

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.

The legal aspects involving repetitive strain injuries (RSI)

Antonio Techy¹, Cesar Siena² e Milton Helfenstein Jr.³

ABSTRACT

In order to have a good patient-physician relationship, besides practicing a fair and updated technical medicine, the physician is obligated to have knowledge of and follow the laws, rules and regulations, which grant specific rights to some and delegate obligations to others. The physician is responsible for writing legal statements based on information from medical records. These declarations will serve as important documents, upon which public or private entities will base their decision on granting rights or delegating obligations. This article stresses the importance of adequate physician decision making capacity when it comes to access the patient's needs within the working environment. It also emphasizes the seriousness of reaching an optimal treatment plan, in order to prevent expected complications. Our objective is to promote the practice of medicine within the current law, giving directions to the reader on where to obtain this information. Physicians have to keep themselves updated not only regarding the technical aspects of the profession. The current knowledge of local, state and national laws, rules, and regulations is also of paramount importance.

OBJECTIVE

The objective of this article is to highlight the ethical and legal elements that guide the work of professional colleagues, to bring attention to the discipline in the practice of medical acts, and to help avoiding conflicts between the different fields of expertise involved in law suits.

UPDATE

Civil act, 3rd article: "No one is excused for not obeying the law, claiming not to know it."

Recognizing that repetitive strain injuries (RSI) and work-related musculoskeletal disorder (WRMD) are not diagnosis, but situations that may lead to injury, that this kind of injury is referred in sections 186 and 927 of the Civil Rights Code,¹ and that these diagnosis may create rights and obligations, the doctor who assists a patient with musculoskeletal diseases should have knowledge of the laws and regulations in our Civil Rights Code, Criminal Code, Ministry of Labor, Class Collective Convention, Medical Ethics Code, and the Ministry of Social Security.² It is necessary that these laws and

regulations are both known and practiced, in order to formulate a medical record and issue any report, without prejudice of good medical practice.

The medical record should be formulated for each individual patient. The record belongs to the patient, and the doctor is responsible for keeping it for 20 years. Until this moment, there are no regulations for the electronic medical records, which cannot be altered, or prepared after the examination or procedure. So far, not all programs for their implementation are completely reliable and safe.

The Federal Council of Medicine (CFM) consultation lawsuit n° 1.201/2002 concludes that once an electronic record is made, it cannot be discarded, it should be preserved for a whole life, in optical or magnetic storage.³ Furthermore, the Law 8.159/91 provides a national policy of public and private files, and creates the National Council of Files (CONARQ), responsible for defining a national policy on files.⁴ This agency produced the Ordinance n° 50, of April 9, 2001 (therefore, with legal status), which created the Labor Group of Medical Files (GTAM), to "conduct studies, propose guidelines and regulations regarding the organization, keeping, preservation, destination and access to documents in files of the medical-

Received on 11/28/08. Approved on 05/07/09. We declare no conflict of interest.

1. Rheumatologist, Work-related injury Physician, INSS adjuster, CRM-PR Consultant

2. Rheumatologist, medical adjuster of the Federal Justice System at 3rd district /SP

3. Assistant-Doctor of the Rheumatology chair at Paulista Medical School (UNIFESP)

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

hospital field". According to GTAM of CONARQ (with law enforcement), the new studies of electronic records should be kept permanently. The GTAM only creates a discussion somewhat dubious as to the conversion of old records into paper and its posterior preservation, but that is regulated by another law, n° 5.433, of May 8, 1968, by the Decree n° 1.799, of January 30, 1996.

In the medical record, the doctor should describe, in legible and chronological form, all reports and acts performed with the patient, so that, at any time, he can provide information based on the diseases, occupational or otherwise, which affect the patient in the course of life.

The doctor should give a copy of the medical record or information, totally or partially, about the patient, when solicited. No information can be given without previous consent of the patient, even when solicited by law, except in cases where the failure of information can be prejudicial to the physical integrity of others. This information can be given to other professionals that also practice under activities governed by professional confidentiality. The doctor cannot give the medical record to police authority (deputy, policemen etc.), but he will be obliged by law to give copies of the record or part of it, if solicited by a judicial warrant.

In many situations, the patient can ask to verify the dates and chronology of their problems, for social security, companies providing health care (preexisting disease), insurance etc. This information can be given by the assistant doctor, based on the information on the medical record. The failure to formulate the medical record for each patient disrespects the article 69 of the Medical Ethics Code (CEM).⁵

Currently, few medical visits prescind from the provision of medical certificates, the majority being for the request of a benefit. In preparing the medical certificate, the assistant doctor should only testify what was verified and can be certified. This statement should not be "created" to bring benefit or prejudice to the patient. The physician should also not act as an examiner, securing diagnosis, attesting to incapacity and defining what type or how long the benefit should be given. This attribution is particular to the medical adjuster of the institution giving the benefit.

There is a line of legal communication between the adjuster and the assistant physicians of the INSS (National Social Security Institute), named SIMA (Solicitation of Information of Assistant Physicians), in which the adjuster solicits information to the physician that assists the patient, about a disease, treatment, prognosis, among others, in order to give a foundation to the technical report. In these conditions, the physician should give the requested information, always with

knowledge and consent of the patient. No information that can alter the technical report of the appointed adjuster of the organ conceding the benefit should be omitted or created.

The medical certificate is part of the medical act, according to the single paragraph article 112 of the CEM. By formulating inadequately or not formulating the medical statement requested by the patient, the physician is disobeying the CEM.

The medical certification can generate rights and obligations, especially in work and social security related issues, when there is acknowledgement of occupational disease, which includes the entities labeled as work-related musculoskeletal disorder (WRMD), so frequently diagnosed in the last years.

The follow-up of a patient with suspicion of having WRMD should be done by a physician familiar with the diseases of the musculoskeletal system, for example, tendinitis, bursitis, compressive neuropathies, and especially discopathies. The physician should have knowledge of anatomy, physiology, biomechanics, physiopathology of the locomotor system and ergonomics, as well as knowledge of the type of work done by the patient. The work environment should be studied and its organization observed, so that a relation can be made between the injury diagnosed in the physical examination and the work done in the company, being careful as to remove any other etiological possibilities (hormonal, metabolic or immunological disorders, injury secondary to work done at home, sport activities, recreational, among others). Therefore, the terms RSI and WRMD should not be used as diagnosis without a careful study of the patient's work environment, which disrespects the Resolution 76034/97 of the CREMESP, the OS 606 (items 2.3 and 2.5) of the Ministry of Social Security and the resolution 1488/98 of the Medical Federal Council, in addition to not following the reasoning found in literature.⁶⁻²⁰

For a precise diagnosis, the assisting physician should collect information in the clinical examination (history and physical examination) and know how to interpret the findings in complementary exams, which will not always be related to the complaints and the semiological findings.

In case the physician that assists the worker does not have this aptitude and competence and comes to giving an improper diagnosis, treatment, and/or documentation of the case, the physician can be considered as inadequate; if affirming a diagnosis without evidence and if the diagnosis cannot be confirmed by another professional (before the resolution of the case), in a way that it can be contested, the physician can be considered as imprudent; and furthermore, if it is associated with and anatomical amendment to the work done without having studied the work environment he/or she can be considered

negligent. Therefore, formulating the report or certificate without full knowledge of its cause can lead to medical mistake, making the physician appear as inadequate, imprudent or negligent, alone, or be seen in a combination of these adjectives.

Determining one thing and writing another, reporting what was not seen, or omitting what was seen, trying to create obligations or rights and altering the truth about a judicially relevant fact, disobeys article 299 of the Criminal Code²¹ that deals with false documents. Also, the Criminal Code, article 302, deals with false medical certificates, and article 304 with the use of these false certificates (which is documentation forgery – such as producing or passing on false money). An attempt of using these false documents to generate earnings is in article 171 (fraud).

The physician appointed by the company that suspects of WRMD should search for a precise diagnosis and inform the patient in accordance to articles 40 and 41 of the CEM, guiding the company to emit the CAT (Communication of Work Related Accident) and other procedures, as it is standardized in the NR-5 and NR-7 of the Ministry of Labor,²² and in the decree and referenced instructions of Social Security.^{23,24}

In the position of medical adjuster of entities that concede benefits, the physician that receives a certificate claiming WRMD should consult with the emitter of the certificate whether the work place was visited or not, in order to conclude the diagnosis. If it fails to be done, the physician can be considered inadequate or negligent, and he is also considered as disobeying the article 69 of the CEM, by concealing medical errors.

Since February 12, 2007, the Decree n° 6.042 is enforced, which established the NTEP (Technical Epidemiological Pension Nexus) which²⁵ relates the CID of incapacitating diseases of workers to the CNAE (National Code of Economical Activities).

For the associated risks, it is not necessary for the insured to prove whether the accident or occupational disease happened in the exercise of work activity. The simple fact of being a worker in a line of assembly, for example, already justifies the benefit of supposed occupational disease (in this case, WRMD) for the insured. It is the company's job to prove that the labor was not responsible for the alleged disease, and it has 15 days after the communication of the conceded benefit by the INSS to contest the casual link. This will be evaluated by the INSS adjuster. If the contention is accepted, the insured will also have 15 days to exert his right of self-defense. This study does not intend to discuss whether there is or not merits regarding NTEP, but to clarify that the onus of proof was inverted, although in our country there is no epidemiological study of the injuries diagnosed in this context. The company is responsible

for proving that the injury diagnosed by the physician is not work related; if the company does not succeed in doing that, it will have increased its contribution to the INSS, to bear the expenses of the occupational disease acquired in the company; in this case, a work-related musculoskeletal disease (WRMD). The currently insured workers, with the International Disease Code (CID) related to the risk of the activity, will have their benefits altered from work related disease-aid to work related accident-aid.

Lastly, it is imperative to highlight that the CFM Resolution (Federal Medical Council) n° 1,851, recently published, altered article 3rd of the CFM Resolution n° 1,658, of February 13, 2002, which standardizes the emission of medical certificates and provides other benefits. The need for such resolution is the importance of the medical certificate in the generation of rights, which sometimes go against legal terms and creates expectations for the patients, as well as conflicts, when they are not met. The resolution separates the role of the medical certificates, especially in two situations: 1) the medical certificate to be used in companies or in other places; and 2) the certificate for medical adjuster purposes.

When the certificate is for medical adjustment, the attending physician cannot decide on retirement, definitive incapacity, readapting (except when solicited by an adjuster or a judge), leaving the decision to the medical adjuster. The certificate will be complementary to the adjuster's opinion that is legally responsible for the conclusion of the type of benefit to be granted.²⁶

CONCLUSION

Whatever the situation of the doctor involved in the consultation or council of a possible RSI/WRMD patient is, as an attendant physician, institutional adjuster, judicial adjuster, consultant to the company, consultant to the plaintiff (worker in litigation) or of the class union, he should act within ethics, morality and law, as well as have other consultants in specialized areas (orthopedics, rheumatologists, neurologists etc.). A specific diagnosis, which explains the clinical manifestations, not in a generic term officially considered polemic by medical entities or literature, should be concluded. The medical attendant cannot become involved as an expert or technical assistant of the complainant, the union or the company.

Thus, by respecting the limits of performance, developing a medical practice in the specialized science, and complying with the rules and laws that govern the work-related injury doctor, the physician will be practicing the activity with ethics and within the law, avoiding common daily distress in the medical practice.

REFERÊNCIAS

References

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.