



NOTA ESPECIAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO
FUNDADA EM 14/12/1944 . DECLARADA DE UTILIDADE PÚBLICA .
DECRETO 40162, DE 10/10/1955 DO GOVERNO FEDERAL.
LEI MUNICIPAL 892, DE 12/08/1958 DO RIO DE JANEIRO

ANO XXXVII Nº2 ABR/MAI/JUN-2010

**Nossa
Doutrina**

“A redução, neutralização e controle dos riscos inerentes ao trabalho são condições fundamentais para garantir a qualidade do trabalho e do ambiente, a preservação da vida dos trabalhadores e essencial para o desenvolvimento sustentado da nação”.

EVENTOS

▮ *Aconteceu*

A mulher e a sobrecarga do Trabalho

No dia 17 de Junho a ABMT realizou o evento "A mulher e a sobrecarga do Trabalho". Sua organização e realização ficaram sob a responsabilidade, criatividade e iniciativa das nossas ilustres doutoras. O objetivo por elas traçado foi no sentido de "orientar os médicos do trabalho sobre o trabalho da mulher, suas características físicas, alterações fisiológicas e incompatibilidades com o processo produtivo".

▮ *Agenda*



Fique de olho!

SEMINÁRIO SOBRE ATUALIZAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

**DIA 15 DE SETEMBRO -
MANHÃ E TARDE**

Participe! Se informe na Secretaria.

A ABMT confirma sua posição sobre cálculo do FAP

As modificações introduzidas no cálculo do FAP pela Resolução CNPS 1316/10, não é o único tópico a merecer um estudo mais apurado do MPS, Há, ainda, outro aspecto que carece de reformulação: o da gradação de risco das empresas.

O grau de risco do grupo

94.12.0/00 (ao qual pertencem as Organizações Associativas Profissionais) foi majorado pelo MPS de 1% para 3%.

Como nesse grupo de 1888 empresas, a grande maioria delas - 1809 - possui IF, IG e IC igual a 0(zero), qual o critério usado para elevar o grau de risco?

Página 4.

A ABMT NO CAMINHO CERTO

No dia 2 de junho "O Globo" publicou a seguinte manchete na sua Seção de Economia:

"GOVERNO RECUA E MUDA REGRA DE SEGURO DO TRABALHO".

A matéria a seguir publicada sintetiza toda a iniciativa pioneira da ABMT, juntamente com a Sobes e o Conselho Federal de Estatística, em mostrar que a metodologia preconizada para aplicação do Decreto 6.957/09 continha clamorosos enganos técnicos que tornavam sua aplicação fora da verdade técnica. Pág.5

10 FATOS E MITOS QUANTO AO RISCO ERGONÔMICO

A existência ou não de risco ergonômico é um dos pontos mais atuais e importantes da prática da Medicina do Trabalho e da Ergonomia. Isso porque, em tempos de nexos presumido, para a grande maioria das empresas é previsto que grande parte das doenças e lesões do sistema músculo-esquelético será automaticamente considerada como causada pelo trabalho; e os afastamentos dessa natureza representam nada menos que 60 a 70% de todas as ocorrências que tiram o trabalhador de sua atividade por mais de 15 dias.

Páginas 6 e 7.

EMERGÊNCIAS E CUIDADOS EM OFTALMOLOGIA

O entendimento das emergências em oftalmologia é importante para médicos que atuem em atendimento de urgência, como para os pacientes que apresentem problemas oculares.

A oftalmologia tem características próprias que por vezes necessitam um conhecimento específico da especialidade, assim como determinados equipamentos, para um adequado diagnóstico e solução dos problemas.

Página 9.



Expediente

Boletim de Divulgação da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT
Av. Almirante Barroso, 63/301 - Centro - RJ
CEP: 20031-003 Fax: 0XX(21)
2240-8519 Tel: 0XX(21) 2240-8469
E-mail: abmt@ecrj.com.br
site: www.abmt.org.br

Coordenação Editorial

Daphnis Ferreira Souto,
Eduardo L. Souto,
Nadja de Sousa Ferreira
e Armando J. M. Pimenta

Diretoria Executiva

Presidente:

Paulo Antonio de Paiva Rebelo

Diretor da Área Administrativa:

Eliane Monteiro Raposo

Adjunto: Vera Lúcia Santos Nogueira Pinto

Diretor da Área Financeira:

Ricardo Rodrigues da Cunha

Adjunto: Reinaldo Rocha Rosadas

Diretor da Área Científica:

Nadja de Sousa Ferreira

Adjunto: Laura M. de Povina Cavalcanti

Diretor da Área de Relações Externas:

Luiz Carlos Carnevali

Adjunto: Alessandra P. Bastos

Órgãos Deliberativos

Conselho Superior

Silvia Regina Fernandes Matheus
Elisabeth Fialho Cantarelli
Jorge da Cunha Barbosa Leite
Eduardo Leal Souto
Osmond Degow da Rocha
Mônica Machado M. Ferreira Werneck

Conselho Técnico - Científico

Antonio Edson Alves Sampaio
Daphnis Ferreira Souto
Claudia da Silva Santos
Armando Jorge Marques Pimenta

Conselho Fiscal

Elizabeth Mota Schiavo
Fernando Puperi
Sergio Cruz Campos

Adjuntos:

Lumena Tereza Gandra
Ruth Huf
Mario Henrique de Almeida Fonseca

Editoração: Fátima Bréa - Reg.Prof. 3264/RJ
Impressão: 3MARC Impressões Gráficas Ltda.
Tiragem: 1.000 exemplares

As matérias assinadas são de inteira responsabilidade de seus autores.

Conversando com você

LEGADO, USUFRUTO E RESPONSABILIDADE

Estimados associados.

Estamos dando início à gestão de mais uma diretoria na ABMT. E ao dar os primeiros passos nesta trajetória, quero convidá-los a uma reflexão sobre as três palavras que servem de título a este editorial.

Recebemos um legado - aquilo que alguém transmite a outrem, que uma geração, escola literária, etc., transmitem à posteridade. Não somos proprietários, somos os guardiões de um patrimônio construído a partir de ideais, abdições, e muitas horas de dedicação e trabalho. Porém o conjunto de associados, liderados pela diretoria tem o compromisso de preservar, honrar, dignificar e manter a ABMT e conduzi-la ao futuro.

Assim, exercemos o usufruto - direito que se confere a alguém para, por certo tempo, retirar de coisa alheia todos os frutos e utilidades que lhe são próprios, desde que não lhe altere a substância ou o destino. E esta é a essência. Não devemos apenas parasitar e gozar daquilo que outros construíram. Está implícito o conceito de sustentabilidade, tão falado atualmente: que é "promover o melhor para as pessoas e para o ambiente tanto agora como para um futuro indefinido" garantindo o uso dos recursos pelas atuais gerações sem comprometer o futuro. Se apenas usamos, sem nada dar em troca, a tendência natural é o definhamento, o enfraquecimento, a inanição.

Temos que agir com responsabilidade - situação de um agente consciente com relação aos atos que ele pratica voluntariamente. É a obrigação de responder pelas próprias ações, e pressupõe que as mesmas se apóiam em razões ou motivos. O usufruto do legado pressupõe a responsabilidade.

O mestre Rui Barbosa deu-nos uma bela lição do que significa equidade. No discurso que escreveu aos formandos da turma de 1920 da Faculdade de Direito de SP, mais conhecido como "Oração aos Moços", diz: "A regra da igualdade não consiste senão em aquinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualem. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da in-

veja, do orgulho, ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real".

Portanto, não estamos aqui conclamando a todos que haja igual e que tenham a mesma dedicação, altruísmo e abnegação. Solicitamos que cada um assuma seu quinhão de responsabilidade.

A diretoria é responsável por manter o pleno funcionamento da ABMT, o que faz com trabalho voluntário, mas necessita para manter nossa sede, pagar condomínio, luz, telefone, internet, secretária, contratos de serviço e manutenção (contador, gráfica, webdesigner, etc.). Para realizar os cursos e reuniões científicas, contratamos profissionais, alugamos auditórios, encomendamos lanche, mandamos confeccionar material de divulgação e pagamos taxas administrativas. Para a defesa da ABMT e do médico do trabalho, muitas vezes temos de utilizar do trabalho de advogados e custos de processos. Mantemos este jornal, que além do custo de produção tem o pagamento do correio postal para chegar às suas mãos. A sabedoria popular informa: "Não existe almoço de graça, alguém está pagando a conta".

E as contas da ABMT, nós devemos pagar!

Enviamos os boletos da doação anual para manutenção da ABMT e apenas um reduzido número de colegas efetuou sua contribuição voluntária. Necessitamos de sua participação responsável, para que possa continuar usufruindo do legado, do presente e do futuro da ABMT. Se neste momento não lhe é possível fazer a doação no valor proposto, entre em contato com a secretaria e faça uma doação de acordo com sua possibilidade, pois aqui também deve funcionar o princípio da equidade. Ou junto sobrevivemos ou junto naufragamos.

A ABMT não é da diretoria e dos poucos que fazem doação. Ela é dos associados que a mantêm viva e pujante e da sociedade que a reconhece como valorosa, outorgando-lhe o título de utilidade pública estadual e federal. □

*Paulo Antonio de Paiva Rebelo
Presidente.*

A ABMT tem o prazer de comunicar o nome dos colegas que foram eleitos para compor a Diretoria e os Conselhos, durante o triênio 2010- 2013.

Diretoria Executiva

Presidente:

Paulo Antonio de Paiva Rebelo.

Diretor Administrativo:

Eliane Monteiro Raposo

Adjunto:

Vera Lúcia Santos Nogueira Pinto

Diretor Financeiro:

Ricardo Rodrigues da Cunha

Adjunto:

Reinaldo Rocha Rosadas

Diretor Técnico-Científico:

Nadja de Sousa Ferreira

Adjunto:

Laura Maria de Povina Cavalcanti

Diretor de Relações Externas:

Luiz Carlos Carnevali

Adjunto:

Alessandra Pereira Bastos

Conselho Superior

Silvia Regina Fernandes Martins

Elisabeth Fialho Cantarelli

Jorge da Cunha Barbosa Leite

Eduardo Leal Souto

Osmond Degow da Rocha

Mônica Machado M. Ferreira

Werneck

Conselho Fiscal

Elizabeth Mota Schiavo

Fernando Puperi

Sergio Cruz Campos

Adjuntos do Conselho Fiscal

Lumena Teresa Gandra

Ruth Huf

Mario Henrique de Almeida Fonseca "NOTA ESPECIAL" congratula os colegas eleitos idealistas por excelência, que aceitaram a importante missão de administrar e zelar com seriedade as atividades técnico-científicas da ABMT, e deseja, ao mesmo tempo, que todas as iniciativas sejam sempre coroadas de êxito em benefício da verdade científica e da Medicina do Trabalho.

Aconteceu

A mulher e a sobrecarga do Trabalho".

No dia 17 de Junho a ABMT realizou o evento "A mulher e a sobrecarga do Trabalho". Sua organização e realização ficaram sob a responsabilidade, criatividade e iniciativa das nossas ilustres doutoras. O objetivo por elas traçado foi no sentido de "orientar os médicos do trabalho sobre o trabalho da mulher, suas características físicas, alterações fisiológicas e incompatibilidades com o processo produtivo".

A matéria foi apresentada por um quarteto de competentes médicas que deram um verdadeiro show de conhecimento sobre o assunto. Mas não foi somente isso, também nos deram uma verdadeira aula sobre maneira de apresentar um tema tão "delicado" de um modo sutil e ao mesmo tempo tecnicamente preciso.

A Dra. Vera Lúcia Mota da Fonseca Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, mostrou todo o seu cabedal de conhecimento especializado com precisão, simplicidade e de fácil compreensão. Foi excelente. Dras. Elizabeth da Mota Schiavo e Andréa Morgado apresentaram muito bons exemplos de suas atividades como médicas do trabalho, demonstrando o quanto estão vivendo sua especialidade com entusiasmo. E finalmente a Advogada Milena Bedran se integrou de tal modo ao clima do evento que nos deu "um banho" de conhecimento jurídico mas fazendo de uma maneira leve, alegre, com muitos exemplos e "causos", tornando esse evento um "acontecimento inusitado" na história da ABMT.

Quem participou aproveitou muito e se divertiu. Quem não viu perdeu.

Agenda



Fique de olho!

SEMINÁRIO SOBRE ATUALIZAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

**DIA 15 DE SETEMBRO -
MANHÃ E TARDE**

Temário

- Fundamentos jurídicos - Abrangência - Objetivos
- Acidentes do trabalho - Acidente com morte - CAT
- Relatório Médico - Documentos necessários
- Auxílio doença previdenciário e acidentário - Auxílio Acidente
- Gestão em Medicina do Trabalho com interface na Legislação Trabalhista
- Doenças Profissionais - Ocupacionais e do Trabalho
- Acidentes de qualquer natureza - CAT
- Recursos para transformação de benefícios - LOAS
- Auditoria da Previdência Social - Junta e Conselho de Recursos da Previdência Social
- Apresentação de Casos - Questionamentos

PARTICIPE!

A ABMT CONFIRMA SUA POSIÇÃO RESOLUÇÃO CNPS 1316/10 MODIFICA CÁLCULO DO FAP

Eng^o André Lopes Netto - SOBES
Colaboram na formulação desse artigo
Prof. Luiz Carlos da Rocha-CONFÉ
Méd. Daphnis Ferreira Souto-ABMT

Dois aspectos distintos, sobre a mesma matéria, merecem uma abordagem concomitante, o que procuraremos fazer com a possível clareza.

Preliminarmente, devemos tecer comentários sobre as modificações introduzidas no cálculo do FAP pela Resolução CNPS 1316/10 e sobre a classificação do grau de risco das empresas; continuando, alinharemos nossas observações sobre o conceito matemático de percentil.

MODIFICAÇÕES NO FAP

Com a edição da Resolução CNPS 1316, de 31/05/10, o MPS corrigiu, em parte, equívocos cometidos na Resolução 1308 de 27/05/09, mormente no que se refere às Organizações Associativas Profissionais (CNAE 2.0 - subclasse 94.12.0/00).

Vejamos seu teor no que diz respeito ao cálculo do FAP:

"2.4 Geração do Fator Previdenciário-FAP por empresa.

...

Regra - Quando a empresa não apresentar, no Período-base de cálculo do FAP, registro de acidente ou doença do trabalho, benefício acidentário concedido sem CAT vinculada e qualquer benefício acidentário concedido (B91, B92, B93 e B94) com DDB no Período-base de cálculo, seus índices de frequência, gravidade e custo serão nulos e assim o FAP ser igual a 0,5000,

por definição."

Portanto, houve agora, por parte do MPS, um reconhecimento de que estaria equivocado quanto ao cálculo do FAP dessas entidades, nas quais se incluem as Organizações Associativas Profissionais com IF, IG e IC iguais a zero, determinando que, por definição, o novo FAP seja igual a 0,5.

É forçoso convir que as empresas com IF, IG e IC iguais a 0(zero) não podem ter o mesmo tratamento que aquelas que possuem seus Índices com valores diferentes de 0 (zero).

De qualquer forma, meio caminho foi andado!

Esse tópico, porém não é o único a merecer um estudo mais apurado do MPS.

Há, ainda, outro aspecto que carece de reformulação: o da gradação de risco das empresas.

O grau de risco do grupo 94.12.0/00 (ao qual pertencem as Organizações Associativas Profissionais) foi majorado pelo MPS de 1% para 3%.

Como nesse grupo de 1888 empresas, a grande maioria delas - 1809 - possui IF, IG e IC igual a 0(zero), qual o critério usado para elevar o grau de risco?

Não seria lógico que o MPS reformulasse também sua decisão de elevar o grau de risco dessa subclasse?

Vejam, caros leitores, que mesmo com a redução do FAP para essas 1809 empresas, continuarão elas a ter a sua contribuição majorada de 1% para 0,5 x 3%, ou seja, 1,5%

CONCEITO E APLICAÇÃO DO PERCENTIL

Como o MPS utiliza-se dos conceitos de número de ordem e de percentil, faz-se mister esclarecer o entendimento dessas expressões.

Os números podem ser classificados como cardinais ou ordinais. O termo cardinal é usado quando nos referimos ao valor absoluto do número, enquanto que ordinal designa o lugar ou posição ocupada numa série numérica (primeiro, segundo etc).

Quando essa série de números ordinais for constituída por 100 (cem) grupos, cada um deles será denominado percentil (se a série fosse constituída por 10 grupos, cada um deles seria decil).

A Resolução CNPS 1316/10 determina a aplicação do conceito de percentil para o cálculo do FAP das empresas componentes de cada uma das 1301 subclasses da CNAE 2.0 para uso da Administração Pública.

O cálculo do percentil objetiva, especificamente, determinar as posições que os IF, IG e IC de cada empresa ocupam no conjunto dos Índices da subclasse a quem pertencem; não representando os valores absolutos desses Índices.

Depreende-se do acima exposto que não existe embasamento lógico/matemático para comparação entre percentis de empresas de subclasses distintas, já que percentis não representam valores absolutos dos Índices, mas simplesmente posições relativas que determinadas empresas ocupam em cada uma das 1301 subclasses da CNAE 2.0 para uso da Administração Pública. □

A ABMT NO CAMINHO CERTO

No dia 2 de junho "O Globo" publicou a seguinte manchete na sua Seção de Economia:

"GOVERNO RECUA E MUDA REGRA DE SEGURO DO TRABALHO".

A matéria a seguir publicada sintetiza toda a iniciativa pioneira da ABMT, juntamente com a Sobes e o Conselho Federal de Estatística, em mostrar que a metodologia preconizada para aplicação do Decreto 6.957/09 continha clamorosos enganos técnicos que tornavam sua aplicação fora da verdade técnica. Essa metodologia precisava ser corrigida, pois em verdade tratava-se de uma vergonhosa manifestação de propaganda enganosa.

No "NOTA ESPECIAL" Ano XXXVII (out./nov./dez 2009), há um Parecer do Conselho Federal de Estatística, sob o título - Metodologia do FAP- O Paradoxo da Razão, com análise e crítica sobre a questão do FAP com o seguinte teor:

"A bem da técnica e do bom senso faz-se necessário demonstrar, como o faremos a seguir que o método do percentil não se aplica à determinação do valor do FAP e mais uma vez os técnicos do MPS se utilizaram de método estatístico equivocado o qual se mostra absolutamente inadequado ao assunto em questão.

Desse modo, perpetuam-se, nos textos da Resolução 1308 de 26/05/09 do CNPS e da Portaria Interministerial 254 de 25/09/09 do MPS e do MF, os erros que já haviam sido contados quando da edição da Portaria 1269 de 21/02/06, que constitui método que gera uma base deformada para o novo processo proposto de cálculo de alíquotas.

Portanto, a metodologia do FAP, infelizmente está calcada em duplo equívoco estatístico: na base gerada pelo

NTEP e no uso do percentil.

O método do percentil privilegia somente a ordenação dos valores e não a grandeza dos eventos de acidentalidade, isto é, não é levado em conta o aspecto quantitativo das grandezas: frequência, gravidade e custo. Somente considera na sua avaliação o número de ordem

"Desse modo, perpetuam-se ... os erros... para o novo processo proposto de cálculo de alíquotas. Portanto, a metodologia do FAP, infelizmente está calcada em duplo equívoco estatístico: na base gerada pelo NTEP e no uso do percentil."

NORDEM na seqüência ordenada das grandezas. A ditadura da propriedade ordinal e do percentil causa graves distorções no FAP em função do objetivo "bônus x malus". Destacaremos duas deformações relevantes: a primeira é a da influência da ocorrência de valores empatados; a segunda se deve à resistência de reação do percentil em função da variação dos valores dos parâmetros: frequência, gravidade e custo. Para demonstrar estas impropriedades usaremos o exemplo do MPS apresentado na página <http://www2.dataprev.gov.br/fap/FapFAP.pdt>, no qual é concebida a Sub-classe da CNAE com 600 empresas, cujas 400 primeiras encontram-se empatadas com o menor valor, no caso, empresas sem acidentalidade.

(...) - Prezado Médico do Trabalho:

Nesse ponto vamos pedir tolerância ao Colega e solicitar que leia atentamente o restante desse importante parecer no Nota Especial nº. 4 de 2009 e o apresente a Administração da sua Empresa e a todos que estejam interessados em dar uma solução técnica, legal e ética a essa questão.

(...) Conclusão do Parecer: É tão inacreditável imaginar que qualquer das composições de mortes 1,2,3,4 formuladas acima (ou outras infinitas possibilidades) resultaria sempre na Tabela da Situação 1, que a conclusão irrefutável da nossa análise é que o método do percentil é absoluta e totalmente inaceitável para o cálculo do FAP.

Nosso pensamento

Uma norma oficial assinada por qualquer autoridade da estrutura governamental não deve conter erros. Desse modo nossa cruzada continuará propugnando para que os dirigentes das entidades públicas governamentais se submetam aos critérios técnicos em sua normalização. Coisas sérias não comportam aventuras. Só assim construiremos uma Medicina do Trabalho digna, honesta, ética e em bases sólidas, com métodos de trabalho reconhecidos cientificamente e não sob a influência de falsas premissas adotadas para servir interesses que não sejam os do verdadeiro humanismo. É preciso por um freio na propaganda enganosa, com que se tenta iludir os trabalhadores e as lideranças da sociedade, usando métodos por meio dos quais se procura burlar a verdade do conhecimento consagrado. Só a irresponsabilidade e a desfaçatez de alguns "mestres" e "doutores" seriam capazes de levar avante tal burla, com a agravante de alguns deles tirarem proveito pessoal de tal mistificação. □

10 FATOS E MITOS QUANTO AO RISCO ERGONÔMICO

PROF. DR. HUDSON DE ARAÚJO COUTO

A existência ou não de risco ergonômico é um dos pontos mais atuais e importantes da prática da Medicina do Trabalho e da Ergonomia. Isso porque, em tempos denexo presumido, para a grande maioria das empresas é previsto que grande parte das doenças e lesões do sistema músculo-esquelético será automaticamente considerada como causada pelo trabalho; e os afastamentos dessa natureza representam nada menos que 60 a 70% de todas as ocorrências que tiram o trabalhador de sua atividade por mais de 15 dias.

Assim, diante de um caso de um trabalhador afastado por transtorno musculoligamentar, a equipe de medicina do trabalho terá sempre a seguinte pergunta: há realmente um risco ergonômico que justifique o enquadramento automático do caso como decorrente do trabalho? Caso haja, não haverá o que discutir em relação ao nexo técnico presumido, sendo aplicáveis todas as medidas e direitos decorrentes desse nexos; caso não haja, caberá à empresa recorrer junto à previdência social e reverter o caso para afastamento não ocupacional.

Portanto o ponto de chave da conduta é a definição quanto a existência ou não de risco ergonômico. É esse o ponto de decisão que contém algumas questões sutis, que necessitam ser esclarecidas. Ninguém tem dúvida em situações óbvias (ver adiante). As dúvidas aparecem em trabalhos de manufatura, onde as pessoas se envolvem com movimentos repetidos muitas vezes durante a jornada; e também no trabalho comum em escritórios ou atividades de tele-atendimento, onde ocorre uma tendência à generalização do risco.

Trabalhos com esforços muito intensos costumam ser de alto risco ergonômico - FATO

Não há qualquer dúvida quanto a existência de risco entre trabalhadores envolvidos em carregamentos de sacas de mantimentos ou de cimento de 50 a 60 kg. Mesmo que ocasional (mesmo entre indivíduos fortes). Também não há

dúvida quando as pessoas têm que fazer esforços críticos, de alta exigência, especialmente relacionados a esforços para a coluna vertebral. Ou entre mecânicos envolvidos em atividades de alta exigência sem as ferramentas para tal. E também entre aqueles que trabalham por tempo prolongado em ambientes muito quentes. Nesses casos, a sobrecarga biomecânica ou fisiológica acima dos limites de tolerância das estruturas orgânicas é o fator determinante do risco.

A repetição de um mesmo padrão de movimento se constitui em risco ergonômico - MITO

Os estudos científicos são bem conclusivos quanto ao papel patogênico da repetição de um mesmo padrão de mo-

"... diante de um caso de um trabalhador afastado por transtorno musculoligamentar, a equipe de medicina do trabalho terá sempre a seguinte pergunta: há realmente um risco ergonômico que justifique o enquadramento automático do caso como decorrente do trabalho?"

vimento, em alta velocidade e por jornadas prolongadas. Essa tríade eu a denomino de repetitividade patogênica. Ela pode ficar bem caracterizada para o leitor ao abordarmos a repetição não patogênica.

Não é patogênica a repetição em que o trabalhador tem os tempos corretos de recuperação de fadiga, estudados por técnicas científicas. Tampouco é patogênica a repetição em velocidade normal à baixa; ou quando há rodízios adequados. Em empresas, é muito comum que, mesmo sem haver rodízio entre tarefas, o trabalhador tenha um período longo de uma atividade complementar, de exigência diferente. Por exemplo, numa situação em que, embora não haja

rodízio na tarefa, ao final de um certo número de peças produzidas, o trabalhador sai daquela posição e dirige-se a uma outra máquina onde faz uma operação complementar naquele conjunto de peças previamente trabalhadas. Outra situação de repetitividade não patogênica é quando a tarefa tem, em si, tempos de pausa curtíssima suficientemente longos para permitir o repouso. Ou quando existe uma concessão significativa em termos de tempo para preparar a produção ou para finalizá-la. A chance de uma repetição de movimentos ser caracterizada como patogênica é também menor quando há boa postura do corpo ao executar o trabalho, quando existe pouca força, quando há pouco esforço estático e quando a carga mental é razoável.

Mas, em certas condições, a repetição de um mesmo padrão de movimentos se constitui em risco ergonômico - FATO

Assim, é nitidamente patogênica a repetitividade em que o trabalhador tem ritmo muito forçado, quando não faz rodízio dos movimentos e mantém o mesmo padrão durante toda a jornada, quando faz horas extras nessa atividade e quando há ainda fatores biomecânicos complicadores, como força excessiva, desvios posturais, postura estática e alta carga mental na atividade. E quando não tem as necessárias pausas de recuperação.

Ciclos menores que 30 segundos são de risco ergonômico - MITO

Caso no ciclo existam os mecanismos de regulação, especialmente as pausas curtíssimas suficientes, não haverá risco.

Mas ciclos muito curtos têm maior chance de apresentar risco ergonômico - FATO.

No caso de ciclos menores que 10 segundos, é muito pouco provável haver pausa curtíssima suficiente. Nesses casos, antes de afirmar existir risco ergonômico, é fundamental checar se há ou não rodízios eficazes e se há ou não tempo de recuperação de fadiga.

10 FATOS E MITOS QUANTO AO RISCO ERGONÔMICO

PROF. DR. HUDSON DE ARAÚJO COUTO

"As dúvidas aparecem em trabalhos de manufatura, onde as pessoas se envolvem com movimentos repetidos muitas vezes durante a jornada; e também no trabalho comum em escritórios ou atividades de tele-atendimento, onde ocorre uma tendência à generalização do risco."

Um trabalho repetitivo, em condições bem gerenciadas pode não ter risco ergonômico; a mesma realidade biomecânica, mal gerenciada, pode ser de risco ergonômico - FATO.

Definimos organização do trabalho como o conjunto de planos administrativos visando atingir as metas estabelecidas. Ela se constitui num somatório de 9 letras, mnemonicamente fáceis de serem guardadas: 1T e 8M (tecnologia, maquinário, manutenção, matéria prima, material, método, recursos do meio ambiente, mão de obra e money). Qualquer disfunção importante em alguns desses componentes pode resultar em risco ergonômico. Por exemplo, guidões de paletes elétricas sem manutenção podem resultar em grande esforço físico para os braços do trabalhador e conseqüentemente, lesão ergonômica. Outro exemplo, aumentar as metas sem considerar a capacidade das equipes costuma resultar em aceleração dos processos produtivos, horas extras e, portanto, aparecimento de risco ergonômico onde previamente não existia. Sutil? Muito!

O trabalho em escritório costuma ter muitos fatores de risco ergonômico - FATO.

O risco pode ser caracterizado em situação de desajustes biomecânicos bastante significativos. As condições mais frequentes são: cadeiras e assentos muito ruins, mesas impróprias para a atividade gerando má condição biomecânica, quina viva em mesa de trabalho, uso inadequado de notebook, diretamente sobre a mesa com encurvamento da coluna e telefone preso ao pescoço enquanto se trabalha. Além disso, costuma haver risco ergonômico em situações de alta carga mental (ver adiante).

As questões relacionadas ao desconforto térmico, desconforto acústico e má iluminação, fugindo dos parâmetros fixados pela NR-17, devem ser considerados como causadoras de desconforto, dificuldade ou fadiga, não se constituindo em risco.

Trabalhos em alta carga mental são sempre de risco ergonômico - MITO

Trata-se de uma questão complexa. A ISSO desenvolveu em sua norma sobre o assunto (Norma 10175 - 1991 a 2004) um modelo em que as seguintes características do trabalho podem ser consideradas causadoras de carga mental: exigências da tarefa (atenção prolongada, processamento de informação, responsabilidade, padrões temporal e de duração da jornada de trabalho, conteúdo da tarefa e perigo), condições físicas do ambiente (iluminação, condições climáticas, ruído, tempo e odores), fatores sociais e organizacionais (tipo de organização, clima organizacional, fatores do grupo, liderança, conflitos, contatos sociais) e fatores externos (demanda social, padrões culturais e situação econômica). Segundo o mesmo modelo, características pessoais diversas são capazes de modificar a relação de estresse e de carga e de carga mental diante das exigências do trabalho, sendo relacionadas as seguintes: nível de aspiração, autoconfiança, motivação, atitudes, capacidade de lidar, habilidades, qualificações, conhecimento, experiência, condição geral de saúde, constituição física, idade, estado nutricional e nível de ativação inicial.

Conforme se pode perceber desse modelo, não há regra fixa, e uma situação que poderia trazer sobrecarga mental para uma pessoa pode ser até mesmo motivo de desafio e auto-desenvolvimento para outra. Apesar dessa dificuldade, diversos autores concordam que a carga mental tem um potencial patogênico nas situações de muitos prazos limites apertados, em casos de falta de controles do indivíduo sobre o resultado de seu trabalho com possíveis conseqüências graves, e nas situações em que se deixam pontas mal finalizadas, com possíveis conseqüências importantes, tal como reparos feitos sem a precisão final necessária em situação de risco - ex. mecânico de uma aeronave que tem que colocar uma peça fora da especificação.

Seria caracterizado o risco ergonômico por carga mental quando uma porcentagem importante de trabalhadores daquela atividade esteja apresentando sintomas de transtornos mentais, comparados a outros grupo de outras funções. Essa diferença deve ser demonstrada por teste estatístico (quiquadrado, razões de chance ou outro).

Isso nos remete, por fim, à conclusão de que existir ou não o risco ergonômico por sobrecarga mental, não está relacionado a um tipo de estabelecimento ou um tipo de atividade.

Trabalhar em call-center é de alto risco ergonômico - MITO

Embora na atividade de call-center exista uma série de itens causadores de estresse e de carga mental, é um sofisma fazer a generalização de que trabalhar em call-center é igual a sofrer de estresse e sobrecarga mental.

Em alguns call-centers costuma existir os três fatores mais implicados em sobrecarga mental acima citados: controle rígido sobre o tempo e resultados, falta de controle sobre as reclamações dos clientes e a não conclusão do processo, gerando pontas. Mas também é verdade que há call-centers bem gerenciados, com bom ambiente de trabalho, feedback bem feito, meritocracia,

melhoria gradativa dos sistemas, pausas, treinamento bem feito dos novatos e ações efetivas visando facilitar o trabalho dos atendentes.

Assim, a existência ou não de risco ergonômico em call-centers está relacionada mais à qualidade da ação gerencial: naqueles bem administrados, trabalha-se num nível de tensão correto, sem sobrecarga. Nos mal gerenciados, é comum haver alta frequência de adoecimento por transtornos mentais.

Posso fazer a definição de risco ergonômico com base em check-list - MITO.

Numa análise ergonômica, os check-lists são ferramentas complementares e não deveriam ser usados como ferramentas únicas. Qual a sua grande limitação com esse intuito? É que eles em geral não medem a existência ou não de mecanismos de regulação.

Conclusão

Uma das características mais marcantes do risco ergonômico é a sua oscilação dependente da realidade de momento de uma determinada empresa. Assim, é possível que, em determinado momento não haja um risco ergonômico e em outro momento, poucos dias após, já exista o risco. Ou o

contrário. Também depende do tipo de produto, de haver produções mais fáceis ou mais difíceis; de haver coleção verão ou inverno na indústria de confecções; e assim por diante.

Estar atento a todos esses detalhes e sutilezas é função do especialista interno em ergonomia, pois isso tem a ver diretamente com o reconhecimento ou não do risco por ocasião de um afastamento médico.

De qualquer forma, uma boa orientação para o leitor é saber que os fatores que mais determinam o risco ergonômico são: a intensidade de um determinado fator, a frequência do exercício dessa ação técnica ao longo da jornada e a taxa de ocupação. E um dos melhores meios de detectar o impacto desses fatores é a prática da ferramenta intitulada censo de ergonomia, que se constitui basicamente em perguntar a todos os trabalhadores por ocasião da revisão periódica: você considera que no seu trabalho há algum fator que lhe cause desconforto, dificuldade ou fadiga? A análise estatística das respostas pode orientar muito para a caracterização do risco ergonômico.

AABMT chama atenção para as recomendações finais do Prof. Hudson Couto.

Para você pensar e analisar:

1) Quais os três principais fatores determinantes do risco ergonômico?

- Intensidade da exigência
- Frequência
- Taxa de ocupação

Destes o mais importante é a taxa de ocupação.

2) Devo escrever no ASO a existência do risco ergonômico?

Como regra geral, não recomendamos, exatamente porque a questão da existência de risco ergonômico é algo dinâmico e sutil. Em certas situações ele deve ser assinalado. Conforme destacamos neste texto, ninguém tem dúvidas em carregamento de sacas de mantimentos e de cimento de 50 a 60 kg, mesmo que ocasional. Também não há dúvidas quando os trabalhadores têm que fazer esforços críticos, de alta exigência especialmente relacionados para a coluna vertebral. Ou entre mecânicos envolvidos em atividades de alta exigência sem as ferramentas para tal. E também entre aqueles que trabalham por tempo prolongado em ambientes quentes. Nas atividades manuais, é legítimo considerar a existência de risco ergonômico naquelas situações de movimentos de alta velocidade, com demanda de trabalho contínua e com altas taxas de ocupação ao longo da jornada. □

Alcoolismo nas empresas

Durante o exame médico periódico dos empregados torna-se, às vezes, necessário uma avaliação sobre a questão do uso do álcool. Essa tabela poderá ser útil e esclarecedora sobre a gravidade do problema ou para definir a real necessidade de um programa de prevenção para combater o alcoolismo na empresa.

APROPRIAÇÃO DE ETILISMO

1. Você toma bebidas com álcool:		2. No dia em que costuma beber, você toma:		3. Você costuma tomar 6 ou mais doses em uma mesma ocasião:	
Frequência	Pontos	Dose (*)	Pontos	Frequência	Pontos
Nunca	0	1 a 2	0	Nunca	0
1 vez por mês	1	3 a 4	1	Menos de uma vez por mês	1
2 a 4 vezes por mês	2	5 a 6	2	Mensalmente	2
2 a 3 vezes por semana	3	7 a 9	3	Semanalmente	3
Diariamente ou quase	4	10 ou mais	4	Diariamente	4
Tabela de dose correspondente de etanol					
(*) Uma dose ou unidade de etanol corresponde:		1 copo de 300 ml de cerveja			
		1 taça de 150 ml de vinho			
		1 dose de 50 ml de cachaça, uísque ou outra bebida destilada			
Classificação					
Quantidade de pontos		Áreas		Mensagem	
0 a 4		Verde ●		Mantenha-se no verde	
5 a 6		Amarelo ●		Conte seus pontos	
7 ou mais		Vermelho ●		Procure ajuda	

EMERGÊNCIAS E CUIDADOS EM OFTALMOLOGIA

Dr. Oswaldo Moura Brasil
Oftalmologista

O entendimento das emergências em oftalmologia é importante para médicos que atuam em atendimento de urgência, como para os pacientes que apresentam problemas oculares.

A oftalmologia tem características próprias que por vezes necessitam um conhecimento específico da especialidade, assim como determinados equipamentos, para um adequado diagnóstico e solução dos problemas.

De um modo geral as pessoas procuram os serviços de emergência quando os olhos são acometidos por traumatismos, por estarem vermelhos, apresentarem dor ou redução da visão.

Esses quadros oftalmológicos podem ser, de uma forma geral, classificados como urgentes quando necessitam uma solução para o mesmo dia. Podem ser muito urgentes quando a solução tem que ser dada em horas, e emergências quando a solução tem que ser imediata.

Em princípio, o ideal é que um serviço de oftalmologia seja procurado. Na impossibilidade desta opção, os serviços de emergência em hospitais gerais ou pronto atendimento podem ser utilizados para que os profissionais avaliem a gravidade do quadro, encaminhando os pacientes para o atendimento adequado.

Geralmente, os eventos urgentes são os relacionados ao olho vermelho, com ou sem dor. É muito comum a presença de hemorragias subconjuntivais, encobrendo a parte branca do olho, que é a esclera. Embora impressionem pelo aspecto, em geral não têm grande importância. São causadas pelo rompimento de um pequeno vaso sanguíneo e não causam dano ao olho. Quando as hemorragias são dentro do olho, visíveis de fora, na câmara anterior, estas sim são graves e precisam cuidados imediatos.

INFLAMAÇÕES

Os olhos também podem ficar vermelhos por processos inflamatórios. Podem ser externos, nas pálpebras por exemplo, o que é visto nas blefarites (inflamação das pálpebras), nos hordéolos, meibomites e calázios, geralmente chamados de terçoís. Uma medida simples e eficiente, como um primeiro cuidado, é o uso de compressas mornas e limpeza das pálpebras, até um atendimento médico. O uso de colírios antibióticos e com corticóides não deve ser iniciado sem que se tenha um diagnóstico correto. Seu uso em certas lesões virais ou fúngicas pode agravar o quadro.

O olho também pode ficar vermelho por inflamações internas do tipo irites, ciclites ou uveítes, que são diagnósticos que não podem ser feitos pelo paciente e por vezes nem mesmo pelo próprio médico em serviço de emergência, quando não oftalmologista.

O olho vermelho que apresenta coceira e sensação de areia está frequentemente relacionado a processo alérgico. Uma boa medida inicial está no uso de compressas frias e colírios lubrificantes. Quando existe desconforto mais acentuado e lacrimejamento, podemos pensar em processo virais ou erosões da córnea. Outra possibilidade é a ceratite (ulceração da córnea) causada pela exposição excessiva ao sol ou radiações ultravioleta.

COLÍRIOS - Antibióticos e com corticóides só devem ser usados se receitados.

O olho vermelho pode ainda estar associado à presença de secreção purulenta. Pode-se amanhecer com as pálpebras coladas e a visão turva. Nestes casos, as causas mais frequentes são as conjuntivites bacterianas. O primeiro cuidado, até obter assistência oftalmológica, deve ser a limpeza das pálpebras com água previamente fervida, boricada ou soro fisiológico, e instilação e colírios lubrificantes. Chamamos a atenção, novamente, para que não sejam usados colírios com antibióticos ou corticóides. Estes podem agrava-

var o quadro se o diagnóstico não for correto. Um exemplo que pode ser citado é a presença de lesões virais na córnea por herpes.

As inflamações da glândula lacrimal e do saco lacrimal também vêm frequentemente associadas a olho vermelho, dor e secreção.

Quando as emergências oftalmológicas estão relacionadas ao olho com dor e redução da visão, em geral são mais graves. É preciso um atendimento oftalmológico mais urgente e soluções a curto prazo.

Se a redução da visão é subaguda, com olho vermelho, podemos pensar em lesões da córnea. Com olho calmo, geralmente são problemas intraoculares, como neurites, arterites, oclusões parciais de veias ou artérias da retina.

Na presença de dor e perda súbita da visão, é sempre importante pensar em glaucoma agudo. Nestes casos, além da dor ocular e orbitária, temos também náusea, vômito e dilatação da pupila. O diagnóstico correto e o tratamento só podem ser feitos por oftalmologista, e o tempo é fundamental para evitar lesões definitivas ao nervo ótico com sequelas visuais permanentes. A solução clínica ou cirúrgica tem que ser dada em poucas horas para que haja uma reversão do quadro à normalidade.

Por vezes temos a perda súbita da visão, total ou parcial, sem presença de dor. Entre as causas mais frequentes estão as hemorragias intraoculares, as oclusões vasculares e o descolamento da retina.

Na presença de dor e perda súbita da visão, é sempre importante pensar em glaucoma.

As hemorragias por problemas vasculares estão em geral presentes em pacientes hipertensos, diabéticos, portadores de certas doenças degenerativas da retina ou quando ocorre rotura na retina.

O descolamento da retina é também uma causa da perda súbita visual, sem

□

EMERGÊNCIAS E CUIDADOS EM OFTALMOLOGIA

dor, mais frequente nos olhos míopes e operados de catarata. O deslocamento da retina é geralmente relacionado, pelos pacientes, a existência de um traumatismo. Na verdade, o trauma representa estatisticamente um número pequeno nos deslocamentos da retina. É importante que se saiba que não é preciso ter um traumatismo para desencadear descolamento da retina.

TRAUMAS

Estas perdas súbitas visuais precisam

atendimento bastante urgente para uma solução com a menor seqüela possível, dependendo da gravidade do quadro.

Finalmente os traumas oculares são, também, uma das principais causas de procura pelos serviços de emergência oftalmológica.

Eles podem enquadrar-se em várias possibilidades citadas anteriormente.

Podemos ter olhos vermelhos com e sem dor, perdas visuais totais ou parciais.

Especialmente nas feridas oculares

penetrante, perfurante, com presença ou não de corpo estranho intraocular, ferimento nas pálpebras, o atendimento tem que ser realmente emergencial. Nestes casos, o tempo é muito importante quando há indicação cirúrgica e esta deve ser realizada em poucas horas.

A automedicação é sempre indesejável e é melhor, na maioria dos casos, não tentar qualquer tratamento sem um diagnóstico correto. ▣

Fonte: JB Vida, Saúde & Ciência. (16/05/2010).

A REALIDADE: Médicos Peritos do INSS entram em greve

Os médicos peritos do INSS entraram em greve e no pronunciamento que fizeram à Nação sobre as razões de sua atitude mostram, com realismo, a situação conflitiva imperante naquele importante setor da administração da Previdência Social. Cabe exatamente a Perícia a incumbência de decidir tecnicamente e dar encaminhamento às questões referentes aos benefícios previdenciários decorrentes dos acidentes de trabalho, das licenças por doenças e aposentadorias por invalidez, entre outros.

O informe publicado demonstra, melhor que ninguém, o quando está problemático exercer com justeza as suas importantes atribuições.

Vejamos o que foi publicado:

"A Previdência Social é uma das instituições mais nobres do Brasil. É nela que milhões de brasileiros depositam durante anos a fio uma parte importante do fruto de seu trabalho. É na Previdência Social que repousam as esperanças de tantos cidadãos que sonham com um futuro mais ameno. É na Previdência Social que o trabalhador brasileiro enxerga o seu porto seguro quando a doença ou o acidente lhe impedem de ir a luta na busca do pão nosso de cada dia.

Mas a Previdência Social está muito doente! Infelizmente essa instituição criada para ser referência está sem rumo. É por isso que a perícia médica previdenciária está parada. Os peritos

estão em greve porque não podem mais tolerar os desmandos, a falta de organização administrativa, a incompetência na condução desta instituição. Os peritos médicos previdenciários estão em greve para, quem sabe, em curto prazo não estarem de luto.

Essa não é uma paralisação por melhoria salarial apenas e sim, pela dignidade de uma carreira. Os peritos médicos querem respeito, querem tempo e estrutura para atender a população brasileira com segurança, cuidado e dedicação. Eles querem liberdade para trabalhar sem interferências internas ou externas, querem ter e dar qualidade de atendimento, sem limitações de tempo ou falta de estrutura.

Os peritos não querem mais ser vítimas de agressões e ver os segurados sendo impedidos de obter seus direitos. Querem assumir seu papel na estrutura da instituição e ter autonomia para poder colaborar com o aperfeiçoamento do sistema previdenciário. E isso se inicia pelo aprimoramento de cada perito, dentro e fora do INSS.

Os peritos querem ajudar a Previdência a crescer e reencontrar seus rumos, tendo os cargos com poder de decisão ocupados por servidores competentes e não por pessoas despreparadas. Os peritos querem ser respeitados em seu direito legal de praticarem medicina fora da autarquia.

Todas essas demandas são antigas e

há anos os peritos não obtêm resposta. A categoria quer ter o direito, previsto na legislação, de cumprir sua jornada de trabalho em seis horas corridas e, com isso, ajudar a otimizar o atendimento pericial. A categoria quer ainda que o INSS informe à população, de maneira clara e honesta, qual o papel da perícia e o que é o benefício por incapacidade.

A greve dos peritos médicos foi iniciada em 22/06/2010. A cúpula do INSS não se movimenta em busca de soluções e aguarda o esvaziamento da paralisação. É uma atitude ruim para a Previdência Social e para grande número de pessoas que dependem do INSS. Os médicos peritos não esmorecerão antes de ver concretizadas todas as suas aspirações. Esse é o papel de quem recebeu da sociedade a incumbência de permitir acesso aos benefícios e de zelar por sua concessão de forma tecnicamente correta."

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

Comentário: a desfaçatez com que a cúpula do INSS vem se comportado face as denúncias dos erros cometidos na elaboração de leis, portarias e resoluções coroadas por uma clamorosa deficiência de gestão interna da coisa pública está a merecer medidas que reponham novamente em seu lugar o prestígio que sempre gozou o INSS como um dos garantidores da Federação e da Paz Social. ▣

Notícias Diversas

▣ **Mudanças realizadas pela ANS beneficia os trabalhadores e facilita a prática da Saúde ocupacional.**

As novas regras para os planos de saúde não terão benefícios apenas com a ampliação de novas coberturas, mas também o atendimento ao consumidor.

Um dos fatores mais importantes desta mudança se deve a assistência obrigatória em casos de acidente de trabalho.

Anteriormente, havendo um acidente de trabalho o empregador informava o INSS, por meio CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), documento que serve para facilitar e agilizar o registro dos acidentes de trabalhos e doenças ocupacionais, havendo ou não afastamento do acidentado. O CAT possui todas as informações que garante todos os direitos ao empregado em casos de acidente no ambiente de trabalho. Desta forma, quando o empregador alertava o CAT, o funcionário perdia o direito de assistência médica da sua operadora de saúde.

Agora com a nova regra, que entrou em vigor a partir do dia 07 de junho, o funcionário que sofrer um acidente no seu ambiente de trabalho, a operadora, independente da gravidade, será obrigada a prestar atendimento e cobrir todo o tratamento. Para ter acesso ao atendimento basta ir a um hospital credenciado pelo seu plano de saúde.

Segundo o estudo da Munich Re, a taxa de acidentes de trabalho variam de 3 a 7,8 casos de lesões/100 empregados, sendo a carteira de planos cole-

tivos no Brasil aproximadamente 29.400.000 de trabalhadores, temos um potencial de 882.000 a 2.293.200 lesões ocupacionais. Se o tratamento médico inicial for de R\$50,00 em média, a projeção do aumento da despesa assistencial das operadoras de saúde será de R\$ 44.100.000 a R\$ 114.660.000, sem contar com o custo da prevenção e reabilitação do acidente de trabalho que serão algumas das ferramentas para controlar a sinistralidade.

O Sistema de Saúde Suplementar, regulado pelo Ministério da Saúde deverá passar por um repensar do seu modelo mental de assistência médica, pois agora será exigido também competências do Ministério do Trabalho. Enfim, terá que adaptar as RN (Resoluções Normativas) da saúde assistencial para as NR (Norma Regulamentadora) da saúde ocupacional se quiser melhorar seu equilíbrio econômico financeiro.

Fonte: Informativo TSPV e Saúde Business - BLOG - Henrique Shinomata

▣ **Agência Internacional para Pesquisa em Câncer - IARC lança estatística global de câncer.**

01/06/2010 - O levantamento Globocan 2008, o mais completo sobre o ônus global do câncer no mundo, divulgado dia 1º pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que a maioria dos 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes pela doença em todo o mundo ocorre-

ram em países em desenvolvimento.

A partir deste levantamento, que está disponível no portal da IARC, gestores de saúde de diferentes regiões do mundo podem definir prioridades para o controle do câncer. Além disso, o Globocan 2008 permite prever a incidência de câncer de futuro e a taxa de mortalidade nos próximos 20 anos, de acordo com as mudanças previstas no envelhecimento e no crescimento da população.

As regiões menos desenvolvidas são as mais afetadas, tanto em termos de incidência (56% dos novos casos de câncer em 2008) quanto de mortalidade (63%).

Os tumores mais comumente diagnosticados em todo o mundo são pulmão (1,61 milhão de casos ou 12,7% do total), mama (1,38 milhão ou 10,9%) e colorretal (1,23 milhão ou 9,7%).

As causas mais comuns de morte por câncer devem-se a tumores de pulmão (1,38 milhão ou 18,2% do total), estômago (740 mil ou 9,7%) e fígado (690 mil ou 9,2%). "Diferenças marcantes são observadas nos padrões de câncer de região para região. Os cânceres do colo do útero e de fígado são muito mais comuns nas regiões em desenvolvimento, enquanto próstata e câncer colorretal ocorrem mais em regiões desenvolvidas", observou o diretor da IARC, Christopher Wild.

O recurso online é fácil de usar e é capaz de gerar mapas e outros gráficos. Além disso, uma série de fichas descrevem a ocorrência global de câncer dentro de regiões ou países específicos, bem como os padrões mundiais para oito tipos de câncer mais comuns.

(Fonte: INCA) ▣

PROJETO RETIRA EXCLUSIVIDADE DE MÉDICO EM PERÍCIAS PARA APOSENTADORIA

A Câmara analisa o Projeto de Lei 7200/10, do deputado Ricardo Berzoini (PT-SP), que estende a outros profissionais da área de saúde a competência para realizar perícias da Previdência Social para a concessão de aposentadoria por invalidez. Pela lei atual, essas perícias só podem ser feitas por médicos. A proposta altera a Lei 8.213/91.

A proposta permite uma perícia multidisciplinar, com a participação de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais da Previdência. Segundo Berzoini, a mudança permitirá melhor aproveitamento pela Previdência desses profissionais. O projeto também foi assinado pela deputada Jô Moraes (PCdoB-MG) e pelos deputados Paulo Pereira da Silva (PDT-SP), Pepe Vargas (PT-RS) e Roberto Santiago (PV-SP).

A mudança também permitirá que a

avaliação pericial seja feita de modo multidisciplinar. Com isso, segundo Berzoini, o relatório final de avaliação da capacidade de trabalho vai demonstrar uma realidade mais completa, transparente e justa.

O projeto tramita em caráter conclusivo, processo no qual a proposta não precisa ser votada pelo Plenário, apenas pelas comissões designadas para analisá-lo. O projeto perderá esse caráter em duas situações: - se houver parecer divergente entre as comissões (rejeição por uma, aprovação por outra); - se, depois de aprovado pelas comissões, houver recurso contra esse rito assinado por 51 deputados (10% do total). Nos dois casos, o projeto precisará ser votado pelo Plenário.

O Projeto será analisado pelas Comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Fonte: Agência Câmara

A ABMT já se adiantou a esse assunto, enviando carta ao CREMERJ:

"Sr. Presidente

A lei atual (8213/91), estabelece que essas perícias só podem ser feitas por médicos. Entretanto, a proposta do Deputado Berzoini permitirá que fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais realizem a perícia de avaliação da capacidade de trabalho.

O projeto, tramita em caráter conclusivo, rito pelo qual não precisa ser votado pelo Plenário, apenas pelas comissões designadas para analisá-lo.

Solicito que este Conselho avalie o projeto de Lei acima citado não fere o ato médico, preservado pela legislação em vigor.

Renovo nosso respeito e admiração.

Atenciosamente
Paulo Antonio de Paiva Rebelo"



Ah, ah... essa é demais!!! Esses alunos inteligentes ...

Professor: O que devo fazer para repartir 11 batatas por 7 pessoas?
Aluno: Purê de batata, senhor professor!
(faz sentido!)

Professor: "Chovia" que tempo é?
Aluno: É tempo feio, horroroso, senhor professor.
(alguma dúvida?)

Professora: Bruno, que nome se dá a uma pessoa que continua a falar, mesmo quando os outros não estão interessados?
Bruno: Professora.
(essa doeu!)

Dois alunos, muito amigos, chegam tarde à escola e justificam-se:
- O 1º Aluno diz: Acordei tarde, senhor professor!
Sonhei que fui à Polinésia e a viagem demorou muito.
- O 2º Aluno diz: E eu fui esperá-lo no aeroporto!
(física quanticamente falando quem discute? está certo!)

Professor: Joaquim, diga o presente do indicativo do verbo caminhar.
Aluno: Eu caminho... tu caminhas... ele caminha...
Professor: Mais depressa!
Aluno: Nós corremos, vós correis, eles correm!
(e não é verdade?)

Aluno de Direito fazendo um exame oral. **A pergunta:** O que é uma fraude?
Responde o aluno: É o que o Sr. Professor está fazendo.
O Professor (muito indignado): Ora essa, explique-se...
Diz o aluno: Segundo o Código Penal comete fraude todo aquele que se aproveita da ignorância do outro para o prejudicar!
(e então... na lógica...)

Professora: Joãozinho, em que tempo verbal está seguinte frase: "Isto não era para ter acontecido"
Joãozinho: Preservativo imperfeito.
(de novo ele!)