

O exercício legal da medicina em LER/DORT

Antonio Techy¹, Cesar Siena² e Milton Helfenstein Jr.³

RESUMO

No relacionamento entre médico e paciente, além da boa prática da medicina, o médico está obrigado a conhecer e cumprir as leis, normas e convenções que podem garantir direitos a uns e gerar obrigações a outros, com base nas informações criadas e perenizadas em prontuários, atestados e pareceres, que servirão de referência às decisões de entidades públicas ou privadas na concessão ou na recusa de direitos e deveres legais. Apontamos como os médicos devem se comportar em relação aos pacientes e aos aspectos legais dentro desse cenário ocupacional, no sentido de adequar a conduta e prevenir eventuais dissabores, aos quais estamos expostos. Nossa ideia é chamar a atenção para a necessidade da prática médica dentro das normas legais, orientando onde buscar a respectiva informação. O médico não pode estar alheio à evolução da medicina, nem às atualizações permanentes das leis, normas e convenções da região em que atua.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo é destacar os princípios éticos e legais que norteiam a atuação profissional dos colegas, atentar para a disciplina nos atos médicos praticados e ajudar a evitar conflitos entre as diversas áreas de atuação ou especialidades médicas envolvidas nos processos periciais.

ATUALIZAÇÃO

Código Civil, artigo 3º: “Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece”.

Reconhecendo que LER (lesões por esforços repetitivos) e DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) não são diagnósticos, mas situações que podem gerar lesão corporal, que a lesão corporal está ligada aos artigos 186 e 927 do Código Civil¹ e que tais diagnósticos podem criar direitos e gerar obrigações, o médico que atende ao portador de enfermidades musculoesqueléticas deve ter conhecimento mínimo das leis e normas de nosso Código Civil, Penal, Ministério do Trabalho, Convenção Coletiva da Categoria, Código de Ética Médica e do Ministério da Previdência Social.² É necessário que se conheçam e se pratiquem essas leis e normas para elaborar o prontuário e emitir qualquer parecer ou laudo, sem detrimento da boa prática médica.

O prontuário médico deve ser elaborado para cada paciente. O prontuário pertence ao paciente, e o médico é responsável por sua guarda por vinte anos. Até o momento, ainda não existe regulamentação para o prontuário eletrônico, o qual não poderia ser alterado nem elaborado posteriormente à consulta ou ao procedimento. Nem todos os programas para sua confecção são, até agora, completamente confiáveis e seguros.

O processo-consulta CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.401/2002 conclui que, uma vez eletrônico, o prontuário não tem por que ser descartado, de modo que deve ser preservado por toda a vida, seja em meio óptico ou magnético.³ Além disso, a Lei nº 8.159/91 dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e cria o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), responsável por definir a política nacional de arquivos.⁴ Esse órgão elaborou a Portaria nº 50, de 9 de abril de 2001 (com valor legal, portanto), a qual criou o Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos (GTAM), destinado a “realizar estudos, propor diretrizes e normas no que se refere à organização, à guarda, à preservação, à destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos da área médico-hospitalar”. Segundo o GTAM do CONARQ (com força de lei), os novos prontuários eletrônicos devem ter guarda permanente. O GTAM apenas cria uma discussão um tanto dúbia quanto à conversão dos prontuários antigos em papel

Recebido em 28/11/08. Aprovado, após revisão, em 07/05/09. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

1. Médico reumatologista, médico do trabalho, perito do INSS, perito judicial, conselheiro do CRM-PR

2. Médico reumatologista; médico-perito da Justiça Federal da 3ª Região/SP

3. Assistente-doutor da disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)

Endereço para correspondência: Milton Helfenstein Jr. Rua João de Lacerda Soares, 90, Brooklin, São Paulo, SP. CEP: 04707-010. E-mail: m.helfen@terra.com.br

e sua preservação *a posteriori* (do papel), mas isso é regulamentado por outra lei, a de nº 5.433, de 8 de maio de 1968, e pelo Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996.

No prontuário, o médico deve descrever, de forma legível e cronológica, todos os relatos e atos realizados com o paciente, para, a qualquer instante, prestar esclarecimentos fundamentados sobre as doenças, ocupacionais ou não, que acometeram seu paciente no decorrer da existência.

O médico pode fornecer cópia do prontuário ou informações, totais ou parciais, sobre seu paciente, quando este as solicitar. Não poderá fornecer informações sem o consentimento de seu paciente, mesmo quando solicitado pela justiça, exceto em casos em que a omissão dessa informação venha a ser prejudicial à integridade física de terceiros. Essas informações podem ser fornecidas a outros profissionais que também exercem suas atividades regidas por sigilo profissional. O médico não pode entregar o prontuário a autoridades policiais (delegados, policiais propriamente ditos etc.), mas será obrigado, por lei, a entregar cópias de prontuários ou parte deles, se solicitado por mandado judicial.

Em várias situações, o paciente poderá ser solicitado a comprovar datas e cronologia de seus problemas, para fins previdenciários, para empresas prestadoras de assistência à saúde (doença preexistentes), seguros etc. Essas informações devem ser fornecidas pelo médico assistente, embasadas nas informações do prontuário médico. A não elaboração do prontuário para cada paciente desrespeita o artigo 69 do Código de Ética Médica (CEM).⁵

Atualmente, poucas consultas médicas prescindem do fornecimento de atestados, a maioria para requerimento de algum benefício. Na elaboração do atestado, o médico assistente deve fazer constar somente o que verificou e pode comprovar. Não deve “montar” um atestado para beneficiar ou prejudicar seu paciente. Também não pode atuar como perito de seu paciente, firmando diagnóstico, atestando incapacidade e definindo tipo e prazo do benefício a ser concedido, o que é atribuição da perícia médica do órgão concessor do benefício.

Há uma linha de comunicação legal entre os peritos e médicos assistentes no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), intitulada SIMA (Solicitação de Informações ao Médico Assistente), em que o perito solicita informações ao médico que atende o paciente, sobre a enfermidade, o tratamento, o prognóstico, entre outras, para embasar seu parecer técnico. Nessas condições, o médico deve fornecer as informações solicitadas, sempre com anuência e consentimento de seu paciente. Não deve omitir nem criar informações que possam alterar o parecer técnico do perito do órgão concessor do benefício pleiteado.

O atestado médico é integrante do ato médico, conforme parágrafo único do artigo 112 do CEM. Elaborando mal ou não elaborando o atestado a pedido do paciente, o médico estará descumprindo o CEM.

O atestado médico pode gerar direitos e obrigações, principalmente nas relações trabalhistas e previdenciárias, quando do reconhecimento de doenças ocupacionais, dentre as quais as entidades enquadradas como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), tão frequentemente diagnosticadas nos últimos anos.

O atendimento de um paciente com suspeita de DORT, deve ser feito por profissional médico familiarizado com as enfermidades do sistema musculoesquelético, como, por exemplo, tendinites, bursites, neuropatias compressivas e discopatias, principalmente. O profissional não só deve conhecer anatomia, fisiologia, biomecânica, fisiopatologia do aparelho locomotor e ergonomia, como também ter conhecimento do trabalho realizado por seu paciente e ter analisado o local de trabalho e observado sua organização, para poder relacionar a moléstia diagnosticada no exame clínico ao trabalho realizado na empresa, tendo o cuidado de afastar outras possibilidades etiológicas (distúrbios hormonais, metabólicos, imunológicos, lesões por trabalho em domicílio, atividades esportivas, recreacionais, entre outras causas). Não deverá, contudo, utilizar os termos LER e DORT como diagnóstico sem ter efetuado a análise do ambiente de trabalho de seu paciente, o que desrespeita a Resolução 76.034/97 do CREMESP, a OS 606 (itens 2.3 e 2.5) do Ministério da Previdência Social e a Resolução 1488/98 do Conselho Federal de Medicina, além de não seguir o pensamento da literatura.⁶⁻²⁰

Para um diagnóstico preciso, o médico assistente deve coletar dados de exame clínico (história e exame físico) e saber interpretar dados de exames complementares, que nem sempre estão relacionados às queixas e aos achados semiológicos.

Caso o profissional médico que presta assistência médica ao trabalhador não tenha essa perspicácia e competência e venha a proceder a um atendimento inadequado em diagnóstico, tratamento e/ou documentação do caso, poderá ser considerado imperito; se firmar um diagnóstico sem comprovação, e esse diagnóstico não puder ser confirmado por outro profissional (antes da resolução do caso), podendo ser contestado, terá sido imprudente; e, ainda, se associar a alteração anatômica ao trabalho realizado sem ter analisado o ambiente de trabalho terá sido negligente. Assim, na elaboração do laudo ou atestado, sem conhecimento integral da causa, poderá incorrer em erro médico, mostrando-se imperito, imprudente ou negligente, isoladamente, ou ser enquadrado em uma associação desses adjetivos.

Ao constatar uma coisa e escrever outra diversa, ou registrar o que não viu, ou omitir o que viu, tentando criar obrigações ou direitos, alterando a verdade sobre fato juridicamente relevante, descumpra o artigo 299 do Código Penal,²¹ que trata de documentos falsos. Também no Código Penal, o artigo 302 trata de atestado médico falso, e o 304, da utilização desse atestado falso (que é falsidade documental – tal como fazer e passar adiante dinheiro falso). A tentativa de utilização desse documento falso, para a geração de rendimentos é enquadrada no artigo 171 (estelionato).

O médico, quando perito do juízo, também deve zelar pela autenticidade e a retidão das informações técnicas que prestar, a fim de não desprezar o art. 147 do Código de Processo Civil.

O médico do trabalho da empresa, ao levantar a suspeita de um DORT, deve buscar o diagnóstico preciso, além de informá-lo ao paciente, de acordo com os artigos 40 e 41 do CEM, orientando a empresa quanto à emissão da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e de outros procedimentos, conforme normatizados nas NR-5 e NR-7 do Ministério do Trabalho²² e nos decretos e instruções normativas da Previdência Social.^{23,24}

Na função de médico do trabalho ou de perito de entidades que concedem benefícios, o profissional médico que receba um atestado com alegação de um DORT deve se informar com seu emissor se ele visitou o posto de trabalho para fazer tal afirmação. Caso não tenha esse cuidado, poderá ser imperito ou negligente, além de descumprir o artigo 69 do CEM, por acobertar erro médico.⁵

Desde 12 de fevereiro de 2007, está em vigor o Decreto nº 6.042, que instituiu o NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário),²⁵ em que se relaciona o CID da doença incapacitante do empregado ao CNAE (Código Nacional das Atividades Econômicas).

Para os riscos associados, não será mais necessário que o segurado prove que teve aquele acidente ou doença ocupacional no exercício da atividade laboral. O simples fato de ser trabalhador em uma linha de montagem, por exemplo, já justifica o benefício de suposta enfermidade ocupacional (no caso, DORT) para o segurado. Caberá à empresa provar que não foi causadora da declarada doença, tendo 15 dias após a comunicação do benefício concedido pelo INSS para contestar seu nexos causal, que será avaliado por perito do INSS. Se a contestação for aceita, o segurado também terá 15 dias para exercer seu direito de defesa. Esse artigo não pretende discutir se há ou não procedência quanto ao NTEP, mas esclarecer que foi invertido o ônus da prova, apesar de não haver, em nosso país, qualquer estudo epidemiológico com as moléstias diagnosticadas nesse

contexto. A empresa é que deve provar que a lesão diagnosticada pelo profissional médico não tem relação com o trabalho desenvolvido; não conseguindo, terá majorado seu recolhimento ao INSS, para custeio da doença ocupacional, adquirida na empresa, no caso um distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT). Os segurados atualmente afastados, com os Códigos Internacionais de Doença (CID) correspondentes ao risco da atividade, terão seus benefícios alterados de auxílio-doença para auxílio-acidente do trabalho.

Por último, importante destacar que a Resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.851, publicada recentemente, alterou o artigo 3º da Resolução do CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. A necessidade dessa Resolução se dá pela importância do atestado médico na geração de direitos, que, às vezes, contraria normas legais e cria expectativas para os pacientes, além de conflitos, quando elas não se concretizam. A resolução separa a finalidade dos atestados médicos, principalmente, para duas situações: 1) o atestado para ser usado nas empresas ou em outros locais; e 2) o atestado com fins de perícia médica.

Quando o atestado tem por finalidade perícia médica, não pode o médico atendente se pronunciar quanto à aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação, espontaneamente (pode se pronunciar quando solicitado a isso pelo perito ou pelo juiz), cabendo tal decisão ao médico perito. Seu atestado complementar é o parecer do perito, a quem cabe legalmente a conclusão do tipo de benefício a ser concedido.²⁶

CONCLUSÃO

Qualquer que seja a situação do médico envolvido no atendimento ou aconselhamento de um possível indivíduo com LER/DORT, como médico atendente, perito institucional, perito judicial, assistente da empresa, assistente do reclamante (trabalhador em litígio) ou do sindicato da classe, deve agir dentro da ética, da moral e da lei, além de se assessorar de especialistas da área (ortopedistas, reumatologistas, neurologistas etc.) e concluir por um diagnóstico específico que explique o quadro clínico, e não um termo genérico, oficialmente considerado polêmico por entidades médicas e pela literatura. Por ser o médico atendente, não pode se envolver como perito ou assistente técnico do reclamante, do sindicato ou da empresa.

Assim, ao respeitar seus limites de atuação, desenvolver a prática médica dentro da ciência atualizada e cumprir as normas e leis que regem o trabalho médico, estará praticando sua atividade dentro da ética e da lei, evitando dissabores comuns e frequentes ao cotidiano da prática médica.

REFERÊNCIAS

1. *Vade Mecum Acadêmico-Forense*. 2 ed. São Paulo: Vértice, Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro 2006, p. 215.
2. Ministério da Previdência e Assistência Social. Regime Geral da Previdência Social: Consolidação da Legislação. Coleção Previdência Social v. 15, Brasília, 2002, p. 596.
3. Processo-consulta do Conselho Federal de Medicina nº 1.401/02 PC/CFM/Nº 30/2002. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2002/30_2002.htm [acesso em 08 de abril de 2009].
4. Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Publicada no DOU de 9.1.91. http://www.trt02.gov.br/Geral/Tribunal2/Legis/Leis/8159_91.htm [acesso em 08 de abril de 2009].
5. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1246/88, Resolução nº 1517/01. 6 ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina 2001, pp. 14-36.
6. Awerbuch, M. RSI or “kangaroo paw”, *Med J Aust* 1985;142:237-8.
7. Hadler, NM. Occupational Illness. The Issue of Causality. *J Occup Med* 1984;26:587-93.
8. Tyrer, SP. Repetitive Strain Injury. *J Psychos Res* 1994;38:493-8.
9. Welch, J. The Occupational Overuse Syndrome. *N Z Med J* 1994;107:20-5.
10. Lucire Y. Neurosis in the Workplace. *Med J Aust* 1986;145:323-7.
11. Hocking B. Epidemiological Aspects of “Repetition Strain Injury” in Telecom Australia. *Med J Aust* 1987;142:218-22.
12. Fergusson DA. “RSI”: Putting the Epidemic to Rest. *Med J Aust* 1987;147:213-4.
13. Cleland LG. “RSI”: a Model of Social Iatrogenesis. *Med J Aust* 1987;147:236-9.
14. Bell, DS. “Repetition Strain Injury”: an Iatrogenic Epidemic of Simulated Injury. *Med J Aust* 1989;151:280-4.
15. Hadler NM. The Roles of Work and of Working in Disorders of the Upper Extremity. *Baillieres Clin Rheumatol* 1989;3:121-41.
16. Hadler, NM. Cumulative Trauma Disorders: an Iatrogenic Concept. *J Occup Med* 1990; 32:38-41.
17. Brooks, PM. Repetitive Strain Injury does not Exist as a Separate Medical Condition. *Br Med J* 1993;307:1298.
18. Diwaker HN, Stothard J. What do Doctors Mean by Tenosynovitis and Repetitive Strain Injury? *Occup Med* 1995;45:97-104.
19. Ireland, DCR. Repetition Strain Injury: the Australian Experience: 1992 update. *J Hand Surg* 1995;20A:S53-S56.
20. Hadler, NM. A Keyboard for “Daubert”: the Demise of the “CTD” Hypothesis. *J OccupEnv Med* 1996;38:469-76.
21. *Vade Mecum Acadêmico-Forense*. 2 ed. São Paulo: Vértice. Código Penal Brasileiro, Capítulo III, Falsidade Documental 2006, pp. 721-2.
22. Manuais de Legislação Atlas. Segurança e Medicina do Trabalho. (NRs — Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho). 57 ed, 2005.
23. Instruções Normativas do INSS (IN 98), de 05 de dezembro de 2003. *Diário Oficial da União*, 12 de dezembro de 2003.
24. Instruções Normativas do INSS (IN 20). *Diário Oficial da União*, 11 de outubro de 2007.
25. DECRETO 6.042. *Diário Oficial da União*, 12 de fevereiro de 2007.
26. Resolução CFM nº 1.851. *Diário Oficial da União*, 28 de agosto de 2008.