

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

RENATA GABRIELA PEREIRA CUNHA PONTES

**AVALIAÇÃO DO RETORNO AO TRABALHO DE PACIENTES SUBMETIDOS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME
DO TÚNEL DO CARPO**

Ribeirão Preto

2023

RENATA GABRIELA PEREIRA CUNHA PONTES

**AVALIAÇÃO DO RETORNO AO TRABALHO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME
DO TÚNEL DO CARPO**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa: Mestrado Profissional em Medicina

Área de concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. Edgard Eduard Engel

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pontes, Renata Gabriela Pereira Cunha

Avaliação do retorno ao trabalho de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de síndrome do túnel do carpo, 2023.

54 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Programa: Mestrado Profissional em Medicina. Área de concentração: Medicina.

Orientador: Engel, Edgard Eduard

1. Túnel do carpo. 2.Trabalho. 3.INSS

4. Retorno pós-cirúrgico.

Nome: PONTES, Renata Gabriela Pereira Cunha

Título: Avaliação do retorno ao trabalho de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de Síndrome do Túnel do Carpo.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Programa: Mestrado Profissional em Medicina

Área de concentração: Medicina

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

À minha mãe Rosane, minha primeira professora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço meu esposo por ter sido meu companheiro e incentivador durante os últimos 15 anos que estamos juntos, mas principalmente nos 2 anos que passamos longe durante a minha formação em Cirurgia da Mão.

Agradeço aos meus pais e minha irmã, pelo amor incondicional.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Edgard Eduard Engel, pelo tempo dedicado à minha formação e por tantos ensinamentos valiosos. A todos os preceptores e colegas do HC-FMRP-USP pela amizade conquistada.

Ao Dr. Luís Guilherme, grande apoiador neste projeto.

À minha terapeuta Lorenza, que por muitas vezes me orientou e guiou no processo de escrita e organização de tempo para a conquista deste título.

Agradeço a Mariana Avelino e Anderson Cardeal por toda paciência e parceria durante a construção dessa pesquisa.

Agradeço a CAPES pelo estímulo à educação e pesquisa.

E ao meu grande amigo Mouzarlem, que se tornou minha família em Ribeirão Preto e para toda vida.

RESUMO

PONTES, R.G.P.C. **Avaliação do retorno ao trabalho de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de Síndrome do Túnel do Carpo.** 2023. 54 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) tem alta prevalência na população, sendo uma das principais causas de afastamento do trabalho, gerando impactos significativos na seguridade social e nos gastos relacionados à saúde ocupacional. Compreender os fatores envolvidos no tempo de retorno ao trabalho após a cirurgia é essencial para orientação eficaz dos pacientes. Este é um estudo observacional e descritivo que buscou caracterizar os fatores que influenciam o tempo de retorno ao trabalho após tratamento cirúrgico de STC. Foram avaliados pacientes com vínculo empregatício, operados entre janeiro de 2015 e outubro de 2022 nos hospitais HC-FMRP-USP em Ribeirão Preto e no Hospital Estadual de Serrana. Do total inicial de 445 pacientes, 189 foram excluídos por óbito, aposentadoria, desemprego ou por se tratarem de donas de casa. Todos os demais 256 pacientes receberam um formulário via WhatsApp e 56 enviaram respostas. Da amostra final de respondentes, 87,9% eram mulheres, 69,6% se identificaram como brancos e a idade média era de 44 anos (de 27 a 64 anos). O tempo médio de retorno ao trabalho após a cirurgia foi de 39,8 (DP: 22,3) dias. A maioria dos pacientes (55,4%) retornou entre 15 e 30 dias após a cirurgia. Os pacientes que consideraram que sua mão estava melhor do que antes da cirurgia, tiveram média de retorno menor (36,3 dias, DP: 20,7) se comparados àqueles que classificaram sua mão como igual (47,5 dias, DP: 27,5) ou pior (55 dias, DP: 22,9) que antes da cirurgia ($p=0,08$). Trabalhadores autônomos retornaram 6,5 dias mais cedo ao trabalho que assalariados com carteira assinada ($p=0,49$). A maioria dos pacientes (57,1%) foi afastada pelo INSS (Instituto Nacional de Segurança Social), com média de afastamento maior que aqueles não afastados ($p=0,002$). O retorno ao trabalho após cirurgia do túnel do carpo é associado a múltiplas variáveis, sendo a percepção do resultado cirúrgico e a cobertura pelo plano de previdência (INSS) as mais relevantes na amostra estudada.

Palavras-chaves: Síndrome do túnel do carpo. Retorno ao trabalho.

ABSTRACT

PONTES, R.G.P.C. **Evaluation of return to work of patients submitted to surgical treatment of Carpal Tunnel Syndrome.** 2023. 54 f. Dissertation (Professional Master's in Medicine) - Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Carpal Tunnel Syndrome (CTS) has a high prevalence in the population and is a leading cause of work absenteeism, resulting in significant impacts on social security and occupational health expenditures. Understanding the factors involved in the return-to-work time following surgery is vital for effective patient guidance. This observational and descriptive study aimed to identify factors influencing the return-to-work time after CTS surgical treatment. The study evaluated individuals who underwent surgical procedures between January 2015 and October 2022 at the Clinical Hospital of the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, as well as the State Hospital of Serrana, all of whom were actively employed during that time. From an initial cohort of 445 patients, 189 were subsequently excluded from the analysis due to factors such as mortality, retirement, unemployment, and the status of being a housewife. Among the remaining 256 patients who were provided with a questionnaire through the WhatsApp platform, 56 participants provided responses. Of the final sample, 87.9% were women, 69.6% identified as white, and the average age was 44 (from 27 to 64) years. The average return-to-work time for the studied Brazilian population post-CTS surgery was 39.8 (SD: 22,3) days. Most patients (55.4%) returned between 15 and 30 days after the operation. Patients who felt their hand was better than before the surgery had a shorter average return time (36.3 days, SD: 20,7) compared to those who rated their hand as the same (47.5 days, SD: 27,5) or worse (55 days, SD: 22,9) than before surgery ($p=0.08$). Self-employed patients returned to work 6.5 days earlier than salaried employees ($p=0.49$). Most patients (57.1%) took leave under INSS (National Institute of Social Security in Brazil), with a longer average leave time than those not on leave ($p=0.002$). This analysis shows that returning to work after CTS surgery is associated with multiple variables, with surgical outcome perception and INSS coverage being the most relevant in the studied sample.

Keywords: Carpal tunnel syndrome. Return to work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vínculo trabalhista no momento da cirurgia e média de retorno ao trabalho	33
Tabela 2 – Relação do nível de estresse em casa e retorno laboral	34
Tabela 3 – Relação do nível de estresse no trabalho e retorno laboral	34
Tabela 4 – Análise multivariada	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Território de inervação do nervo mediano	12
Figura 2 – Planejamento cirúrgico	25
Figura 3 – Nervo mediano pós neurólise	26
Figura 4 – Tala soft	26
Figura 5 – Fluxograma de exclusão da pesquisa	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Auxílio-Doença Previdenciário por Estado nos anos de 2018-2023	17
Gráfico 2 – Aposentadoria-Invalidez Previdenciária por Estado nos anos 2018-2023	17
Gráfico 3 – Auxílio-doença por acidente de trabalho por Estado nos anos de 2018- 2023	18
Gráfico 4 – Aposentadoria-invalidez por acidente de trabalho por Estado nos anos de 2018-2023.....	19
Gráfico 5 – Benefícios concedidos pelo INSS para pacientes com STC de 2018 a 2022	19
Gráfico 6 – Percepção dos pacientes sobre o resultado cirúrgico.....	32

LISTA SIGLAS

CTS	Carpal Tunnel Syndrome
DP	Desvio padrão
DPO	Dia Pós-Operatório
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
HES	Hospital Estadual de Serrana
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
SD	Standard Deviation (desvio padrão)
STC	Síndrome do Túnel do Carpo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Síndrome do Túnel do Carpo e a esfera trabalhista.....	12
1.2 Tratamento cirúrgico e retorno ao trabalho	13
1.3 Retorno ao trabalho pelo mundo	14
1.4 A realidade brasileira.....	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivos gerais	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	22
3.1 População do estudo.....	22
3.2 Critérios de inclusão	22
3.3 Critérios de exclusão.....	22
3.4 Dados do Prontuário Eletrônico.....	22
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	23
3.6 Aspectos éticos	24
3.7 Exame físico	24
3.8 Tratamento Cirúrgico	24
3.8.1 Técnica Cirúrgica.....	24
3.8.2 Pós-operatório	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 Análise dos resultados.....	28
4.1.1 Dados sociodemográficos	28
4.1.2 Dados sobre a Síndrome do Túnel do Carpo.....	29
4.1.3 Dados em relação ao retorno ao trabalho	30
4.1.4 Análise Multivariada	35
5 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Síndrome do Túnel do Carpo e a esfera trabalhista

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a síndrome compressiva mais comum do membro superior, ocorrendo quando o nervo mediano é comprimido dentro do túnel do carpo. Os sintomas podem incluir parestesia no território do nervo (Figura 1), diminuição de sensibilidade nos dígitos radiais e fraqueza da musculatura tenar, o que pode atrapalhar o sono e diminuir a destreza (Newington *et al.*, 2019). Em casos mais graves, pode diminuir a função motora e força de preensão de maneira significativa (Newington; Harris; Walker-Bone, 2015).

Figura 1 – Território de inervação do nervo mediano



Fonte: De autoria própria.

Esta neuropatia é considerada grande causa de afastamento do trabalho, diminuição na produtividade e disfunção (Azevedo *et al.*, 2015). É associada com trabalhos com atividades repetitivas e que envolvem extensão excessiva do punho, o que aumenta a pressão dentro do túnel do carpo (Genova *et al.*, 2020). Se o tratamento for cirúrgico o tempo de afastamento é um fardo pesado para o orçamento da seguridade social (De Kesel; Donceel; De Smet, 2008).

A incidência de STC é de 4-5% da população geral e a parcela mais suscetível está entre 40 e 60 anos (Genova *et al.*, 2020). Mulheres são mais susceptíveis que homens e na faixa etária mais jovem (45-54 anos). Esta diferença pode ser explicada por fatores hormonais como gravidez e a menopausa. Além disso, a STC está associada à obesidade e condições endócrinas como diabetes e hipotireoidismo. O estreitamento do túnel do carpo por traumatismos e doenças inflamatórias também pode ocorrer (Newington *et al.*, 2019; Newington; Harris; Walker-Bone, 2015). Os fatores de risco na esfera trabalhista relatados são atividades com posições forçadas do punho, movimentos repetitivos e grande força aplicada. A síndrome afeta principalmente digitadores, costureiras, açougueiros, lenhadores que usam motosserra e trabalhos prolongados com o punho em flexão ou extensão. Há relação inversa entre o tempo de trabalho e a incidência de STC, sendo a maior incidência registrada nos primeiros três anos e meio de atividade laboral (Oliveira Filho; Oliveira, 2017).

1.2 Tratamento cirúrgico e retorno ao trabalho

O tratamento para casos leves inicia-se de maneira conservadora, com fisioterapia, analgesia e talas noturnas (Genova *et al.*, 2020). Para os pacientes com sintomas persistentes que não responderam ao tratamento conservador, que possuem sintomas mais graves (como atrofia tenar ou parestesia frequente) e com eletroneuromiografia grave, indica-se tratamento cirúrgico. Reporta-se taxa de sucesso de até 71 a 90% com o procedimento cirúrgico (Peters *et al.*, 2016; Verdugo *et al.*, 2008).

Estimativas sugerem que até 2025 sejam realizadas anualmente, no Reino Unido, 90.000 tratamentos cirúrgicos para STC e como o pico de incidência da doença se dá em período produtivo, muitos destes pacientes deverão retornar ao trabalho após o procedimento. No entanto, não existem diretrizes que fundamentem a recomendação segura de retorno para atividades funcionais, incluindo o trabalho (Newington *et al.*, 2021).

Um estudo britânico realizado com 173 cirurgiões da mão e 137 terapeutas de mão levantou as recomendações de tempo de afastamento para pacientes com STC, levando em consideração o tipo de trabalho que desempenham. As orientações podem variar significativamente: de 0 a 30 dias para trabalhos em escritório que

envolvem o uso de teclado, mouse ou telefone, de 1 a 56 dias para trabalhos manuais repetitivos leves, como dirigir, entregas ou empilhamento, e de 1 a 90 dias para trabalhos pesados, como construção civil. Esse estudo expôs a existência de orientações conflitantes e grande variabilidade ressaltando a importância de uma abordagem mais individualizada para orientar o tempo de retorno ao trabalho (Newington *et al.*, 2018b).

Uma revisão sistemática conduzida por Newington e colaboradores (2018a) analisou um total de 56 estudos, revelou uma grande variação de tempo de retorno ao trabalho: de 4 a 168 dias após a cirurgia de STC. Surpreendentemente, apenas um dos estudos apresentou 100% de retorno ao trabalho, ocorrendo dentro de um período de até 6 meses após a operação. O estudo mostrou também que o retorno precoce ao trabalho estava associado a procedimentos cirúrgicos endoscópicos em pacientes sem benefícios trabalhistas, bem como a trabalhos não manuais e a indivíduos que passaram por mudança de função. Por outro lado, o retorno tardio foi mais comum em pessoas envolvidas em atividades que demandam esforço repetitivo, como a indústria e a construção civil, além de pacientes que lidam com a manipulação de objetos pesados. Esses achados destacam a necessidade de considerar diferentes fatores, como o tipo de cirurgia, o contexto ocupacional e as demandas físicas específicas de cada paciente, ao avaliar o tempo de retorno ao trabalho após a cirurgia do túnel do carpo (Hansen *et al.*, 2009; Newington *et al.*, 2018a).

1.3 Retorno ao trabalho pelo mundo

Nos Estados Unidos, cada estado possui suas próprias regras em relação aos benefícios trabalhistas pós cirurgia. Em alguns estados, o benefício por incapacidade pode chegar a até 150% do salário. Em consequência disso, os pacientes podem apresentar uma tendência maior a relatar complicações pós-operatórias ou acreditar erroneamente que estão com complicações, com o objetivo de continuar recebendo benefícios sociais e financeiros (Dunn *et al.*, 2018).

Nesse cenário, pacientes que possuem seguro e que se beneficiam financeiramente em caso de doença crônica relacionada ao trabalho, tem piores resultados pós-cirúrgicos e retorno tardio ao trabalho quando comparados com pacientes sem estes benefícios. Este prognóstico ruim tem causa multifatorial, e está

associado com fatores psicológicos, econômicos, sociais, trabalhistas e legais que dificultam a análise (Newington *et al.*, 2018a).

Possíveis consequências do retorno muito precoce ao trabalho são deiscência de sutura, infecção e atraso na cicatrização. Contrariamente, retorno tardio pode aumentar o risco de progressão para licença médica prolongada e produzir um fardo financeiro para o indivíduo, empregador e para o estado (Newington *et al.*, 2021).

Kho e colaboradores (2017) avaliaram as variáveis envolvidas no prognóstico para retorno ao trabalho em 108 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de STC no estado da Filadélfia. Destes, 89% retornaram à mesma função que exerciam previamente sem restrições, com intervalo de $12,5 \pm 11,3$ semanas. Preditores significativos para o retorno tardio foram depressão associada ou não à ansiedade, fibromialgia, uso pré-operatório de opióides e pacientes que precisaram trocar de função antes da cirurgia (Kho *et al.*, 2017).

Um estudo realizado em Israel com 50 trabalhadores autônomos investigou a relação entre o tempo de licença e a força muscular pré e pós-operatória. Os resultados revelaram que não houve diferença significativa na força muscular entre os grupos que retornaram ao trabalho antes de 21 dias de licença e aqueles que retornaram após esse período (Ratzon; Schejter-Margalit; Froom, 2006).

1.4 A realidade brasileira

Uma das causas mais prováveis de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) no Brasil é a dificuldade que médicos sem experiência em cirurgia da mão têm em identificar a real necessidade de afastamento. Isso foi evidenciado por um estudo brasileiro, que mostrou que a maioria dos pacientes com licença médica devido à síndrome do túnel do carpo (STC) apresentava sintomas leves ou exames clínicos negativos. Surpreendentemente, apenas 1/3 dos pacientes afastados do trabalho por STC tinham 3 ou mais sintomas. Esses resultados indicam que muitos pacientes podem estar sendo afastados desnecessariamente, o que destaca a importância de uma avaliação mais criteriosa e especializada para determinar a real necessidade de afastamento (Azevedo *et al.*, 2015).

A legislação Brasileira dispõe de quatro tipos principais de afastamento por doença e aposentadoria, de acordo com a lei 8.213/91 (Brasil, 1991).

Auxílio-Doença previdenciário: O auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz.

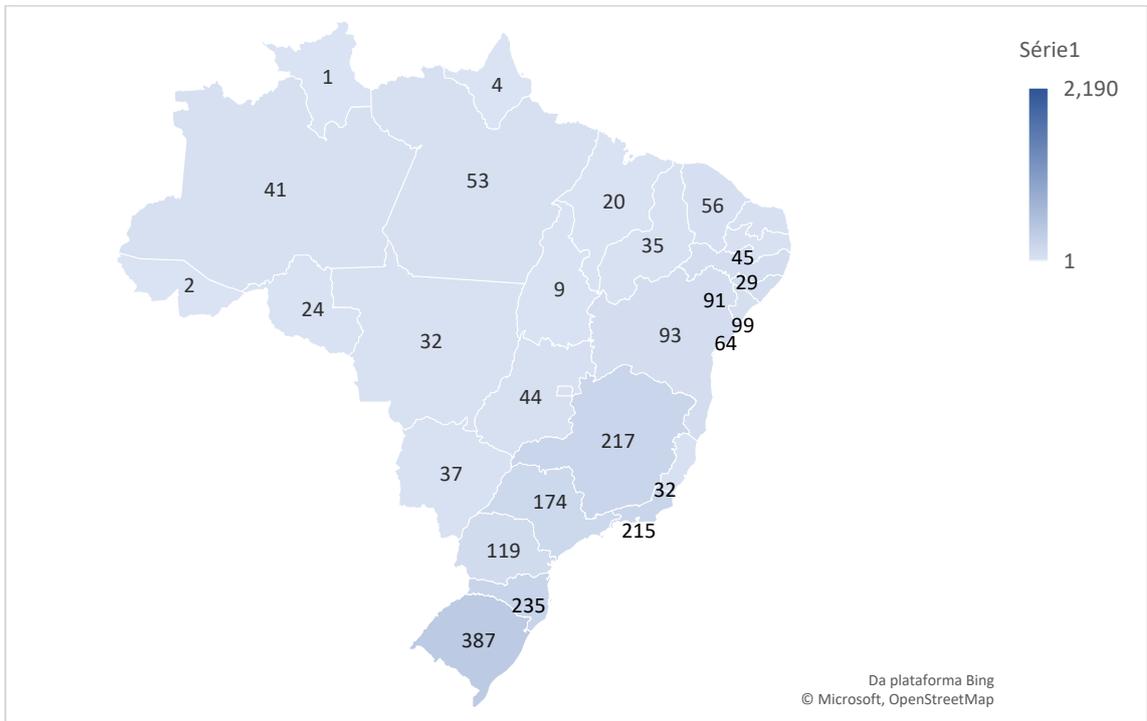
Aposentadoria Invalidez Previdenciária: A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Auxílio-Doença por acidente de trabalho: trata-se de benefício pecuniário de prestação continuada (91% do valor do salário de benefício), possui prazo indeterminado, e está sujeito à revisão periódica, sendo pago mensalmente ao acidentado urbano ou rural, que sofreu acidente do trabalho ou doença advinda das condições de trabalho e apresenta incapacidade transitória para exercer seu labor, sendo requisito o afastamento do trabalhador pelo prazo mínimo de 15 dias.

Aposentadoria Invalidez por acidente de trabalho: benefício dado ao segurado que devido a um acidente de trabalho não tem mais condições de exercer suas atividades prévias, sendo-lhe concedido 100% do valor do salário (Brasil, 1991).

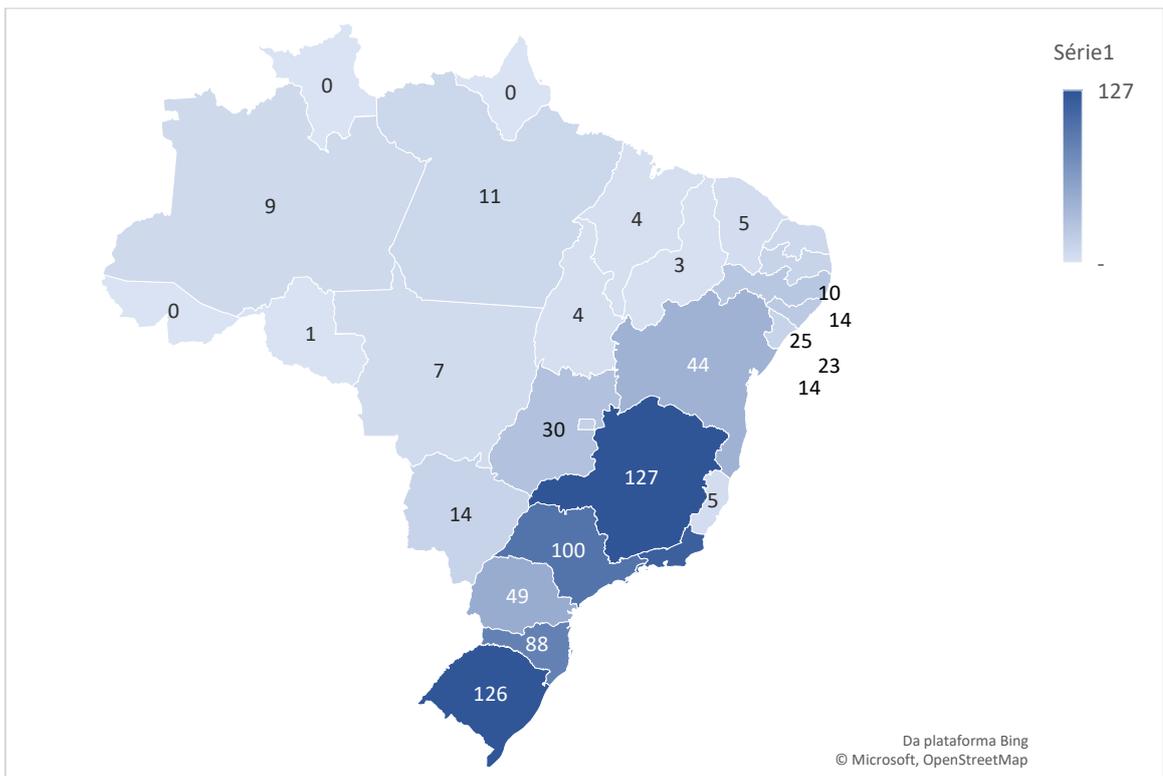
Segundo dados do Ministério da Informação (ANEXO 1), de 2018 a 2023 foram concedidos 2190 auxílios-doença previdenciários, 846 aposentadorias-invalidez previdenciárias, 665 auxílios-doença por acidente de trabalho e 235 aposentadorias invalidez por acidente de trabalho no Brasil no CID G56.0 (Síndrome do Túnel do Carpo), como mostram os gráficos a seguir:

Gráfico 1 – Auxílio-Doença Previdenciário por Estado nos anos de 2018-2023



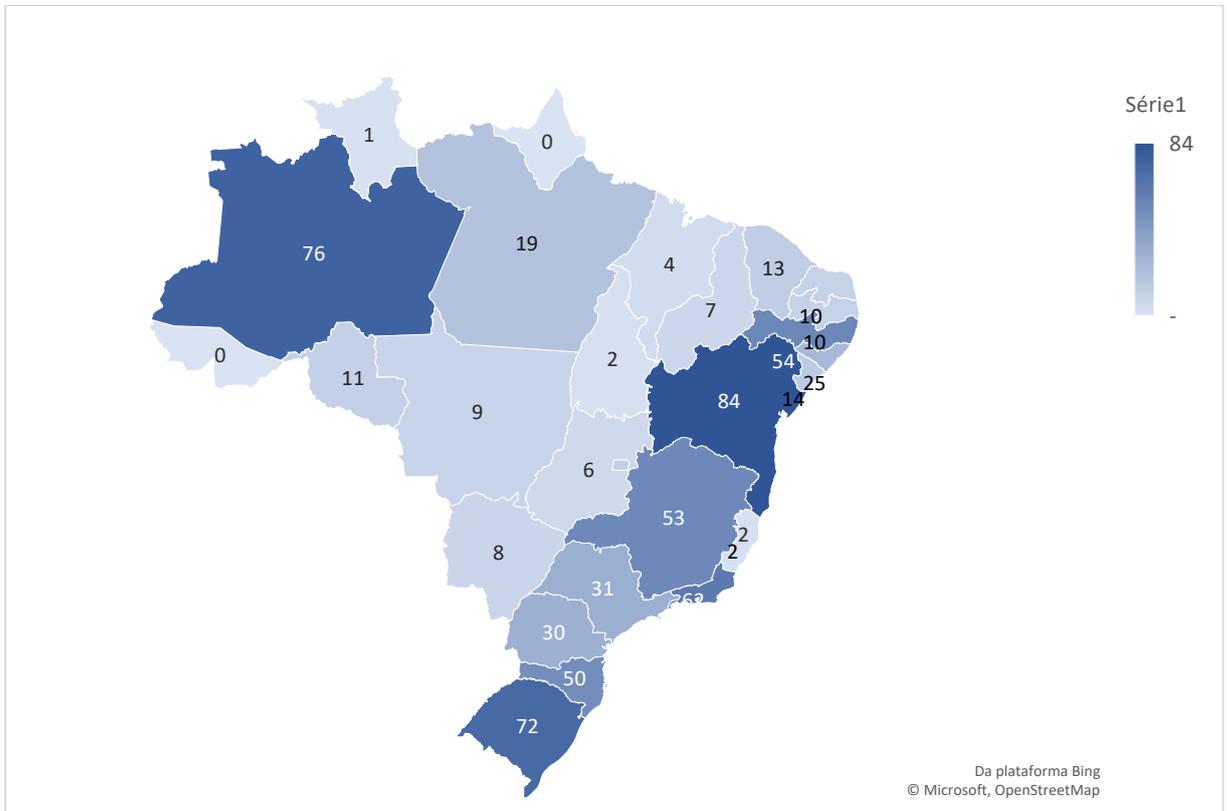
Fonte: De autoria própria.

Gráfico 2 – Aposentadoria-Invalidez Previdenciária por Estado nos anos 2018-2023



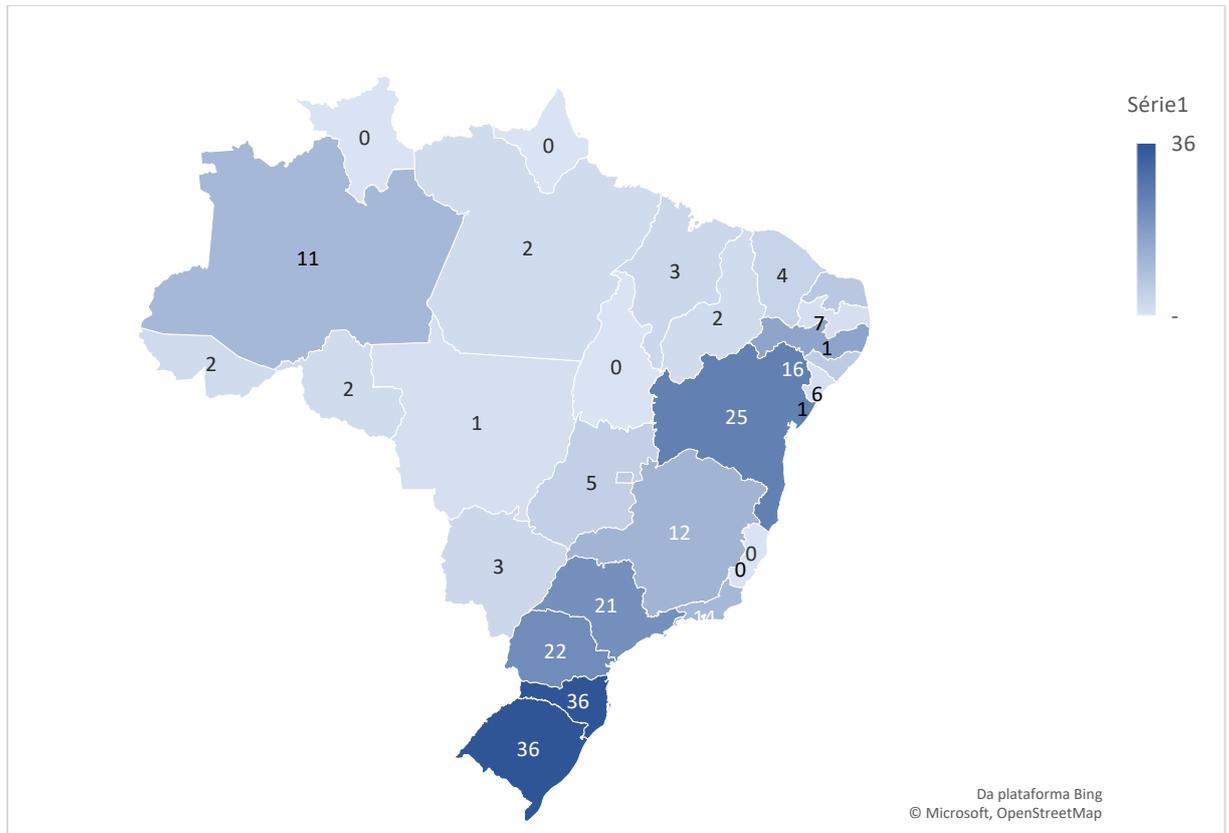
Fonte: De autoria própria.

Gráfico 3 – Auxílio-doença por acidente de trabalho por Estado nos anos de 2018-2023



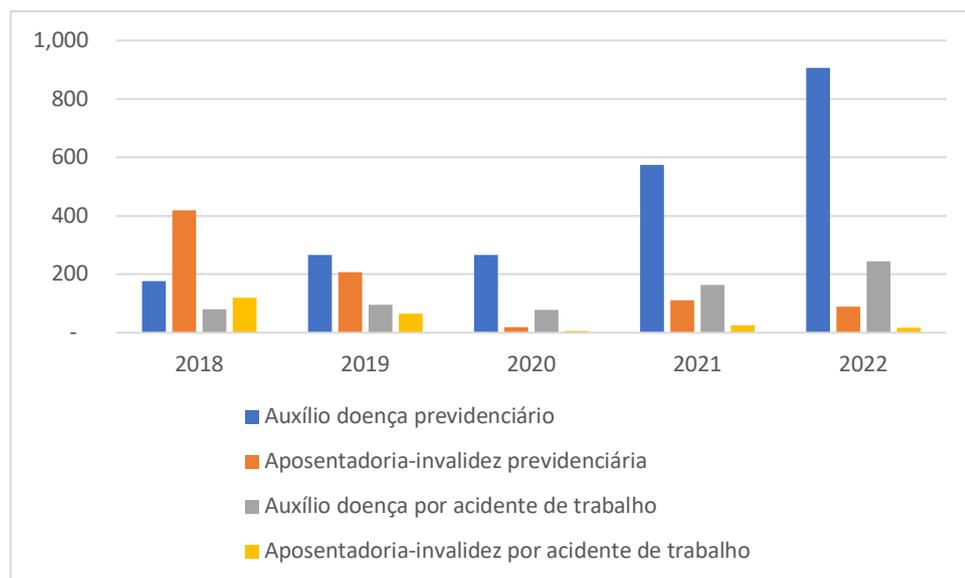
Fonte: De autoria própria.

Gráfico 4 – Aposentadoria-invalidez por acidente de trabalho por Estado nos anos de 2018-2023



Fonte: De autoria própria.

Gráfico 5 – Benefícios concedidos pelo INSS para pacientes com STC de 2018 a 2022



Fonte: De autoria própria.

No que concerne os gastos hospitalares com a doença, no período entre 2008 e 2016 foram investidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 29 milhões de reais referente a internação e procedimento cirúrgico (Magalhães et al., 2019).

O retorno ao trabalho após a conclusão do tratamento de doenças desempenha um papel crucial na avaliação da eficácia deste tratamento, além de ter um impacto significativo nos custos da previdência social. Esse impacto é especialmente relevante em doenças de alta prevalência que requerem afastamento do trabalho. Um exemplo disso é a lombalgia no Brasil, que se destaca como a principal causa de invalidez nos benefícios de aposentadoria por invalidez e acidentários (Meziat Filho; Silva, 2011).

A STC tem alta prevalência na população e o retorno ao trabalho após o tratamento cirúrgico varia amplamente na literatura. A incidência em pacientes em idade produtiva e o tempo de afastamento necessário pós-tratamento cirúrgico possui um amplo espectro nos estudos já publicados. Estes são consequência dos fatores intrínsecos ao paciente (idade, sexo, comorbidades) e de sua situação trabalhista (com ou sem apoio da seguridade social). Desta maneira, é necessário que o cirurgião da mão e a equipe de reabilitação conheçam melhor o perfil destes pacientes de modo a orientar de maneira efetiva o retorno seguro ao trabalho.

Desta maneira, indaga-se quais são os fatores que aumentam o tempo de retorno ao trabalho na população brasileira submetida ao tratamento cirúrgico de STC, que tem como particularidade a presença de previdência social e direitos trabalhistas. Tal pergunta ainda sem resposta na literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Este estudo objetiva identificar fatores individuais epidemiológicos, socioeconômicos e relacionados à doença e ao tratamento que estejam associados ao tempo de retorno ao trabalho após o tratamento cirúrgico de Síndrome do Túnel do Carpo.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a porcentagem de pacientes que tem retorno tardio (mais de 30 dias), e quais são as variáveis relacionadas a este tempo de retorno.

Obter a média de dias de retorno ao trabalho em uma população brasileira após a cirurgia da STC.

Esclarecer se houve mudança de função após a cirurgia de STC e se isso impactou o tempo de retorno ao trabalho.

Identificar entre os fatores relacionados ao atraso no retorno ao trabalho, aqueles que podem ser modificados por estratégias de tratamento e políticas públicas.

Propor estratégias de tratamento e políticas públicas específicas para o grupo de pacientes propensos ao atraso no retorno ao trabalho.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional descritivo, com base no levantamento dos dados extraídos do prontuário eletrônico e complementado por preenchimento de questionário on-line pelos pacientes.

3.1 População do estudo

Pacientes operados por Síndrome do Túnel do Carpo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e no Hospital Estadual de Serrana no período de janeiro de 2015 a outubro de 2022.

3.2 Critérios de inclusão

Pacientes catalogados no período estudado que possuíam vínculo empregatício quando foram operados.

3.3 Critérios de exclusão

Pacientes com erro de preenchimento no questionário ou com alguma comorbidade no membro superior operado.

Pacientes donas de casa e aposentados.

3.4 Dados do Prontuário Eletrônico

Os dados coletados de prontuário foram agrupados em epidemiológicos (idade, gênero, etnia, dominância dos membros superiores, e presença de comorbidades), fatores relacionados à doença (bilateralidade, quais exames clínicos estão positivos na primeira avaliação clínica, gravidade da eletroneuromiografia no momento do diagnóstico, presença de atrofia tenar) e à cirurgia (presença de complicações pós-operatórias). A coleta de dados do prontuário foi realizada desde a primeira consulta até a alta ambulatorial.

Os dados clínicos foram obtidos na busca ativa das evoluções dos pacientes que ficam registradas no prontuário eletrônico. Estas evoluções são padronizadas pela equipe de Cirurgia da Mão e Microcirurgia do HCFMRP-USP.

As complicações pós-operatórias que podem ocorrer são a infecção pós-operatória, deiscência de sutura, dor do pilar e recidiva do quadro.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Os dados relacionados ao trabalho e ao afastamento foram coletados utilizando um questionário (Apêndice A) composto por perguntas objetivas e subjetivas com caráter não obrigatório pela ferramenta *Google Forms*® precedidos por um convite para participar da pesquisa (Apêndice B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado no início do questionário e o seu aceite era obrigatório para prosseguir (Apêndice C). Por ele foi garantido sigilo sobre as informações fornecidas. Os pacientes receberam o link via aplicativo de mensagem para celulares, de maneira individual, com apenas 1 remetente e 1 destinatário.

Apenas a pesquisadora principal realizou contato com os pacientes, 3 tentativas via *Whatsapp*. Nesta abordagem, a pesquisadora identificou-se como médica cirurgiã da mão e aluna do programa de Mestrado Profissional da FMRP-USP e realizava o convite para participar da pesquisa.

O aplicativo de mensagem *Whatsapp* foi escolhido por sua alta utilização pela população brasileira, com seu uso consolidado em outras pesquisas como ferramenta de envio de formulários (Manji *et al.*, 2021; Ribeiro, 2021). Foi optado pelo envio do link ao invés de conduzir a pesquisa pela própria ferramenta, por falta de evidência do uso de *Whatsapp* para conduzir entrevistas individuais (Colom, 2022).

As variáveis analisadas no formulário foram: profissão, vínculo empregatício, tempo de afastamento após a cirurgia, causa do retorno precoce ou tardio, como o paciente avalia o nível de estresse no trabalho e o nível de estresse em casa, se houve afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e se houve necessidade de mudança de função. Os pacientes também caracterizaram seu emprego como manual leve ou pesado.

3.6 Aspectos éticos

O projeto e o instrumento de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP sob o parecer 5.742.403 e CAEE: 45539421.3.0000.5440 e estão de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

3.7 Exame físico

De maneira padronizada pelo serviço de Cirurgia da Mão e Microcirurgia do HC-FMRP-USP, todos os pacientes com suspeita clínica de STC eram submetidos a três testes clínicos: Phalen, Durkan e Tinnel.

O teste de Phalen consiste em pedir ao paciente que mantenha máxima flexão dos punhos por 60 segundos, e é positivo caso o paciente relate parestesia no território do nervo mediano. O teste de Tinnel é a percussão do túnel do carpo e é positivo caso o paciente sinta a irradiação do estímulo para a ponta dos dedos (Wolfe *et al.*, 2021). No teste de Durkan, o examinador mantém compressão do túnel do carpo do paciente por 30 segundos, sendo considerado o teste mais sensível e específico. (Durkan, 1991)

3.8 Tratamento Cirúrgico

Todos os pacientes foram submetidos a mesma técnica cirúrgica: liberação aberta do túnel do carpo por mini incisão sob anestesia local e sedação (figura 2 e figura 3).

3.8.1 Técnica Cirúrgica

Os pacientes foram posicionados em decúbito dorsal horizontal, com o membro a ser operado apoiado na mesa de mão. Após ser realizada a sedação pela equipe da anestesia, era realizada a assepsia e antisepsia do membro. A anestesia local foi realizada com lidocaína a 2% sem vasoconstrictor, injetando 10 ml de proximal para distal no túnel do carpo, com uma angulação de 45° da agulha. A incisão era planejada

conforme as linhas de Kaplan (figura 2). Após a total liberação do ligamento carpal transversal (figura 3) era realizada a lavagem da ferida com soro fisiológico a 0,9% e sutura com nylon 4.0.

3.8.2 Pós-operatório

Os pacientes recebiam alta no mesmo dia, com curativo tipo tala soft (figura 4) que consiste no enfaixamento da mão e do punho sobre uma compressa posicionada na região volar. Eles eram estimulados a movimentar os dedos e o punho conforme tolerância à dor. O primeiro retorno era realizado com 7 dias de pós-operatório (DPO) para checar curativo. Os pacientes eram orientados a realizar a retirada de pontos no 14º DPO no posto de saúde. O segundo retorno acontecia na semana do 30º DPO, ocasião em que o paciente era liberado para manusear objetos pesados e retornar as suas atividades laborais, caso ainda não o tivesse feito.

Figura 2 – Planejamento cirúrgico



Fonte: Acervo de fotos do Serviço de Cirurgia da Mão e Microcirurgia do HCRP-USP.

Figura 3 – Nervo mediano pós neurólise



Fonte: Acervo de fotos do Serviço de Cirurgia da Mão e Microcirurgia do HCRP-USP.

Figura 4 – Tala soft



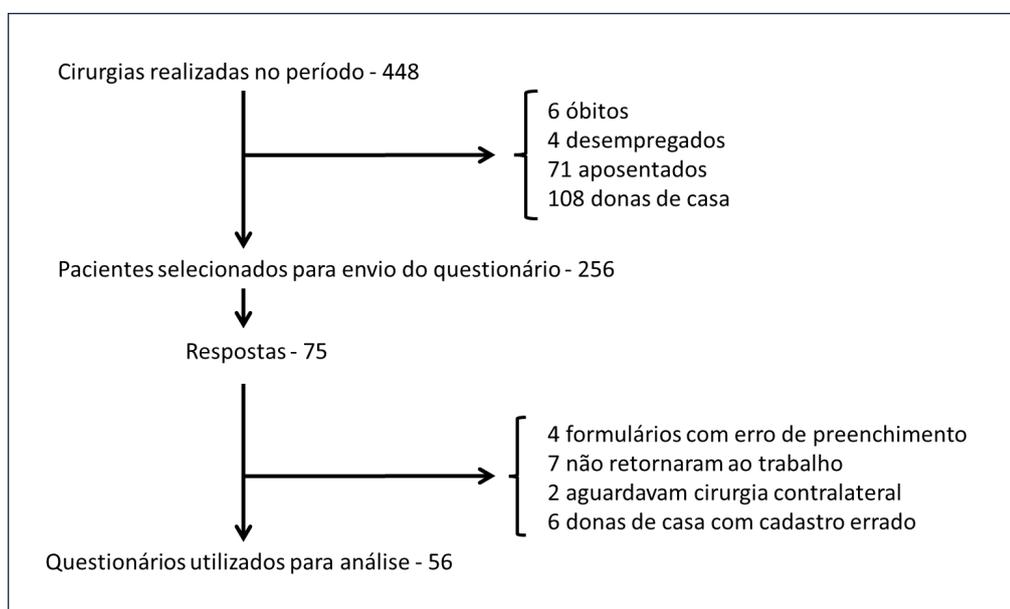
Fonte: Acervo de fotos do Serviço de Cirurgia da Mão e Microcirurgia do HCRP-USP.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre janeiro de 2015 e outubro de 2022, 445 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico de Síndrome do Túnel do Carpo no HCRP ou HES. Foram excluídos 189 pacientes. Seis pacientes por óbito, 4 por serem desempregados, 71 por serem aposentados à época da cirurgia e 108 donas por serem donas da casa e não terem vínculo empregatício formal. Todos os 256 pacientes restantes tinham número de telefone celular e conta na plataforma WhatsApp®. Desta forma, o questionário foi enviado a todos eles, mas apenas 75 responderam.

Dentre as respostas houve 4 exclusões por erro de preenchimento do formulário, 7 pacientes não retornaram ao trabalho por não terem tido melhora do quadro, 2 pacientes não retornaram ao trabalho por estarem aguardando cirurgia do lado contralateral e 6 pacientes eram donas de casa à época da cirurgia (apesar de no sistema constar que eram autônomas). Assim, 56 formulários foram elegíveis para a análise.

Figura 5 – Fluxograma de exclusão da pesquisa



Fonte: De autoria própria.

4.1 Análise dos resultados

Os dados foram analisados no programa SPSS (*Statistical Package Social Science, IBM Corporation, versão 25, Armonk-Estados Unidos, 2017*), e descritos utilizando frequências e percentuais, ou média e desvio-padrão.

Inicialmente foram realizadas as análises bivariadas, com a análise multivariada confirmando as informações. As associações bivariadas foram avaliadas através dos testes t de *Student* e Análise de variâncias (ANOVA).

Para a análise multivariada foram selecionadas as variáveis que apresentaram valor de p menor que 0,25 na análise bivariada. Estas foram: raça, lado da STC, percepção da profissão manual (leve ou pesada), afastamento pelo INSS, percepção do resultado da cirurgia, presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, teste de Phalen positivo, se o paciente realizou ou não pequenos reparos em casa antes de retornar ao trabalho e por fim o seu vínculo empregatício.

Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

4.1.1 Dados sociodemográficos

A maioria dos pacientes da amostra foram mulheres, 51 (87,9%). Este dado é consistente com a epidemiologia de síndrome do túnel do carpo presente na literatura (Ibrahim *et al.*, 2012; McDiarmid *et al.*, 2000).

Em relação a raça autodeclarada, 69,6% dos pacientes foram brancos, 21,5% pardos e 8,9% pretos. Esta distribuição é explicada pela localização do nosso estudo, o município de Ribeirão Preto, que segundo o IBGE, tem 69,7% de brancos 22,8% de pardos e 6,3% de pretos e o município de Serrana, com 50,9% de brancos, 42,1% de pardos e 6,5% de pretos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

A média de idade foi de 44 anos, o paciente mais jovem tinha 27 anos e o mais velho 64 anos. Este dado seguiu a tendência da literatura internacional, em que o pico de incidência de STC é entre 40 e 60 anos (Genova *et al.*, 2020; Ibrahim *et al.*, 2012).

4.1.2 Dados sobre a Síndrome do Túnel do Carpo

Em relação à mão acometida pela Síndrome do Túnel do Carpo, 48,2% apresentaram quadro na mão direita, 23,2% na esquerda e 28,6% dos pacientes tiveram quadro bilateral.

A eletroneuromiografia solicitada durante a avaliação inicial dos pacientes também foi analisada. A maioria dos pacientes possuíam eletroneuromiografia com laudos de STC moderados e graves (74,0%). Isso pode ser explicado pelo fato deste estudo ter sido realizado em centros terciários, em que é necessário o paciente ser referenciado, o que demanda tempo até chegar ao cirurgião da mão. Outro fator importante de ser destacado é que este estudo foi conduzido em parte durante o período de pandemia do SARS-COVID-19, em que os ambulatorios eletivos foram fechados ou diminuídos em sua capacidade, o que atrasou o primeiro contato entre o paciente e o especialista em cirurgia da mão.

Apesar da atrofia tenar ter valor limitado para diagnóstico de STC, ainda é utilizado amplamente em vários estudos (Fernandes *et al.*, 2013). Em nossa amostra, no primeiro exame físico, 10,0% dos pacientes possuíam atrofia tenar, o que mostra um quadro avançado de compressão do nervo mediano ao nível do túnel do carpo. Estudos mostram que atrofia tenar possui especificidade de 90-99% para diagnóstico de STC, porém com baixa sensibilidade – 12,6% (Fernandes *et al.*, 2013; Gomes *et al.*, 2006).

Entre os testes provocativos para diagnóstico, o teste de Phalen foi o mais frequentemente positivo (69,6%), seguido do teste de Durkan (64,2%) e Tinnel (60%).

Nenhum dos dados do exame clínico apresentou associação com o tempo de retorno ao trabalho.

Apenas 2 casos complicaram, o que representa 3,5% da amostra. Ambos com “dor no pilar”, uma complicação comum após a cirurgia de STC. Esta complicação consiste em uma dor na região tenar e hipotenar da mão de causa ainda a ser esclarecida (Ludlow *et al.*, 1997). Estes pacientes tiveram tempo de retorno ao trabalho semelhante aos demais que não sofreram esta complicação.

4.1.3 Dados em relação ao retorno ao trabalho

O tempo médio de retorno ao trabalho para a população brasileira estudada após a cirurgia do túnel do carpo foi de 39,8 dias (DP:22,3). A maioria dos pacientes (55,4%) retornou entre 15 e 30 dias após a cirurgia.

O retorno em até 15 dias (14,3%) pode ser atribuído a funções específicas que não exigiam uso intenso das mãos. As duas pacientes que retornaram em 3 dias mencionaram que o curativo não atrapalhou suas atividades de trabalho. Esses pacientes representam uma minoria principalmente entre aqueles que consideraram seu trabalho como manual pesado (apenas 9,5% destes retornaram em até 15 dias).

Quando indagados sobre a razão do retorno ao trabalho, as respostas foram variadas, porém com um argumento em comum: a necessidade financeira, como se vê nos exemplos a seguir: “Eu preciso trabalhar. Sou sozinha e não sou aposentada.” Outra resposta apresentada foi: “problemas financeiros, filhos para cuidar, etc...” Na mesma temática uma paciente respondeu: “meu marido está desempregado e sou eu que sustento a casa.”

Alguns pacientes relataram que voltaram a trabalhar para melhorar o quadro pós-cirúrgico e por gostarem de trabalhar. “A mão esquerda enfaixada não atrapalhava meu trabalho”. “Me senti muito bem após a cirurgia”. “Depois da cirurgia ficou muito boa a minha mão.”

Não foi a primeira vez que o prazer em trabalhar mostrou-se facilitador para o retorno ao trabalho em estudos brasileiros. Entrevistas conduzidas com bancários que sofriam de LER (lesão por esforço repetitivo) evidenciou que a percepção da importância do papel do trabalho na vida dos sujeitos da pesquisa contribuiu para a reinserção ao ambiente laboral (Gravina; Rocha, 2006).

Quadro 1 – Motivo do retorno ao trabalho após a cirurgia de STC

Razões dadas pelos pacientes para retorno ao trabalho relacionado a necessidade financeira	Razões dadas pelos pacientes para retorno ao trabalho relacionados com prazer em trabalhar ou melhora do quadro
“Tenho filho pra sustentar.”	“Eu gosto de trabalhar.”
“Só mãe solteira de três filhos.”	“A vontade de trabalhar.”
“Eu preciso trabalhar, sou sozinha, não aposentada.”	“Gosto muito do que faço.”
“O grau do problema e dor causado por ele, não me motivaram a voltar. Pedi demissão da empresa, pois a recuperação iria demorar muitos meses e eu ainda teria que operar a outra mão... Porém, consegui outro emprego no qual não há esforço bruto e devido a isso tenho menos dificuldade e dor.”	“Voltei a trabalhar porque estava bem.”
“Necessidade, sem trabalhar não ganha dinheiro.”	“A melhora que foi rápida.”
“Problemas financeiros...filhos pra cuidar etc...”	“Minha mão estava normal e porque preciso ajudar no trabalho.”
“Minhas contas chegando, e único meio de renda que tenho é o trabalho.”	“Depois da cirurgia ficou muito boa minha mão.”

Este estudo identificou que 39,3% dos pacientes retornaram ao trabalho mais de 30 dias após a cirurgia. As análises bivariadas mostraram que o retorno tardio ao trabalho não apresentou associação com o lado da mão afetada, presença de atrofia ou positividade nos testes clínicos específicos. As necessidades financeiras dos pacientes foram uma motivação comum para o retorno ao trabalho, indicando que fatores socioeconômicos desempenham um papel crucial na decisão para o retorno.

Ao serem questionados sobre o porquê do retorno tardio (acima de 30 dias), 38% responderam que não se sentiram à vontade para retornar por ainda terem dor no local (média de 47 dias, DP: 18,5), 33% por terem tido medo de que esse retorno

antes de 30 dias atrasasse a recuperação (média de 43 dias, DP: 25,9) e 27,0% alegaram não terem sido orientados pelo cirurgião da mão sobre o momento correto de retorno ao trabalho (média 45 dias, DP: 23,6). Nenhuma das três respostas teve associação com o tempo de retorno (valor de $p=0,9$).

A percepção do paciente de que o resultado da cirurgia foi bom está associada com o retorno precoce ao trabalho. Neste grupo, o tempo médio foi menor (36.3 dias, DP: 20,7) se comparado àqueles que classificaram sua mão como igual (47.5 dias, DP: 27,5) ou pior (55 dias, DP: 22,9) que antes da cirurgia (valor de $p=0,08$). Pacientes insatisfeitos com o resultado da cirurgia de STC, têm tendência a não retornar ao trabalho ou retornar tardiamente, como foi descrito em uma coorte francesa envolvendo 935 pacientes (Parot-Schinkel *et al.*, 2011).

Gráfico 6 – Percepção dos pacientes sobre o resultado cirúrgico



Fonte: De autoria própria.

Em relação a afastamento pelo INSS, 57,1% dos pacientes usaram este benefício, com média de 47,8 (DP:23,8) dias afastados comparados a 29,1 (DP 14,8) dias de média dos pacientes não afastados. Viu-se relação significativa de afastamento pelo INSS e retorno tardio ao trabalho (valor de $p=0,003$). Este resultado era esperado, já que os pacientes que necessitam de cobertura pelo INSS são aqueles que passam mais de 15 dias consecutivos de afastamento de acordo com o artigo 59 da lei 8.213 de 24 de julho de 1991:

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei,

ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos (Vide Medida Provisória n. 664, de 2014) (Vigência) (Brasil, 1991).

No que concerne ao vínculo trabalhista, no momento da cirurgia, a maioria da amostra é composta de pacientes autônomos, 51,8% (29). Foi identificada tendência de retorno mais precoce destes pacientes (36 dias), porém não houve diferença estatística entre os grupos (valor de $p=0,49$).

Tabela 1 – Vínculo trabalhista no momento da cirurgia e média de retorno ao trabalho

Tipo de Vínculo empregatício	N	%	Média de dias de afastamento	DP	P valor
Assalariado com carteira	24	43,6%	43,8	23,9	P=0,49
Assalariado sem carteira assinada	3	5,4%	40,0	17,3	
Autônomo	29	51,0%	36,3	22,3	

Os pacientes também foram questionados sobre sua percepção de esforço laboral, classificando sua profissão em manual leve (25,5%) e manual pesada (74,5%). Houve uma diferença de 10 dias de retorno ao trabalho entre os grupos, com os pacientes que consideravam seu trabalho como leve retornando em média no 32º DPO (DP:22,4) em comparação ao 42º dia (DP: 22,1) no grupo manual pesado, porém sem associação significativa (valor de $p=0,5$). Esta diferença já havia sido relatada na literatura, em que os pacientes com trabalho manual pesado retornam 14 dias mais tarde que aqueles de trabalho manual leve (De Kesel; Donceel; De Smet, 2008).

Em um estudo australiano realizado com 116 pacientes submetidos a artroplastia de joelho e quadril, o nível de esforço laboral impactou o tempo de retorno. Pacientes que consideraram seu trabalho como muito pesado retornaram 2 semanas depois que aqueles que consideraram como leve, porém assim como o presente estudo, esse achado não teve significância ($p=0,28$) (McGonagle *et al.*, 2019). Uma metanálise de 2023 sobre retorno ao trabalho após artroplastia total de quadril concluiu que pacientes com trabalhos que exigem mais fisicamente tem menos chance de retornar ao trabalho (Soleimani *et al.*, 2023).

Quando o retorno ao trabalho é após artrodese de coluna, vemos o mesmo padrão dos achados do nosso estudo e dos estudos envolvendo prótese de quadril e

joelho. Independente do nível de esforço laboral, não há diferença significativa no tempo de retorno (Singh *et al.*, 2022).

O nível de estresse em casa e no trabalho à época da cirurgia foram avaliados pelos pacientes. A maioria dos pacientes descreveu o nível de estresse como moderado em casa (52,3%) e alto no trabalho (39,3%). Quando é vista a relação entre nível de estresse e retorno ao trabalho, vê-se que os pacientes que consideram o nível de estresse alto em casa retornam antes ao trabalho. Em contrapartida, os pacientes que consideraram seus ambientes de trabalho altamente estressantes demoraram mais a retornar, como é possível observar nas tabelas 2 e 3.

A exposição ao estresse pode ser medida em questionários de autorrelato ou avaliação direta por entrevistador (Crosswell; Lockwood, 2020). O estresse associado a cada evento pode ser relatado por indivíduos na população estudada ou por avaliadores treinados (Cohen; Gianaros; Manuck, 2016).

Tabela 2 – Relação do nível de estresse em casa e retorno laboral

Nível de estresse em casa	N	%	Média de dias para retorno ao trabalho	DP
LEVE	22	39,3%	43	27,5
MODERADO	26	46,4%	38	18,6
ALTO	8	14,3%	35	18,5

Tabela 3 – Relação do nível de estresse no trabalho e retorno laboral

Nível de estresse no trabalho	N	%	Média de dias para retorno ao trabalho	DP
LEVE	10	17,9%	34	25,0
MODERADO	21	37,5%	38	20,8
ALTO	22	39,3%	42	21,8
NÃO RESPONDERAM	3	5,4%		

Esse achado implica que intervenções que abordam a gestão do estresse no ambiente de trabalho podem contribuir para um retorno mais rápido ao trabalho. Em curto prazo (até 60 dias) pacientes com empregos de alta demanda psicológica tem menos probabilidade de retornar ao trabalho com sucesso do que aqueles com baixo nível estresse laboral (Gimeno *et al.*, 2005).

Apenas dois pacientes (3,5% da amostra) precisaram mudar de função ao realizar o retorno ao trabalho, e este baixo percentual não permitiu a análise estatística. Em uma coorte francesa que alocou 935 pacientes, a mudança de trabalho após o tratamento cirúrgico da STC não influenciou o tempo de retorno (Parot-Schinkel *et al.*, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica destacou-se como a comorbidade mais prevalente entre os pacientes, sendo observada em 28,0% da amostra, embora sua presença não tenha demonstrado influência no período de retorno ao trabalho. As demais comorbidades avaliadas também não apresentaram significância no contexto do afastamento pós-cirúrgico. Contrariando a tendência relatada na literatura, onde a presença de comorbidades geralmente está associada a um prolongamento no tempo de retorno ao trabalho, neste estudo não se observou tal correlação. Em uma investigação conduzida no estado de Washington, nos Estados Unidos, verificou-se que a maioria dos pacientes que não retornaram ao trabalho após 5 anos apresentava duas ou mais comorbidades crônicas. (Marcum *et al.*, 2018). Não houve relação entre tempo de retorno pós cirúrgico e a presença de diabetes em um estudo conduzido por De Kesel com 107 pacientes (De Kesel; Donceel; De Smet, 2008).

Não houve diferença de tempo de retorno ao trabalho de acordo com a autodeclaração étnico-racial dos pacientes. Ainda não foi relatado na literatura a associação entre raça e tempo de retorno ao trabalho pós cirurgia de síndrome do túnel do carpo.

4.1.4 Análise Multivariada

A análise multivariada corroborou os dados das análises bivariadas. Os pacientes afastados pelo INSS voltam em média 16,7 dias após aqueles que não amparados pelo benefício, variando entre 5,9 a 27,4 dias a mais (valor de $p=0,002$).

Em relação a lateralidade, viu-se que os pacientes que operaram apenas o lado esquerdo voltaram ao trabalho 2 semanas antes que aqueles pacientes com quadro bilateral ($p=0,025$). Não obtivemos dados suficientes sobre destreza nos prontuários para análise, porém levando-se em consideração que a população mundial é em sua maioria destra (90,7%) (Papadatou-Pastou, 2020), acreditamos que o paciente que opera seu lado não dominante retorna ao trabalho mais precocemente.

Tabela 4 – Análise multivariada

Variável	Coefficiente não padronizado*	Intervalo de Confiança	Valor de p
Raça			
Branços	-0,3	(-17,5; 16,8)	0,969
Pardos	5,7	(-14; 25,5)	0,570
Negros	Referência		
Lateralidade da STC			
STC a direita	-8,4	(-20,6; 3,7)	0,176
STC a esquerda	-15,6	(-29,2; -1,9)	0,025
Bilateral	Referência		
Percepção do trabalho			
Manual leve	-5,6	(-16,9; 5,6)	0,330
Manual pesado	Referência		
Afastamento pelo INSS			
Paciente afastado	16,7	(5,9; 27,4)	0,002
Paciente não afastado	Referência		
Percepção do resultado cirúrgico			
Mão igual	9,2	(-6,3; 24,9)	0,245
Mão pior	15,3	(-0,4; 31,1)	0,056
Mão melhor	Referência		
Hipertensão Arterial (HAS)			
Sem HAS	10,5	(-0,06; 21,2)	0,051
Com HAS	Referência		
Teste de Phalen na primeira consulta			
Phalen positivo	3,9	(-7,2; 15,1)	0,489
Phalen negativo	Referência		
Tarefas domésticas durante o período de afastamento			
Realizava	-5,8	(-16; 4,2)	0,258
Não realizava	Referência		
Vínculo Empregatício			
Assalariado com carteira assinada	3,6	(-7,3; 14,6)	0,512
Assalariado sem carteira assinada	Referência		

Legenda: * Coeficiente não padronizado: representa uma mudança média em comparação a um valor padrão. Resultados negativos: retorno ao trabalho antes que a referência. Resultados positivos: retorno ao trabalho após a referência.

É crucial reconhecer as limitações que impactaram os resultados deste estudo. A observação de que apenas 30,0% dos participantes convidados responderam ao questionário por meio do *WhatsApp* resalta um desafio inerente a muitos estudos, a saber, a participação ativa dos envolvidos. Um estudo canadense que objetivou

entrevistar pacientes pós-artroplastia total de joelho sobre o retorno ao trabalho teve uma adesão de apenas 25,0% (Maillette; Coutu; Gaudreault, 2017). De 217 pacientes convidadas a participar de um estudo inglês sobre retorno ao trabalho após histerectomia, 75 concordaram (o que representa 39,0% da amostra inicial) (Clayton; Verow, 2007).

Muitos indivíduos leram as mensagens, mas não responderam. A negativa em participar deveu-se ao medo de golpe ou vazamento de dados sensíveis e que pudessem afetar o restante do tratamento ou a percepção de benefícios. Há que se encontrar alternativas de abordagens que inspirassem segurança e confiabilidade de forma a aumentar o engajamento, aumentando as taxas de resposta.

Em razão da baixa adesão e do número limitado de respostas é possível que o estudo tenha sido incapaz de detectar associações relevantes ou que não tenha revelado poder estatístico nas comparações examinadas.

A importância deste estudo reside na sua contribuição para a compreensão do processo de recuperação pós-cirúrgica, especificamente no que tange à cirurgia de STC. Pacientes que têm direito aos benefícios oferecidos pelo INSS retornam mais tarde se comparados àqueles que não possuem. É fundamental reconhecer que a presença do INSS desempenha um papel crucial na segurança e bem-estar do paciente durante o período de recuperação. Ao oferecer benefícios financeiros, o INSS proporciona uma rede de suporte econômico que permite aos pacientes dedicarem mais tempo à sua recuperação, sem a pressão financeira iminente.

Contudo, é importante considerar que, em alguns casos, a cobertura do INSS pode resultar em afastamentos mais longos do que estritamente necessários. A oferta de suporte financeiro pode criar incentivos para que alguns pacientes prolonguem seu afastamento por motivos não exclusivamente relacionados à necessidade médica, apresentando desafios tanto para o paciente quanto para o sistema previdenciário. Estratégias que equilibram a segurança econômica oferecida pelo INSS com a necessidade real de afastamento são cruciais para garantir uma transição eficiente de volta ao ambiente de trabalho, evitando impactos negativos na reintegração profissional e otimizando o uso dos recursos previdenciários.

A descoberta de que a percepção positiva do paciente sobre os resultados da cirurgia e um baixo nível de estresse no trabalho parece ter impacto no retorno precoce destacam a necessidade de uma abordagem holística do paciente, desde a

consulta pré-operatória até conhecer sobre o ambiente de trabalho para melhor orientar o tempo de retorno ideal e eventualmente sugerir mudanças de conduta.

A aplicação clínica destas descobertas pode ser extensa. Cirurgiões e equipes multidisciplinares devem incorporar estratégias de suporte psicológico e de gestão de estresse como parte do plano de recuperação, reconhecendo que a saúde mental e a percepção do paciente desempenham um papel crucial na recuperação funcional e no retorno ao trabalho.

Além disso, os resultados desse estudo oferecem uma nova perspectiva sobre a ausência de diferenças significativas no retorno ao trabalho entre pacientes autônomos e assalariados. Isso sugere que fatores ocupacionais isolados podem não ser tão determinantes quanto anteriormente presumido, o que pode incentivar os cirurgiões a focarem menos no tipo de emprego e mais nas características individuais durante o processo de recuperação.

Em termos práticos, este estudo pode ajudar os cirurgiões a identificar pacientes vulneráveis que podem se beneficiar de intervenções como aconselhamento ou terapias de gerenciamento de estresse, potencialmente resultando em uma recuperação mais eficiente e um retorno mais rápido e seguro ao trabalho.

Ao reconhecer a complexidade dos fatores que influenciam o retorno ao trabalho, os profissionais de saúde podem se tornar mais eficazes em personalizar os planos de tratamento e, conseqüentemente, melhorar os resultados ocupacionais dos pacientes com um retorno ao trabalho precoce e seguro. Afinal, este estudo não apenas destaca a relevância dos aspectos psicossociais da recuperação cirúrgica, mas também serve como um lembrete de que a medicina, em sua essência, deve sempre considerar o paciente como um todo.

5 CONCLUSÃO

Dois fatores mostraram relação com o retorno ao trabalho, o afastamento pelo INSS e pacientes que operaram apenas o lado esquerdo.

Nossa amostra mostrou que 39,3% dos pacientes retornaram ao trabalho após mais de 30 dias da cirurgia. Viu-se que a cobertura pelo INSS foi a única variável que influenciou retorno tardio ao trabalho.

Os pacientes retornaram em média com 39,8 dias (DP:22,3) ao trabalho após a cirurgia de STC.

Apenas dois pacientes mudaram de função após a cirurgia, mas isso não impactou significativamente o tempo de retorno ao trabalho.

O alinhamento de expectativas pós-cirúrgicas pode ajudar pacientes a julgarem seu resultado como positivo, e ter tendência a um retorno precoce ao trabalho.

Para auxiliar pacientes que percebem seu ambiente de trabalho como fonte de estresse, é crucial estabelecer programas que apoiem um retorno ao trabalho de maneira gradual e adaptada. A adoção de políticas de trabalho remoto, quando compatíveis com a natureza da profissão, pode oferecer uma transição menos estressante. Além disso, é importante promover programas de bem-estar corporativo, que incentivem práticas de exercícios físicos, fomentando assim um ambiente laboral focado na saúde e na redução do estresse.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. W. V. *et al.* Profile of patients on sick leave with carpal tunnel syndrome. **Acta ortopedica brasileira**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 244-246, 2015.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991: dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012.

CLAYTON, M.; VEROW, P. A retrospective study of return to work following surgery. **Occupational medicine**, London, v. 57, n. 7, p. 525-531, Oct. 2007.

COHEN, S.; GIANAROS, P. J.; MANUCK, S. B. A stage model of stress and disease. **Perspectives on psychological science**, Thousand Oaks, CA, v. 11, n. 4, p. 456-463, Jul. 2016.

COLOM, A. Using WhatsApp for focus group discussions: ecological validity, inclusion and deliberation. **Qualitative research**, Thousand Oaks, CA, v. 22, n. 3, p. 452-467, Jun. 2022.

CROSSWELL, A. D.; LOCKWOOD, K. G. Best practices for stress measurement: how to measure psychological stress in health research. **Health psychology open**, London, v. 7, n. 2, 2020.

DE KESEL, R.; DONCEEL, P.; DE SMET, L. Factors influencing return to work after surgical treatment for carpal tunnel syndrome. **Occupational medicine**, London, v. 58, n. 3, p. 187-190, May 2008.

DUNN, J. C. *et al.* Outcomes following carpal tunnel release in patients receiving workers' compensation: a systematic review. **Hand**, Thousand Oaks, CA, v. 13, n. 2, p. 137-142, Mar. 2018.

DURKAN, J. A. A new diagnostic test for carpal tunnel syndrome. **The Journal of bone and joint surgery**, Boston, MA, v. 73, n. 4, p. 535-8, Apr. 1991.

FERNANDES, C. H. *et al.* Carpal tunnel syndrome with thenar atrophy: evaluation of the pinch and grip strength in patients undergoing surgical treatment. **Hand**, Thousand Oaks, CA, v. 8, n. 1, p. 60-63, Mar. 2013.

GENOVA, A. *et al.* Carpal tunnel syndrome: a review of the literature. **Cureus**, Palo Alto, CA, v. 12, n. 3, Mar. 2020.

GIMENO, D. *et al.* The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. **Occupational and environmental medicine**, London, v. 62, n. 11, p. 778–785, Nov. 2005.

GOMES, I. *et al.* Prediction of the neurophysiological diagnosis of carpal tunnel syndrome from the demographic and clinical data. **Clinical neurophysiology**, Amsterdam, v. 117, n. 5, p. 964-971, May 2006.

GRAVINA, M. E. R.; ROCHA, L. E. Lesões por Esforços Repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. **Cadernos de psicologia social do trabalho**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 41-55, dez. 2006.

HANSEN, T. B. *et al.* A prospective study of prognostic factors for duration of sick leave after endoscopic carpal tunnel release. **BMC musculoskeletal disorders**, London, v. 10, p. 144, Nov. 2009.

IBRAHIM, I. *et al.* **Carpal** tunnel syndrome: a review of the recent literature. **The open orthopaedics journal**, Sharjah, v. 6, p. 69-76, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Distribuição da população, por raça/cor. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE**, 2010. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temald=1&indld=5&loclid=3551504&busca=>. Acesso em: 15 jan. 2023.

KHO, J. Y. *et al.* Prognostic variables for patient return-to-work interval following carpal tunnel release in a workers' compensation population. **Hand**, Thousand Oaks, CA, v. 12, n. 3, p. 246-251, May 2017.

LUDLOW, K. S. *et al.* Pillar pain as a postoperative complication of carpal tunnel release: a review of the literature. **Journal of Hand Therapy**, Philadelphia, PA, v. 10, n. 4, p. 277-82, 1997.

MAGALHÃES, M. J. S. *et al.* Epidemiology and Estimated Cost of Surgeries for Carpal Tunnel Syndrome Conducted by the Unified Health System in Brazil (2008–2016). **Brazilian neurosurgery - arquivos brasileiros de neurocirurgia**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 86-93, jun. 2019.

MAILLETTE, P.; COUTU, M. F.; GAUDREAU, N. Workers' perspectives on return to work after total knee arthroplasty. **Annals of physical and rehabilitation medicine**, Amsterdam, v. 60, n. 5, p. 299-305, Sep. 2017.

MANJI, K. *et al.* Using WhatsApp messenger for health systems research: a scoping review of available literature. **Health policy and planning**, Oxford, v. 6. n. 5, p. 594-605, Jun. 2021.

MARCUM, J. L. *et al.* The economic effect of chronic comorbidities in carpal tunnel syndrome workers' compensation claimants, Washington State. **Journal of occupational and environmental medicine**, Hagerstown, MD, v. 60, n. 12, p. 1128-1135, Dec. 2018.

McDIARMID, M. *et al.* Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: Personal attributes or job tasks? **Environmental research**, Amsterdam, v. 83, n. 1, p. 23-32, May 2000.

McGONAGLE, L. *et al.* Factors influencing return to work after hip and knee arthroplasty. **Journal of orthopaedics and traumatology**, Milano, v. 20, Dec. 2019.

MEZIAT FILHO, N.; SILVA, G. A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

NEWINGTON, L. *et al.* Sickness absence after carpal tunnel release: a systematic review of the literature. **Scandinavian journal of work, environment and health**, Helsinki, v. 44, n. 6, p. 557-567, Nov. 2018a.

NEWINGTON, L. *et al.* Return to work recommendations after carpal tunnel release: a survey of UK hand surgeons and hand therapists. **Journal of hand surgery: european volume**, London, v. 43, n. 8, p. 875-878, Oct. 2018b.

NEWINGTON, L. *et al.* Return to work after carpal tunnel release surgery: a qualitative interview study. **BMC musculoskeletal disorders**, London, v. 20, n. 1, May 2019.

NEWINGTON, L. *et al.* Sickness absence after carpal tunnel release: a multicentre prospective cohort study. **BMJ open**, London, v. 11, n. 2, Feb. 2021.

NEWINGTON, L.; HARRIS, E. C.; WALKER-BONE, K. Carpal tunnel syndrome and work. **Best practice and research: clinical rheumatology**, Amsterdam, v. 29, n. 3, p. 440-453, Jun. 2015.

OLIVEIRA FILHO, J. R.; OLIVEIRA, A. C. R. Síndrome do túnel do carpo na esfera trabalhista. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 182-192, 2017.

PAPADATOU-PASTOU, M. *et al.* Human handedness: a meta-analysis. **Psychological bulletin**, Washington, v. 146, n. 6, p. 481-524, Jun. 2020.

PAROT-SCHINKEL, E. *et al.* Factors affecting return to work after carpal tunnel syndrome surgery in a large French cohort. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, Philadelphia, PA, v. 92, n. 11, p. 1863-1869, Nov. 2011.

PETERS, S. *et al.* Prognostic factors for return-to-work following surgery for carpal tunnel syndrome: a systematic review. **JBIC database of systematic reviews and implementation reports**, Sydney, v. 14, n. 9, p. 135-216, Sep. 2016.

RATZON, N.; SCHEJTER-MARGALIT, T.; FROOM, P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. **Occupational medicine**, London, v. 56, n. 1, p. 46-50, Jan. 2006.

RIBEIRO, B. **Perfil do egresso e avaliação do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**. 2021. Tese (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

SINGH, S. *et al.* Effects of workload on return to work after elective lumbar spine surgery. **Global spine journal**, London, Jun. 2022.

SOLEIMANI, M. *et al.* Return to work following primary total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. **Journal of orthopaedic surgery and research**, London, v. 18, n. 1, p. 95, Dec. 2023.

VERDUGO, R. J. *et al.* Surgical versus non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome. **Cochrane database of systematic reviews**, Chichester, n. 4, Oct. 2008.

WOLFE, S. W. *et al.* **Green's operative hand surgery**. 8. ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

1. Se você leu, entendeu e concorda participar da pesquisa, por favor assinale a opção correspondente:

- Concordo em participar da pesquisa**
- Não concordo em participar na pesquisa**

RETORNO AO TRABALHO PÓS CIRURGIA

2. Quantos dias após a cirurgia você passou afastado do trabalho? ____

3. Qual era sua profissão na época da cirurgia? _____

4. O que te motivou a voltar? (ou a não voltar?)

5. Você ficou afastado pelo INSS?

- Sim**
- Não**

6. Você considera sua profissão:

- manual leve**
- manual pesado**
- minha profissão não é manual**

7. Qual seu vínculo trabalhista na época da cirurgia?

- autônomo**
- assalariado sem carteira assinada**
- assalariado com carteira assinada**

8. Como você avalia o nível de estresse na sua casa?

- leve**
- moderado**
- alto**

9. Como você avalia o nível de estresse no trabalho?

- leve**
- moderado**

- alto

10. Houve troca de função no seu trabalho após a cirurgia?

- sim
- não

11. Em caso de retorno com mais de 30 dias: por que você não se sentiu a vontade para retornar?

- Dor
- Medo de atrasar a recuperação
- Falta de orientação do profissional

Outro: _____

12. Enquanto não retornava ao trabalho você realizou alguma atividade em casa (reparos, limpeza de casa)?

- sim
- não

13. Quando você retornou ao trabalho sua mão estava:

- Igual que antes da cirurgia
- Melhor que antes da cirurgia
- Pior que antes da cirurgia

APÊNDICE B – (Convite para participar da pesquisa)

Olá,

Me chamo Renata Gabriela Pereira Cunha Pontes, sou médica residente de Cirurgia de Mão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) e mestranda do programa de Mestrado Profissional em Medicina desta instituição.

Este é um convite para que você participe de uma pesquisa que tem o intuito de entender quais são os fatores que influenciam o tempo de retorno ao trabalho após a cirurgia de Síndrome do Túnel do carpo.

A pesquisa pode ser encontrada no link disponibilizado abaixo e será realizada inteiramente por este questionário eletrônico. Caso tenha problemas com o link, me envie um e-mail ou mensagem que encaminharei o link novamente. Responder todas as questões não levará mais do que 2 minutos e é de extrema importância para o sucesso dos nossos objetivos.

Antes de responder as perguntas, você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apenas após sua concordância em participar da pesquisa que você será direcionado para a 2 página com as perguntas.

Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá contatar-me pelo telefone número +55-98-98190-8005 ou por e-mail renatapontes@usp.br, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios etc.

APÊNDICE C - TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa Avaliação do retorno ao trabalho de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de síndrome do túnel do carpo, de responsabilidade da pesquisadora Renata Gabriela Pereira Cunha Pontes, mestranda do programa de Mestrado Profissional em Medicina desta instituição e médica residente de Cirurgia de Mão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob orientação do Professor Dr. Edgard Eduard Engel.

A pesquisa será realizada com base nas respostas fornecidas pelos participantes no questionário eletrônico disponibilizado. Este questionário é composto por perguntas abertas e fechadas e para seu preenchimento completo não são necessários mais do que 2 minutos do seu tempo. Você poderá enviar suas respostas no máximo até o dia 01 de maio de 2023. Se você não quiser responder alguma das perguntas, basta deixar em branco.

Objetivos gerais: O presente estudo tem como objetivo identificar fatores individuais epidemiológicos, socioeconômicos e culturais e fatores relacionados à doença e ao tratamento que estejam associados ao tempo de retorno ao trabalho após o tratamento cirúrgico de Síndrome do Túnel do Carpo.

Objetivos específicos: Identificar entre os fatores relacionados ao atraso no retorno ao trabalho, aqueles que podem ser modificados por estratégias de tratamento e políticas públicas. Propor estratégias de tratamento e políticas públicas específicas para o grupo de pacientes propensos ao atraso no retorno ao trabalho.

O presente termo de consentimento ficará disponível no início do questionário e só será incluído no estudo se a caixa de verificação de consentimento explícito em participar da pesquisa estiver marcado.

Riscos: o questionário aplicado possui perguntas abertas e fechadas e os riscos consistem em uma eventual quebra de sigilo, sendo, portanto, um risco inerente ao tipo da pesquisa realizada.

Benefícios: possibilidade de avaliar o que influencia o retorno ao trabalho após a cirurgia de Síndrome de Túnel do Carpo, e poder assim orientar melhor o paciente no pós-cirúrgico quanto ao retorno seguro a suas atividades.

Direito de confidencialidade ao participante da pesquisa: direito de não identificação e de manutenção do caráter confidencial da informação com relação à

privacidade. As informações serão coletadas de forma que a identificação do sujeito só será possível pela decodificação da tabela mestre. Além disso os dados serão mantidos criptografados. Os autores se comprometem à não divulgar ou expor as informações coletadas durante ou após a realização da pesquisa. Os pesquisadores também se comprometem a impedir completamente à correlação dos dados divulgados com os sujeitos individualmente.

Garantia de acesso: você deverá guardar uma via deste TCLE. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá contatar-me pelo telefone número 98-99237-1457 ou e-mail renatapontes@usp.br, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios etc. Meus dados para contato também estarão contidos no início do questionário e no convite para participação desta pesquisa.

Garantia de liberdade da retirada do TCLE, a qualquer momento você poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano à sua pessoa basta me contactar no e-mail ou no celular.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Se você leu, entendeu e concorda em participar da pesquisa, por favor, coloque a data, seu nome e assine este documento para registrar seu consentimento em participar da pesquisa.

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (16) 3602-2228. 61

Data: ____ / ____ / ____ Nome (participante):

_____ Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____ Nome (pesquisador que obtém o TCLE):

_____ Assinatura:

ANEXOS

ANEXO 1 - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação Detalhes da Manifestação

Dados Básicos da Manifestação

Tipo de Manifestação: Acesso à Informação

Esfera: Federal

NUP: 03005.265697/2023-13

Órgão Destinatário: INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

Órgão de Interesse:

Assunto: Acesso à informação

Subassunto:

Data de Cadastro: 30/08/2023

Situação: Cadastrada

Data limite para resposta: 19/09/2023

Canal de Entrada: Internet

Modo de Resposta: Pelo sistema (com avisos por email)

Registrado Por: Cidadão

Tipo de formulário: Acesso à Informação

Serviço:

Outro Serviço:

Teor da Manifestação

Resumo: Quantidade de brasileiros recebendo benefício por Síndrome do túnel do carpo, cid g560

Extrato:

Olá,

Gostaria de receber a informação de quantos brasileiros receberam benefício por doença e invalidez pelo CID-10 G56.0, Síndrome do túnel do carpo. Respondendo segundo orientações prévias:

- os CIDs (códigos) sobre o quais deseja obter a informação - G56.0

- as espécies de benefício sobre os quais deseja obter a informação: AUXÍLIO DOENÇA E APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
- o período de abrangência da informação a qual deseja obter acesso; DE 2018 A 2022
- a abrangência territorial da solicitação (ex.: Estado de São Paulo, Brasil etc): BRASIL Grata !

Proposta de melhoria:

Município do local do fato:

UF do local do fato:

Local:

Não há anexos originais da manifestação.

Não há anexos complementares.

Não há textos complementares.

Não há envolvidos na manifestação.

Campos Adicionais

Não há campos adicionais.

Dados das Respostas

Não há registro de respostas.

Denúncia de descumprimento

Não há registro de denúncias de descumprimento.

Dados de Encaminhamento

Não há registros de encaminhamento.

Dados de Prorrogação

Não há registros de prorrogações.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 17/04/2023 | Edição: 73 | Seção: 1 | Página: 169
Órgão: Controladoria-Geral da União/Gabinete do Ministro

PORTARIA NORMATIVA CGU Nº 71, DE 10 DE ABRIL DE 2023

Aprova enunciados referentes à aplicação da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

O MINISTRO DE ESTADO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 6º e o parágrafo único do art. 25 da Portaria CGU nº 1.973, de 31 de agosto de 2021, resolve:

Art. 1º Esta Portaria Normativa aprova 12 (doze) enunciados referentes à aplicação da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação - LAI), conforme constante do Anexo Único a esta Portaria Normativa.

Art. 2º Esta Portaria Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

VINÍCIUS MARQUES DE CAVALHO

ANEXO ÚNICO

ENUNCIADOS REFERENTES À APLICAÇÃO DA LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011 (LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO - LAI)

Enunciado CGU nº 1/2023 - Registros de entrada e saída de prédios públicos

Os registros de entrada e saída de pessoas em órgãos públicos do Poder Executivo federal, inclusive no Palácio do Planalto, são passíveis de acesso público, exceto quando as agendas sobre as quais eles se referirem estiverem enquadradas em hipótese legal de sigilo (art. 22), sido classificadas (art. 23), ou sob restrição temporária de acesso (art. 7º, § 3º), nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Enunciado CGU nº 2/2023 - Registros de entrada e saída de residências oficiais

Os registros de entrada e saída de pessoas em residências oficiais do Presidente e do Vice-presidente da República são informações que devem ser protegidas por revelarem aspectos da intimidade e vida privada das autoridades públicas e de seus familiares (art. 31 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011), salvo se tais registros disserem respeito a agendas oficiais, as quais têm como regra a publicidade, ou se referirem a agentes privados que estejam representando interesses junto à Administração Pública, nos termos do art. 11 da Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013.

Enunciado CGU nº 3/2023 - Procedimentos disciplinares de militares

Aplicam-se aos pedidos de acesso a processos administrativos disciplinares conduzidos no âmbito das Forças Armadas as mesmas regras referentes aos servidores civis, cabendo restrição a terceiros somente até o seu julgamento (art. 7º, §3º), sem prejuízo da proteção das informações pessoais (art. 31) ou legalmente sigilosas (art. 22), nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Enunciado CGU nº 4/2023 - Segurança do Presidente da República e familiares

Durante o mandato presidencial, a classificação de informações sob o fundamento de que sua divulgação ou acesso irrestrito pode colocar em risco a segurança do Presidente e

Vice-Presidente da República e respectivos cônjuges e filhos(as), nos termos do art. 24, § 2º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, deve restringir-se estritamente às informações que, de fato, se enquadram nessa categoria, devendo as autoridades competentes para classificação do sigilo atentar-se para o cumprimento do princípio geral da Lei de Acesso à Informação de que o acesso é a regra e o sigilo a exceção.

Enunciado CGU nº 5/2023 - Sigilo de licitações, contratos e gastos governamentais

Informações sobre licitações, contratos e gastos governamentais, inclusive as que dizem respeito a processos conduzidos pelas Forças Armadas e pelos órgãos de polícia e de inteligência, são em regra públicas (art. 7º, VI) e eventual restrição de acesso somente pode ser imposta quando o objeto a que se referem estritamente se enquadrar em uma das hipóteses legais de sigilo (art. 22) ou forem classificadas, nos termos do art. 23 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Enunciado CGU nº 6/2023 - Abertura de informações desclassificadas

Transcorrido o prazo de classificação da informação ou consumado o evento que consubstancie seu termo final, a informação tornar-se-á automática e integralmente de acesso público (art. 24, § 4º), ressalvadas eventuais outras hipóteses legais de sigilo (art. 22) e a proteção de dados pessoais (art. 31), devendo o órgão ou entidade pública registrar tal desclassificação no rol de informações classificadas, que é de publicação obrigatória na Internet, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Enunciado CGU nº 7/2023 - Títulos acadêmicos e currículos de agentes públicos

Informações sobre currículos de agentes públicos, como títulos, experiência acadêmica e experiência profissional, são passíveis de acesso público, uma vez que são utilizadas para a avaliação da capacidade, aptidão e conhecimento técnico para o exercício de cargos e funções públicas.

Enunciado CGU nº 8/2023 - Provas e concursos públicos

A divulgação de documentos e informações relacionados a candidatos aprovados em seleções para o provimento de cargos públicos, inclusive provas orais, são passíveis de acesso público, visto que a transparência dos processos seletivos está diretamente relacionada à promoção dos controles administrativo e social da Administração Pública, ressalvadas as informações pessoais sensíveis.

Enunciado CGU nº 9/2023 - Telegramas, despachos telegráficos e as circulares telegráficas produzidos pelo Ministério das Relações Exteriores

Os telegramas, despachos e circulares telegráficas produzidos pelo Ministério das Relações Exteriores são documentos que devem ter seu acesso restringido somente quando o objeto a que se referem estritamente se enquadrar em uma das hipóteses legais de sigilo. A proteção das negociações e das relações diplomáticas do País não pode ser utilizada como fundamento geral e abstrato para se negar acesso a pedidos de informação. Havendo informações pessoais no documento ou processo que não podem ser disponibilizadas, aplica-se o disposto no § 2º do art. 7º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, assegurando-se o acesso à parte não sigilosa por meio de certidão, extrato ou cópia com ocultação da parte sob sigilo.

Enunciado CGU nº 10/2023 - Informações financeiras a respeito de programas e benefícios sociais

Informações referentes a valores de benefícios pagos e a identificação de beneficiários de programas sociais, mesmo que operados por instituições financeiras, são de acesso público, em razão do disposto no art. 29, § 2º, XII, da Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021, desde que respeitado a privacidade dos dados pessoais e dos dados sensíveis, sem prejuízo dos demais requisitos elencados, conforme a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Tais dados não são protegidos pelo sigilo fiscal, bancário, de operações e serviços no mercado de capitais, comercial, profissional ou industrial, de que trata o art. 6º, I, do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012.

Enunciado CGU nº 11/2023 - Restrições de acesso em virtude da desarrazoabilidade ou desproporcionalidade do pedido

Pedidos de acesso à informação somente podem ser negados sob o fundamento da "desarrazoabilidade" se o órgão ou entidade pública demonstrar haver risco concreto associado à divulgação da informação ou se a contextualização do pedido de acesso não for real ou quando os fatos que consubstanciam o pedido não estiverem expostos conforme a verdade; e, por sua vez, somente podem ser negados sob o fundamento da "desproporcionalidade" se o órgão evidenciar não possuir recursos, humanos ou tecnológicos, para atender o pedido. Para as duas situações, não podem tais argumentos serem utilizados como fundamento geral e abstrato para a negativa de acesso. Além disso, quando restar configurada a desproporcionalidade do pedido, o órgão ou entidade deve disponibilizar os meios para que o cidadão realize a consulta in loco, para efetuar a reprodução ou obter os documentos desejados, em conformidade com o disposto no art.

11, §1º, I, da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Enunciado CGU nº 12/2023 - Informação pessoal

O fundamento "informações pessoais" não pode ser utilizado de forma geral e abstrata para se negar pedidos de acesso a documentos ou processos que contenham dados pessoais, uma vez que esses podem ser tratados (tarjados, excluídos, omitidos, descaracterizados etc.) para que, devidamente protegidos, o restante dos documentos ou processos solicitados sejam fornecidos, conforme preceitua o § 2º do art. 7º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, assegurando-se o acesso à parte não sigilosa por meio de certidão, extrato ou cópia com ocultação da parte sob sigilo. Além disso, a proteção de dados pessoais deve ser compatibilizada com a garantia do direito de acesso à informação, podendo aquela ser flexibilizada quando, no caso concreto, a proteção do interesse público geral e preponderante se impuser, nos termos do art. 31, § 3º, inciso V da Lei n. 12.527, de 2011, e dos arts. 7º, § 3º, e 23, caput, da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.