Secretaria de Compensação Trabalhista dos Estados Unidos durante o período de outubro de 1993 a outubro de 1994. Neste estudo, além de relacionar os custos do seguro-saúde por grupos de distúrbios osteomusculares dos membros superiores, os seus achados permitem levantar uma série de questões a respeito do assunto. Uma delas é a necessidade de determinar em futuras pesquisas o porquê de haver maior número de diagnósticos inespecíficos entre as mulheres. Este tema, entretanto, é estudado e discutido por diversos autores sob a ótica da divisão sexual do trabalho³⁻⁶.

Dentre os acidentes de trabalho registrados em 1997 no Brasil, as tenossinovites e sinovites são os mais prevalentes⁷. O aumento do número de casos de doenças ocupacionais registrados pela Previdência Social a partir de 1992 deu-se à custa das LER/DORTs a despeito da subnotificação existente⁸.

Os custos envolvidos com tal entidade no Brasil ainda não

Correspondência: Luiz Ricardo Gonzalez
AST/FCM Universidade Estadual de Campinas
Rua Vital Brasil, 100 - Cidade Universitária Zeferino Vaz
Campinas - São Paulo - CEP: 13083-888
Telefone/Fax: (19)3289-4738
E-mail: lrgz@uol.com.br

foram adequadamente dimensionados, uma vez que ela não está incluída no Sistema Nacional de Informação do Sistema Único de Saúde. Além disso, os dados disponíveis são da Previdência Social, referentes apenas aos trabalhadores do mercado formal e com contrato regido pela CLT, o que corresponde a menos de 50% da população economicamente ativa.

Quando estas doenças são encaminhadas a um médico do trabalho, geralmente passaram primeiro por um outro serviço, tendo sido atendidos principalmente, por clínicos gerais, reumatologistas e/ou ortopedistas, que certamente encontraram dificuldades para lidar com as mesmas, principalmente naqueles aspectos envolvendo os encaminhamentos de natureza legal.

O presente artigo visa contribuir com estes especialistas, não afeitos às práticas da Medicina do Trabalho, porém, sem a intenção de esgotar o assunto. Pretende-se enfatizar as principais condutas para o estabelecimento do diagnóstico destas doenças e indicar os procedimentos cabíveis ao suspeitar ou reconhecer quando ocorre umnexo com relação ao trabalho, lembrando que o nexosó pode ser estabelecido com o conhecimento do local e das condições de trabalho e da atividade desenvolvida.

HISTÓRICO / DENOMINAÇÕES

O primeiro relato de doença musculoesquelética relacionada ao trabalho, associada às atividades que envolvem movimentos repetitivos foi a tenossinovite descrita por Bernardino Ramazzini no ano de 1700 em escreventes (secretários de príncipes), tendo sido apontadas como causas principais, o sedentarismo, a pressão para não manchar os livros e os movimentos repetitivos de membros superiores⁹.

Com a evolução da tecnologia, as alterações na forma de trabalho, em profissões e serviços que exigem esforço do sistema musculoesquelético, principalmente dos membros superiores, levaram a um melhor aproveitamento dos esforços dos trabalhadores. Surgiram, então, as tarefas que exigem um maior número de movimentos, posturas e utilização de ferramentas inadequadas, levando a uma adaptação do homem ao ambiente e/ou ao seu instrumento de trabalho, contrariando os princípios da ergonomia, que indica a adaptação do ambiente de trabalho, ferramenta ou máquina ao homem. Estas condições levam as doenças musculoesqueléticas a adquirirem maior prevalência, principalmente tendinites e tenossinovites de membros superiores.

Estas doenças, originadas no trabalho, receberam diversas denominações como Occupational Cervicobrachial Disorder, no Japão; Repetitive Strain Injuries na Inglaterra e Austrália, Cumulative Trauma Disorders, nos Estados Unidos¹⁰.

No Brasil, a primeira denominação utilizada foi o termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER), como a tradução da denominação Repetitive Strain Injuries, sendo esta forma, reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Este termo faz imaginar que este grupo de doenças abranja apenas aquelas geradas por repetições de movimentos ou traumas cumulativos, não incluindo outros aspectos envolvidos, como vibração, posturas inadequadas, pressão sobre o instrumento de trabalho ou sobrecarga estática. Devido a estas considerações, ocorreu uma mudança da denominação em 1997, para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)¹¹.

Assim, seria o termo DORT mais abrangente, uma vez que permite a inclusão e contribuição dos diversos fatores envolvidos, sendo mais adequado para designar estas doenças em vez do termo LER.

Em 2003, o INSS, em sua Instrução Normativa 98, instituiu a adoção oficial do termo LER/DORT devido à consagração do antigo termo, o qual usaremos neste trabalho¹².

USO DO TERMO LER/DORT

O termo LER/DORT não deve ser utilizado como diagnóstico. Lembre-se, que este se refere a um grupo de distúrbios musculoesqueléticos, já descritos na literatura médica, (Quadro 1). Ao se utilizar o termo, não se deve esquecer de junto mencionar a hipótese diagnóstica. Uma boa prática é citar o diagnóstico e, como complemento, a designação LER/DORT. Como exemplos: tendinite de supra-espinal à direita compatível com LER/DORT, síndrome do túnel do carpo à direita compatível com LER/DORT.

FISIOPATOLOGIA

Das várias doenças relacionadas a LER/DORT em membros superiores, é importante descrever peculiaridades cujo conhecimento é fundamental para os médicos sobre tendinites e tenossinovites.

É interessante destacar as características peculiares dos tendões, os quais recebem a sua nutrição vascular por embebição, enquanto os músculos a recebem por suprimento arterial direto.

Esta informação tem importância, uma vez que quanto mais vascularizada uma região, mais rápida a sua regeneração.

Uma área do corpo que recebe vascularização por embebição terá sua regeneração após uma lesão de maneira mais demorada que outras regiões do corpo, apresentando uma cura mais lenta. Este é o caso das tendinites e tenossinovites.

Trata-se de uma explicação simplista, mas muito importante para ser considerado ao se prescrever o tratamento, pois estas doenças devem receber um tratamento apropriado, lembrando esta condição peculiar¹⁴⁻¹⁹.

CONDUTA DIAGNÓSTICA

Na investigação de pacientes encaminhados com sintomatologia dolorosa de membros superiores, deve-se fazer uma

Quadro 1 - Doenças músculo-esqueléticas de membros superiores mais freqüentemente diagnosticadas pelos serviços que lidam com LER/DORT, causas, exemplos e diagnósticos diferenciais (retirado da Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS):

LESÕES	CAUSAS OCUPACIONAIS	EXEMPLOS	ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Bursite do cotovelo (olecraniana)	Compressão contra superfícies duras	Apoiar o cotovelo em mesas	Gota, traumatismos e artrite reumatóide
Contratura da fáscia palmar	Compressão palmar associada à vibração	Operar compressores pneumáticos	Heredo-familiar contratura de Dupuytren
Dedo em gatilho	Compressão palmar associada à realização de força	Apertar alicates e tesouras	Diabetes, artrite reumatóide, mixedema, amiloidose e tuberculose pulmonar.
Epicondilitis do cotovelo	Movimentos com esforços estáticos e preensão prolongada de objetos, principalmente com o punho estabilizado em flexão dorsal e nas pronosupinações com utilização de força	Apertar parafusos, jogar tênis, desencapar fios, 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. Vibrações	Apoiar cotovelo em mesa	Epicondilitis 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, trombozes 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 telefone entre o ombro e a cabeça	Costela cervical, metabólicas, artrite reumatóide, rotura do supra-espinal
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 repetitivos de flexão, mas também extensão com o punho, principalmente se acompanhados por realização 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)
Tendinite do supra-espinal	Elevação com abdução dos ombros associada à elevação de força	Carregar pesos sobre o ombro, jogar vôlei ou peteca	Bursite, traumatismo, artropatias diversas, doenças metabólicas
Tenossinovite de DeQuervain	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 simpática reflexa (síndrome ombro-mão)
Observação: A presença de um ou mais dos fatores listados na coluna “outras causas e diagnóstico diferencial não impede, a priori, o estabelecimento de nexos.(13)”.			

história clínica e ocupacional completa e um exame físico com especial atenção aos membros superiores. Os exames complementares devem ser solicitados de acordo com sua hipótese diagnóstica e com a necessidade de se estabelecer possíveis diagnósticos diferenciais, assim como para o correto estabelecimento donexo causal com o trabalho.

Deve-se solicitar inicialmente, os seguintes exames laboratoriais básicos:

- Hemograma completo (visando encontrar um processo infeccioso ou uma anemia de doença crônica), necessário para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais;
- Velocidade de hemossedimentação, (iniciar uma investigação de causas de um processo inflamatório agudo);
- Fator reumatóide (investigação de collagenoses);
- Ácido úrico: devido a inespecificidade deste exame, já que, além de propiciar uma investigação inicial de uma possível hipótese diagnóstica de gota (uma das causas de tendinite), pode encontrar-se alterado em outras doenças do diagnóstico diferencial de dores em membros superiores como hipotireoidismo¹⁴⁻¹⁹.

No estudo inicial podem ser solicitados também outros exames complementares:

- Radiografia bilateral do local do membro afetado (para fins de comparação), e da coluna cervical em três incidências (frente, perfil e oblíqua), pois doenças em coluna cervical podem causar sintomatologia nos membros superiores. Encontrando-se alterações, deve-se aprofundar a investigação para doenças osteodegenerativas (osteoartrose, tumores ósseos entre outros), ou possíveis conseqüências de antigas fraturas como causa do quadro álgico.

Na seqüência, outros exames podem (devem) ser solicitados na investigação mais amíúde das hipóteses levantadas ou suspeitadas.

O exame de ultra-sonografia da região afetada de membros superiores pode ser solicitado com muito critério, uma vez que se trata de exame “operador dependente”, além de, em certos casos, tornar-se de muito difícil interpretação (por exemplo, no caso da ultra-sonografia de punhos, em que pequenas alterações de um sem número de estruturas tornam o exame pouco conclusivo).

Se os exames forem inconclusivos, ou optando-se por um exame mais conclusivo, deve-se solicitar o exame de ressonância nuclear magnética da estrutura afetada, nos casos de investigação de processo inflamatório muscular ou em tendões, e ressonância nuclear de coluna cervical em casos de sintomatologia de síndrome compressiva (mesmo estando as radiografias de coluna cervical sem alterações visíveis). Dependendo do estágio em que se encontram as doenças, os exames complementares solicitados, podem encontrar-se dentro dos limites da normalidade. Por exemplo: tendinites ou degeneração de coluna em fase inicial ou fase final de regeneração de um tendão.

Nos casos de investigação de processo inflamatório em músculo ou tendões em que ainda não se conseguiu um es-

clarecimento, poder-se-ia solicitar uma ressonância nuclear magnética de coluna cervical, para um possível diagnóstico diferencial de síndrome compressiva, manifestando-se na forma de um quadro álgico em membros superiores.

A tomografia computadorizada para coluna cervical não é o exame mais indicado. Para esta região, deve-se dar preferência para a ressonância nuclear magnética, que consegue melhor definição entre a substância branca e a cinzenta^{20,21}.

Após realizar todos os passos da investigação sugeridos, pode-se chegar a uma conclusão diagnóstica, ou o estabelecimento de diagnósticos diferenciais de dores em membros superiores.

Não devemos esquecer que o exame clínico é a base para se solicitar os devidos exames complementares.

Firmado o diagnóstico de uma lesão musculoesquelética, o profissional deve empenhar-se para constatar a causa básica da doença (sempre considerar o diagnóstico diferencial e conhecer o ambiente de trabalho), lembrar de tratar a doença e o doente conjuntamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante a averiguação em todos os casos em investigação clínica de LER/DORT a possibilidade de outros diagnósticos. É fundamental reconhecer que muitos destes indivíduos podem não ser portadores de lesões musculoesqueléticas. Uma considerável proporção destes pacientes pode apresentar outras doenças e o atraso no diagnóstico leva a grandes custos ao paciente e à sociedade.

Há várias causas de dores nos membros superiores que não devem ser esquecidas. Deve-se pesquisar as atividades do paciente e tentar reconhecer vícios posturais na vida diária, não só no trabalho, distúrbios emocionais, “hobbies” pesquisar doenças reumáticas, infecções (viróticas, bacterianas, protozoárias e parasitárias), lesões do neurônio motor, alterações vasomotoras, granulomatoses, neoplasias, doenças endócrinas, distúrbios metabólicos, mioglobínúrias, uso de drogas e de medicamentos (Ácido valpróico, AZT, L-Carnitina, Cloroquina, Cimetidina, Clofibrato, Cocaína, Colchicina, Estatinas Glicocorticóides, Heroína, Hidralazina, Levodopa, Quinolonas, Rifampicina, L-Triptofano, Vincristina, Zidovudine, entre outros), alcoolismo e fibromialgia, como causa de dor em membros superiores¹⁴⁻¹⁹.

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Uma dificuldade que surge entre os médicos que atendem os casos compatíveis com LER/DORT é como proceder, quando se concluiu por uma doença relacionada ao trabalho, pela necessidade de abertura de uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Antes, porém, há que se considerar como aspecto mais importante o estabelecimento do diagnóstico etiológico rela-

Figura 1 – Formulário CAT

PREVIDÊNCIA SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL		1- Emitente 1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente 5- Autoridade pública	
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT			
2- Tipo de CAT 1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:			
I - EMITENTE			
Empregador			
3- Razão Social /Nome			
4- Tipo	1- CTPS/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NT	5- CHAE	6- Endereço - Rua/Av.
Complemento (continuação)		Bairro	CEP
		7- Município	8- UF 9- Telefone
Acidentado			
10- Nome			
11- Nome da mãe			
12- Data de nasc.	13- Sexo	14- Estado civil	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão
1- Masc. 3- Fem.		1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6- Ignorado	16- UF 17- Remuneração Mensal
18- Carteira de Identidade	Data de emissão	Orgão Expedidor	19- UF 20- PIS/PASEP/NT
21- Endereço - Rua/Av/			
Bairro		CEP	22- Município 23- UF 24- Telefone
25- Nome da ocupação	26- CBO	27- Filiação à Previdência Social 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	28- Aposentado? 29- Áreas 1- sim 2- não 1- Urbana 2- Rural
Acidente ou Doença			
30- Data do acidente	31- Hora do acidente	32- Após quantas horas de trabalho?	33- tipo 1- Típico 2- Doença 3- Trajeto
34- Houve afastamento? 1- sim 2- não		35- Último dia trabalhado	
36- Local do acidente	37 - Especificação do local do acidente	38- OCG/CNPJ	39- UF
40- Município do local do acidente		41- Parte(s) do corpo atingida(s)	42- Agente causador
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença		44- Houve registro policial? 1- sim 2- não	45- Houve morte? 1- sim 2- não
Testemunhas			
46- Nome			
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.		48- Município	49- UF Telefone
Bairro		CEP	
50- Nome			
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.		52- Município	53- UF Telefone
Bairro		CEP	
Local e data São Paulo, _____			
Assinatura e carimbo do emitente			
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.			
Atendimento			
54- Unidade de atendimento médico		55- Data	56- Hora
57- Houve internação 1- sim 2- não			
58- Duração provável de tratamento _____ dias		59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1- sim 2- não	
Lesão			
60- Descrição e natureza da lesão			
Diagnóstico			
61- Diagnóstico provável		62- CID-10	
63- Observações:			
Local e data São Paulo, _____			
Assinatura e carimbo do médico com CRM			
III - INSS			
64- Recebida em	65- Código da Unidade	66- Número do CAT	Notas: 1- A inserção das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 273 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67- Matrícula do servidor			
Matrícula		Assinatura do servidor	
COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HOUVER AFASTAMENTO DO TRABALHADOR			

cionado ao trabalho. Para tanto, é importante que o médico assistente conheça não somente o ambiente de trabalho, mas a forma como o seu paciente se relaciona com o seu trabalho. Jamais se pode firmar um diagnóstico etiológico, ou mesmo suspeitar da relação da doença ou dos sintomas com o seu tra-

balho, sem uma visita de observação do trabalho.

É, portanto, a partir da queixa do paciente e posterior estudo, análise e observação do trabalho que nasce a suspeita da etiologia ocupacional de uma doença. Não se admite, principalmente quando se fala de LER/DORT, sequer suspeitar-se da etiologia ocupacional, sem pelo menos uma visita ao local de trabalho.

Assim, estabelecido o diagnóstico da doença e confirmada a suspeita da etiologia ocupacional, pode-se partir para as condutas médico-administrativas, i.e., na elaboração da CAT. Na área que diz respeito ao laudo médico, a CAT deve ser preenchida pelo médico assistente, para todos os casos de acidentes do trabalho, legalmente assim considerados os casos de doenças profissionais e doenças do trabalho.

O acidente do trabalho é definido como o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado do INSS empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Quando ocorre um acidente de trabalho é obrigação da empresa emitir o documento (CAT), que será enviada ao INSS (Figura 1), preenchido em seis vias, com o seguinte destino: 1ª via para ao INSS; 2ª via à empresa; 3ª via ao segurado ou dependente; 4ª via ao sindicato de classe do trabalhador; 5ª via ao Sistema Único de Saúde (SUS); 6ª via à Delegacia Regional do Trabalho²².

Ao médico assistente cabe a tarefa de preencher o campo específico, como já referido. Atente-se para a obrigatoriedade de abrir a CAT, mesmo na suspeita de doença relacionada ao trabalho, conforme portaria do Ministério da Saúde²³. Quando for o caso, sugere-se, inicialmente, o envio de um relatório ao serviço médico da empresa, na qual o paciente trabalha, em que constem os resultados dos exames complementares, assim como a sua conclusão diagnóstica, sugerindo a abertura da CAT.

Nos casos em que a empresa não tenha um serviço médico ou um médico responsável, deve-se omitir o relatório, enviando apenas a solicitação de abertura de CAT.

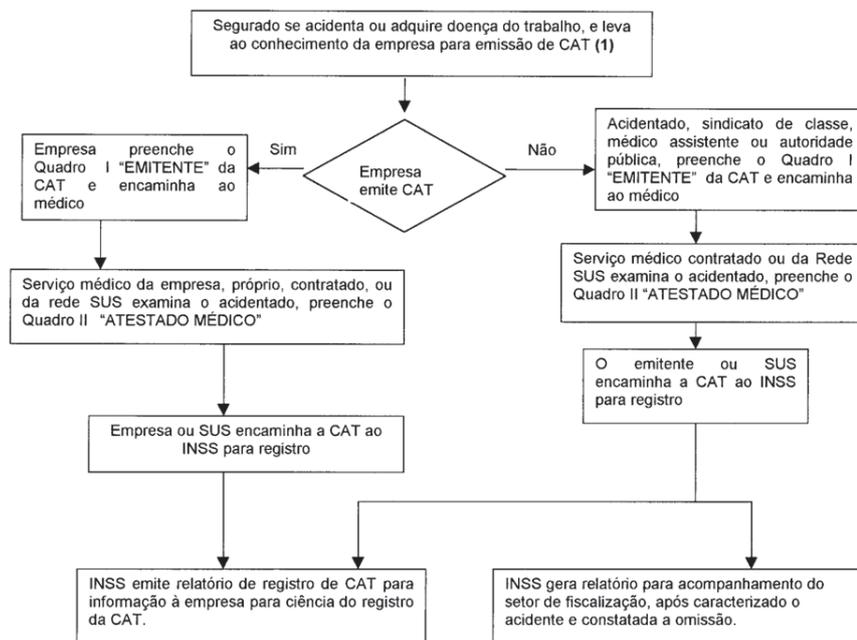
Havendo recusa por parte da empresa em fazê-la, deve-se seguir as recomendações do fluxograma da Figura 2, para o encaminhamento da CAT pelo sindicato de classe ou Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (nos municípios que disponham deste serviço), e, se necessário, preencher o quadro II da CAT (Atestado médico)²².

Para mais informações sobre o preenchimento da CAT, consultar: http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04-A.asp.

Atentar para o fato de que o conhecimento do local de atuação do paciente é necessário para esclarecer o nexo com o trabalho, conforme determina o Conselho Federal de Medicina²⁴.

Vale destacar que o dado epidemiológico merece ser pes-

Figura 2– FLUXOGRAMA



(Manual de instruções para preenchimento da comunicação de acidente do trabalho – CAT Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, Maio/99)

Roteiro de emissão e registro de comunicação de acidente do Trabalho - CAT

Nota(1) - Emissão da CAT em 6 vias: 1ª via para o Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, 2ª via para o emitente, 3ª via para o segurado ou dependente, 4ª via para o sindicato de classe do trabalhador, 5ª via para o Sistema Único de Saúde - SUS e 6ª via para o Delegacia Regional do Trabalho

quisado. Uma vez que existam muitos outros trabalhadores desempenhando a mesma atividade com queixas semelhantes naquele setor da empresa, este dado será de grande valor quando na sustentação do nexos com o trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a investigação de uma doença musculoesquelética, como em outras doenças, deve existir uma preocupação do médico de não apenas pensar e agir no local da dor.

Deve-se investigar detalhadamente a anamnese ocupacional, a semiologia, o gesto ocupacional da atividade com sua relação de força, repetitividade e posições estáticas para o estabelecimento do nexos causal.

É necessário que se investigue o paciente como um todo, além da profissão não esquecer as atividades desenvolvidas ao longo da vida laboral, devem ser investigados possíveis “hobbies”, atividades domiciliares, condições sociais e psicológicas envolvidas para o estabelecimento de nexos causal e/ou diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

1. Feuerstein M, Miller VL, Burrell L, Berger R. Occupational upper extremity disorders in the federal workforce. *JOEM*. 1998;40:546-55.
2. Feuerstein M et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. *J Occup Med* 1993;35:396-403.
3. Hall EM. *International Journal of Health Services*, 1989;19:725-45.

4. Hanson GA et al. Impact of physical exposure on neck and upper limb disorders in female workers. *Applied Ergonomics*. 2000;31:301-10.
5. Sato L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13
6. Tanaka S, Petersen M, Cameron L. Prevalence and risk factors of tendinitis and related disorders of the distal upper extremity among U. S. Workers: comparison to carpal tunnel syndrome. *Am J Ind Med*. 2001;39(3):328-35.
7. Instituto Nacional do Seguro Social. *Boletim estatístico de Acidentes do Trabalho*: Brasília; 1997.
8. Ministério da Saúde. *LER/DORT – Dilemas, polêmicas e dúvidas. normas e manuais técnicos*. 2001; 104: 8-9.
9. Mendes, R. *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu, 1995. p.287-310.
10. Assunção, A.A., Rocha, L.E. – Agora...até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos In Rocha, L.E. *ET AL Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993. p. 253 – 71.
11. Brasil. Portaria No 4062 do Ministério da Previdência e Assistência Social, de 06 de agosto de 1987. Reconhece a tenosinovite do digitador como doença ocupacional.[citado 2007 out]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/>
12. Brasil. Instrução normativa No 98, de 05 de dezembro de 2003. Referente à norma técnica sobre lesões por esforço repetitivo-ler ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho-dort. *Diário oficial da união* de 10 de dezembro de 2003.
13. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS ORDEM DE SERVIÇO INSS/DSS N°

- 606, DE 5 AGOSTO DE 1998 Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. [citado 2007out]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/82/INSS-DSS/1998/606.htm>
14. Helfenstein, M. Prevalência da síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER).[Tese] São Paulo:Universidade Federal de São Paulo; 1997.
 15. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Diagnosis and treatment of worker-related musculoskeletal disorders of the upper extremity. Evidence report/technology assessment no 62 USA 2002.
 16. Goldman, L., Ausiello, D. Cecil tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
 17. Kelley W.N., Harris E.D. JR, Ruddy S., Sledge C.B. (EDS): Textbook of Rheumatology. 5th ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 1997.
 18. Ranney, D. Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho. São Paulo. Roca. 2000
 19. Welch, R. Bursitis and tenosynovitis. In International Labor Office. Encyclopaedia of occupational health and safety. 3a ed. Geneva, 1983, p. 343-5.
 20. Haaga JR, Lanzieri CF, Sartoris DJ, Zerhouni EA. Tomografia computadorizada e ressonância magnética do corpo humano. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996: 1285-310
 21. Stoller DW. Magnetic resonance imaging in orthopedics & sports medicine. San Francisco: Lippincott, 1997;93-202
 22. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Manual de instruções para preenchimento da comunicação de acidente do trabalho – CAT, Maio/99. [citado 2007 out]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04-A.asp
 23. Brasil. Portaria Nº 777 do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS.[citado 2007out] Disponível em http://anamt.org.br/noticia_20_07_04b.html
 24. Brasil. Resolução de nº 1488/98 artigo. 2º do Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre o conhecimento do local de atuação do paciente para estabelecer o nexa com o trabalho[citado 2007nov]. Disponível em <http://www.anamt.org.br/resolucao.html>
-
- Artigo recebido: 26/06/2007**
Aceito para publicação: 22/04/2008