



NOTA ESPECIAL

ABMT- 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 XXXVIII Nº 4 OUT/NOV/DEZ-2011

**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”.



Feliz 2012

Feliz 2012. Feliz Ano-Novo. Que todos atinjam os mais altos fins de sua existência, é a grande expectativa fraterna: Da Diretoria, do Conselho Superior e Financeiro, Comissão Técnica e da Secretaria da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho.

Nossa jornada atingiu a maioria e isso só foi possível por conta do apoio que temos recebido de vocês. Durante estes 18 anos, buscamos, incessantemente, tratar de assuntos de interesse do médico do trabalho, os quais foram abordados por renomados especialistas, que atualizaram nossos conhecimentos e apresentaram alternativas muito oportunas.



Vista geral



Apresentação do Grupo TEATRO NOVO, composto por deficientes

ABMT Artigos

- Manuseio de documentos contaminados por desastres naturais - páginas 4/5
- LER/DORT - Aspectos Clínicos e Médico-legais - págs. 5-8
- Avaliação médica da pessoa em Medicina do Trabalho(*) págs.9-11

EVENTOS

■ *Aconteceu*

Dia 12 a 14 de novembro de 2011

Os fatores psicossociais e a atenção integral à saúde do trabalhador

SEMINÁRIO ANAMT/ABMT. FORUM PRESENÇADA ANAMT

18ª Jornada de Atualização do Médico do Trabalho - ABMT/a+ Medicina Diagnóstica - Rio de Janeiro / RJ

Realizada no dia 2 de dezembro/2011, no Centro de Convenções Mourisco, em Botafogo.

■ *Agenda*



DEVERES E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO DO TRABALHO, será realizado no dia 23/03/2012, no auditório do CREMERJ.

Entre em contato com a Secretaria



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

O valor de uma especialidade

O que caracteriza uma especialidade médica é um conhecimento ou uma determinada habilidade em um campo específico da medicina. Portanto, para que alguém seja reconhecido como tal, é necessário que invista tempo, muito estudo e dedicação na sua formação e aprimoramento. Obter uma titulação acadêmica é um ponto de partida e um importante auxílio para desenvolver novas aptidões, num processo que envolve o desenvolvimento da personalidade, habilidade, aprimoramento o reconhecimento e o respeito pela comunidade e pelos pares.

Muitas vezes ouvimos queixas de colegas que reclamam que a especialidade de Medicina do Trabalho não é prestigiada, e que médicos que desconhecem os ambientes e as condições nas quais o trabalho se realiza, têm se aventurado a emitir laudos e a emitir pareceres, estabelecendo diagnósticos e a relação causal de doenças pretensamente ocupacionais.

Os mais antigos reclamam da falha nos exames clínicos realizados de modo assoberbado e do excesso de solicitações de exames complementares desnecessários e onerosos, ou que às vezes mais confundem que esclarecem.

Somente o profissional bem treinado e criterioso poderá exercer com competência e dignidade sua especialidade e, por conseguinte, ser reconhecido pelos colegas, pela sociedade e pelos trabalhadores. Este profissional também terá toda condição e credibilidade para se posicionar contra os que tentam indevidamente se beneficiar da especialidade de Medicina do Trabalho de maneira antiética em benefício próprio ou de favorecimento.

Não se deve tolerar que outras categorias profissionais e mesmo médicos sem formação ou experiência se aventurem no campo que é específico da atuação de nossa especialidade.

Participem e prestigiem as reuniões e eventos da ABMT e denunciemos as práticas deletérias à Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do nosso Conselho Estadual de Medicina (CREMERJ) solicitando que após análise, as encaminhe ao Conselho Federal para que este se posicione e emita orientações em nível nacional. Este é o caminho para fortalecermos e defendermos a dignidade profissional em nossa especialidade. ■

▣ *ABMT Confraterniza*



Feliz 2012

Prezados associados:

Apreciando a grandeza do mundo e a diversidade da natureza, pesquisando a homeostase do organismo humano e avaliando a beleza das pessoas com todas as suas variáveis, chegamos necessariamente à conclusão que a Vida é uma dádiva fantástica. Ao Médico cabe a nobre missão de cuidar e zelar como guardião da plenitude da Vida para que as pessoas com saúde possam realizar seus sonhos e desejos.

Por outro lado tentando avaliar a evolução comportamental e institucional do Brasil e a geopolítica do Mundo. Aprofundando o raciocínio sobre o constante intercâmbio, entre os universos internos (o consciente e o inconsciente), os externos (os sentidos e o meio em que convivemos), os avanços permanentes do conhecimento em contraste com as desavenças internacionais. Procurando penetrar nos aspectos filosóficos do posicionamento humano face às angústias e dificuldades presentes nos relacionamentos interpessoais - o todo de 2011 que termina se apresentou confuso e repleto de conflitos, crises e uma incrível presença de malfeitos.

Mas, ao lembrar os temas difundidos durante os Seminários, Cursos

da ABMT, e neste Informativo, e não foram poucos, deparamos com as expressões "Liberdade com Consciência" e "Ética com Responsabilidade" o que permite com todo seu sentido e energia transformá-las, numa mensagem-tema para o Novo Ano.

Nossa intenção é defender esse enorme patrimônio, a LIBERDADE PROFISSIONAL do Médico na preservação do diagnóstico e da terapêutica em sua decisão sobre as condições de saúde das pessoas, e, a ÉTICA COM RESPONSABILIDADE, no relacionamento com todos os seus assistidos e demais colegas de trabalho.

Nosso sincero desejo é que os Médicos do Trabalho internalizem essas expressões e as valorizem como uma maneira, simples, consciente, técnica e comedida em seus atos e ações, mesmo quando as circunstâncias mostrem caminhos cheios de obstáculos ou aqueles por demais fáceis, mas com seus perigos, irresponsabilidades e armadilhas.

Finalmente um propósito que nos deve nortear em todos os momentos de sermos Médicos:

O filósofo e pensador Jorge Duhamel assim se expressou:

"Se és médico e te dedicas a esta profissão, para toda a vida, para todas as horas da vida. Saibas o que saibas, penses o que penses, faça o que faça,

atuarás sempre como médico". "Cada palavra que pronuncias queira ou não queira é uma palavra de médico. Guarda no fundo de ti mesmo o prazer de ajudar e no fundo do teu coração não renunciies jamais a estes privilégios, porque esses privilégios são obrigações. Nem renunciies aos teus poderes, porque esses poderes são antes de tudo os teus imperativos deveres".

Como é bom dispor do que temos de melhor, a capacidade de SER e o poder de USAR sua opinião, suas decisões, com maturidade, competência e bom-senso aplicando a sua "Liberdade com Consciência" e a "Ética com Responsabilidade" em benefício das pessoas.

Já calçamos as sandálias do respeito, compreensão e cordialidade para iniciar a jornada pela estrada de 2012. Qual o nosso destino? Para onde nos levará? Pode ser qualquer lugar, onde haja Paz e Tranquilidade e que em 2012 estejamos sempre com um sorriso nos lábios e muita esperança e fé na renovação dos propósitos que as pessoas de bem guardam em seus corações.

Feliz 2012. Feliz Ano-Novo. Que todos atinjam os mais altos fins de sua existência, é a grande expectativa fraterna: Da Diretoria, do Conselho Superior e Financeiro, Comissão Técnica e da Secretaria da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho.

MANUSEIO DE DOCUMENTOS CONTAMINADOS POR DESASTRES NATURAIS

Nadja Ferreira - Médica do Trabalho

Os fenômenos naturais como chuvas torrenciais, inundações, avalanches, terremotos, maremotos e acidentes decorrentes destes eventos como desabamentos e soterramentos, que acontecem de maneira surpreendente e muitas vezes súbita, não escolhem lugar, bens ou pessoas para atingir e são cada vez mais frequentes em algumas regiões do mundo. Ninguém está livre ou salvo de suas consequências.

Desastres naturais podem ser definidos como o resultado do impacto de fenômenos da natureza com características catastróficas de intensidade anormal sobre um sistema urbano socialmente organizado ou ainda em formação, causando sérios danos e prejuízos materiais as pessoas e organizações, que excedem a capacidade da comunidade ou a sociedade atingida em receber e conviver com o esse impacto (Tobin e Montz, 1997; Marcelino, 2008) Além desse choque e de suas consequências traumáticas surgem as de cunho psicológico decorrentes de perdas de vidas humanas..

As pessoas envolvidas nesses acontecimentos necessitam de socorro imediato e de atendimentos médicos de emergência pelas lesões corporais e risco de morte nessas ocasiões. Mas o risco de contaminação de forma indireta pelo manuseio de objetos contaminados oriundos do conseqüente caos ambiental, que ocorre nesses eventos e da ansiedade das pessoas em procurar parentes e conhecidos desaparecidos ou documentos pessoais que as identifiquem ainda é outra grave ameaça que se soma e paira sobre as pessoas atingidas por esses desastres.

Se um evento desse tipo atingir uma empresa o médico do trabalho juntamente com a engenharia de segurança deve dispor de orientações preventivas imediatas para informar qual o comportamento dos empregados nessas ocasiões e de um planejamento de contingência para enfrentar tais ocorrências. A área médica terá que participar também na prestação do atendimento à população atingida, como parte do programa comunitário de defesa civil, mesmo que sua empresa não tenha sofrido danos diretamente.

A contaminação secundária de objetos pessoais ocorre em qualquer parte do mundo onde ocorrer esse tipo de acontecimento. Em nosso país os fenômenos meteorológicos catastróficos mais recentes foram na região serrana próximo ao Rio de Janeiro atingindo fortemente as cidades de Teresópolis, Petrópolis, Friburgo

e adjacências. Na última década estão acontecendo mudanças no perfil e na frequência desses fenômenos no Brasil principalmente na Região Sul e na Amazônia, e com menor intensidade em outros estados brasileiros.

Segundo Cardona (1996) são oito as etapas que compõem o gerenciamento desse tipo de desastres: Prevenção, Mitigação, Preparação, Alerta, Resposta, Reabilitação, Reconstrução e Desenvolvimento.

Muitas são as suas consequências em perdas humanas, materiais, sociais e emocionais, mas a retomada da "normalidade da rotina da vida" deve ser ato de reconstrução imediata, aqui focada nas tarefas, para recuperação de documentos.

Desta forma, as tarefas de recuperação de documentos em sua forma física, a mais próxima possível de seu original,, com transcrição de todos os dados e/ou em cópia por imagem desses documentos, é uma parte da reconstrução "da mais ampla identidade" das pessoas, para refazer sua personalidade abalada e recuperar as condições de inclusão normal de vida perante a comunidade.

A contaminação de documentos pode ocorrer por:

1. Substâncias químicas tóxicas ou sensibilizantes depositadas no solo: fertilizantes, detergentes ou efluentes de indústrias, principalmente os metais pesados, os solventes e pigmentos.

2. Agentes biológicos que ganham as águas tornando-as altamente poluídas por dejetos de animais e humanos, mistura de detritos de várias procedências, lixo, fossas, viveiros, estábulos e carcaça de animais mortos, misturados e carreados pela chuva para os mananciais que vão abastecer as cidades;

Essas tarefas englobam:

1. Retirada dos documentos dos escombros - ação imediata com previsão média de 7 dias.

2. Transporte para local determinado para despejar e guardá-los - pode ocorrer achá-los de imediato ou levar meses na dependência das condições de infraestrutura disponível encarregada dessa ação minuciosa muito importante...

3. Posicionamento para secagem - seria ideal iniciar de imediato.

4. Processo de recuperação física dos documentos:

a. Retirada física dos materiais estranhos ao documento (terra, plásticos e outros possíveis de exclusão).

b. Higienização e retirada da sujeira

c. Restauração por pessoa especializada.

5. Seleção e manuseio dos documentos para inserção de dados em meio magnético e/ou cópia virtual do mesmo..

6. Arquivamento eletrônico ou por digitação ou outro modo.

Os trabalhadores que irão realizar as tarefas contidas nos itens de 1 a 4, estão como se estivessem diretamente participando das tarefas imediatamente ligadas ao ambiente e as condições sanitárias e de saúde, prevalentes e decorrentes das condições do evento. Desse modo, possuem probabilidade de contaminação por algumas doenças infecciosas como: leptospirose, hepatite, gripe, tétano, febre tifóide e outros. Essa condição resulta do contato direto das pessoas encarregadas das tarefas com as mesmas baixas condições de segurança para a saúde que existiram durante o momento do socorro devido ao meio ambiente em condições sanitárias precárias.

Já os que irão realizar as tarefas do item 5 e 6 possuem a probabilidade de contaminação mais reduzida ou até ausente, uma vez que a relação com os agentes biológicos, se houver, vai se dar de forma indireta. Essa contaminação pode ser evitada com uso de EPI e EPC sugerida a seguir.

Em cada uma das tarefas o médico do trabalho deverá selecionar a conduta mais viável, no caso da sua empresa, levando em conta a experiência, operacionalidade e o custo.

Em linhas gerais as condutas são:

1. Contratar empresa especializada em recuperação de documentos e migração para meio magnético.

2. Gerenciar o processo de manuseio com orientação específica para as condições do trabalho a ser realizado, as condições do ambiente donde provém o material a ser trabalhado e sua relação com as pessoas que vão manipular o mesmo.

Para o Trabalhador:

1. Receber vacinas que leve em conta a especificidade de doenças com probabilidade de acontecer devido as características do evento, procurando estabelecer o menor prazo possível e suficiente para formação da resposta imunológica, com a necessária vigilância e controle.

2. Cuidadosa higienização corporal e das vestimentas, principalmente das mãos, adotando o padrão do Manual de Higienização das Mãos em Serviço de Saúde da ANISA (2007) com secagem por papel toalha e após uso de luvas, uma ação não elimina a outra. Esse tipo de higienização é proposto para setores reconhecidos de alta probabilidade de contaminação biológica. Se for aplicada em locais de menor probabilidade, haverá bom nível de segurança.



LER/DORT - Aspectos Clínicos e Médico-legais

Dr. Milton Helfenstein Jr.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER), atualmente reconhecidas como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), representam afecções heterogêneas do aparelho locomotor decorrentes de condições laborativas inapropriadas e específicas.

Esses distúrbios recebem a mesma tutela das lesões acidentárias. A partir desse posicionamento, declarações de enfermidades e incapacidades para o desempenho das mais variadas funções laborais vêm se tornando cada vez mais freqüentes, com milhares de "comunicações de acidentes de trabalho" (CAT)

Continuação da página 4

3. Adotar unhas curtas e cabelos presos.

4. Usar luvas. Há, naturalmente, sempre contaminação por algum microorganismo, principalmente os não reconhecidos. Nesses casos, os fungos são os com maior probabilidade. (Os vírus da hepatite e as leptospiros possivelmente já não possuem mais viabilidade.)

5. Máscaras devem ser usadas para evitar gotículas em suspensão no ar e as poeiras respiráveis e a não respiráveis, uma vez que podem desencadear pruridos e assim induzirem a usar as mãos e posterior acesso oral e nasal. Essas máscaras devem ser substituídas obrigatoriamente, pelo menos, uma vez por semana ou antes quando a sua condição física ou higiênica solicitar.

6. Avental com capuz ou peças separadas, mas ambas em uso.

7. Óculos de proteção, mesmo sobre os de correção de graus.

8. Retirada, redução ou inativação de "veículos" e "vetores" na transmissão de agentes biológicos. Não permitir alimentação por ocasião da realização das tarefas, retirar brincos, pulseiras, colares, anéis, relógios, piercing e outros. Não usar MP3/similares ou celulares.

No meio ambiente em sua relação com o trabalhador:

1. Higienização diária retirando a sujeira.

2. Ventilação geral e direcionada do tórax do trabalhador para frente.

3. Exaustão do ambiente.

4. Temperatura controlada.

e de concessões de benefícios e aposentadorias. Tornou-se a maior causa de atendimento pela Previdência Social no cenário ocupacional e uma importante fonte de geração de processos trabalhistas e de ações indenizatórias.

Nos últimos vinte anos este fenômeno se instalou no Brasil como uma grave iatrogenia social, com magnitude não constatada em nenhum outro país, confrontando trabalhadores, empregadores, profissionais técnicos e diversas entidades. Advogados, juizes e até sindicalistas, têm se aventurado a interpretar uma complexa informação médica; muitas vezes, essa informação é oriunda de laudos médicos e exames complementares elaborados sem qualquer preparo e rigor científico.

Apesar de ter sido substituída há vários anos, a antiga sigla LER (Lesões por Esforços Repetitivos) ainda tem sido muito utilizada em nosso meio, no lugar da sigla DORT. Esclarece-se que a sigla LER é inapropriada, pois a minoria dos trabalhadores que recebem tal diagnóstico possui evidência de lesão tecidual; nem sempre a sobrecarga etiológica é a repetitividade; os trabalhadores podem desenvolver distúrbios por sobrecarga estática ou pelo emprego de força excessiva na execução de suas tarefas ou por outros fatores biomecânicos.

Faz-se muito importante entender que DORT não é uma doença genuína, lato sensu, tampouco representa uma síndrome clínica, contrariamente ao que alguns categorizam. Nosso país tem vivenciado uma crescente e expressiva quantidade de diagnósticos de DORT/ LER em muitos trabalhadores, chegando a representar uma verdadeira epidemia. A minoria desses indivíduos, no entanto, possui alguma enfermidade relacionada ao trabalho,

O diagnóstico de DORT implica diretamente em culpabilidade do empregador e, conseqüentemente, um possível envolvimento em litígio trabalhista, com diversos profissionais envolvidos, representando distintos interesses dentro da sociedade. A vultosa quantidade de dias de trabalho perdidos tem provocado desarranjo estrutural significativo nas empresas, além de expressivo impacto no nosso sistema previdenciário. Quem mais sofre é a sociedade.

Diversos fatores têm contribuído para este fenômeno, principalmente: falta de organização no ambiente de trabalho; insatisfação com o trabalho; despreparo de médicos e outros profissionais envolvidos; exames complementares mal elaborados; influência da ação de sindicatos; predisposição ética, moral e intelectual dos indivíduos; sistema previdenciário, trabalhista e judiciário permissivos.

Por um lado, constatamos condições laborativas inadequadas e, por outro, uma grande variedade de fatores não-ocupacionais, com ênfase aos problemas psicossociais, todos contribuindo para o atual "fenômeno iatrogênico social LER/DORT" no nosso país.

Muitos são os trabalhadores que sofrem de doenças comuns, que têm sido confundidas como "lesões ocupacionais". Destacam-se a síndrome miofascial e a síndrome da fibromialgia, além de doenças reumáticas, distúrbios metabólicos e psiquiátricos.

Conseqüentemente, os pacientes têm sido prejudicados em uma série de questões, particularmente em suas convicções e no tratamento adequado.

Diversos mitos surgiram, entre eles, que LER ou DORT consistem em uma doença; que tal fictícia enfermidade pode ser estagiada; que não possui cura; que "caminha" pelo corpo; que progride, mesmo com a extinção das incriminadas sobrecargas biomecânicas laborais; que tendinite e síndrome do túnel do carpo não possuem tratamento.

Enquanto a literatura americana aponta que 32 dias é a média de afastamento do trabalho entre todos os indivíduos considerados como portadores de DORT, no nosso país constata-se uma quantidade substancial de pessoas afastadas por vários anos sem referir qualquer melhora.

Como todos os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho também são comumente evidenciados fora do cenário ocupacional, lança-se o desafio para o médico envolvido quanto à questão do nexa de causalidade. Para poder ser firmado o diagnóstico de DORT, faz-se obrigatória a análise do ambiente de trabalho e a exclusão de diversas possibilidades etiológicas.

⇒

LER/DORT - Aspectos Clínicos e Médico-legais

Deve ser avaliado não apenas o posto de trabalho, mas também todos os fatores organizacionais, entre eles: seleção, treinamento e condicionamento dos trabalhadores; ferramentas, acessórios e mobiliários; distanciamentos e angulações; jornadas de trabalho; intervalos de descanso apropriados; vícios posturais; força empregada na execução de tarefas; sobrecarga estática e dinâmica.

Diante do exposto, exige-se muita cautela ao formular um parecer médico. Conotações especiais ocorrem na elaboração de atestados médicos e laudos periciais, por definirem direitos e deveres de pessoas e entidades. Tais documentos, que constituem a base científica das sentenças judiciais, devem ser reavaliados quando possível, questionados quando necessário e valorizados na proporção de sua sustentabilidade. Deve-se consignar os fatos e concluir com os dados disponíveis, mencionando-se as fontes embasadoras.

Conclusão diagnóstica se faz quando da constatação de uma doença como, por exemplo, uma tendinite em um indivíduo cujo labor exija esforços especiais com determinada unidade musculotendínea acometida. A afecção, portanto, é um diagnóstico clínico; o nexos causal é uma inferência. Diagnosticada uma tendinite, há que se perquirir a sua etiopatogenia, que é muito variada, pondo-se a sobrecarga biomecânica como uma das possibilidades, mas não a única. O reconhecimento de uma tendinite como DORT implica inspeção em local de trabalho para constatação de nexos causal. O Conselho Federal de Medicina regulou essa postura, em 1998, através da Resolução nº. 1488, que no item II do art. 2º, determina a realização da inspeção de local, entre outros procedimentos.

A indicação de inspeção de local, apesar de interpretada como compromisso do médico perito, aplica-se a qualquer médico assistente que se proponha firmar pareceres com nexos causal.

A Previdência Social adota, para fins de apreciação pericial, o estabelecimento dos nexos administrativo, causal e técnico. O primeiro, de competência do setor burocrático e os outros, da perí-

cia médica. Nexos administrativo é a constatação das formalidades de direito. Cabe ao Setor de Benefícios do INSS registrar a CAT, conferir e exigir o completo preenchimento de seus campos. Nexos causal é a correlação entre a moléstia diagnosticada e o agente desencadeador. Como um mesmo agente etiológico pode situar-se ou não no trabalho, impõe-se ao perito, como segundo passo, a busca do nexos técnico. Nexos técnico é a definição sobre a capacidade de desencadeamento da moléstia pela atividade profissional desenvolvida pelo periciado. É o vínculo entre a afecção e os riscos de sua ocorrência nas atividades laborativas desempenhadas.

Nos quadros recidivantes, relacionados às atividades que impõem sobrecarga para os tecidos afetados, justifica-se o desvio de função laboral, devendo ser o trabalhador realocado para laborar em tarefas compatíveis com a sua condição musculoesquelética.

Uma quantidade impressionante de diagnósticos de tendinites responde pela principal causa de afastamento do trabalho e de processos trabalhistas dentro desse cenário. A frequência com que dores musculares, miofasciais e

fibromialgias são erroneamente interpretadas como processos inflamatórios tendíneos, a facilidade com que se conseguem exames de ultra-sonografias com resultados falso-positivos, o despreparo técnico de profissionais da área médica e a simulação de doença, respondem pelos principais motivos desta epidemia. A patologia tendínea ainda não é bem compreendida e futuros trabalhos se fazem necessários no sentido de entender melhor os mecanismos fisiopatológicos e identificar alvos moleculares terapêuticos. Some-se a isso o fato de que existe muita dificuldade de se obter biópsias antes que um tendão esteja rompido e os poucos estudos com biópsia não demonstraram processo inflamatório tendíneo na maioria dos trabalhadores². Os sintomas relacionados aos tecidos moles são de ocorrência extremamente comum na população. Muitas doenças sistêmicas estão associadas com defeito no metabolismo da matriz e da estrutura tendínea, comprometendo a força e a elasticidade dos tendões (tabela 1):

1. O termo tendinite tem sido empregado com extraordinária frequência, no entanto, uma minoria desses traba-

Tabela 1
DOENÇAS SISTÊMICAS QUE AFETAM O TENDÃO

- Distúrbios hereditários
- Ocronose (homocistinúria) Rede de colágeno e de elastina deficiente
- Aspartilglicosaminúria Colágeno anormal/rede deficiente?
- Hemocromatose Acúmulo de ferro na matriz
- Síndrome do cabelo enroscado de Menkes Defeito na rede de colágeno e elastina
- Mucopolissacaridoses Fibras de colágeno anormais, aumento de GAG
- Síndrome de Marfan Estrutura fibrilar anormal
- Ehlers-Danlos Vários defeitos no processo e estrutura colágeno
- Osteogênese imperfeita Defeitos genéticos no colágeno tipo I
- Doenças de depósitos de lipídios Xantomas: depósitos lipídicos crescimento lento
- Miopatias e distrofias Estrutura fibrilar anormal
- Doenças endócrinas e metabólicas
- Diabetes mellitus Glicação e rede de colágeno aumentadas
- Distúrbios adrenais Metabolismo alterado do colágeno
- Tireoidopatias Calcificação e acúmulo de depósitos
- Amiloidose Acúmulo de depósitos entre fibrilas
- Doença renal Elastose, destruição de fibras de colágeno
- Doenças reumáticas
- Artrite Reumatóide Destruição de colágeno: infiltrado inflamatório
- Espondiloartropatias Inflamação na inserção, fibrose e calcificação.



LER/DORT - Aspectos Clínicos e Médico-legais

Tabela 2 - Principais Causas de Síndrome do Túnel do Carpo

<ul style="list-style-type: none"> • Cisto sinovial • Pílula anticoncepcional • Paraproteinemia de cadeia leve lambda, bida, • Obesidade • Mucinoses papular Leucemia. • Neuropatias por metais Hansen • Polineurite hipertrófica Osteoma osteóide • Artropatias deformantes (artrite reumatóide, Doenças hepáticas). • osteoartrite, outras) • Trauma. • Hemoangioma • Lipoma • Ligamento carpal transversal espessado (familiar) • Inserção proximal de músculos lumbricais • Persistência de artéria mediana • Amiloidose • Tenossinovite dos flexores • Mixedema • Tumores (neurilemoma, fibroma e hamartoma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Acromegalia • Polimialgia reumática • Esclerose sistêmica progressiva • Polimiosite • Outras colagenoses • Osteomielite do carpo • Diabetes • Fraturas (Colles, carpo) • Luxações (carpo, carpo-metacarpeanas) • Gota • Condrocálcinose • Doença por hidroxiapatita • Mucopolissacaridoses. Fasciite eosinofílica • Anomalias tendíneas e musculares congênitas • Palmar longo reverso • Transição músculo-tendínea baixa dos tendões flexores • Infecções (micobactérias, histoplasmose, coccidioidomicose) • Hemodiálise • Iatrogênica (hematoma, flebite)
--	--

ença sistêmica) e extrínsecos (atividades esportivas e ocupacionais, carga física, falta de técnica, equipamentos e calçados inadequados, condições de meio ambiente). Vários medicamentos podem causar efeitos deletérios nos tendões, em especial os antibióticos derivados da fluoroquinolona⁶ e as estatinas⁷, tão comumente usadas nas dislipidemias.

A tendência atual é reconhecer que a maioria das tendinopatias está raramente conectada a um único fator e o processo degenerativo pode resultar de uma série de fatores e de agentes causais diferentes.

Após a tendinite, principalmente de ombro ou de punho, a segunda condição mais frequentemente diagnosticada neste cenário é a síndrome do túnel do carpo, apesar de não haver evidência conclusiva de que tal moléstia possa estar realmente relacionada ao

trabalho. As principais razões pela imensidão de diagnósticos de síndrome do túnel do carpo entre os trabalhadores incluem: oportu-

lhadores possui sintomatologia, achados de exame físico e de exames complementares que suportem tal possibilidade. Os termos tenotendínea e tenalgia nunca são empregados, diferentemente de artralgia ou mialgia. O termo "tendinopatia" é o mais adequado que os termos "tendinose" e "tendinite", porque não assume qualquer não há células inflamatórias ou evidência de lesão tendínea.

2. Conseqüentemente, não causa surpresa que o tratamento com antiinflamatório (hormonais ou não hormonais) não ofereçam benefício a estes pacientes.

3. Na verdade, existe pouca evidência científica quanto à efetividade das terapias convencionais.

4. Nos últimos anos vem crescendo interesse por parte de alguns estudiosos sobre a patologia molecular da tendinopatia, que possui potencial para oferecer novos modelos terapêuticos e melhor entendimento da moléstia. Os esforços repetitivos têm sido apontados como o principal fator causador de uma tendinopatia, no entanto, tal relação ain-

da não foi estabelecida e pesquisa ainda é necessária para determinar se é o excesso de estimulação mecânica ou, justamente o contrário, o sedentarismo, que conduz as alterações na atividade do tenócito.

5. As metaloproteínases exercem um papel importante na matriz do tendão, sendo um dos agentes responsáveis pela degradação da rede de colágeno e dos proteoglicanos, em pessoas com ou sem dor tendínea. Muitas questões permanecem a respeito dos papéis dos fibroblastos tendíneos (tenócitos) e outras células no processo patológico. A natureza precisa de um processo tendíneo degenerativo ainda é matéria de debate. Existem diversos fatores que tal processo, incluindo acúmulo de glicosaminoglicanos, calcificação e acúmulo de lipídios. Entretanto, muitos desses fatores são encontrados em tendões normais e, necessariamente, não implicam em enfermidade. A tendinopatia também pode estar associada a uma variedade de fatores intrínsecos (idade, perfusão vascular, nutrição, variantes anatômicas, hiper mobilidade, peso, do-

nismo (vários profissionais, não apenas trabalhadores); a alta prevalência de resultados falso-positivos em exames de eletroneuromiografia; hipervalorização de exames complementares e desvalorização da propedêutica; além de a neuropatia do mediano ser extremamente comum, possuindo mais de 80 causas bem definidas (tabela 2).

Existem artigos científicos sugerindo que determinadas atividades ocupacionais podem causar síndrome do túnel do carpo.

Os fatores etiológicos apontados envolvem o excesso de força, a movimentação repetitiva e a flexo-extensão extrema do punho.

Contudo, a maioria dos autores rejeita tal possibilidade. A principal controvérsia reside no esforço predominante na flexão dos dedos associado à extensão do carpo, podendo exacerbar os sintomas de uma patologia subjacente. Cumpre destacar, todavia, que é unânime a aceitação quanto à predisposição constitucional (dimensões do carpo, peso corporal, sexo, entre outros) e as condições mórbidas associadas como os fa-



LER/DORT - Aspectos Clínicos e Médico-legais

tores de riscos mais significativos.

A digitação tem sido frequente e equivocadamente incriminada como causadora de síndrome do túnel do carpo, embora muitos são os trabalhos científicos, artigos de revisão e até de metanálise que demonstraram que não existe talnexo de causalidade. Um estudo recentemente realizado na Suécia por antigos estudiosos do assunto demonstrou que quanto maior a quantidade de digitação, menor o risco de desenvolver a síndrome do túnel do carpo.

Uma relevante constatação, que deve incitar questionamentos, é que a maioria dos indivíduos com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo e afastados do trabalho no nosso país, por longos períodos, não é submetida ao procedimento cirúrgico, que deve ser indicado nos casos não responsivos ao tratamento conservador.

Saliente-se que a literatura mostra um alto índice de cura com a cirurgia, com a maior parte dos resultados oferecendo entre 96 e 100% de cura. E mais: entre as centenas de trabalhadores já operados e que estão afastados do trabalho ou envolvidos em litígio, por mim avaliados, nenhum referiu benefício com a cirurgia, contrariando toda a literatura médica e a experiência da rotina cirúrgica.

As manifestações clínicas dos diversos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho dependem do tecido afetado, do segmento corporal envolvido e da intensidade de tal agressão. Portanto, a sintomatologia é bastante

variada. Em geral, não há dificuldades na efetuação do diagnóstico, mas no nexode causalidade. As lesões específicas dos tecidos moles apresentam alta incidência na população, assim como os distúrbios dolorosos inespecíficos (dores musculares, tendíneas e na coluna vertebral).

Assim sendo, o médico não deve antecipar-se em atestar doença ocupacional, sem considerar todo o leque do diagnóstico diferencial desses distúrbios e sem a análise do ambiente e da organização do trabalho. Deve ser ressaltado que o conhecimento do diagnóstico diferencial da dor e uma apurada propedêutica médica são soberanos em frente a qualquer exame complementar. Entretanto, tem sido prática comum em nosso meio, a transferência de responsabilidade do diagnóstico final para algum exame complementar, principalmente exames operador-dependentes, como a ultra-sonografia e a eletroneuromiografia. Tais exames têm fornecido, muito frequentemente, resultados falso-positivos. Tal fato deve-se à baixa qualidade dos equipamentos, ao indevido manuseio técnico, ao curto tempo dispensado à execução dos exames e a falta de conhecimento de anatomia funcional e regional pela maioria dos operadores. Em alguns casos, a possibilidade de falta de ética deve ser considerada. A experiência mostra que existem muitas discrepâncias inter e intra-operadores de ultrasonografia e de eletroneuromiografia.

Outros métodos como a tomografia

computadorizada e a ressonância magnética, que fornecem alta definição de imagem, têm demonstrado achados esperados para a faixa etária, variantes da normalidade e alterações degenerativas/sequelares, que têm sido hipervalorizados. São muitos os achados nesses exames que podem não ter nenhuma relevância clínica. Exemplo típico é o caso de uma pequena protusão discal, que comumente é julgada como responsável pela sintomatologia do trabalhador, apesar de na maioria dos casos corresponder a um simples achado sem expressão clínica. Muitas vezes, ainda, é interpretada como hérnia de disco, gerando uma série de conseqüências, inclusive até cirurgias desnecessárias.

O tratamento dos diversos distúrbios músculo esqueléticos ocupacionais depende, sempre, da eliminação dos agentes causais e da adequada estratégia terapêutica medicamentosa, fisioterápica e, em raros casos, cirúrgica.

Um ambiente de trabalho organizado, com respeito aos limites biomecânicos, minimiza muito a possibilidade do desenvolvimento desses distúrbios. A implementação de medidas preventivas é incontestavelmente a melhor atitude a ser sempre adotada.

Por outro lado, somente um melhor entendimento do fenômeno LER/DORT, acrescido de uma conscientização dos mais variados setores da sociedade, poderá, quem sabe, no futuro abrandar esta verdadeira doença social.

Referências Bibliográficas

1. Helfenstein M, Feldman D. The pervasiveness of the illness suffered by workers seeking compensation for disabling arm pain. *J Occup Environ Med* 2000; 42: 171-5.
2. Dennett X, Fry HJH. Overuse syndrome: a muscle biopsy study. *Lancet* 1988; 1:905-8.
3. Almekinders LC, Temple JD. Etiology, diagnosis, and treatment of tendonitis: an analysis of the literature. *Med Sci Sports Exerc.* 1998; 30: 1183-90.
4. McLauchlan GJ, Handoll HHG. Interventions for treating acute and chronic Achilles tendinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD000232. doi:10.1002/14651858.CD000232.
5. Riley G. Tendinopathy: from basic science to treatment. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2008; 4(2):82-89.
6. Van der Linden PD, van Puijenbroek EP, Feenstra J, Veld BA, Sturkenboom MC, Herings RM, et al. Tendon disorders attributed to

- fluoroquinolones: a study on 42 spontaneous reports in the period 1988 to 1998. *Arthr Rheum* 2001;45: 235-9.
7. Marie I, Delafenêtre H, Massy N, Thuillez C, Noblet C and the Network of the French Pharmacovigilance Centers. Tendinous disorders attributed to statins: a study on ninety-six spontaneous reports in the period 1990-2005 and review of the literature. *Arthr Rheum* 2008; 59 (3): 367-372.
8. Andersen JH, Thomsen JF, Overgaard E, Lassen CF, Brandt LP, Vilstrup I, Kryger AI, Mikkelsen S. Computer use and carpal tunnel syndrome: a 1-year follow-up study. *JAMA.* 2003 Jun 11;289(22):2963-9.
9. Ferraz MB, Helfenstein M. Upper-extremity musculoskeletal disorders in keyboard operators in Brazil: a cross-sectional study - *Int J Occup Env Health.* 1995; 1:239-44.
10. Punnett L - Work-related musculoskeletal disorders in computer keyboard operators. In:

- Gordon SL, Blair SJ, Fine LJ, eds. *Repetitive Motion Disorders of the Upper Extremity.* Rosemont IL. American Academy of Orthopedic Surgeons. 1995;4348.
11. Atroshi I, Gummesson C, Ornstein E, Johnsson R, Ranstam J.: Carpal tunnel syndrome and keyboard use at work: A populationbased study. *Arthr Rheum.* 2007; Oct 29; 56 (11): 3620-5.
12. Singh I, Khoo KM, Krishnamoorthy S. The carpal tunnel syndrome: clinical evaluation and results of surgical decompression. *Ann Acad Med Singapore.* 1994; 23:94-7.
13. Nancollas MP, Peimer CA, Wheeler DR, Sherwin FS. Longterm results of carpal tunnel release. *J Hand Surg.* 1995; 20B:470-4.
14. Benquet B, Fabre T, Durandeu A. Neurolysis of the median nerve in the carpal canal using a mini-invasive approach. *Chir Main* 2000; 19: 86-93.

AVALIAÇÃO MÉDICA DA PESSOA EM MEDICINA DO TRABALHO (*)

Não queremos aqui "ensinar padre-nosso á vigário", mas é sempre bom recordar orientações como realizar o exame médico da pessoa peça fundamental na formulação do diagnóstico. Também serve para desmistificar aqueles que se intitulam médicos do trabalho e que propalam irresponsavelmente que o exame admissional ou periódico podem ser realizados em apenas 5 minutos, e também para evitar o que a incompetência propala que o mesmo deveria ser feito e avaliado somente através de um formulário preenchido pela pessoa e avaliado por um computador.

O exame físico é uma parte fundamental da avaliação médica da pessoa, que deseja ingressar na empresa.. Juntamente com a anamnese ele é básico para levantar e coletar os dados necessários para encaminhar a solução do trabalho mais adequado frente aos eventuais problemas apresentados por candidatos a emprego

Tendo em vista a sua importância e a natureza repetitiva de seu procedimento, o médico deve estabelecer um modo de realizá-lo de modo eficiente e sistemático. Isto não somente lhe permitirá ajustar o tempo e esforço despendido, mas também dará condições de melhorar o seu desempenho e o conteúdo do exame para minimizar o risco de passar despercebida uma manifestação importante que permita levar ao diagnóstico de uma deficiência ou doença incompatível com o desempenho da ocupação a ser exercida pela pessoa em seu trabalho.

O conteúdo do exame físico de rotina deve ser cuidadosamente selecionado, para incluir aquelas avaliações que forneçam informações reais e pertinentes. Não somente quanto ao desempenho da função, mas também visando a situação do ambiente de trabalho. A cada uma delas podem ser adicionadas técnicas de exames de gradativos graus de complexidade quando se tornar necessário um maior esclarecimento para o desempenho da atividade ou sobre uma anormalidade encontrada. Conseqüentemente o exame físico dá início a investigação e descoberta de pistas sobre o estado de saúde/doença da pessoa sob exame e a criação de uma metodologia sequencial dos procedimentos a serem realizados e os exames correlatos indicados. Em verdade não há um exame padrão definitivo que possa ser aplicado para todas as funções em uma comunidade de

trabalho.

A rotina preconizada deverá ter como objetivo principal atender a finalidade de ajudar a um médico clínico-generalista que cuida de pessoas adultas que vão exercer algum tipo de trabalho.

O tempo gasto em cada etapa do exame melhorará com a experiência e desempenho adequado de algumas manobras indicadas e também se houver por parte de outro colega mais experiente uma avaliação de sua realização.

Na preparação para o exame clínico de rotina deve ser solicitado ao paciente para se despir, exceto suas roupas íntimas. Forneça um avental para a pessoa vestir, mas de modo a permitir facilmente o exame, deitado e em pé, de todos os segmentos do corpo.

A coleta de dados começa antes da pessoa estar na presença do médico, quando a enfermeira realiza as medidas de altura, peso, pressão sanguínea, pulso, temperatura, movimentos respiratórios, espirometria. Também procedimentos como tonometria, acuidade visual, eletrocardiograma, podem ser realizados pela enfermeira como rotina da inspeção inicial do exame clínico.

Antes de proceder ao exame clínico, o equipamento necessário é deixado de uma forma ordenada e de fácil acesso em uma mesa auxiliar. Dependendo da preferência do examinador alguns instrumentos como estetoscópio, lanterna, espátulas podem ser deixados no bolso do seu avental.

Para o exame físico de rotina o equipamento deve incluir:

Estetoscópio - Lanterna - Otorrino-oftalmoscópio - Diapasão - Martelo de reflexo -

Luvas - Dinamômetro - Aparelho para avaliação da visão - Abaixador de língua - Termômetro -Relógio de tempo - Goniômetro - Espelho de Garcia -

Esfignomanometro - Material para medir sensibilidade térmica e tátil - Fita métrica emborrachada - Lente.

O consultório deve dispor de lavatório para que o médico lave suas mãos em frente ao cliente.. Peça ao examinando para sentar-se na beira da mesa de exame. Assim podem-se obter informações a respeito da aparência geral reconhecendo-se imediatamente uma posição viciosa do tórax ou coluna, e com experiência, podem ser observadas numerosas pistas diagnósticas, o humor e mesmo alguns dados da personalidade.

Inicia-se então a inspeção cuidadosa das mãos, incluindo a observação da cor a conformação dos dedos e das unhas, simetria das articulações e o estado da musculatura e da pele das mãos. Isto é realizado de um modo mais adequado, segurando-se as mãos da pessoa ao nível do tórax para que cada aspecto possa se bem visualizado e comparado entre elas.

A seguir o membro superior direito é explorado apalpando-se o tônus muscular e a sensibilidade, inspecionando-se e existência de lesões da pele. Flexione delicadamente e estenda as articulações deste braço.. As mesmas manobras são realizadas no membro superior esquerdo.

Compare os pulsos radiais, verificando diferenças na amplitude. Determine a frequência do pulso pelo menos em 30 segundos. Durante esse tempo as características do pulso podem ser melhor observadas. A pressão arterial é a seguir medida no braço direito. Colocando-se o diafragma acima da prega do cotovelo sobre a artéria braquial, ouvem-se bem os ruídos de Korotkoff. Se, entretanto houver dificuldade em detectar esses sons, palpa-se a artéria e coloca-se o diafragma no local de maior pulsação. Medidas adicionais de

⇒

AVALIAÇÃO MÉDICA DA PESSOA EM MEDICINA DO TRABALHO (*)

pressão arterial no braço esquerdo e membros inferiores devem ser feitas se há pulsação suspeita de doença vascular ou hipertensão.

A atenção agora é voltada para o exame da cabeça seguindo-se o caminho de cima para baixo. Inspecciona-se primeiramente a face e crânio observando-se a configuração e a simetria, fixando-se cuidadosamente em qualquer lesão de pele ou tumores no couro cabeludo.

Se a acuidade visual não foi avaliada pela enfermeira usando a tabela de Snellen ou pelo Ortho-Rather, um teste rápido de visão para perto deve ser executado com qualquer material impresso. Não se trata de um teste para erros de refração ou pesquisa de visão para longe e por isso deve ser feito com a pessoa usando seus óculos enquanto que a folha impressa é mantida a uma distância de aproximadamente 35 cm. Com uma boa fonte de luz, a conjuntiva e a esclerótica ocular são inspecionadas para mudanças de cor ou anormalidades vasculares como hemorragias petequiais. Quando houver suspeita de fraqueza muscular extra-ocular, a lanterna também é usada para testar qualquer alteração do reflexo luminoso. A seguir é testado o reflexo foto motor e consensual. Se visão e a discromatopsia forem consideradas como fatores importantes para o desempenho da atividade ou for considerado importante dilatar as pupilas mande o cliente a um oculista.

A seguir examina-se o ouvido. Primeiramente examine externamente tracionando para cima o pavilhão auricular e comprimindo o tragus, procurando sensibilidade dolorosa dos tecidos moles e da cartilagem do canal auditivo externo. Então com uma leve tração para cima e para traz, o otoscópio é introduzido no canal auditivo externo e inspecciona-se a membrana timpânica. Pode ser necessária a mudança do espéculo, dependendo do diâmetro do canal auditivo da pessoa. Uma vez inspecionados ambos os ouvidos, pro-

cede-se a inspeção do nariz, com o espéculo adequado, especificamente observando a porção baixa do septo nasal e cornetos. Com a lanterna e o abaixador de língua examina-se a boca. É importante a observação sistemática da mucosa oral, dentes, gengivas, língua, amígdala e faringe. Em adição é pedido que a pessoa emita um som como "ah" e observa-se o movimento da úvula e palato.

Terminando o exame da cabeça, o teste de audição é realizado usando-se um relógio de pulso ou um diapasão de 265 ciclos por segundo ou sussurando-se um número. Como este é um teste grosseiro, qualquer pessoa suspeita de déficit auditivo ou que vai trabalhar em área de pressão sonora acima dos níveis de segurança deve ser avaliado por audiometria.

O médico agora se coloca atrás da pessoa para proceder o exame do pescoço, coluna e campos pulmonares posteriores. A mobilidade do pescoço é testada pedindo-se a pessoa para tocar o peito e ambos os ombros com o queixo e então trazer a cabeça para trás o máximo possível. A força e a mobilidade da cintura escapular são testadas pedindo primeiro ao examinando para levantar os ombros enquanto se exerce uma pressão para baixo e após pede-se para elevar os membros superiores acima da cabeça tanto quanto possível, com as palmas juntas e o bíceps tocando as orelhas. Para cada uma dessas manobras, a amplitude normal da mobilidade variará conforme a idade da pessoa.

A roupa que está sendo usada é solta e o exame do pescoço é realizado observando-se linfonodos aumentados ou massas anormais. São exploradas cuidadosamente: a região mandibular, regiões cervicais anteriores, posteriores, supraclaviculares e occipital.

Pede-se agora que a pessoa respire profundamente e observa-se a simetria do movimento respiratório do tórax. Deve-se notar a participação dos músculos acessórios da respiração e do pe-

ríodo de tempo necessário para expiração. Percute-se a coluna com o punho ou fortemente com a ponta dos dedos observando-se a sensibilidade. A seguir é realizada a percussão dos campos pulmonares posteriores, comparando-se o direito e o esquerdo. Isto é seguido pela ausculta na mesma posição, enquanto o paciente respira pela boca. A percussão mais extensa e a ausculta dos campos laterais e anteriores deve ser indicada quando há suspeita de anormalidades torácicas ou pulmonares.

Em seguida pede-se a pessoa para deitar, realizando-se o exame do pescoço anterior, do tórax e do abdômen. Inicia-se com a palpação da mama, incluindo cada quadrante e o tecido areolar. Quando realizado em mulher, a enfermeira presente no exame deve tomar o cuidado de cobri-la com um lençol ou toalha.

Agora o travesseiro é removido para que se processe o exame das veias do pescoço. Enquanto que o enchimento da jugular é comumente visto na posição supina, a oclusão da veia no angulo da mandíbula resulta em enchimento incompleto após esvaziamento. O reenchimento rápido com ingurgitamento até o dedo que está ocluindo, sugere aumento da pressão venosa. Os pulsos carotídeos são então palpados individualmente.

O exame prossegue com inspeção do precórdio, observando-se a posição e as características do ictus cordis e qualquer pulsação anormal. O ictus é palpável colocando-se o dedo médio sobre o ponto visível do impulso com o indicador e o 4º dedo nos espaços intercostais adjacentes. São notados a força, duração e extensão do ictus. Com a palma da mão explora-se o precórdio para qualquer tipo de impulsões ou frêmitos. A seguir ausculta-se com o diafragma do estetoscópio começando no ápex e deslocando-se para cima bordo esternal esquerdo para a área pulmonar, área aórtica e finalmente ao longo do bordo esternal direito. A aprecia-

AVALIAÇÃO MÉDICA DA PESSOA EM MEDICINA DO TRABALHO (*)

ção de qualquer anormalidade no ritmo ou qualidade dos sons cardíacos deverá estimular a exploração posterior do precórdio, procurando-se irradiação do sopro e variações com a respiração. Também ausculta-se cada carótida, o epigástrio e cada área femoral à procura de sopros.

Concluído o exame do tórax, a pessoa do sexo feminino deverá ser coberta com um lençol. O abdômen é então descoberto pela enfermeira para inspeção detalhada e palpação superficial e profunda, à procura de qualquer anormalidade no contorno, sensibilidade ou massas palpáveis. Essa parte do exame deve ser feita gentil e vagarosamente na presença da enfermeira.

Com uma das mãos fixando o gradeado costal direito, palpa-se com a outra mão o bordo hepático enquanto a pessoa inspira profundamente. Se o fígado é palpável, deve-se explorar o bordo, definir consistência, superfície e sensibilidade. Para confirmar a suspeita de hepatomegalia, percute-se a borda superior do fígado e estima-se a hepatimetria. Após, é palpado o baço usando a mesma técnica de fixar a caixa torácica com uma mão e palpar com a outra. Pede-se ao paciente para respirar profundamente uma ou mais vezes enquanto a mão que palpa é segurada delicadamente contra o quadrante superior esquerdo. Finalmente são palpadas as áreas femorais à procura de aumento de linfonodos e para pesquisar a amplitude dos pulsos femorais e compare. Examine os canais inguinais para verificar a presença de hrnias.

Após completar o exame do abdômen, os membros inferiores são descobertos e é realizada a inspeção da pele, palpação da musculatura e flexão dos joelhos e articulação dos quadris. Pesquisa-se edema pressionando o indicador firmemente contra a tibia inferior. Os pulsos dorsais pediosos são palpados

e comparados entre si. Finalmente usando um martelo de reflexo ou outro objeto discretamente pontiagudo, pesquisa-se o reflexo plantar de flexão bilateralmente. Neste ponto, pede-se ao paciente que retorne a posição sentada. No exame da mulher, a roupa é novamente retirada e ambas as mamas são examinadas para retração da pele, depressão ou assimetria sugestivas de crescimento tumoral. Pede-se a paciente que estenda sua coluna com as mãos primeiramente na cintura e depois atrás da cabeça. A roupa é então recolocada. As axilas devem ser palpadas para pesquisa de linfonodos aumentados.

Para terminar o exame neurológico, pede-se ao paciente que enrugue a testa, mostre os dentes e ponha a língua de fora, notando-se qualquer alteração dos movimentos musculares. São testados os reflexos bicipitais, patelares e aquileu e pede-se que estenda os seus braços e feche os olhos, observando-se qualquer inclinação ou tremor. Pede-se para que ele se levante e ande pela sala. Enquanto ele caminha, observa-se a posição dos pés, balanço dos braços e marcha. Pede-se a seguir para sentar numa cadeira e por trás dele examina-se a tireóide bimanualmente, pedindo que degluta a saliva.

A última parte de qualquer exame físico envolve o exame da genitália e reto. Exames culturalmente difíceis de realizar, portanto haja com objetividade mostre a necessidade do mesmo, envie os homens a um protologista ou urologista e as mulheres ao ginecologista solicitando um parecer.

* (Este trabalho foi adaptado por Daphnis Ferreira Souto do original "Exame Físico de Rotina do Adulto" de autoria de Robert S. Hilman e Donald C. Funks com finalidade didática e distribuição gratuita). ■

ABNT adia em três anos o início da vigência NBR 18.801

No último dia 22 de novembro, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por decisão unânime do seu Conselho Deliberativo, adiou em três anos o início da vigência da NBR 18.801, que trata da norma de requisitos para um "Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho". A NBR, que vigoraria a partir do início de dezembro, teve o início de sua vigência adiado para o dia 1º de dezembro de 2014. Quando esse tema já deverá ter sido regulamentado pelo Ministério do Trabalho, esperamos...

De nossa parte cabe esclarecer que imediatamente após a divulgação pela ABNT

de sua Norma para aplicação em âmbito Nacional, publicamos no Informativo Nota Especial nº 4, de 2010 artigo sobre essa matéria, mostrando a sua inconstitucionalidade e o seu conflito com o acordo diplomático entre o Brasil e a OIT. Acreditamos que nossa manifestação contida no referido artigo contribuiu para que esse assunto tivesse o desfecho atual.

Felizmente o bonsenso se fez presente. O campo do trabalho principalmente no que tange às orientações técnicas e administrativas é muito sensível, é preciso cuidados muito especiais para, ao se tentar resolver uma determinada situação, não se crie, ao contrário, uma enorme confusão. ■

Aconteceu

Dia 12 a 14 de novembro de 2001

Os fatores psicossociais e a atenção integral à saúde do trabalhador

O evento foi um sucesso, apresentaram-se vários palestrantes dentre os quais 3 internacionais. Esperamos que o evento tenha superado todas as expectativas e acrescentado em seus conhecimentos técnico-científico, relativo à Saúde Ocupacional.

Destacamos a palestra da Dra. Laura Povina Cavalcanti - Ortopedista e Diretora Científica Adjunta de ABMT, apresentou o trabalho **TRANSTORNO MUSCULO-ESQUELÉTICOS E A APTIDÃO PARA O TRABALHO**.

Acreditamos que o trabalho da Dra. Laura poderá servir como ponto de partida para que a ABMT estabeleça um protocolo sobre esse tema. Destacamos ao lado, alguns tópicos desse interessante trabalho.

■ **SEMINÁRIO ANAMT/ABMT. FORUM PRESENÇA DA ANAMT**

ELETRONEUROMIOGRAFIA

- Neurondução
 - Estudo muscular
 - Equipamento
 - Qualidade
 - Calibração
 - Erros técnicos
 - Deitados
 - Sentados
 - Temperatura da sala - 21°C a 23° C
 - Pontos de estímulos
 - Variações anatômicas (Anastomose Martin Gruber)
 - Músculo Interosseo do RSAL + Nervo Mediano
 - Idade
 - Mais lento infância e velhice
 - Diminui na 4ª década
 - Potenciais evocados
 - Polineurites, lesões traumáticas, monitoração pós cirúrgica, lesões do trigêmeo
 - Paralisia de Bell
 - Testes
 - Reflexo H
 - Bactrian
- ### **ULTRASSONOGRAFIA**
- Técnica

- Equipamento
- Valor da ultrassonografia para ombro
 - Sensibilidade = 50%
 - Especificidade = 87%
 - Eficácia = 56%
- Ultrassonografia com tendinite e ressonância normal

IMAGEM

Ressonância Magnética
Espondilólise / Espondilolistese
6,4% homens
85% L5
Hereditária
Stress - Ginástica
Agudo - Edema Ósseo
Medicina Nuclear - Captação
Degenerativa - Sem degrau processo espinhoso.

HÉRNIA DISCAL

- Rotura Anular por envelhecimento
- Protrusão focal do disco - precursora de herniação Discal
- Protrusão Discal concêntrica - não é precursora de herniação discal
- Base ampla causada por desidratação discal

■ **18ª Jornada de Atualização do Médico do Trabalho - ABMT/a+ Medicina Diagnóstica - Rio de Janeiro / RJ**

Realizada no dia 2 de dezembro/2011, no Centro de Convenções Mourisco, em Botafogo.

O evento foi excelente. Os apresentadores dos temas: Drs. Dr. Alberto José de Araújo (UFRJ), Dr. Alberto Santa Cruz Coimbra (UFRJ), Dr. Nairo Sumita (Fleury Medicina e Saúde), Marcelo Hadlich (Rede Labs D'Or), foram objetivos e satisfizeram de uma maneira cabal os ouvintes presentes, que ao formularem os seus questionamentos, ficaram realmente satisfeitos.

Queremos destacar mais uma vez a promoção e o empenho do Dr. Wilson Shcolnik, junto ao Laboratório A+ (Lab. Fleury) a manutenção da tradição do encerramento técnico festivo de atividades no ano com a promoção sempre de um seminário.

A todos que participaram direta e indiretamente do sucesso deste evento, o nosso muito obrigado!

Grupo TEATRO NOVO, composto por deficientes



Agenda

Próximo evento

DEVERES E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO DO TRABALHO, será realizado no dia 23/03/2012, no auditório do CREMERJ.