

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Perícia ou imperícia.
Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort

Maria Maeno

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Ambiental

Orientador: Professor Doutor Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela

São Paulo

2018

**Perícia ou imperícia.
Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort**

Maria Maeno

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Ambiental

Orientador: Professor Doutor Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela

Versão revisada

São Paulo

2018

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.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Maeno, Maria
Perícia ou Imperícia. Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort / Maria Maeno; orientador Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela. -- São Paulo, 2018.
400 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. LER/Dort. 2. Laudos periciais. 3. Justiça do Trabalho. 4. Nexos causal e concausal. 5. Dor e presenteísmo. I. Andrade de Gouveia Vilela, Rodolfo, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores que lutam por seus direitos

AGRADECIMENTOS

Ao Júlio Cesar Rodrigues (*in memorian*) que foi uma das primeiras pessoas com quem compartilhei a ideia de fazer um doutorado a esta altura da vida. Deu várias ideias que me abriram horizontes para a tese que apresento.

Aos amigos médicos de longo tempo, Marcos Sabino, Mirian Pedrollo Silvestre, Vera Lúcia Salerno, Roberto Carlos Ruiz, Eclea Spiridião Bravo, Paulo Kaufmann, Cesar Augusto Patta, com quem durante anos venho trocando ideias sobre vários aspectos da tese.

Às amigas e colegas de Fundacentro, Cristiane Queiroz Barbeiro Lima e Daniela Sanches Tavares pela interlocução continuada, enriquecedora, pela leitura da tese e sugestões sempre pertinentes.

Aos amigos Cezar Saito e Marco Bussacos, que sempre tiveram paciência para me ajudar nas planilhas e nas análises perigosas das estatísticas.

Ao Eduardo Algranti, chefe da Medicina e ao Antonio Ricardo Daltrini, ex-coordenador da Coordenação de Saúde e Trabalho da Fundacentro, pelo apoio e incentivo.

Ao amigo Kal (José Carlos do Carmo), pela leitura de trechos da tese e pelas dicas sempre aproveitadas.

Às amigas Carla Rita Bracchi Silveira e Leopoldina de Lourdes Xavier, que me enviaram material para leitura.

À Dra Bianca Bastos e ao Luiz Paulo Pasotti Valente (*in memorian*), pessoas com quem tive oportunidade de conversar e aprender muito sobre o funcionamento da Justiça do Trabalho.

À amiga Cristina Miyake, que com seu conhecimento e generosidade, sempre me ajudou.

Ao amigo de tantos anos, Antonio José de Arruda Rebouças, com quem tenho o privilégio de conversar sobre vários aspectos relacionados a esta tese e com quem tenho aprendido muito.

À amiga Maria Leonor Poço, que sempre me auxiliou nas dúvidas sobre aspectos do Direito do Trabalho.

À amiga de anos, Agda Aparecida Delía, que me ajudou a fazer a revisão final.

À amiga Alice Itani, que sempre me incentivou a fazer o doutorado.

Aos trabalhadores e pacientes que conheci durante todos esses anos e tanto me ensinaram.

Aos membros da banca, essenciais para o aprimoramento da tese, um agradecimento especial. À Professora Edith Seligmann-Silva, sempre muito generosa e exigente, não tenho como agradecer os ensinamentos desde que eu era estudante de medicina. Ao Jorge Luiz Souto Maior, a quem admiro cada vez mais, pela sabedoria e pensamentos que nos fazem ver um pouco mais longe. À Mara Alice Conti Takahashi, que com sua paciência infinita, me abriu os olhos para conceitos de saúde que eu não conhecia. À Renata Paparelli, a quem admiro

pelo prazer de ensinar e de se firmar na área pericial.

À Cristiane Cabral, professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelas belas aulas e conversas.

À Dra Silvana Abramo Ariano, pela intermediação junto à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho da Segunda Região, para a viabilização do projeto.

À Presidência do Tribunal Regional do Trabalho da Segunda Região, nas pessoas do Dr. Nelson Nazar e Dra Maria Doralice Novaes, pelo acesso aos processos e laudos judiciais.

Aos servidores da Coordenadoria de Gestão de Arquivo do Tribunal Regional do Trabalho da Segunda Região, que abrange a Seção de Controle de Autos Arquivados, a Seção de Consulta e Atendimento e a Seção de Avaliação e Destinação Documental, pela inestimável ajuda na busca do material de estudo.

À Fundacentro e aos seus servidores, em especial da secretaria da Coordenação de Saúde de Trabalho, Bianca Rocha Alcântara e Delma Francisco Batista, do Serviço de Atividades Auxiliares e da Biblioteca.

Aos estagiários que passaram pela Fundacentro em diferentes momentos, Rafael Ribeiro Almeida, Mark Rosbach e Gabriela Karam.

Ao Carlos, Julio e Marina, pela torcida, pela ajuda na compreensão de conceitos de física e na solução de questões gráficas.

Ao meu orientador, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, que conseguiu me orientar sem pressionar.

RESUMO

MAENO, M. **Perícia ou Imperícia.** Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort. 2018. Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

Introdução: O Código de Processo Civil determina que nos processos judiciais em que a matéria depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, que produzirá um laudo. Foram analisados 83 laudos de processos judiciais do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (TRT-2), referentes a reclamantes com Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), que abrangem afecções crônicas do sistema musculoesquelético de origem ocupacional e são decorrentes, dentre outros motivos, da execução de movimentos repetitivos por tempo prolongado e sobrecarga estática, sem que haja tempo para uma recuperação fisiológica. Deveriam abordar os vários aspectos do adoecimento para auxiliar a decisão judicial quanto à existência de agravo à saúde relacionado ao trabalho, assim como sua extensão e repercussões sobre a vida e capacidade laboral do trabalhador. **Objetivos:** Identificar e analisar, nos laudos, conceitos sobre adoecimento ocupacional e incapacidade laboral, bem como as principais linhas de argumentação, para a descaracterização do nexo causal nos casos em que havia nexo causal presumido pelo critério epidemiológico. **Material e método:** O material de estudo (83 laudos) foi buscado dentre os processos arquivados no período de 2012 a 2016 na Coordenadoria de Gestão de Arquivo do TRT-2, que abrange 30 municípios da região metropolitana de São Paulo e Baixada Santista. Atributos associados aos grandes temas da pesquisa foram codificados com o objetivo de melhor sistematização para uma análise de conteúdo. **Resultados:** Os laudos periciais foram elaborados, na sua quase totalidade por médicos, dentre os quais 56 (67,47%) médicos do trabalho, 13 (15,66%) médicos sem especificação de especialidade, 9 (10,84%) médicos com especialização em perícia ou legistas e 4 ortopedistas (4,82%). Um deles (1,21%) foi elaborado por fisioterapeuta. Do total de laudos, 25 (30,12%) não tinham quaisquer informações sobre o processo de adoecimento e apenas 23 (27,71%) contemplaram uma história clínica abrangente. Em 34 (40,96%) não havia qualquer informação sobre as características da atividade de trabalho e em 30 (36,15%) havia a citação de alguns aspectos biomecânicos. Apenas 19 (22,89%) apresentaram uma análise da atividade de trabalho, incluindo aspectos biomecânicos e organizacionais. Nenhum laudo continha uma análise da incapacidade para o trabalho de forma ampla, sendo que em 50 laudos (60,24%), o perito considerou apenas o diagnóstico para se pronunciar sobre a incapacidade. Do total dos laudos, apenas 13 (15,66%) utilizaram o conceito de multicausalidade e 12 (14,46%) o de concausalidade. Dos 15 laudos com nexo causal presumido pelo critério epidemiológico, descaracterizados no caráter ocupacional na perícia, nenhum continha uma análise da atividade de trabalho, embora 9 deles tenham utilizado argumentos biomecânicos, 8 tenham utilizado o argumento de que se tratava de doença degenerativa e 3 de que o quadro era de fibromialgia não ocupacional. Foram discutidos conceitos de adoecimento ocupacional, nexo causal e incapacidade, além da relação de desigualdade, presenteísmo, individualização do adoecimento e culpabilização. **Conclusão:** A maioria dos laudos periciais peca pela falta de consistência conceitual, metodológica e argumentos fundamentados, deixando lacunas na área clínica, na análise da atividade de trabalho e na avaliação de incapacidade.

Descritores: Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho; Laudos Periciais; Justiça do Trabalho; Nexo Causal; Incapacidade Laboral; Desigualdade; Presenteísmo.

MAENO, M. Expertise or Malpractice in Labour Justice on RSI [Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018. Portuguese.

ABSTRACT

Introduction: The Civil Code Procedure determines that in judicial proceedings in which the matter depends on technical or scientific knowledge, the judge will be assisted by experts, who will produce a forensic report. A total of 83 reports, from the Regional Labor Court of the 2nd Region (TRT-2), were analysed, concerning claimants suffering from Repetitive Strain Injury or Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WRMD), which include occupational chronic conditions of the musculoskeletal system, that are due, among other reason to the execution of repetitive movements for a prolonged time and static overload without pause for a physiological recovery. They should address the various aspects of illness in order to assist the judge in his decision regarding the existence of an aggravated health related to work, as well as its extent and repercussions on the life and work capacity of the worker. **Objectives:** To identify and analyse concepts about occupational illness and disability to work, expressed in the reports, as well as the main lines of argument, for the de-characterization of the causal nexus in cases where there was causal nexus presumed by the epidemiological criterion. **Material and method:** The study material was searched from the archived processes from 2012 to 2016 in the File Management Coordination of TRT-2, which covers 30 municipalities in the metropolitan region of São Paulo and Baixada Santista. Attributes associated with the major themes of the research were codified with the aim of better systematization for a content analysis. **Results:** The expert reports were elaborated almost entirely by physicians, among them 56 (67.47%) occupational physicians, 13 (15.66%) doctors without a declared specialty, 9 (10.84%), forensic doctors, 4 orthopedists (4.82%). One of the reports (1.21%) was elaborated by a physiotherapist. Of the total reports, 25 (30.12%) did not have information about the illness process and only 23 (27.71%) contemplated a comprehensive medical history. In 34 (40.96%) there was no information about the characteristics of the work activity and in 30 (36.15%) there were citations of some biomechanical aspects. Only 19 (22.89%) presented an analysis of the work activity, including biomechanical and organizational aspects. No report contained an embracing analysis of disability to work comprehensively, and in 60.24% of them, the expert considered only the diagnosis to pronounce on the disability. Of the total reports, only 13 (15.66%) used the concept of multicausality and 12 (14.46%) the concept of concausality. Of the 15 reports with a presumed causal nexus by the epidemiological criterion, which were not characterized in the occupational character, none contained an analysis of the work activity, although 9 of the 15 reports used biomechanical arguments to de-characterize the occupational character, 8 used the argument that it was degenerative disease and 3 that the condition was non-occupational fibromyalgia. Concepts of occupational illness, causal nexus and disability were discussed, as well as the relationship of inequality, presentism, individualization of illness and blame. **Conclusions:** Most of the expert reports are lacking in conceptual, methodological and reasoned arguments, leaving relevant gaps in the clinical area, in the analysis of the work activities and in the assessment of disability.

Keywords: Repetitive Strain Injuries or Work Related Musculoskeletal Disorders, Expert Reports, Labour Justice, Causal Nexus, Work Disability, Inequality, Presenteism.

SUMÁRIO

MEMORIAL	19
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 2 - QUANDO O ADOECIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO PASSA A SER UM PROBLEMA	
1. DAS DOENÇAS INFECCIOSAS ÀS DOENÇAS DOS OFÍCIOS	31
2. BRASIL: TRABALHO, TRABALHADORES E SAÚDE NO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX	38
CAPÍTULO 3 - O ADOECIMENTO NEUROMUSCULAR E O TRABALHO	
1. O DESPERTAR DA ATENÇÃO DE PESQUISADORES ATÉ OS ANOS 1990	44
2. DETALHANDO O PROCESSO DE VISIBILIDADE SOCIAL DO ADOECIMENTO MUSCULOESQUELÉTICO E AS CONTROVÉRSIAS	51
2.1. Vê Quem Quer Ver: Emblemático Caso Estadunidense	51
2.2. Fenômeno das LER na Austrália	56
2.3. Fenômeno Brasileiro das LER. Dos Primeiros Casos de Tendinites dos Anos 1970 à Epidemia de LER/Dort nos Anos 1990	60
3. LEGADOS NORMATIVOS E DEMARCATÓRIOS DO FENÔMENO BRASILEIRO DAS LER/DORT	69
3.1. Controvérsias no Âmbito da Corporação Médica	71
3.1.1. Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Federal de Medicina	71
3.1.2. Perícia Médica do INSS	77
4. REFLEXO DAS CONTROVÉRSIAS INTERNACIONAIS NO BRASIL: INTERESSES CONFLITANTES EM DIFERENTES ARENAS	79
CAPÍTULO 4 - CONCEITOS DE REFERÊNCIA ADOTADOS NESTA PESQUISA	
1. LER/DORT: CONCEITOS	86
2. DIMENSÕES NUMÉRICAS: UM PANORAMA DESDE OS ANOS DE 1980 ATÉ OS DIAS DE HOJE	94

3.	O DIAGNÓSTICO DE LER/DORT: CONHECER O TRABALHO	98
4.	ADOCIMENTO, NEXO CAUSAL PRESUMÍVEL E A ABORDAGEM LEGAL	
4.1.	O Adoecimento	103
4.2.	Nexo Causal	106
4.3.	Nexo Causal e Nexo Etiológico, Presunção do Nexo Causal	107
4.4.	Nexo Técnico Epidemiológico, Critério Epidemiológico de Presunção de Causalidade	108
4.5.	Nexo Causal e Confusões Normativas	109
4.6.	Dor Crônica	113
5.	MULTICAUSALIDADE E CONCAUSALIDADE	114
6.	INCAPACIDADE: UMA CONDIÇÃO SOCIALMENTE CONSTRUÍDA	119
	CAPÍTULO 5 - OBJETO DE ESTUDO	124
	CAPÍTULO 6 – OBJETIVOS	137
	GERAL	
	ESPECÍFICOS	
	CAPÍTULO 7 - MATERIAL E PERCURSO METODOLÓGICO	138
	CAPÍTULO 8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	
1.	PANORAMA DOS LAUDOS	145
1.1.	Sobre os Reclamantes	147
1.2.	Sobre as Empresas Reclamadas	152
1.3.	Sobre os Tempos do Andamento Processual	155
2.	ADENTRANDO OS LAUDOS	157
2.1.	Laudo a laudo	158
2.2.	Síntese dos Temas Abordados por Laudo	288
2.3.	Relação entre Laudo Pericial e Sentença Judicial	298
	CAPÍTULO 9 – OS RESULTADOS E O OLHAR DOS PERITOS	
1.	INVESTIGAÇÃO CLÍNICA: É PRECISO TER OUVIDOS E	

ENTREGA PARA OUVIR	300
1.1. Exame Físico	302
1.2. Exames Complementares	303
2. SOBRE O NEXO CAUSAL	
2.1. O Trabalho Real Foi o Grande Ausente na Maioria dos Laudos	304
2.2. Uma Lupa nos Laudos de Casos com Nexo Causal Presumido pelo Critério Epidemiológico	312
2.3. Aspectos Biomecânicos e Processos Degenerativos Não Decorrentes da Idade	314
2.4. Fibromialgia e Síndrome de Dor Miofascial	319
3. AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE NOS LAUDOS PERICIAIS:AUSENTE	322
CAPÍTULO 10 - TEMAS TRANSVERSAIS DOS LAUDOS PERICIAIS	
1. OS RECLAMANTES, OS PERITOS E A DESIGUALDADE DE PODER	329
2. DOENÇAS DO TRABALHO OCULTADAS PODERIAM SER IDENTIFICADAS NA JUSTIÇA DO TRABALHO	336
3. DOR E PRESENTEÍSMO: EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DE UMA RELAÇÃO DESIGUAL DE PODER	339
4. INDIVIDUALIZAÇÃO DO ADOECIMENTO. CULPABILIZAÇÃO DA VÍTIMA E DESIGUALDADE DE PODER.	345
CAPÍTULO 11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	354
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	360
ANEXO 1	393
ANEXO 2	395
ANEXO 3	396
Currículo Lattes	400

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de AT, segundo espécie e emissão de CAT, 1970 a 2013.	91
Quadro 2 - Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.	118
Quadro 3: Análise comparativa dos principais componentes de modelos de incapacidade.	121
Quadro 4: Número de empresas reclamadas, segundo CNAE de dois dígitos, TRT-2.	153
Quadro 5: Síntese de tópicos que suscitaram discussão no item 2.1 e influência de cada laudo sobre a sentença judicial.	289
Quadro 6: Laudos de casos com nexos causal presumido pelo critério epidemiológico que não tiveram nexos causal confirmado pelo perito, TRT-2.	313

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e proporção dos processos, segundo ano da petição inicial, TRT-2.	146
Tabela 2: Número e proporção dos laudos periciais, segundo ano de emissão, TRT-2.	147
Tabela 3: Número e proporção dos reclamantes, segundo gênero, TRT-2.	149
Tabela 4: Número e proporção dos reclamantes, segundo faixa etária e gênero, TRT-2.	149
Tabela 5: Número e proporção de reclamantes do gênero feminino, segundo funções ocupadas, sem exigência de força física, nas empresas reclamadas, TRT-2.	149
Tabela 6: Número e proporção de reclamantes do gênero feminino, segundo funções, com exigência de força física, ocupadas nas empresas reclamadas, TRT-2.	150
Tabela 7: Número e proporção de reclamantes do gênero masculino, segundo as funções ocupadas nas empresas reclamadas, TRT- 2.	150
Tabela 8: Número e proporção dos reclamantes, segundo a situação empregatícia no momento da perícia, TRT- 2.	151
Tabela 9: Número e proporção dos reclamantes, segundo tempo de vínculo nas respectivas empresas reclamadas, TRT-2.	152
Tabela 10: Número e proporção das empresas reclamadas, segundo existência de associação epidemiológica entre o ramo de atividade (CNAE de 4 dígitos) e doenças com CID M, como consta no anexo II do Decreto 3.048/99, TRT- 2.	153
Tabela 11: Número e proporção dos reclamantes, segundo RAT das empresas reclamadas e gênero, TRT-2.	154
Tabela 12: Número e proporção dos reclamantes, segundo grau de risco das Empresas reclamadas segundo classificação do Ministério do Trabalho e gênero, TRT- 2.	155
Tabela 13: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data da emissão do laudo pericial, TRT- 2.	155
Tabela 14: : Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da emissão do laudo pericial e a data da sentença de primeiro grau, TRT- 2.	156
Tabela 15: Número e proporção dos processos em que houve acórdãos, segundo período entre a data do laudo pericial e a data do acórdão, TRT- 2.	156
Tabela 16: Número e proporção dos processos em que houve acórdãos, segundo período entre a data da sentença de primeira instância e a data do acórdão, TRT- 2.	156

Tabela 17: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data da sentença de primeiro grau, TRT-2.	157
Tabela 18: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data do acórdão, nos casos em que houve julgamento na segunda instância, TRT- 2.	157
Tabela 19: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a formação/ especialização dos peritos, TRT-2.	158
Tabela 20: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de informações sobre o processo de adoecimento, TRT-2.	301
Tabela 21: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de análise do adoecimento, TRT-2.	302
Tabela 22: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a consideração dos achados de exame físico na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexo causal, TRT-2.	303
Tabela 23: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a utilização dos Achados de exames complementares na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexocausal, TRT-2.	304
Tabela 24: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de referências à análise da atividade de trabalho, TRT-2.	305
Tabela 25: Número e proporção dos laudos periciais, segundo uso ou não do conceito da multicausalidade na ocorrência das afecções relacionadas às LER/Dort e formação/ especialidade dos peritos, TRT- 2.	305
Tabela 26: Número e proporção dos laudos periciais, segundo uso ou não do conceito da concausalidade na ocorrência das afecções relacionadas às LER/Dort e formação/ especialidade dos peritos, TRT- 2.	306
Tabela 27: Número e proporção de laudos periciais, segundo a utilização de aspectos biomecânicos para caracterizar ou descaracterizar o caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.	308
Tabela 28: Número e proporção de laudos periciais, segundo a utilização de argumentos referentes a processos degenerativos para descaracterização do caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.	308
Tabela 29: Número e proporção de laudos periciais, segundo utilização de argumentos referentes à fibromialgia para descaracterização do caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.	308
Tabela 30: Número e proporção de laudos periciais, segundo a consideração de agravamento do quadro clínico pelo trabalho, TRT-2.	309
Tabela 31: Número e proporção de laudos periciais segundo a consideração da cronificação do quadro clínico pelo trabalho, TRT- 2.	310

Tabela 32: Número e proporção de laudos periciais, segundo uso do critério epidemiológico para a construção ou desconstrução do diagnóstico ounexo causal do quadro clínico com o trabalho, TRT-2.	310
Tabela 33: Número e proporção dos laudos periciais, segundo existência de nexocausal presumido pelo critério epidemiológico e conclusão no tocante ao nexocausal, TRT- 2.	311
Tabela 34: Número e proporção dos laudos periciais, cujas descrições da atividade de trabalho foram consideradas satisfatórias, segundo conclusão pericial sobre nexocausal, TRT-2.	312
Tabela 35: Número e proporção dos laudos periciais, segundo critérios utilizados na avaliação de incapacidade, TRT-2.	323

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução do número de concessões de auxílios-doença (B31 e B91) vinculados às afecções associadas às LER/Dort, no período de 2006 a 2014.	97
Figura 2: Modelo de Prevenção de Incapacidade.	122
Figura 3: Relação entre diferentes alturas e ângulos dos membros superiores e pressões no músculo supraespinhal.	316

MEMORIAL

Em 1985, quando a ditadura dava seus últimos suspiros, foi criado o Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo (PST-ZN)¹, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Suas práticas foram precursoras da atenção integral à saúde dos trabalhadores, incluída na Constituição Federal e leis posteriores, e junto com outras experiências desenvolvidas em vários estados brasileiros, inspiraram a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), quase 20 anos depois (BRASIL, 2002a).

Fazer parte da equipe do PST-ZN me propiciou, junto com outros colegas entusiasmados, adentrar no mundo do trabalho com o olhar e todos os sentidos aguçados para descobrir como o trabalho fazia mal à saúde e o que podíamos fazer para proteger a vida e a saúde dos trabalhadores.

Não iniciávamos do zero. Inspirávamo-nos no modelo operário italiano, que partia do pressuposto de que fazia parte da saúde coletiva a busca e a prevenção dos danos à saúde provocados pelo ambiente de trabalho, entendido como “o conjunto das condições de produção em que a força de trabalho e o capital se transformam em mercadorias e em lucro.” (ODDONE e col., 1986, p.19).

Compartilhávamos do diagnóstico de CAPISTRANO (1986) de que tínhamos quatro grandes obstáculos. O primeiro deles seria a fragilidade do enraizamento dos sindicatos nas fábricas e nos locais de trabalho. Não se conseguia engajar os trabalhadores na luta em defesa da sua saúde, imprescindíveis e insubstituíveis com o seu saber sobre o trabalho real. O segundo obstáculo era a incompreensão do papel estratégico da luta por melhores condições de trabalho na luta reivindicatória geral por parte do movimento sindical. Não se compreendia que embora a luta por melhores salários também fizesse parte da defesa da saúde, era preciso mais que isso. Era fundamental que os trabalhadores compreendessem que ganhar mais dinheiro não podia se dar às custas da intensificação do trabalho. O terceiro era o que Capistrano chamava de “fragilidade da consciência ecológica”, isto é, a ideia de que a degradação do meio ambiente e das cidades e a contaminação do ar e das águas que atingem toda a população têm origem no processo de trabalho. Essa incompreensão estava na raiz da dificuldade de se integrar a luta pela saúde dos trabalhadores e o movimento ecológico. E o quarto obstáculo era o que Capistrano denominava de “raquitismo” da democracia, que retornava à sociedade mas não adentrava pelas portas das fábricas ou pelas porteiras das fazendas. Quem conhece o mundo do trabalho sabe que esses quatro problemas continuam atuais.

Assim, em meio a ambientes ruidosos, pisos escorregadios de óleo, odores de tantas substâncias que se misturavam, poeiras e fumos das fábricas, constatávamos nas avaliações

¹ O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo (PST-ZN) foi estruturado por profissionais de saúde da Secretaria de Estado da Saúde, tendo como uma de suas características uma forte aliança com o movimento sindical, em 1986, antes da promulgação da Constituição Federal. Sua equipe foi o embrião do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP), criado em 12 de dezembro de 1994. (MAENO e CARMO, 2005)

realizadas nos centros de saúde, perdas auditivas por ruído, dermatoses, intoxicações crônicas, afecções pulmonares como silicoses, asbestoses, pneumonites e asma, lombalgias, dentre outras doenças, que poderiam fazer parte de um compêndio sobre doenças relacionadas ao trabalho. Íamos às empresas como autoridades sanitárias, autuávamos com base nas então limitadas, mas não impeditivas “normas de promoção, preservação e recuperação da saúde, no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde” (SÃO PAULO, 1970) e seu regulamento (SÃO PAULO, 1970), cujo capítulo IX dispunha sobre locais de trabalho e não tinha sido utilizado até então. Essa experiência foi contada em livro (COSTA e col., 1989) por inúmeras pessoas que a vivenciaram.

Foi ainda no final da década de 1980 que entrei em contato com trabalhadores, na sua grande maioria, mulheres que se queixavam de dor, cansaço, formigamento e choques nos braços e pescoço, que lhes impunham noites mal dormidas, dificuldades para trabalhar e mudanças no cotidiano da vida, pois nem conseguiam mais se segurar no ônibus, ou carregar uma criança ou estender uma roupa. Chegavam geralmente com colegas ou vizinhas, que as ajudavam a carregar sacolas cheias de radiografias e exames de sangue dirigidos para o diagnóstico de doenças reumáticas, quase sempre com resultados dentro dos padrões de normalidade. Não se conformavam, pois todo aquele aparato médico não mostrava a causa do que sentiam, apesar da sensação de ter a alma desvelada ao se submeterem a eles. Não conseguiam “provar” que estavam doentes.

Em novembro de 1986, por força da organização e pressão da categoria dos digitadores, entre os quais os do Banco do Brasil, uma orientação, por meio de uma circular, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS, 1986)² às suas superintendências, equiparava a tenossinovite a um acidente de trabalho, quando resultasse de “movimentos articulares intensos e reiterados.”

Essa orientação institucional mencionava que outros quadros clínicos além da tenossinovite podiam ser reconhecidos. A circular aplicava-se “a todas as afecções que relacionadas ao trabalho” resultassem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas. Era o caso dos trabalhadores que atendíamos no PST-ZN. Citava como exemplos de categorias profissionais a serem consideradas, digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras, mas abria a possibilidade de reconhecimento a trabalhadores de quaisquer profissões que estivessem submetidos às condições ressaltadas. Não falava ainda de linha de montagem, e as pacientes que conhecíamos e atendíamos naqueles tempos, há 30 anos, eram montadoras de componentes eletrônicos de uma grande empresa de 7000 trabalhadores que fabricava rádios e gravadores para automóveis em linhas tipicamente fordistas (SETTIMI e col., 1989). Essa primeira epidemia de LER com a qual o PST-ZN se deparou teve muitos desdobramentos e muitos trabalhadores foram acompanhados pelo nosso ambulatório durante anos. Testemunhamos as idas e vindas do INPS e depois INSS, o desligamento de muitos deles e as sequelas sociais de um adoecimento em massa

² A circular origem nº 501-001 nº 10, Rio de Janeiro, foi assinada por Maria de Fátima Silianski de Andrezzi, coordenadora de programas especiais, em 07/11/1986.

(MAENO, 2001).

Logo depois delas, vieram mais, homens e mulheres, de várias idades, que trabalhavam em linhas de montagem de pequenos e grandes produtos, linhas de empacotamento e embalagens, bancos, processamento de dados, supermercados, indústrias de vidro, confecções ... todos submetidos a processos de desgaste físico e psíquico decorrentes de uma organização e gestão do trabalho voltadas para o máximo de produtividade. Durante algum tempo se falava em invisibilidade das LER. Mas logo percebemos que a invisibilidade era seletiva e não era por acaso. Decorria da crônica desigualdade social que acompanha a história da humanidade.

O sofrimento daqueles trabalhadores e trabalhadoras nos mobilizava a fazer o máximo de pessoas perceberem que por trás mesmo de ambientes mais higienizados e aparentemente seguros, havia um processo de adoecimento crônico, incapacitante, com muitas sequelas físicas e psíquicas.

A partir de então, tive, junto com colegas de todo o país, uma participação ativa no processo de aumento de visibilidade dos adoecimentos ocupacionais e em particular das LER, sempre tentando envolver as organizações sindicais e outros segmentos interessados em evidenciar os agravos decorrentes dos processos de trabalho para além da circunscrição dos movimentos militantes, contra as correntes que procuravam despojá-los do caráter ocupacional, imputando-lhes origem na degeneração natural pela idade ou doenças metabólicas, ou mesmo por mecanismos psicológicos.

Durante os 19 anos seguintes, também tive contato intenso com a clínica médica, atendendo pacientes com várias queixas, particularmente com dores advindas ou agravadas pelo trabalho e, contando com a cooperação de colegas e serviços de várias especialidades, a equipe do PST-ZN e depois do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP), desenvolveu várias abordagens assistenciais de diagnóstico, tratamento e reabilitação desses pacientes.

Ações preventivas foram ensaiadas em auxílio técnico a processos de negociação entre o movimento sindical e empresas estatais como os bancos públicos ou mesmo com algumas poucas empresas privadas. As transformações das condições de trabalho, com íntima interface com os conflitos capital-trabalho, são o ponto crucial da prevenção, razão pela qual não se registram casos de sucesso.

Durante esses anos, normas específicas foram redigidas e publicadas como diretrizes oficiais do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social. Desde o final da década de 1980, profissionais de saúde, em particular médicos ortopedistas, reumatologistas, especialistas em imagem, especialistas em dor, antes alheios aos agravos decorrentes do trabalho, começaram a receber em seus consultórios trabalhadores de categorias que tinham planos de saúde privados.

As LER, nomenclatura que ganhou um sinônimo no final dos anos 1990, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER/Dort (BRASIL, 1998) passaram a fazer

parte da lista de agravos decorrentes do trabalho desde 1999 (BRASIL, 1999; BRASIL, 1999 a). São de notificação compulsória, pelo Ministério da Saúde desde 2004 (BRASIL, 2004a).

Paralelamente a esse processo de regulamentação institucional, testemunha-se, sobretudo a partir dos anos 2010, um declínio do interesse social por essa forma de adoecimento, que tem sido ofuscada em algumas atividades econômicas que contam com trabalhadores organizados, pela ascensão do adoecimento psíquico, como ocorre nos setores bancário, comércio e público, para citar alguns exemplos. Em ramos econômicos nos quais permanecem as linhas tipicamente tayloristas-fordistas, os casos de LER/Dort continuam a vitimar milhares de trabalhadores, impingindo-lhes as dores, a incapacidade, a discriminação, os obstáculos de reconhecimento do caráter ocupacional, as dificuldades junto à Previdência Social, a exclusão do mercado de trabalho, destituindo-os da capacidade de produzir para viver, similarmente ao que ocorria nas décadas de 1990 e 2000, agora num contexto de diminuição de visibilidade e força social, endurecimento explícito e implícito das regras previdenciárias para enxugamento dos gastos governamentais e mudanças profundas no campo do direito do trabalho.

Com minha inserção profissional na Fundacentro, desde 2005, saí da linha de frente das ações de assistência e vigilância compartilhadas por 19 anos com vários colegas, nas tentativas, acertos e erros na construção de práticas de saúde na atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Por outro lado, passei a refletir sobre quais conhecimentos poderíamos extrair de um movimento social que havia revelado formas de adoecimento físico com graves repercussões psíquicas.

Nesta segunda metade da década de 2010, quando os adoecimentos psíquicos relacionados a aspectos organizacionais e de gestão das empresas afloram, quais lições poderiam alimentar nosso empenho em dar visibilidade às mazelas do processo de trabalho? O que mais se poderia agregar após décadas de vasta produção de várias espécies nas universidades e serviços?

Colocada diante dessa reflexão, me deparei com uma inquietude sobre a herança cultural, técnica e política, deixada pelo movimento social que deu visibilidade às LER/Dort aos profissionais de saúde, em particular aos médicos. Será que os conceitos de adoecimento e seus determinantes e de incapacidade cada vez mais multifacetados, com forte componente social e laboral, se ampliaram?

Por outro lado, a aproximação com pessoas da Justiça do Trabalho, responsável, desde 2004 (BRASIL, 2004), por julgar as ações de indenização por dano moral ou patrimonial decorrente de relações trabalhistas, incluídos os acidentes e doenças ocupacionais, trouxe à baila entre minhas preocupações, uma reclamação recorrente a respeito da atuação profissional dos peritos judiciais.

Amadureci, então, a ideia de pensar em um estudo que buscasse os pilares do pensamento de profissionais de saúde, em particular médicos, sobre o adoecimento por LER/Dort.

Poderia ter buscado material para o estudo no SUS, em órgãos públicos e privados, mas me decidi pelos laudos periciais. São documentos produzidos por profissionais de saúde, na sua maioria médicos, solicitados pelos magistrados para que deem subsídios para suas decisões em processos da Justiça do Trabalho que se referem a casos de trabalhadores supostamente adoecidos por condições laborais e destituídos de sua capacidade de trabalho, frequentemente excluídos do mercado de trabalho e que requerem readmissão, direito ao uso do convênio de saúde ou indenização por dano moral e material.

A autonomia da qual os peritos da Justiça do Trabalho desfrutam me atraiu particularmente, pois supus que os laudos periciais representariam uma fonte preciosa de como eles se posicionam diante de um adoecimento em massa, decorrente de determinadas condições de trabalho, com reconhecidas e importantes repercussões sobre a vida dos trabalhadores. Quais são as referências técnicas utilizadas e os valores predominantes que permeiam os laudos periciais?

Gostaria de destacar a contribuição nesse processo de amadurecimento ao longo de anos, de colegas, juristas e pessoas do movimento sindical com os quais tenho tido uma rica troca de ideias em conversas, encontros, seminários e eventos em geral. Conteí com a boa ventura do tema ser de interesse do professor Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela e compatível com as linhas de pesquisa que desenvolve, o que possibilitou que me aceitasse na condição de aluna de doutorado.

A disciplina “Ergonomia da atividade: conceitos e métodos para a vigilância e prevenção de agravos relacionados ao trabalho”, da Faculdade de Saúde Pública da USP, coordenada pelo professor Rodolfo, me ajudou a sistematizar e a estruturar conceitos sobre a atividade de trabalho, fundamental na compreensão do desgaste imposto pelo processo de trabalho à saúde dos trabalhadores.

A disciplina “Ideologia e direitos sociais”, da Faculdade de Direito da USP, coordenada pelos professores Ronaldo Lima dos Santos e Flávio Roberto Batista, me possibilitou reservar algumas horas e uma noite por semana a ter contato com reflexões sobre a interação da ideologia e direitos sociais, além de me alertar para uma observação científica desses direitos.

A disciplina “Pesquisa qualitativa em saúde, ciclo de vida e condições sociais: conceito, teoria e técnica”, da Faculdade de Saúde Pública da USP, coordenada pela professora Cristiane da Silva Cabral, me possibilitou um aprofundamento fundamental para a delimitação do objeto e a construção da metodologia utilizada nesta pesquisa.

Em todas essas atividades acadêmicas conteí com a ajuda inestimável dos colegas de mestrado e doutorado, preocupados cada um com os seus projetos, mas ao mesmo tempo dispostos a trocar ideias sobre os mais diversos aspectos referentes ao objeto das disciplinas.

Equivocadamente, julguei que seria um estudo relativamente simples. Neste momento, não sei quanto conseguirei explorar os inúmeros aspectos que o assunto mereceria, mas espero que o resultado contribua para reflexões, discussões e aprimoramento das formas

de enfrentamento dos conflitos entre o processo produtivo e a preservação da saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A maneira como acidentes e doenças atingem as pessoas e modificam suas vidas tem uma profunda relação com o lugar que ocupam no mundo e particularmente no mundo do trabalho. Os acidentes e adoecimentos relacionados à atividade de trabalho acompanham a humanidade em toda a sua história, assim como a iniquidade com que acometem as populações ricas e pobres, homens e mulheres, adultos e crianças. Ao discorrer sobre a saúde e a medicina na Grécia Antiga, (ROSEN, 1994, p. 39) dizia que “a ênfase em uma higiene aristocrática se reflete na falta de atenção aos problemas de saúde dos necessitados de trabalhar para viver.”

Historicamente os infortúnios relacionados ao trabalho, transformados em números, são objeto de discussão na forma de gastos da Previdência Social ou de dias de trabalho perdidos, sem que se gerem políticas públicas efetivas de governos e muito menos de Estado, que visem à proteção dos que trabalham. É hegemônica a avaliação de que o crescimento econômico, entendido das mais diferentes formas, é o ponto central do futuro do país e todas as outras questões devem ser a ele subordinadas. As pessoas são despidas de sua dimensão humana, de suas necessidades e aspirações, quando se tornam trabalhadores. A dimensão humana é apenas lembrada e considerada quando a sua apropriação ou captura pelo empregador, mesmo que não completa, contribui para o aprimoramento do sistema econômico (ALVES, 2011; JINKINGS, 2002).

Os dramas das pessoas e famílias atingidas por acidentes do trabalho passam ao largo das manchetes de jornal, dos sítios eletrônicos e das preocupações da opinião pública ou do conteúdo das disciplinas dos currículos dos cursos dos diversos níveis da educação formal. As doenças, que legalmente se equiparam aos acidentes do trabalho no Brasil, tampouco suscitam interesse a não ser de segmentos sociais específicos, como os sindicatos ou os próprios trabalhadores atingidos, que formam associações e movimentos em busca de visibilidade e justiça social.

Dentre os tantos quadros clínicos associados ao trabalho, as afecções musculoesqueléticas se encontram entre as mais comuns e disseminadas entre várias categorias profissionais. Em particular, aquelas que decorrem da utilização excessiva e continuada, imposta ao sistema musculoesquelético e, ao mesmo tempo, da falta de tempo para recuperação, que implica desgaste das estruturas dos tecidos moles, quais sejam, músculos, tendões, membranas sinoviais, ligamentos e nervos periféricos, são enquadradas nas designações Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), como são conhecidas no Brasil. São, por definição, um fenômeno relacionado ao trabalho.

Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Podem cursar com expressões clínicas únicas e isoladas ou

múltiplas, diagnosticadas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, síndrome de dor miofascial, dor crônica, dentre muitas outras (BRASIL, 2012).

No Brasil da década de 1990, as LER/Dort despertaram o interesse da opinião pública e dos profissionais de saúde, em particular dos médicos brasileiros. Por atingirem categorias de trabalhadores com acesso a convênio médico privado e por evoluírem para quadros crônicos, sua visibilidade se disseminou entre várias especialidades médicas, como diagnóstico por imagem, cirurgia de mão, medicina do trabalho, fisioterapia e entre as entidades de classe.

Foi preciso um certo tempo para se compreender clinicamente a evolução das tendinites e tenossinovites, que não se comportavam como aquelas às quais, até então, os médicos estavam habituados a diagnosticar e tratar.

Nas décadas de 1980 e 1990, os cirurgiões de mão brasileiros eram demandados para os casos de dor persistente em membros superiores, frequentemente porque neuropatias periféricas, dentre as quais a mais comumente diagnosticada era a síndrome do túnel do carpo, eram quase sinônimo de tratamento cirúrgico. Reproduzia-se um padrão que já havia ocorrido em outros países, como por exemplo, nos Estados Unidos.

O editorial de um prestigiado periódico da Sociedade Americana de Cirurgiões de Mão chamava a atenção para as epidemias desses quadros clínicos nos Estados Unidos, Suécia e Austrália (LOUIS, 1987; BLAIR e col., 1987).

Muitas cirurgias foram realizadas com poucos resultados para os pacientes. MATTAR JR e AZZE (1995), cirurgiões de mão experientes, diziam que para os colegas de sua especialidade, os anos 90 podiam ser conhecidos como a década das moléstias relacionadas com a atividade profissional. Expressavam sua preocupação com o grande número de trabalhadores acometidos, o que representaria um “desastre econômico” para o país. Traduziram a dificuldade em dar a assistência adequada aos pacientes que lhes eram encaminhados, como também a percepção de que seus conhecimentos específicos e procedimentos terapêuticos habituais eram insuficientes para enfrentar aquela situação:

Com a experiência de alguns anos de trabalho chegamos a algumas considerações que podem não ser a verdade absoluta, mas que achamos muito importante:

- a) Como cirurgiões de mão, em um número expressivo de pacientes portadores de lesões por esforços repetitivos, não conseguimos detectar quais são as verdadeiras alterações que provocam a sintomatologia dolorosa. Por esta razão temos que nos encorajar e encorajar outros profissionais e especialistas para realizar estudos que nos auxiliem a compreender melhor a epidemiologia, a etiologia e o tratamento destas patologias. Nós temos que trabalhar com psicólogos, psiquiatras, terapeutas e outros para compreender o paciente e suas queixas.
- b) Como cirurgiões de mão devemos compreender que muitos destes pacientes apresentam sintomas causados por alterações que não podem ser corrigidas ou

removidas cirurgicamente.

- c) Como cirurgões de mão devemos considerar que, quando o diagnóstico não é claro ou quando o tratamento não surte nenhum efeito, a mente pode estar tendo uma influência maior que o corpo. Em alguns pacientes talvez a análise psicológica seja mais importante que outros exames subsidiários, ou uma reabilitação profissional deva ser tentada antes de qualquer procedimento cirúrgico pouco fundamentado.
- d) Como cirurgões de mão temos que reconhecer os pacientes portadores de patologias orgânicas, através de exame clínico cuidadoso e exames subsidiários. Baseados em diagnósticos bem fundamentados, cabe a nós decidir se um procedimento cirúrgico poderá ser realizado com o objetivo de aliviar os sintomas e permitir uma vida normal a estes pacientes. Em alguns casos chegaremos à conclusão que a causa da dor é uma síndrome do túnel do carpo, ou uma compressão do nervo interósseo posterior, ou uma tenossinovite de DeQuervain, patologias que conhecemos e cujo tratamento e prognóstico estão bem esclarecidos. (MATTAR JR e AZZE, 1995, p. 21- 22).

Registravam o que eles denominaram de problemas psicossociais do paciente, relacionados ao trabalho, ao INSS, à seguradora privada e à percepção de “como está sendo tratado pelo sistema.” (MATTAR JR e AZZE, 1995, p. 18). De fato, as palavras desses cirurgões de mão ilustravam as dificuldades de lidarem com as tenossinovites e quadros similares de inúmeros trabalhadores, submetidos a um trabalho cujas características levavam à ocorrência e à cronificação de quadros clínicos complexos, frequentemente sem uma delimitação anatômica clara e cujas características incluíam dor crônica e sofrimentos decorrentes de conflitos com a empresa e instituições das quais dependiam, quando incapacitados para o trabalho. Mesmo se tratando de dois cirurgões de mão que conheciam intimamente a anatomia e a fisiologia do sistema musculoesquelético, e em particular dos membros superiores, admitiam que o quadro clínico era mais complexo do que aqueles aos quais estavam habituados e para os quais podiam definir tratamento e prognóstico.

Do mesmo modo, FRYMOYER e MOONEY (1986), quase dez anos antes, nos Estados Unidos, também haviam demonstrado preocupação semelhante, alertando para a possibilidade de bons resultados de intervenções cirúrgicas serem prejudicados com o retorno ao trabalho à mesma função que havia causado o problema, dizendo então, que deveriam aprender a linguagem da reabilitação, juntamente com especialistas, entre os quais engenheiros e ergonomistas, que entendiam os aspectos relacionados ao posto de trabalho.

As LER/Dort despertaram inúmeros questionamentos acerca de sua gênese, prevenção, evolução clínica, critérios e métodos diagnósticos, abordagens terapêuticas e reabilitacionais, permeados por visões de diversos segmentos sociais e instituições, entre os quais seguradoras públicas e privadas, serviços assistenciais públicos e privados, empresas, trabalhadores, Universidade.

Suscitavam a reflexão sobre o modo de trabalhar dos profissionais de saúde, geralmente acostumados a atuarem de forma isolada, cada qual na sua especialidade, sem que

trocas de ideias sobre os pacientes fossem efetuadas.

Uma situação adicional era o fato de que as causas dos sintomas estavam associadas a um mundo com o qual a maioria dos profissionais de saúde não tinha intimidade, o mundo do trabalho, com suas exigências extremas travestidas de leves e naturalizadas pelas empresas e trabalhadores, muitas vezes em ambientes limpos e que fugiam do estereótipo do trabalho pesado, esse sim, conhecido da sociedade em geral, e que permitia uma imediata percepção das possíveis repercussões sobre a coluna, joelhos e membros superiores do exercício do trabalho braçal. De mais difícil aceitação, era a emergência de dor crônica e incapacidade laboral prolongada, advinda de atividade de trabalho com pouco gasto energético, mas com exigência de movimentos repetitivos, rápidos e continuados, regidos por uma organização e gestão do trabalho voltadas para o aumento da produtividade em detrimento da saúde dos trabalhadores.

MAEDA (1975), ao estudar uma típica linha de montagem no Japão, ponderava que as atividades haviam tido início na primavera de 1970 e que após o aumento do nível da eficiência de produção no verão de 1971, muitas trabalhadoras haviam começado a se queixar de dores no pescoço e membros superiores, relacionadas ao tempo de trabalho de 1 a 2 anos e ao aumento da velocidade de movimentos e posições inadequadas, dentre outros elementos. Entre seus comentários, o autor mencionava vários estudos sobre o advento de dores relacionados ao trabalho e mencionava dentre as causas de mialgias, miosites e neurites uma “inefetiva organização do trabalho.” Essa afirmação, não considerava os objetivos para os quais a organização do trabalho havia sido concebida e avaliada em sua eficácia ou efetividade.

A dois anos do ano 2020, esta pesquisa pretende, com um resgate de aspectos conceituais que foram objeto de discussão e polêmica ao longo de anos no Brasil e em outros países, analisar o que pensam os profissionais de saúde, especificamente peritos judiciais, em sua maioria médicos, sobre o adoecimento por LER/Dort, nexos causal e incapacidade.

Trata-se de um estudo inédito no tocante ao objeto de estudo e método utilizado para a análise.

Embora tenha sido dividida em capítulos, esta tese pretende em todos eles, manter uma discussão sobre temas de interesse no decorrer do texto, por vezes, revisitando-os por outros ângulos.

O capítulo 1 consiste nesta introdução, que tem o objetivo de dar um panorama do presente trabalho. Nos capítulos 2 ao 4, a introdução prossegue, já com contornos mais específicos.

No capítulo 2, intitulado “Quando o adoecimento relacionado ao trabalho passa ser um problema”, serão resgatados alguns marcos da história do adoecimento das populações, inicialmente com as epidemias de doenças infecto-contagiosas, paralelamente à formação dos espaços urbanos e das empresas em alguns países capitalistas e no Brasil do século XIX,

quando acidentes do trabalho passaram a ter alguma visibilidade.

A lente utilizada é a de identificar as desigualdades de classes, as formas de como o capital traça a narrativa hegemônica da história do adoecimento dos trabalhadores por ele provocado, e enfrenta a resistência, a organização e a luta por direitos sociais no início do século XX no país.

No capítulo 3, sobre “O adoecimento neuromuscular e o trabalho”, será feito um relato comentado sobre o adoecimento relacionado ao trabalho, visto com uma lente de aumento sobre a desigualdade e sobre o acometimento patológico do sistema musculoesquelético, gradativo e por vezes, silencioso, que tomou conta de vários segmentos de trabalhadores em diferentes países, com maior ou menor repercussão na sociedade e no aparato assistencial e previdenciário.

Serão abordados aspectos das principais controvérsias significativas para esta pesquisa em três países, Estados Unidos, Austrália e Brasil, bem como o importante papel do movimento sindical no processo de criação de normas e visibilidade do adoecimento ocupacional, sobretudo das LER/Dort, no Brasil.

No capítulo 4, “Conceitos de referência adotados nesta pesquisa”, serão expostos os conceitos de referência de LER/Dort, do processo de diagnóstico clínico, estabelecimento de nexos causal e avaliação de incapacidade. Serão expostas as convergências de diferentes pontos de vista dos conceitos de nexos causal, multicausalidade e concausalidade, bem como esclarecimentos sobre algumas confusões normativas ocorridas nos últimos anos.

Nos capítulos 5, 6 e 7, respectivamente, “Objeto de estudo”, “Objetivos” e “Material e Percurso Metodológico”, serão contextualizados e detalhados os aspectos a serem abordados dentro dos principais temas da pesquisa, quais sejam, adoecimento, nexos causal e incapacidade em LER/Dort, com a definição dos objetivos, a descrição do material e do percurso metodológico.

No capítulo 8, “Resultados e discussão”, inicialmente haverá um panorama dos laudos no tocante a algumas características dos reclamantes, empresas reclamadas e tempos das diferentes fases do processo judicial trabalhista.

Posteriormente, os laudos serão comentados um a um, e aspectos considerados relevantes serão destacados. No final desse capítulo haverá um quadro com todos os laudos periciais e destaques para alguns aspectos de interesse para as discussões que perpassam pela tese bem como um panorama sobre a relação dos laudos periciais estudados e as sentenças judiciais.

No capítulo 9, “Os resultados e o olhar dos peritos”, os resultados continuarão a ser apresentados, de forma comentada, aprofundando as múltiplas faces dos temas centrais da tese.

No capítulo 10, “Temas transversais dos laudos periciais”, algumas questões como a

desigualdade de poder e suas consequências na relação dos trabalhadores e empresas, entre as quais, o presenteísmo, a cultura da individualização do adoecimento e a ideologia culpabilizante das vítimas.

No capítulo 11, das “Considerações finais e conclusões”, será feito um resgate de alguns pontos de destaque desta tese e apontadas possibilidades de aprofundamento deste estudo.

CAPÍTULO 2

QUANDO O ADOECIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO PASSA A SER UM PROBLEMA

1. DAS DOENÇAS INFECCIOSAS ÀS DOENÇAS DOS OFÍCIOS

A vida e os agravos relacionados ao trabalho são relatados ao longo da história da humanidade de acordo com a relevância social do trabalho e dos trabalhadores em cada período, mas sempre revelando uma profunda desigualdade entre os homens.

ARIÉS e DUBY (1989) lembram que na Antiguidade, a divisão dos que viviam de rendas de um lado, e dos que viviam do trabalho e escravos, do outro, era considerada natural e digna de celebração. Dizia Aristóteles: “Os trabalhadores não saberiam governar a cidade”, e acrescentava que “não podem e, não devem e, de resto, não pensam nisso (p.126).” Os trabalhadores braçais se destinavam a produzir objetos necessários à vida dos “homens virtuosos (p.126).” ODALIA (1985) também ressalta que:

[...] não devemos jamais esquecer, contudo, que a tradição clássica greco-romana, onde orgulhosamente a cultura ocidental vai buscar suas raízes, é tão carregada de violência quanto os impérios que a precederam (p.18).

Esse autor continua dizendo que:

Não se sujeitam apenas os corpos dos homens, vai-se mais longe, distinguindo-os de maneira a fazer crer que uns são corpos e espíritos, e os outros, apenas corpos, força física, encarregados das atividades consideradas mais baixas e indignas de uma sociedade (p.18).

Apesar de identificar a falta de atenção aos problemas de saúde dos que trabalhavam na Grécia antiga, ROSEN (1994), destacou a existência de referências a condições de trabalho de escravos que trabalhavam nas minas durante longas horas, submetidos a ambientes com ventilação precária. Lembrou que, também os romanos conheciam a relação entre algumas doenças e o ofício, expressa em escritos da Antiguidade, entre os quais os de Plínio³, que observou que algumas doenças eram mais comuns entre escravos, de Marcial⁴, que mencionou doenças relacionadas à exposição de enxofre e de Lucano⁵ que falou da palidez do “buscador de ouro” das Astúrias.

Mas esses relatos de doenças não tinham qualquer repercussão social, assim como os que delas padeciam.

As primeiras doenças consideradas socialmente relevantes foram as transmissíveis, de origem infecciosa, por motivos evidentes. Representavam ameaça à integridade física de todos, mesmo que com maior intensidade aos mais pobres. Os primeiros relatos são da

³ Gaius Plinius Secundus (23-79). Naturalista romano. (ROSEN, 1994).

⁴ Marcus Valerius Martialis (c.40-c.100). Epigramista latino. (ROSEN, 1994).

⁵ Marcus Annaeus Lucanus /939-65). Poeta romano. (ROSEN, 1994).

literatura da Grécia Antiga (ROSEN, 1994), embora nem sempre se consiga fazer um rigoroso paralelo entre as doenças descritas e aquelas conhecidas atualmente pela medicina ocidental.

A relevância das doenças e de medidas para o seu controle teve o seu início ligado ao expansionismo da civilização grega a partir de cerca de 1000 a.C. A obra de Hipócrates e de médicos posteriores a ele, por volta de 460 a.C., reunida no *Corpus hippocraticus*, se constituiu em um marco na história do conhecimento médico. Os escritos hipocráticos reunidos em “Ares, Água e Lugares”, continham também uma sistematização de procedimentos a serem tomados, tendo como pressupostos as relações causais entre fatores de meio físico e doença.

Uma das classificações utilizadas para as doenças era a forma como existiam em determinadas populações, aquelas de presença permanente, chamadas endêmicas, da palavra *endemos*, que significava habitantes e aquelas cuja frequência aumentava de tempos em tempos, chamadas epidêmicas, da palavra *epidemos*, que significava pessoas que permaneciam um tempo na cidade e se iam. São conceitos válidos até a atualidade.

Os ensinamentos dessa obra eram disseminados e aplicados por médicos, que assim como sapateiros e outros, eram itinerantes, até que encontravam comunidades dispostas a lhes pagar o suficiente para que pudessem viver. Dependendo de seu desempenho criavam fama, passando a ser respeitados e ouvidos.

A despeito da importância da medicina e da higiene hipocráticas, que pregavam a necessidade de se levar uma vida equilibrada, de boa nutrição, capacidade de excreção de fezes, urina e suor, escarro e vômito, a prática de exercícios físicos e o descanso, respeito às limitações relacionadas à idade, sexo e constituição de cada um, os que dependiam do trabalho para sobreviver e que certamente adoeciam pelas condições precárias suportadas ficavam excluídos desses escritos, que se destinavam a uma pequena parcela das pessoas. Os romanos, que descreveram doenças dos escravos, em particular dos que trabalhavam nas minas, tampouco foram além de registrá-las em literatura (ROSEN, 1994).

A narrativa de UJVARI (2003) tem como tema a convivência do homem com os microorganismos, alguns inócuos, outros com efeitos dramáticos sobre grandes populações humanas em várias partes do mundo, como foi o caso da peste bubônica ou peste negra, causada pelo bacilo *Yersinia pestis*, cujo portador é a pulga do rato, que ao picar as pessoas, inocula o agente etiológico da doença. O resultado é a ocorrência de inflamações regionais chamadas “bubões”, comuns nas axilas e virilhas. Em caso de disseminação na corrente sanguínea, há acometimento de outros órgãos. Se o pulmão for atingido, o doente pode infectar outras pessoas pela transmissão do bacilo pela tosse e respiração. Todas as formas são muito graves e atualmente a doença alcança ainda algumas regiões do mundo, sendo controlável pelo uso de antibióticos em uma fase precoce. No século XIV matou aproximadamente um terço da população europeia. Durante séculos, as doenças que preocuparam a humanidade tinham origem infecciosa e sua propagação era facilitada pelos aglomerados de pessoas, falta de higiene, promiscuidade e circulação de comerciantes.

Os séculos XVIII e XIX representaram um período, em nossa história, de transformações profundas no sistema de produção e da vida cotidiana das pessoas, trazendo à baila repercussões sobre a vida de grandes aglomerações de gente que dependia do trabalho para seu sustento.

Dessa época, não se pode deixar de mencionar o conhecido médico italiano Ramazzini, que em sua publicação “A doença dos trabalhadores” (RAMAZZINI, 2016), descreveu características de mais de 50 ofícios, correlacionando-os a determinadas formas de adoecimento. Essa publicação de 1700, com segunda edição em 1703 e a terceira em 1713, chama a atenção por alguns aspectos importantes.

O primeiro deles é relacionado aos preceitos da epidemiologia ao descrever detalhadamente o “fazer” dos trabalhadores, sua forma de adoecer, viver e morrer. Classificava os trabalhadores que observava, por tipos de trabalho que realizavam, e não se detinha apenas nas características do ofício, considerando com frequência suas condições socioeconômicas. Assim fez quando descreveu em poucas palavras a vida dos poceiros, que além de respirar os odores fétidos e gases do interior da terra e enfrentar os perigos de inundações da água que jorrava com força, na sua maioria eram caquéticos pela péssima alimentação e pela extrema pobreza em que viviam. Assinalava que quando chegavam aos quarenta ou cinquenta anos despediam-se de sua profissão e ao mesmo tempo da vida. Ramazzini via o ser humano no contexto de sua vida.

O segundo aspecto, a merecer destaque em sua obra, se refere ao extenso rol de profissões observadas, quais sejam, dos mineiros, químicos e metalúrgicos aos sapateiros, ferreiros, costureiras, notários, escribas e nutrízes, pontuando situações de exposição a substâncias químicas, a exigências físicas, fossem de força, posições incômodas ou sedentarismo, a jornadas prolongadas, a exigências psíquicas para o exercício das atividades, como à necessidade de concentração continuada. Preocupava-se também com o depois do acidente ou do adoecimento, relatando casos em que os trabalhadores passavam à degradante condição de pedintes ou dependentes da caridade alheia. Aspectos subjetivos também faziam parte de seu olhar atento, quando, por exemplo, se posicionou sobre uma polêmica da época, referente à influência das relações sexuais das mulheres que amamentavam. Analisava o trabalho utilizando o método participativo, fazendo perguntas que até os dias de hoje poucos fazem: por que você faz dessa maneira? Valorizava o saber dos que trabalhavam. Sua obra é um verdadeiro tratado sobre o modo de trabalhar, do ponto de vista de alguém que foi capaz de captar os dramas invisíveis dos que faziam parte da base da pirâmide econômico-social no século XVIII.

Particularmente na Europa ocidental, a Revolução Industrial na Inglaterra, a Revolução Francesa e as revoluções nos estados alemães de 1848, tiveram como pano de fundo a mudança da estrutura social, com a ascensão da burguesia e do capitalismo. A Constituição francesa de 1791, aprovada pela liderança da Revolução Francesa, excluiu os trabalhadores e as mulheres dos direitos de cidadania, pois fixava condições para que se pudesse votar e ser eleito para a Assembleia Nacional. Algumas delas eram:

[...] ser francês do sexo masculino, não ter a condição de empregado, pagar uma contribuição equivalente a três jornadas, devendo o legislativo fixar o valor da jornada, além de ser inscrito na municipalidade de seu domicílio como integrante da guarda nacional (DALLARI, 2004, p.21).

As cidades cresciam, assim como a população urbana, proliferavam-se as ferrovias e canais, consolidou-se o nascimento de novas classes protagonistas desse processo, quais sejam, a burguesia e o proletariado operário, classe até então inexistente, que passa a ser a maioria, pelo menos 3/4 da população. Na Inglaterra, a indústria tomou impulso a partir de 1760, apoiada em importante parque de manufatura existente desde um século antes e em 1840 a indústria têxtil era toda mecanizada (FOOT e LEONARDI, 1982). Engels, em sua clássica obra sobre a condição dos trabalhadores na Inglaterra, publicada em 1845 (ENGELS, 1975) fez um relato vivo, fruto de trabalho de campo de dois anos, desse processo de transformação. As pessoas que viviam pobremente nos campos ou fabricando artesanalmente produtos em família, serviam aos aristocratas e gozavam de certa autonomia. No entanto, sem poder concorrer com a rápida e volumosa produção das fábricas e seu maquinário, passavam a trabalhar para esses estabelecimentos que já existiam desde o século XVIII na Europa, e que se proliferavam e se modificavam rapidamente, visando então, o mercado externo. Passaram a trabalhar ao ritmo das máquinas e como não havia trabalho para todos, era inevitável o rebaixamento dos salários, principalmente nas regiões mais distantes das grandes cidades. Essa condição de vulnerabilidade e a convivência com o desemprego foi destacada por Engels:

Quem garante pois ao trabalhador que a vontade de trabalhar basta para arranjar emprego, que a probidade, o zelo, a economia e numerosas virtudes que a ajuizada burguesia lhe recomenda, são realmente para ele o caminho da felicidade? Ninguém. Ele sabe que hoje possui alguma coisa mas que não depende de si conservá-la ainda amanhã; sabe que o menor suspiro, o menor capricho do patrão, a menor conjuntura comercial desfavorável, o lançamento no turbilhão desencadeado do qual escapou temporariamente e onde é difícil, muitas vezes impossível, manter-se a superfície. Sabe que se tem hoje meios de subsistência pode não os ter amanhã. (ENGELS, 1975, p.58).

Ao mesmo tempo em que Engels descrevia as transformações dos processos de trabalho e das relações entre as classes protagonistas, o retrato dramático, que fez das condições de vida e moradia dos trabalhadores mais pobres nas grandes cidades, é mais impressionante do que qualquer pintura deixada por renomados artistas da época. Já algumas poucas obras da literatura conseguiram dar a dimensão dramática da vida de trabalhadores do século XIX. É o caso de “O Germinal”, conhecido livro de Émile Zola (1840-1902), que dá vida a personagens, todos eles comuns trabalhadores, sujos das minas de carvão, onde trabalhavam 14 a 16 horas por dia, na escuridão, nos subterrâneos, expondo seus corpos ao risco de mutilações e suas vidas, que a qualquer momento poderiam ser abruptamente interrompidas. Paralelamente a essa realidade sem perspectivas para as inúmeras famílias que viviam desse trabalho, descrições mostram os contrastes com a vida luxuosa da burguesia, e, entre os dramas pessoais dos personagens, a organização tortuosa de uma greve permeia essa preciosa obra.

Engels descreveu bairros e casebres mal arejados de Londres e de várias outras

idades inglesas, relatou histórias de pessoas que viviam e morriam em condições miseráveis, em meio a detritos humanos, sujeiras e animais, dando vida às estatísticas da época, que revelavam a alta mortalidade de crianças nas idades em que as condições ambientais têm grande influência sobre a saúde e adoecimento. Em quadro comparativo de 5 distritos de Londres, St. Gilles, Lambeth, cidade de Londres, Islington e Church Lane, sabia-se que, em cada 100 nascidos vivos morriam, respectivamente 28, 20, 19, 16 e 31, antes de completarem um ano. Ainda hoje, o coeficiente de mortalidade infantil⁶ é um dos indicadores utilizados para aferir as condições de vida de uma população. Esses dados foram obtidos por Horace Mann, que era uma espécie de conselheiro com formação jurídica, e relatados em carta ao Dr. W.A. Guy, secretário honorário da Sociedade de Estatística de Londres. Nessa carta, escrita em 1 de fevereiro de 1848, ele dava dimensões numéricas à superpopulação observada por Engels em determinadas regiões de Londres, onde se amontoavam os trabalhadores mais pobres com os “ladrões, escroques e vítimas da prostituição, todos misturados.” Horace Mann relatava que em 1841, no distrito de Church Lane havia 655 habitantes distribuídos em 27 moradias, o que perfazia 24 pessoas por casa. Já em 1847, segundo ele, a situação havia se agravado; eram 40 pessoas por casa, condições propícias a adoecimentos e mortes por doenças contagiosas.

A desigualdade das condições de vida entre as diferentes classes sociais podia ser simbolizada na proporção de mortes das crianças antes de completarem 5 anos - 57% dos filhos de operários, 20% dos filhos de burgueses e menos de 32% das classes das regiões rurais. Essa elevada porcentagem de mortes de filhos de operários se devia a doenças e aos acidentes, como afogamentos, queimaduras e quedas, resultado do abandono em que ficavam quando seus pais saíam para o trabalho, em particular as mulheres, mais requisitadas do que os homens em alguns postos, como nas máquinas de fiar da indústria têxtil, que exigiam menos força e mais rapidez, agilidade e movimentos finos.

Mulheres e menores de 18 anos tinham salários mais baixos, jornadas mais longas e constituíam a grande maioria dos operários do império britânico em 1839. Dos 419.590, aproximadamente metade era de menores de 18 anos; 242.966 eram mulheres e dessas, 112.192 tinham menos de 18 anos, e o desemprego atingia mais os homens.

Essa situação também provocava uma mudança na dinâmica familiar, quando a mulher ou ainda os filhos eram muitas vezes o arrimo de família, reduzindo a autoridade do outrora chefe da família e promovendo desagregação entre os membros (ENGELS, 1975, p. 192). Para se ter uma dimensão dessa inversão de situações tradicionais, em meados do século XIX, em Lancashire, em todas as 412 fábricas existentes, havia 2 e por vezes 3 homens que viviam do trabalho da mulher (ENGELS, 1975, p. 193).

Nesse contexto de jornadas longas de até 16 horas diárias, monótonas, em ambientes mal ventilados, quentes, úmidos, barulhentos, sujos, cheios de poeiras, vapores e fumos, nas empresas de diferentes ramos, como minas de carvão, têxteis, de alimentos, bebidas,

⁶ Coeficiente de mortalidade infantil é o resultado do número de óbitos de menores de 1 ano em certa área durante o ano em relação ao total de nascidos vivos nessa área durante o ano.

cerâmica, pululavam acidentes graves e fatais, exaustão física, enfraquecimento sistêmico, palidez e ar deprimido, envelhecimento precoce, alcoolismo, doenças pulmonares advindas das poeiras de várias origens e, particularmente dos processos de fiações, varizes, inchaço nas pernas, intoxicações por metais pesados, deformidades e dores de membros inferiores, costas e ancas, particularmente naqueles que começavam a trabalhar crianças ainda. Tudo isso em um cenário de pobreza extrema, promiscuidade e doenças infectocontagiosas que assolavam e atemorizavam as populações, incluindo as abastadas, particularmente cólera e tifo. Entre trabalhadores de algumas ocupações, como os amoladores de facas em pedra seca, a expectativa de vida era de menos de 35 anos.

Dentre as tentativas de se regular as relações e as condições de trabalho, vários dispositivos legais foram aprovados.

Em 1802, quando na Inglaterra havia aproximadamente 20.000 aprendizes na indústria do algodão, muitos deles, crianças que tinham em torno de 10 anos, foi promulgado o Ato da Saúde e da Moralidade dos Aprendizes, que determinava a proibição de trabalho noturno e jornadas maiores de 12 horas por dia aos aprendizes menores de 21 anos.

Em 1819, o Ato da Indústria do Algodão proibiu qualquer trabalho aos menores de 9 anos nas fábricas de algodão e estipulou o máximo de 16 horas de trabalho por dia àqueles entre 9 e 16 anos.

Ambos os dispositivos legais promovidos por Robert Peel encontravam dificuldades para mudar de fato a realidade, pois as autoridades fiscalizadoras eram frequentemente próximas aos proprietários das empresas.⁷

Em 1833 foi promulgado o Ato das Fábricas, proibindo o trabalho dos menores de 9 anos, determinando um máximo de 48 horas semanais e 8 horas por dia às crianças entre 9 e 13 anos, e um máximo de 12 horas por dia aos menores entre 13 e 18 anos. Aos menores de 13 anos eram previstas 2 horas de ensino elementar por dia. Esse dispositivo legal, ampliava o que havia sido determinado pelo Ato das Fábricas anterior, de 1831, que limitava a jornada diária aos menores de 18 anos para 12 horas.⁸

Em 1844, foi promulgado outro Ato das Fábricas, primeiro dispositivo legal britânico que fazia referências específicas às condições de segurança dos trabalhadores. Assim, deixar de proteger partes perigosas de uma máquina passou a ser crime; crianças e jovens não podiam limpar as máquinas enquanto estivessem em funcionamento, e a jornada de trabalho para crianças foi limitada a 6 horas e meia no máximo, com 3 horas de escola e, para jovens entre 13 e 18 e mulheres, a um máximo de 12 horas diárias.

Três anos depois, em 1847, foi promulgado outro Ato que limitava para 10 horas a

⁷ Early factory legislation. Disponível em <http://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/earlyfactorylegislation/> > acesso em 14/07/2017.

⁸ The 1833 Factory Act. Disponível em <http://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/factoryact/> > acesso em 14/07/2017.

jornada máxima de trabalho para pessoas entre 13 e 18 anos.

Um outro Ato das Fábricas, publicado em 1867, estendeu a legislação para todas as fábricas com mais de 50 trabalhadores e para outras específicas, independentemente do número de empregados, quais sejam alto-fornos, siderurgias, fabricação de vidro, de papel, de tabaco, impressão e encadernação.

Nos anos seguintes outros dispositivos legais foram promulgados, mas só em 1891 elevou-se a idade mínima permitida para o trabalho em fábricas para 11 anos.

Na Alemanha, a legislação protetora do trabalho nas fábricas data de 1869, mas somente em 1878 o trabalho dos menores foi regulamentado, segundo MORAES (1998), em sua importante obra publicada em 1914. Somente em 1891, se estabeleceu que as crianças e adolescentes não mais poderiam trabalhar antes das cinco e meia da manhã e nem depois das oito e meia da noite. E os menores de dezoito anos tinham que ter tempo suficiente para ir à escola.

Na Itália, uma lei de 18 de fevereiro de 1886 regulamentou pela primeira vez o trabalho dos menores, quando não se permitiu mais que crianças entre oito e doze anos fizessem jornadas superiores a oito horas por dia.

Nos Estados Unidos, também a industrialização se fez acompanhar da exploração das mulheres e crianças.

Também naquele país, segundo ROSEN (1994), entre 1830 e 1880, os esforços para proporcionar algum tipo de proteção ao trabalhador se concentraram também nas tentativas de redução de jornada de trabalho, de limite da idade e de criação de normas e segurança.

Em 1848 surgiu a primeira legislação trabalhista na Pensilvânia e no ano seguinte, Nova York votou uma lei proibindo o emprego de crianças menores de dez anos. Por volta de 1860 havia vários estados estadunidenses com algum tipo de regulamentação legal para o trabalho de crianças, pouco efetiva devido à falta de inspeção nas fábricas.

Em 1900 estimava-se em 1.700.000 o número de crianças com menos de 16 anos nos ambientes de trabalho estadunidenses (ROSEN, 1994). Este autor ilustra situações dramáticas no final do século XIX, de exploração de trabalho de mulheres e crianças de até três anos de idade em Illinois. Reveladas ao público, criaram-se condições para que se propusesse, pela primeira vez nos Estados Unidos, a limitação de jornada a oito horas para mulheres, a proibição do trabalho de menores de 14 anos e a criação de um Departamento de Inspeção de Fábricas, com o intuito de garantir o cumprimento da legislação regulatória das relações de trabalho.

Esse movimento de criação de um sistema centralizado de inspeção de fábricas teve início na Europa, especificamente na Inglaterra, com o Ato das Fábricas de 1878 e o primeiro inspetor chefe em Londres foi Alexander Redgrave. Dirigia uma equipe de 5 inspetores superintendentes, 30 inspetores e 10 subalternos distribuídos pelo país. O primeiro inspetor

médico das fábricas do Reino Unido foi Thomas Morison Legge, que permaneceu no cargo entre 1898 e 1926. Outros países seguiram o mesmo modelo, nomeando médicos como inspetores de fábricas durante o século XIX e XX.

2. BRASIL: TRABALHO, TRABALHADORES E SAÚDE NO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX

No Brasil do século XIX, vivia-se um processo lento de transição do trabalho escravo para o chamado trabalho livre ou não-escravo, que se deu de forma heterogênea nas diferentes regiões do país, nas quais ex-escravos se submetiam a diversos tipos de trabalho forçado. É um capítulo da história da configuração do trabalho no Brasil, que merece uma análise cuidadosa (CARDOSO, 2008), que foge ao escopo desta pesquisa.

O governo no regime republicano, que passou a vigorar em 1889, publicou um decreto (BRASIL, 1891), assinado pelo primeiro presidente do país, regulamentando o trabalho das crianças e adolescentes nas fábricas. O seu artigo 2º proibia a admissão de crianças menores de 12 anos, mas permitia, exclusivamente às fábricas de tecidos, tê-las como aprendizes, desde que tivessem mais de oito anos. O seu artigo 10º não permitia mais aos menores:

[...] qualquer operação que, dada sua inexperiência, os exponha a risco de vida, tais como: a limpeza e direção de máquinas em movimento, o trabalho ao lado de volante, rodas, engrenagens, correias em ação, em suma, qualquer trabalho que exija da parte deles esforço excessivo.

Também proibia o trabalho de menores em depósito de carvão vegetal ou animal, em quaisquer manipulações diretas sobre fumo, petróleo, benzina, ácidos corrosivos, preparados de chumbo, sulfureto de carbono, fósforo, nitroglicerina, algodão-pólvora, fulminatos, pólvora e outros a juízo de um inspetor geral, diretamente ligado ao Ministro do Interior.

As primeiras fábricas em território nacional, na década de 1840, eram pequenas e se extinguíram rapidamente. Somente a partir de 1870 e mais ainda de 1885 a 1895, período denominado por alguns autores como “o primeiro surto industrial” no Brasil, surgiram empresas mais robustas (FOOT e LEONARDI, 1982). Segundo POCHMANN (2016), em 1889, havia 630 estabelecimentos industriais que empregavam menos de 25 mil trabalhadores, com forte crescimento da indústria do café, e entrada de 3,3 milhões de imigrantes não africanos entre 1889 e 1919. Quanto à indústria têxtil no século XIX, à qual foi permitido o trabalho de aprendizes a partir dos 8 anos, em 1885 havia 48 fábricas da indústria algodoeira, 2.111 teares, 3.172 trabalhadores e produção de 20,6 milhões de metros de tecido, com forte papel dos estados de Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo (LIMA e SANSON, 2008).

O estado de São Paulo, o mais industrializado do país, contava com grande contingente de estrangeiros imigrantes, sobretudo italianos, na indústria têxtil, mas também no setor metalúrgico, alimentício, vestuário, material de construção, móveis. Não só havia grandes empresas, mas pequenos empreendimentos como sapatarias, marcenarias, fábricas de massa,

de graxa, fundições, tinturarias, dentre tantos outros. Avolumavam-se rapidamente os trabalhadores nas atividades urbanas e industriais. Em 1907 eram 326 empresas que empregavam 22 mil e em 1920 eram mais de quatro mil empresas que empregavam 84 mil (DECCA, 1990, p. 10-12).

No final de século XIX, na área da saúde pública, também se configuravam os primeiros dispositivos legais que visavam ao controle de epidemias, em particular, a febre amarela e a varíola. Segundo BLOUNT (1972), a Constituição de 1891 deixara a responsabilidade de diversos serviços, entre eles o da saúde pública, aos estados, e no estado de São Paulo, os argumentos para que se processassem avanços nessa área eram da esfera econômica. Referiam-se à dependência, quase exclusiva do estado, à produção de café e à necessidade de imigrantes. A região tinha que oferecer condições saudáveis para que esses trabalhadores pudessem se manter sadios.

SOUTO MAIOR (2017) lembra que o Decreto 233, de 1894 (SÃO PAULO, 1894), que estabeleceu o Código Sanitário, incluía medidas regulatórias das condições sanitárias dos ambientes de trabalho como o trabalho dos menores e mulheres, o que se consolidou com a Lei 1.596 de 1917 (SÃO PAULO, 1917a), ano da mais importante greve em São Paulo, que começou nas fábricas de tecidos e paralisou a cidade por alguns dias; continha na pauta reivindicatória o fim da exploração do trabalho de menores de 14 anos nas fábricas, a proibição do trabalho noturno aos menores de 18 anos e mulheres, além da redução dos preços dos alimentos e dos aluguéis das casas. Segundo os dados do recenseamento, em 1919, as crianças de menos de 14 anos representavam 5,4% da mão de obra no setor têxtil, 9,1% na alimentação, 15% na cerâmica e 8,5% na metalurgia. As mulheres representavam 42,7% do setor têxtil, 28,9% do setor alimentação, 55,1% dos setores de vestuário e confecções e 30% do setor químico. Eram os setores mais importantes da indústria que mais utilizavam a mão de obra infantil e feminina. A duração da jornada na indústria podia chegar a 15 horas por dia (FALEIROS, 2010, p. 52).

Nesse início do século XX, os acidentados do trabalho eram atendidos na Santa Casa de Misericórdia, encaminhados pela polícia, que investigava os acidentes. FALEIROS (2010) lembra o descompromisso dos empregadores para com os acidentados a partir do momento em que avisavam a polícia. Interessante observar que já nessa época, o Departamento Estadual do Trabalho registrava uma subnotificação de acidentes do trabalho, que ocorriam em empresas que tinham um serviço médico próprio que prestava assistência ao acidentado. Havia uma convicção de que uma lei que obrigasse as empresas a notificarem os acidentes do trabalho impediria a subnotificação (SÃO PAULO, 1917, p. 28). Para se ter uma ideia, no município de São Paulo, em 1912 haviam sido registrados 1.254 acidentes do trabalho, em 1913 foram 1.671, em 1914, foram 1.597, em 1915 foram 1.174 e em 1916 foram 1.444 (SÃO PAULO, 1917).

DECCA (1990) ressalta que ao contrário das expectativas, a República e a rápida industrialização, particularmente no estado de São Paulo, não trouxeram melhores condições de vida e de trabalho, tendo como regra a pobreza e o baixo poder aquisitivo, o que mantinha um constante clima de descontentamento, que se expressava em atos de negação à ordem geral,

por meio de furtos, atos de sabotagem e boicotes nos locais de trabalho.

A articulação e organização de movimentos operários e partidários têm diversas narrativas (COSTA, 1982) e diversos coloridos ideológicos, entre os quais os anarquistas, católicos, socialistas e comunistas. PINHEIRO e HALL (1979) relembram o relato sobre as primeiras articulações, feito por Benjamim Mota, nascido em Rio Claro, estado de São Paulo, jornalista e advogado de militantes operários estrangeiros, ameaçados de expulsão do país. Registrou ele que, antes da proclamação da República, em 1870, no Rio de Janeiro, então capital federal, nasceu o primeiro movimento operário pelos direitos dos trabalhadores, que não tinha bases sociais enraizadas e se degenerou em 1878. Em 1889 surgiu um novo movimento operário, de orientação socialista, que se expressava pelo Partido Operário. Seu primeiro congresso se deu em 6 de setembro de 1892 e definiu itens de um programa de luta, dentre os quais se encontravam a proibição de trabalho para as crianças menores de doze anos, fixação de jornada de trabalho normal em oito horas, diminuição adequada para o trabalho nas indústrias perigosas para a saúde, fixação do trabalho noturno em cinco horas. Como se vê, estavam pautadas questões que, posteriormente, de alguma maneira foram contempladas legalmente, como regulação da jornada de trabalho e aposentadoria especial.

PINHEIRO e HALL (1979) oferecem um histórico detalhado da formação dos movimentos operários, das várias vertentes ideológicas que participavam ativamente da luta, por direitos sociais assim como do papel dos imigrantes, em especial, italianos, de suas pautas e formas de luta.

Organizaram documentos do Congresso Operário de 1906, que deu origem à Confederação Operária Brasileira (COB), que continham, entre as suas resoluções, vários itens que revelavam a compreensão do movimento sobre questões relacionadas à segurança e à saúde dos trabalhadores. Compreendiam a redução de horas de trabalho como importante elemento do bem-estar e portanto, do consumo, gerando a necessidade de maior produção. Entendiam que o descanso traria benefícios, dentre eles, a prevenção do alcoolismo, “fruto do excesso de trabalho, embrutecedor e exaustivo” (PINHEIRO e HALL, 1979, p.51). O Congresso orientava os sindicatos a arbitram a indenização que o patrão deveria pagar em caso de acidente do trabalho, em ação direta, considerando que a responsabilidade desses eventos era sempre do patronato e que as leis de fato eram “letra morta”. Considerava-se o alcoolismo, muito arraigado nas classes trabalhadoras, um obstáculo para a sua organização. Orientava-se também a convidar as mulheres a se organizarem de forma unificada aos homens, que não permitissem que seus filhos trabalhassem antes da “idade conveniente” e que se recusassem a trabalhar por empreitada, o que estimulava as jornadas longas, que atrapalhavam na prática o interesse geral dos trabalhadores, que era a jornada de 8 horas de trabalho (PINHEIRO e HALL, 1979).

SOUTO MAIOR (2017, p. 128-30) em uma análise dos movimentos, lutas e greves da Primeira República por reivindicações, que incluíam melhores condições de trabalho, aponta uma contradição nessas ações, que ao mesmo tempo em que valorizavam o trabalho e criavam uma identidade dos trabalhadores, também reforçavam e legitimavam a lógica liberal de dignificação pelo trabalho. Reforça a grande influência da Revolução Russa sobre esses

movimentos, que foram mais intensos entre 1917 e 1920, notadamente em São Paulo, cenário de 108 greves nesse período. Envolviam diversas categorias profissionais e versavam sobre salários, extensão de jornadas de trabalho, más condições de trabalho em geral, incluindo falta de ventilação, sujeira e poeiras nos ambientes de trabalho (PINHEIRO e HALL, 1979). Outros autores fornecem números de outros períodos. Segundo FOOT e LEONARDI (1982, p. 332), Boris Fausto levantou mais de 200 greves operárias entre os anos de 1917 e 1920 somente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

A República, desde o início mostrou-se repressora, por meio de métodos diretos e indiretos. COSTA (1982) faz referências à proibição de manifestações públicas, invasão de sindicatos, demissões, vigilância, prisão e por vezes deportação de ativistas vindos de outros países e a um memorando de 1921, do Centro das Indústrias do Estado de São Paulo, que recomendava aos seus associados que expurgassem os “agitadores profissionais.” Eugenio Bonardelli, associado a uma federação de várias organizações religiosas italianas dedicadas à proteção dos imigrantes, a “*Italica Gens*”, fez vários registros sobre as lutas no campo. No dia 4 de maio de 1913 fez um relato de um recurso fraudulento utilizado pelos fazendeiros de café, que aumentavam as dimensões dos sacos de 100 para 110 litros para a contagem da produção. No dia 20 de maio do mesmo ano, relata que 137 italianos foram repatriados a pedido, motivados pela intransigência dos fazendeiros com quem tinham uma relação como colonos. (PINHEIRO e HALL, 1979, p. 120-121). Esses autores destacam também a articulação repressora internacional da época. Contam que, de 1901 a 1915, o governo italiano manteve no Brasil, junto ao seu consulado em São Paulo, um comissário de polícia para vigiar as atividades dos “grupos subversivos italianos”. (PINHEIRO e HALL, 1979. P. 109).

O Código Penal de 1890 previa punição dos trabalhadores grevistas com prisão e multa (BRASIL, 1890).

A despeito da existência dos confrontos diretos, havia também um modo de agir dos empresários que achavam que os movimentos mereciam uma outra abordagem, além da policial. Eles se utilizavam de alguns supostos benefícios para pressionar e chantagear os trabalhadores e suas famílias. Exemplo disso era a criação, nas fábricas, de creches e maternais, serviços assistenciais e campos esportivos e o modelo de construção de casas e vilas com condições higiênicas melhores, próximas dos locais de trabalho, para os trabalhadores mais qualificados, como mestres e contramestres, operários qualificados. Eram espaços nos quais se impunham a ordem e disciplina, além de controle dos momentos fora do trabalho, incluindo o lazer. Apesar disso, eram elementos de atração, pois os aluguéis eram caros e as casas de periferia, que eram distantes das fábricas, tinham condições higiênicas precárias. Frequentemente havia escolas também como parte dessas vilas.

Esses modelos eram utilizados por algumas grandes empresas em vários locais do estado de São Paulo, entre as quais, Antártica, Clark, Vidraria Santa Marina, Cotonifício Rodolfo Grespi, Companhia Lacta, que ficavam na capital.

No interior do estado, a Fábrica Votorantim, que deu origem ao município de mesmo nome, próximo à Sorocaba, a Companhia Salto Fabril em Salto de Itu e a Rawlinson Müller e

Cia, perto de Americana, dentre muitas outras empresas, seguiam o mesmo modelo, até como uma forma de evitar o êxodo para os grandes centros, fixando os trabalhadores nas várias regiões do interior. As companhias de estrado de ferro, via de regra, mantinham casas perto do local de trabalho, destinados aos ferroviários dos quais mais dependiam. DECCA (1990) descreve as vilas operárias como:

[...] pequenas casas, sem jardins, de três ou quatro cômodos no máximo, que tinham um fundo comum; às vezes, fileiras de pequenas casas contíguas escondiam-se da rua, atrás de uma primeira fileira que ficava rente à calçada (DECCA, 1990, p.24- 25).

Em uma análise sobre as várias estratégias de dominação dos empregadores sobre seus empregados, SELIGMANN-SILVA (1994) discute prática similar ao início do século XX em empresas, desde aquelas que mantinham sistemas de produção arcaicos até aquelas sofisticadas, na década de 1990. Pondera como os trabalhadores se sentiam obrigados a manter uma fidelidade às empresas em que trabalhavam, tanto pelo sentimento de endividamento simbólico como de endividamento concreto, financeiro. Cita como exemplos, processos de trabalho na zona rural, como cultivos e mineração, onde trabalhadores eram aliciados, com falsas promessas, a trabalharem em regiões isoladas, e se endividavam com o transporte até o local, alimentação, moradia e outros gêneros de necessidade essenciais fornecidos pelos empregadores. Assim, ao se tornarem seus devedores, os trabalhadores se viam sem condições de romper contratos, mantendo dessa forma, uma relação de não-escravidão no sentido de que não eram mais propriedade do outro, mas experimentavam uma nova modalidade de escravidão – a da necessidade -, o que delimitava também suas aspirações e projetos de vida (CARDOSO, 2008).

O Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940), no seu artigo 149, caracteriza a condição análoga a de escravo, ao se submeter alguém:

[...] a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto (...)

A despeito da lei, o trabalho análogo a de escravo continua existindo em áreas urbanas e rurais do país, no século XXI, principalmente nas atividades de pecuária, lavoura (soja, algodão, café, erva-mate, batata, cebola), mineração, carvoaria, desmatamento, construção civil, confecção têxtil, frigoríficos, pesca, atividades extrativistas, dentre outras. Uma lista de 250 empregadores flagrados praticando trabalho escravo, entre 2006 e 2016, fornecida pelo Ministério do Trabalho, se encontra disponível para consulta.⁹

Quanto à proteção do trabalhador acidentado do trabalho, o primeiro projeto de regulamentação dos acidentes de trabalho foi apresentado pelo deputado Medeiros de Albuquerque em 1904, mas somente em 1919 foi aprovado um dispositivo legal de âmbito nacional, projeto apresentado em 1915, por Adolfo Gordo (FALEIROS, 2010). Era o Decreto

⁹ <https://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2017/08/19/governo-paralisa-combate-a-trabalho-escravo-e-infantil-por-falta-de-verba/?cmpid=copiaecola>

nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (BRASIL, 1919), que estipulava indenizações nos casos de acidentes do trabalho com incapacidade parcial e total, temporária e permanente. No entanto, o parágrafo 1º do seu artigo 17¹⁰ fazia uma ressalva importante nos casos considerados de culpa exclusiva da vítima:

Art. 17. Quando, depois de fixada a indemnização, a victima vier a fallecer em consequencia do accidente, a incapacidade de se aggravar, se attenuar, se repetir, ou desaparecer, ou se verificar no julgamento um erro substancial de calculo, poderão o patrão, a victima, ou seus representantes, pedir a revisão do julgamento que determinou as consequencias do accidente e fixou a indemnização.

§ 1º Não será considerada como consequencia do accidente a aggravação da enfermidade ou a morte provocada por culpa exclusiva da victima. (BRASIL, 1919).

À luz desse contexto histórico recente, de industrialização tardia, de desigualdade social e de naturalização de situações extremas, como a da escravidão, que persistem até os dias de hoje, se pretende refletir como ocorreu o movimento de trabalhadores e aliados dos direitos à saúde dos trabalhadores, na década de 1990-2000, detalhado adiante, no capítulo 3.

¹⁰ A citação a seguir foi extraída do texto original do decreto.

CAPÍTULO 3

O ADOECIMENTO NEUROMUSCULAR E O TRABALHO

1. O DESPERTAR DA ATENÇÃO DE PESQUISADORES ATÉ OS ANOS 1990

Dentro das fábricas que crescentemente se mecanizavam no século XVIII, ocorria também uma aceleração do trabalho com o ritmo que passou a ser dado pelas máquinas. Sem pausas, diariamente e durante jornadas prolongadas, eram exigidos movimentos repetitivos e rápidos dos membros superiores dos trabalhadores além de manutenção de determinadas posturas por tempo prolongado. A coluna e os membros inferiores também eram penalizados pelas longas horas em pé ou sentados, sem pausas. Reflexo do perfil da economia da época, eram tecelões, costureiras, alfaiates, marceneiros e metalúrgicos que passaram a sentir dores associadas a aqueles esforços cumulativos e sobrecarga estática.

Desde o século XIX as dores chamaram a atenção dos médicos inicialmente e depois de pesquisadores em geral.

DEMBE (1996) lembra um aspecto da Revolução Industrial que ele julga não reconhecido, que foi o brutal crescimento de trabalhadores de escritório, particularmente copistas, escribas, contadores e escriturários com funções legais, que apesar de terem nível de escolaridade mais elevado, tinham funções simples, de organização, administração e contabilidade, procedimentos exigidos pelo aumento da complexidade das atividades de negócios.

Esse autor cita uma informação de um médico cirurgião britânico, Samuel Solly, que dizia que a maior parte da classe média de Londres vivia do uso da caneta, fosse para registrar seus próprios pensamentos ou de outros, fosse para fazer balancetes e contabilidades. Dizia ainda que os trabalhadores de escritório, em 1831, totalizavam aproximadamente 3% da força de trabalho em Londres e 7% em 1900. Seu trabalho era caracterizado pela monotonia, repetitividade e pressão de tempo exatamente como acontecia no interior das fábricas. Thackrat, citado por DEMBE (1996), relatava que esses trabalhadores sentiam dores torácicas pela postura que mantinham durante muitas horas, trabalhando das seis e meia da manhã até as nove horas da noite, com um intervalo de duas horas e meia para o almoço.

Cem anos depois de Ramazzini ter descrito quadros de dor e espasmos musculares de mãos e punhos dos que viviam da escrita manual, copistas e administrativos em geral, além de operadores de telégrafos, que contribuíram significativamente para a ampliação da comunicação, principalmente até a primeira guerra mundial, também padeciam de forma semelhante (DANA, 1894 apud DEMBE, 1996). Chamava-se a atenção para o perfil dos adoecidos, que geralmente trabalhavam em apoio a atividades industriais ou de negócios.

À medida em que os quadros clínicos neuromusculares eram identificados e relacionados a diferentes atividades laborais, eram denominados por quem os descobria.

DEMBE (1996) relata que, entre os anos 1830 e 1890, as revistas médicas continham

relatos de mais de 40 casos, entre os quais, câimbra do ordenhador, do operador de telégrafo, do pianista, do violinista, do alfaiate, do leiloeiro, espasmo da costureira, entre outros, com quadros semelhantes de dor, rigidez muscular e sensibilidade aumentada nos dedos e mãos, concomitantemente à paralisia e ao espasmo.

NAKASEKO e col. (1982) também fizeram referência à literatura de saúde ocupacional desde 1868, com relatos de quadros de dores em camponeses. Os autores identificaram tenossinovites e outras entidades clínicas em operadores de telégrafos e taquígrafos, além de outras ocupações, ressaltando como causas o aumento da carga de trabalho manual, a disseminação de esteiras, o controle estrito do trabalho pela gerência e a diminuição de pausas e tempo livre.

QUINTNER (1989) relatou a discussão de Poore, em 1887, sobre aspectos clínicos de músicos que apresentavam intolerância ao estiramento de nervos do antebraço. Posteriormente concluiu-se que se tratavam todos de casos com sintomas e fatores desencadeantes comuns no trabalho, quais sejam, movimentos repetitivos dos membros superiores por tempo prolongado, e posturas que impunham posições desconfortáveis.

Aspectos clínicos e fisiopatológicos foram revistos por QUINTNER (1991), que destacou quadros clínicos descritos no século XIX, fazendo um paralelo comparativo com aqueles encontrados na epidemia de LER/Dort da década de 1980 na Austrália. Relembrou uma das primeiras descrições de uma síndrome que se assemelhava às LER/Dort, feita pelo já citado cirurgião Samuel Solly. Caracterizava-se por uma dor severa e persistente, acompanhada de outras alterações sensoriais, como agulhadas, sensação de queimação, fadiga e sensação de frio no braço, que incapacitavam as pessoas que se dedicavam à escrita. Essa condição foi denominada paralisia do escrivão (*scrivener's palsy*). Segundo QUINTNER (1991), Solly achava que o quadro se dava por lesão, devido ao excesso de trabalho, do sistema nervoso central, na medula espinhal ou no cerebelo, este último localizado na parte posterior do cérebro, responsável pela coordenação motora e pelo equilíbrio. O quadro clínico de paralisia do escrivão, descrito por Samuel Solly, incluía dor que seguia a distribuição de um nervo periférico, frequentemente acompanhada por disfunção desse nervo.

QUINTNER (1991) ressaltou a diferença desse quadro com a câimbra do escrivão (*writer's cramp*), que raramente causava sintomas de dor, sensação de frio e fadiga da paralisia do escrivão. A câimbra do escrivão se caracterizava pela presença de movimentos espasmódicos involuntários, principalmente quando se buscava realizar determinados movimentos.

O quadro clínico descrito em notários e secretários de príncipes por Ramazzini em 1700 (RAMAZZINI, 2000), corresponde provavelmente à câimbra do escrivão, uma das formas de distonia focal, desordem neurológica do movimento, de etiologia não totalmente esclarecida, mas que parece estar relacionada a alterações de estruturas e conexões dos núcleos da base do cérebro, diminuição da inibição em vários níveis do sistema sensoriomotor, plasticidade alterada e processamento sensoriomotor prejudicado (TORRES-RUSSOTTO e PERLMUTTER, 2008), cujo quadro clínico se caracteriza pela falta de coordenação motora e espasmos involuntários. Pode ser focal, quando atinge uma região

corporal; segmentar, quando atinge duas ou mais regiões contíguas; multifocal, quando atinge duas ou mais regiões não contíguas; generalizada, quando atinge várias regiões do corpo e hemidistonia, quando atinge um hemicorpo. No caso de escrivães e instrumentistas musicais, a distonia tem sido descrita de forma localizada, focal, ora atingindo a boca ou mão, por exemplo no caso de flautistas, ora atingindo a mão, no caso de instrumentistas de corda ou pianistas (ROMERO, 2016). BOCCIA (1953) classificava esses quadros em quatro grupos, sendo o primeiro aquele que atingia os membros superiores, quais sejam, a câimbra dos instrumentistas musicais, como o pianista, violonista, harpista; o segundo grupo era o que atingia os membros inferiores, como a câimbra das bailarinas, dos esgrimistas, das costureiras que acionavam pedal; o terceiro grupo, o que atingia a boca, como a câimbra dos instrumentistas de sopro ou que utilizavam em excesso os músculos da boca, como flautistas, cantores, trompetistas e o quarto o que atingia os olhos, como a câimbra dos joalheiros, dos relojoeiros. De fato, essa classificação obedecia ao critério de topografia das regiões mais utilizadas na ocupação.

Segundo casuística de MARSDEN (1986), a câimbra ocupacional foi a segunda mais frequente (22%), precedida pelo torcicolo espasmódico, que atingia o pescoço (36%), seguida do blefaroespasma, que atingia as pálpebras (19%) e a oromandibular (15%), que acometia a boca. No estudo de BEZERRA (2016), em uma população de 235 pacientes com diagnóstico de distonia primária, das focais, a forma mais frequente foi o blefaroespasma (26%), seguido da distonia cervical (22%) e da distonia tarefa-específica (11%), sendo que de 25 casos, 23 eram de câimbra do escrivão. Este estudo não explorou as profissões desses pacientes com diagnóstico de câimbra do escrivão, constatando apenas que eles tinham mais escolaridade em comparação aos demais.

SOLLY (1864) descreveu dois tipos de quadros clínicos; um deles tem semelhanças com a distonia focal, quando diz que a pessoa acometida podia realizar muitas coisas, só não conseguia ganhar o seu pão como escrivão. Os outros casos já foram descritos como quadros de evolução insidiosa, acompanhada por dor em queimação, que se estendia pelo ombro quando escreviam muito. Essas características são mais comuns entre as descritas na maioria dos quadros clínicos de LER/Dort contemporâneos. Essa diferenciação foi feita também por POORE (1878), para discutir as peculiaridades de vários quadros clínicos e tentar explicar os aspectos fisiopatológicos, analisando semelhanças e diferenças de 75 casos, explorados para aprofundar o conhecimento acerca das doenças que se confundiam.

Em 1934, Hammer, citado por MILLENDER (1992), descreveu casos de trabalhadores que tinham dor e edema, acompanhados de formigamento e queimação, que provavelmente se tratavam de sintomas de síndrome do túnel do carpo. CARRAGEE e HENTZ (1988) descreveram a fisiopatologia da síndrome do túnel do carpo em situações ocupacionais e não ocupacionais e, embora revelassem que não havia conhecimento específico do mecanismo etiológico ocupacional da doença, reconheceram que indubitavelmente em algumas ocupações a incidência da doença era mais alta.

Na década de 1940, um estudo mencionou a epicondilite do tenista, afirmando que trabalhadores de várias profissões podiam ter quadro semelhante, citando aqueles que

realizavam atos de “parafusar, martelar e torjar”, assim como “tocar violino, fazer massagens e intervir cirurgicamente”. (WATSON-JONES, 1945, p. 78). No entanto, em boa parte das escolas médicas, quase 70 anos depois, os professores de ortopedia ainda mencionam o termo “epicondilite do tenista”, se esquecendo que além desses jogadores, há uma legião de trabalhadores de diversas atividades, entre os quais as epicondilites têm alta incidência, como por exemplo, trabalhadores de frigoríficos (ROTO e KIVI, 1984; KURPPA e col., 1991) e costureiras (McCORMACK JR e col., 1990).

BOCCIA (1953) chamava a atenção para alterações musculares provocadas pela repetição excessiva de movimentos no trabalho, como por exemplo a hipertrofia dos músculos dos membros superiores dos ferreiros, dos interósseos das mãos dos enroladores de cigarros e cortadores de diamantes, entre outras.

ANDERSON (1971) mencionou os diversos termos utilizados a doenças musculoesqueléticas e neurológicas, ao longo da história, tais como, joelhos da empregada doméstica,¹¹ nádegas do tecelão,¹² calcanhar do policial,¹³ punho do telegrafista.¹⁴

QUINTNER (1991) lembrou também a remota origem ocupacional descrita na discinesia profissional (*professional dyscinesiae*),¹⁵ na neurose ocupacional (*occupational neuroses*),¹⁶ dentre outros quadros clínicos descritos no século XIX e início do século XX.

No Japão, desde 1950, quadros de tenossinovites de punhos e dedos foram identificados entre os perfuradores de cartão, persistindo pelas décadas seguintes, durante as quais, o governo japonês estabeleceu critérios de reconhecimento clínico e indenização (MAEDA e col., 1982). Vários países se depararam com epidemias de trabalhadores com quadros de dor em membros superiores relacionados ao trabalho, entre eles Austrália (BAMMER e MARTIN, 1988), Estados Unidos (DEMBE, 1996; SILVERSTEIN e col., 1987), Japão (MAEDA, 1975; MAEDA e col., 1982; NAKASEKO e col., 1982) e países escandinavos (ROTO e KIVI, 1984; KILBOM, 1988).

Alguns termos foram criados para abrigar esses quadros ocupacionais de grande complexidade, entre eles, síndrome cervicobraquial (*cervicobrachial syndrome*), na década de 1960 e distúrbio cervicobraquial ocupacional (*occupational cervicobrachial syndrome*) na década de 1970 no Japão (MAEDA, 1977) na Alemanha e países escandinavos (CHATTERJEE, 1987), lesões por traumas cumulativos (*cumulative trauma disorders*) na

¹¹ Joelhos da empregada doméstica (*housemaid's knee*): bursite pré-patelar, que ocorre na face frontal do joelho, logo acima da patela (antiga rótula). É um problema comum em pessoas que passam ajoelhadas, por longos períodos.

¹² Nádegas do tecelão (*weavers's bottom*): inflamação da bursa que separa o glúteo maior da tuberosidade isquial, sendo comum em pessoas que ficam sentadas por tempo prolongado e em superfícies duras ou, ainda, por perda de peso com perda da proteção gordurosa da nádega ao sentar. É o mesmo que bursite isquiática.

¹³ Calcanhar do policial (*policeman's heel*): equivale à fasciite plantar, causada pela intensa atividade de correr ou andar.

¹⁴ Punho do telegrafista (*telegraphist's wrist*): afecção do punho na época em que os telegrafistas do século XVIII usavam o código morse,

¹⁵ Discinesia profissional (*professional dyscinesiae*): realização de movimentos involuntários. Bianchi, L. A contribution on the treatment of the professional dyscinesiae. *British Medical Journal* 1878; i: 87-89.

¹⁶ Neurose ocupacional (*occupational neuroses*): Gowers, W.R. A Manual of diseases of the Nervous System. 2nd ed. London: J & A Churchill, 1892; p. 710-730.

década de 1970 nos Estados Unidos (CHATTERJEE, 1987; DEMBE, 1996), lesões por esforços repetitivos (*repetitive strain injuries*), síndrome do uso excessivo (*overuse syndrome*) no Japão (DENNETT e FRY, 1988), síndrome ocupacional do uso excessivo (*occupational overuse syndrome*) na Austrália (BAMMER e BLIGNAULT, 1988), problemas osteomusculares ou musculoesqueléticos (*troubles ostéo-musculaires* ou *troubles musculo-squelettiques*) em países ou regiões de língua francesa (LIPPEL e LEFEBVRE, 2014), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (*work-related musculoskeletal disorders*) (KUORINKA e FORCIER, 1995), dentre inúmeros outros.

Vários estudos se dedicaram a analisar os mais diferentes aspectos dessa síndrome.

WARIS e col. (1979) analisaram dez estudos epidemiológicos sobre sintomas e sinais de determinadas afecções musculoesqueléticas do pescoço e membros superiores, comparando-os entre si e com os achados dos autores, estabelecendo, assim, critérios diagnósticos para a síndrome tensional do pescoço, síndrome cervical, síndrome do desfiladeiro torácico, tendinite do supraespinhal e do bicipital, síndrome do ombro congelado, síndrome acromioclavicular, epicondilite lateral, peritendinite e tenossinovite. Posteriormente, se fez uma revisão de literatura sobre síndromes ocupacionais que acometiam a região cervical e do pescoço, quanto à incidência em diferentes categorias profissionais e à etiologia (WARIS, 1980).

KUORINKA e col. (1987) desenvolveram um questionário de coleta de dados sobre sintomas, que ao longo dos anos foi amplamente divulgado e utilizado em vários países (DICKINSON e col., 1992).

SILVERSTEIN e col. (1986) desenvolveram um estudo com 652 trabalhadores plantas industriais diferentes, no tocante à exposição a repetitividade e força física e ocorrência de LER/Dort, classificando-os em quatro grupos de exposição, quais sejam, baixa força-baixa repetitividade (BF-BR), alta força-baixa repetitividade (AF-BR), baixa força-alta repetitividade (BF-AR), alta força-alta repetitividade (AF-AR). Concluíram que, mais que a exposição à alta força, a alta repetitividade parece ser o fator mais importante para a ocorrência da síndrome do túnel do carpo, que é o caso da reclamante.

KILBOM (1988), compartilhava, como muitos autores, a convicção de que a etiologia das LER/Dort era multifatorial, e analisou diversas publicações sobre intervenções em ambientes de trabalho, organizando os vários aspectos do trabalho a influenciar o risco de desenvolvimento de afecções musculoesqueléticas. Eram eles: a) capacidade individual, isto é, características pessoais de saúde, habilidade e personalidade; b) exigências físicas do trabalho, compreendendo o posto e instrumento de trabalho e a organização do trabalho, entendida como duração do trabalho, pausas, força, monotonia, velocidade e repetitividade do trabalho; c) fatores psicossociais, isto é, relação com supervisores, gerências e colegas, linguagem e outros aspectos da comunicação, exigências pesadas ou muito variáveis de produtividade, estrutura salarial, sistema de cobertura previdenciária para afastamentos por doença.

Decorrente dessa multiplicidade de aspectos envolvidos, a autora discutiu a

complexidade de qualquer intervenção, e a dificuldade de avaliar os projetos desenvolvidos nesse sentido. Sobre a relação custo-benefício, informou que naquela época, década de 1980, a Suécia gastava 2,4 milhões de dólares anualmente com doenças musculoesqueléticas, mas não havia estimativa de custo das ações de prevenção.

A autora analisou 16 estudos publicados nas décadas de 1970 e 1980, quanto ao número de trabalhadores e funções por eles exercidas, ao método de intervenção e resultados. Chamou a atenção para o fato de que, a avaliação de resultados de processos de intervenção bem ou mal sucedidos, deveria levar em conta a existência de mudanças das exigências das posturas no trabalho, da organização do trabalho, das atitudes, conhecimento e clima psicossocial. Outro aspecto a ser avaliado deveria ser também se as mudanças ocorridas teriam sido suficientes para influenciar a incidência de adoecimentos. Dos 16 estudos, apenas um deles satisfazia esses dois níveis de intervenção.

Do mesmo modo, ARMSTRONG e col. (1993) propuseram um modelo conceitual para compreender a ocorrência de afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, baseado na ideia de uma casacata, para cuja formação, volume e características, concorreriam de forma integrada as exposições aos diversos aspectos do trabalho, a intensidade, a duração, a capacidade de produzir danos, de forma que a cada alteração iniciada poderiam ser desencadeadas outras, que interfeririam umas nas outras, produzindo resultados variados. Os autores consideraram fatores externos, como a demanda de trabalho, exposição, que provocariam uma dose interna, como carga sobre o tecido e exigências metabólicas. A dose se referiria a distúrbios mecânicos, como por exemplo, deformação tecidual por pressão externa; fisiológicos, como por exemplo, consumo de substratos metabólicos, produção de metabólitos, deslocamento de íons e lesão tecidual e psicológicos, como ansiedade pela carga de trabalho ou falta de apoio familiar e social. Por outro lado, a capacidade do organismo de manter o equilíbrio desses aspectos, que se interagiriam, determinariam mudanças suficientes que resultariam em adoecimento. Tratava-se de um modelo conceitual de natureza multifatorial.

BAMMER (1990a) analisou aproximadamente 100 estudos sobre problemas musculoesqueléticos no pescoço e membros superiores de trabalhadores de escritório. Altas prevalências de afecções musculoesqueléticas foram relatadas em 79 estudos. Desses, 18 eram do Japão, 17 de Austrália, 11 dos Estados Unidos, 8 da Alemanha, 6 da Suécia, 5 do Reino Unido, 4 da Suíça, 2 da Finlândia e 1 de cada um dos países a seguir, França, Índia, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Singapura e União Soviética. Vários aspectos foram analisados e um achado importante foi encontrado - o envolvimento de vários fatores da organização do trabalho na ocorrência de problemas musculoesqueléticos, entre os quais, pressão no trabalho, baixa autonomia, baixa coesão entre os colegas e baixa variabilidade das tarefas.

Os anais de um evento ocorrido na Suécia, de 12 a 14 de maio de 1992 (HAGBERG e KILBOM, 1992), traziam artigos sobre prevenção de doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, que incluíam desde trabalhos bastante específicos, como estudos do tempo de fadiga dos diferentes músculos da região escapular, por meio de avaliações

eletromiográficas, até avaliações de processos de reabilitação (BAMMER, 1992; PARENMARK e col., 1992).

ANDERSEN e GAARDBOE (1992) destacavam que as afecções musculoesqueléticas eram as principais dentre as doenças ocupacionais registradas na Dinamarca naquela época, e uma das principais categorias profissionais era a das costureiras. Estudos de validação de instrumentos de avaliação de determinados elementos da atividade de trabalho ou de averiguação de sintomas, pesquisas que abordavam aspectos psicossociais também compunham esses anais e um estudo brasileiro também fez parte dessa publicação.

No Brasil, SETTIMI e col. (1989) realizaram uma análise do contexto do trabalho de uma empresa multinacional, montadora de componentes eletrônicos e encontraram ingredientes propiciadores para a ocorrência de afecções musculoesqueléticas, como por exemplo, capacidade de produção superestimada em 10%, pressão para aumento de ritmo com aumento da velocidade da linha de montagem, repetitividade de movimentos durante toda a jornada e ausência de pausas.

BARREIRA e MACIEL (1992), também no Brasil, estudaram outra empresa multinacional, especificamente uma seção onde se testavam preservativos, na qual identificaram vários aspectos que favoreciam a ocorrência de doenças musculoesqueléticas, entre os quais, a repetitividade de movimentos, manutenção de posturas da mão e punho com desvio ulnar e previsão de produtividade acima das possibilidades dadas as necessidades de pausas ou por problemas no maquinário.

Fora dos tradicionais circuitos de referências bibliográficas para o Brasil, ALAMANOS e col. (1993) fizeram um estudo epidemiológico com mulheres da ilha grega de Creta, onde o trabalho de artesanato domiciliar tinha grande importância na economia. Mulheres entre 20 e 69 anos de um município montanhoso, Anogeia, tiveram coletadas informações sobre sintomas, por meio de entrevistas, e sinais clínicos, por meio de avaliações médicas, além de informações na esfera socioeconômica, como o número de filhos e tempo de trabalho com artesanato. Das 459 mulheres na faixa etária definida, residente em Anogeia, 398 (87%) foram entrevistadas e 375 (82%) foram examinadas. A maioria das afecções musculoesqueléticas encontradas foram associadas à carga mecânica e movimentos repetitivos, assim como fatores psicossociais foram considerados importantes para o desenvolvimento desses adoecimentos. Apesar da população da cidade ter baixo nível socioeconômico, não foi encontrada associação significativa entre o número de crianças por família e a ocorrência de afecções musculoesqueléticas; porém, houve associação significativa entre esses quadros clínicos e o número de anos de trabalho com artesanato, principalmente nos membros superiores e particularmente no pescoço e ombros.

KEMMLERT (1994) estudou o impacto da atuação da fiscalização sueca do trabalho no tocante às providências que as empresas deviam tomar para prevenir doenças musculoesqueléticas. Um total de 92 inspeções a locais de trabalho gerou 20 notificações. Em 93% das visitas inspeções realizadas às empresas, foram identificados riscos para doenças musculoesqueléticas, mas em apenas 22% dos casos foram emitidas notificações, o que contrariava as diretrizes do *NBOSH - National Board of Occupational Safety and Health*, que

recomendava que pelo menos um de três pontos das notificações deveriam ser relacionadas a aspectos ergonômicos. Verificou-se que medidas ergonômicas eram tomadas quando as doenças eram tão severas que causavam afastamentos prolongados e onde as condições de trabalho eram apontadas como causas de pedidos de desligamentos. A ação das inspeções do trabalho se mostrou importante no que a autora denominou prevenção primária, isto é, sem casos de doenças relatadas, quando “se faz a intercepção dos fatores pré-patogênicos” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 30).

KILBOM (1994) fez uma revisão ampla de estudos científicos e elaborou diretrizes para pessoas que se ocupavam de avaliação, desenho e redesenho de postos e sistemas de trabalho, definindo conceitos de repetitividade, bem como a interação entre os fatores de risco e a necessidade, portanto, de reduzi-los. A autora afirmava que não havia estudos comparando os resultados da redução de um fator de risco com a redução de outro, mas, como a repetitividade e força haviam sido bem documentados, deveriam ser inicialmente minimizados.

Impossível seria citar todos os trabalhos, especialmente até o final da década de 1990, abordando múltiplos aspectos da relação trabalho e desgaste musculoesquelético, mas pelos estudos referidos é possível se ter uma ideia da multiplicidade das questões estudadas por pessoas de variados países.

2. DETALHANDO O PROCESSO DE VISIBILIDADE SOCIAL DO ADOECIMENTO MUSCULOESQUELÉTICO E AS CONTROVÉRSIAS

É previsível que adoecimentos complexos e multifacetados, com repercussões sociais disseminadas em diferentes países, despertassem uma disputa de múltiplas visões sobre aspectos referentes à gênese, à clínica, à prevenção, a tratamento e à reabilitação. Em particular, a gênese, por envolver condições de trabalho e conseqüentemente responsabilidades legais, acabava merecendo uma atenção especial. Este capítulo visa a detalhar como ocorreram essas polêmicas em três países, quais sejam, Estados Unidos, Austrália e Brasil.

2.1. Vê Quem Quer Ver: Emblemático Caso Estadunidense

Uma abordagem de interesse para esta tese é aquela utilizada por DEMBE (1996) no segundo capítulo de sua obra. O autor conta como algumas doenças musculoesqueléticas ou do sistema nervoso periférico, inicialmente descobertas de forma isolada, em diferentes locais dos Estados Unidos e em diversos momentos da história, foram agrupadas na década de 1970 e 1980 por fortes influências sociais. O que era objeto de preocupação e estudos de um pequeno grupo de médicos, pesquisadores, ergonomistas e advogados da saúde pública, se tornou na década de 1980 tema de interesse de sindicatos, políticos, órgãos governamentais e mídia.

FRYMOYER e MOONEY (1986), em uma revisão de literatura sobre o assunto, destacavam as causas mecânicas mais conhecidas, que na opinião dos autores, seriam mais facilmente controláveis e a magnitude adquirida pelos altos custos, despertando o interesse de setores do governo, dos empresários e dos trabalhadores organizados. Dentre os profissionais

de saúde, destacavam o envolvimento de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos da indústria, enfermeiros, quiropráticos e especialistas em reabilitação, muito maior do que o interesse dos ortopedistas.

Ao abordar o aspecto dos custos, LOUIS (1987), citou um estudo conduzido pela Academia Americana de Cirurgiões Ortopedistas (“*American Academy of Orthopaedic Surgeons*”) utilizando dados de quatro fontes: “*The National Health Interview Survey*”, “*The National Hospital Discharge Survey*”, “*The National Ambulatory Care Survey*” e “*The Health and Nutrition Survey*”. Custos diretos com lesões musculoesqueléticas foram estimados em mais de \$22.186.550.000 e os indiretos em mais de \$5.227.930.000. O autor destacava que os custos contabilizando as lesões e outras condições musculoesqueléticas excediam 65 bilhões de dólares e que não se considerava o impacto psicológico e emocional das famílias que tinham que lidar com os pacientes com problemas musculoesqueléticos. Levantava também a heterogeneidade no reconhecimento legal do caráter ocupacional das afecções musculoesqueléticas nos diferentes estados do país. Citava um exemplo de indeferimento de indenização de um trabalhador da General Motors no estado de Delaware em 1975, pela baixa incidência da síndrome do túnel do carpo em outros trabalhadores, e o deferimento do mesmo diagnóstico no estado do Missouri em 1979. Falava da *via crucis* dos trabalhadores acometidos, que se viam em meio a médicos, enfermeiros, cirurgiões, profissionais de reabilitação e levantava a incongruência do sistema de indenização que penalizava o trabalhador que procurava outra recolocação, negando-lhe a indenização.

Ambientes de trabalho de alguns setores da economia se destacavam por expor seus trabalhadores a estresse muscular excessivo e conseqüentemente desencadear quadros de dor e outros sintomas do sistema musculoesquelético, em particular, o setor têxtil, do vestuário, de embalagem de carnes, este último conhecido havia décadas como de alta acidentabilidade.

Desse último setor, a Administração de Segurança e Saúde Ocupacional (*Occupational Safety and Health Administration – OSHA*), órgão governamental criado em 1970 pelo Ato de Segurança e Saúde Ocupacional de 1970, vinculado ao Departamento do Trabalho, já tinha registros de acidentes e doenças na proporção de 30,4 por 100 trabalhadores de tempo integral, o que significava 7,7 vezes mais do que outros setores industriais.

Na visão de DEMBE (1996), a alta acidentabilidade se dava pelas mudanças do sistema de produção ocorridas na década de 1970. Até essa época, o setor das carnes era dominado por empresas administradas por famílias, os salários eram relativamente altos, havia uma identidade entre os trabalhadores e os donos das empresas e as plantas industriais eram locais de negócios e vida social, distribuídas em muitas pequenas cidades que viviam de embalagem de carnes, espalhadas por Iowa, Wisconsin, Minnesota, Dakota do Sul e Nebraska. Empresas cujos nomes são conhecidos no mundo ocidental, incluindo o Brasil, passaram por essas transformações impulsionadas pelas mudanças do capitalismo internacional que promoveram compras e megaoperações. A empresa *Swift & Company*, inicialmente *Swift*, empresa de embalagem de carnes foi fundada em 1855 por Gustavus Franklin Swift na cidade de Eastham no estado de Massachussets, passou a produzir produtos lácteos já na década de 1960 e expandiu para outras áreas como seguros e petróleo. Dembe se refere à venda dessa

empresa a conglomerados, no caso a *ComAgra*, que ocorreu na década de 1980. Seu livro foi escrito antes da compra, em 2007, pela empresa internacional brasileira JBS e se tornou *JBS-Swift Foods Company*.

O autor reporta-se, ainda, à história de algumas doenças e o papel dos médicos no processo de mudança de sua relevância social. Cita a tenossinovite, inflamação do tendão, descoberta e descrita pelo cirurgião francês Alfred Velpeau no início do século XIX, bem como quadros mais específicos, como a tenossinovite crepitante e tenossinovite estenosante, e sua associação posterior, na década de 1920 e 1930, com atividades de trabalho que exigiam uso repetitivo e força das mãos.

Apesar de vários estudos e evidências dessa relação com o trabalho, reclamações por compensações financeiras permaneciam confinadas a determinadas regiões e Dembe cita o estado de Ohio, onde o reconhecimento da tenossinovite ocupacional foi promovido por um prestigiado higienista, Emery R. Hayhurst, um dos fundadores da Higiene Industrial Americana e diretor da Divisão de Doenças Ocupacionais do Conselho de Saúde do Estado de Ohio de 1913 a 1930.

DEMBE (1996) continua a relatar que Hayhurst conduziu uma pesquisa sobre riscos ocupacionais industriais e doenças ocupacionais em 1913, que abrangeu 1.067 estabelecimentos e 235.984 trabalhadores em mais de 30 empresas de Ohio. Registros foram examinados, sindicatos foram contatados, centenas de trabalhadores foram entrevistados e questionários foram enviados a 7.500 médicos do estado. Após essa pesquisa, Hayhurst teria recomendado a inclusão de várias doenças do sistema musculoesquelético que deveriam ser compensadas financeiramente pelo caráter ocupacional, dentre elas a lombalgia, neurites e inflamações de partes moles e tendões de mãos e punhos. Apesar disso, a primeira lista oficial das doenças ocupacionais do estado de Ohio, de 1921, não incluiu as tenossinovites, que passaram à lista, somente em 1929, com ênfase nas tenossinovites crepitantes, que ao exame físico produziam uma crepitação ruidosa, o que facilitava a detectabilidade da doença. Apesar disso, essas mesmas crepitações perceptíveis eram interpretadas no século XIX como “ilusões psicológicas” dos trabalhadores.

DEMBE (1996) discorre sobre outra afecção, muito conhecida dos médicos atualmente, a síndrome do túnel do carpo (STC), que tem uma história emblemática e pertinente a um dos aspectos de destaque desta tese, que se refere às razões da invisibilidade das doenças ocupacionais, mais precisamente das afecções musculoesqueléticas referentes às LER/Dort.

A STC é descrita desde o século XIX e associada a várias profissões, mas sua alteração anatômica foi melhor elucidada por George S. Phalen em meados do século XX. Trata-se de compressão no nervo mediano que, juntamente com outras estruturas passa por um canal estreito chamado túnel do carpo na altura do punho. O nervo mediano inerva o polegar, o indicador e o dedo médio e, no caso de lesão, há alterações sensitivas e motoras. Os sintomas mais comuns são formigamento, dormência, fraqueza na mão e hipotrofia da eminência tenar (a parte muscular normalmente mais volumosa situada na base do polegar, na

palma da mão). Phalen não considerava a STC uma doença relacionada ao trabalho e DEMBE (1996) imputou essa posição a algumas razões centrais. A primeira se referia à origem e à trajetória de vida de Phalen, nascido em 1911 em Peoria, Illinois, graduado em medicina na *Northwestern University Medical School*, com residência em ortopedia na *Mayo Clinic*. Especializado em cirurgia da mão, nunca tinha tido contato com o mundo do trabalho real, o que se refletia até nos registros de seus pacientes, que não contavam com descrições sobre as funções que eles exerciam. E por fim, a maioria dos seus pacientes era de mulheres, que realizavam trabalhos domésticos, de montagem, venda, administração, mecânica, ensino, costura, operação de telefone, entre outros. Phalen não considerava o trabalho doméstico como um trabalho manual, tampouco a maioria das ocupações de seus pacientes. Assim, não explicava a STC como desencadeada pelo trabalho.

Outro médico, cirurgião plástico da *Hitchcock Clinic*, de New Hampshire, Radford C. Tanzer, que havia operado dezenas de pacientes com STC, tinha pacientes com o mesmo perfil dos de Phalen. Mas seu olhar era diferente. Estava atento a atividades ocupacionais de seus pacientes e delas fazia descrições detalhadas, que lhe permitiam que localizasse os movimentos e posições que causavam a lesão.

DEMBE (1996) chama a atenção para outro eminente ortopedista, Harry Finkelstein, que também tinha pacientes com perfil semelhante aos pacientes de Phalen, mas tinha um olhar muito diferente de seu colega. Nascido em 1833, na cidade de Nova Iorque, era filho de imigrantes judeus. Seu pai sustentava a família comprando e vendendo roupas. Convivia com os movimentos socialistas feministas de sua cidade e a forma como registrava as mulheres que se ocupavam dos serviços domésticos já expressava o seu olhar de mundo. Eram registradas como donas de casa, se casadas e trabalhadoras da casa, se solteiras. Conseguia estabelecer as razões ocupacionais que desencadeavam uma afecção no punho, no caso, doença de Quervain, inflamação do tendão abductor longo e extensor curso do polegar.

DEMBE (1996) considera que a posição de Phalen e seguidores impediu a emergência de muitos casos por 30 anos, até que nos anos 1970, evidências epidemiológicas, intervenção governamental e ativismo sindical pavimentaram o caminho da emergência do que foi chamado Lesões por Traumas Cumulativos (LTC) nos Estados Unidos, nos anos 1980, quando ocuparam a pauta das eleições presidenciais e nos anos 1990, quando ocuparam a agenda nacional de saúde. Não se pode esquecer o interesse de algumas empresas em promover estudos e contratar ergonomistas vinculados a universidades, na busca de aumento de produtividade e de controle dos fatores de risco associados a dores musculoesqueléticas em empresas de diversos setores, entre os quais, embalagem de carne, têxtil, indústria automobilística. Pesquisas e publicações importantes com enfoques na epidemiologia e na ergonomia estadunidenses ganharam vida nesse contexto de efervescência técnico-científica e político-social (CHAPANIS, 1975; ARMSTRONG e CHAFFIN, 1979; SILVERSTEIN e col., 1986; SILVERSTEIN e col., 1987; PUTZ-ANDERSON, 1988; BRIDGER, 1995; BROWN e HENDRICK, 1996; BHATTACHARYA e McGLOTHLIN, 1996; CHAFFIN e col., 1999). Também os estudos de cunho clínico-fisiopatológico e definições de instrumentos de avaliação e diagnóstico abundavam naquele país (MUFLY-ELSEY e FLINN-WAGNER,

1987; HERBIN, 1987).

Na década de 1980, as LER/Dort ficavam atrás somente das dermatoses, dentre as doenças ocupacionais registradas nos Estados Unidos. Oficialmente, entre 15 e 20% dos trabalhadores da construção civil, processamento de alimentos, manufatura e indústrias de mineração e trabalhadores de escritório estavam potencialmente expostos a movimentos repetitivos no trabalho (DEMBE, 1996).

TANAKA e col. (1988) fizeram um estudo de 11.032 requerimentos de benefícios compensatórios em Ohio, no período de 1980 a 1984, por LER/Dort, sendo que 6.849 (62,1%) foram confirmados como referentes a LER/Dort, e, das afecções a elas associadas, as tenossinovites por movimentos repetitivos eram as mais frequentes (58,3%) e o punho a parte mais afetada (48,4%). Esses 6.849 requerimentos correspondiam a 3.242 trabalhadores, sendo a maioria mulheres de todas as faixas etárias. No período estudado foi constatado um aumento dos casos de LER/Dort e os setores nos quais havia mais casos eram o de manufatura de equipamentos de transporte (17,7 casos/10.000 trabalhadores/ano) seguidos de mobiliário (12,8), couro (12,4), equipamentos eletroeletrônicos (11,8), produtos de borracha (11,6) e produtos alimentícios (11,3). Mais de 60% dos casos de LER/Dort haviam ocorrido entre montadores e trabalhadores manuais, operadores de máquinas. O banco de dados não permitia a identificação das empresas, o que impedia, segundo os autores, mudanças específicas que auxiliassem na prevenção de adoecimentos.

Na década de 2000, o assunto ainda suscitava controvérsias entre médicos nos Estados Unidos, como se pode constatar na coluna *Letters to the Editor* (Cartas ao Editor) de um periódico científico dos cirurgiões de ortopedia.¹⁷

Em um artigo, SZABO e KING (2000) descaracterizavam a existência de LER, com argumentos que se pautavam na vaga definição das chamadas lesões por esforços repetitivos, na incerteza das causas, na dúvida da efetividade dos projetos ergonômicos, na crítica à interferência de políticas públicas em assuntos científicos e na negação de pleitos judiciais referentes a essas afecções.

Por meio de um carta ao editor, o Dr Peter C. Amadio, da Clínica Mayo, Rochester (AMADIO, 2010), expôs aspectos de discordância ao artigo mencionado. Mencionou questões relacionadas à suficiência de evidências de associação causal entre afecções musculoesqueléticas e trabalho em teclado, sobre a desatualização dos dados estatísticos, sobre a queda dos casos de LER registrados desde 1993 e as razões dessa queda. Mencionava ainda, itens de um relatório do Comitê Diretivo da Oficina sobre Desordens Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho da Academia Nacional de Ciências (*Steering Committee of the National Academy of Sciences – NAS*) que haviam sido omitidos pelos autores do artigo, objeto da carta, quais sejam: 1. Havia uma maior incidência de relatos de dor, lesões, perda de trabalho e incapacidade entre trabalhadores que ocupavam postos com

¹⁷ A carta referida foi publicada na seção de “Cartas ao Editor” do periódico *The Journal of Bone & Joint Surgery*, volume 83-A, n.1, January 2001, de autoria de Peter C. Amadio, da Clínica Mayo, de Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

alta exposição da carga física em relação aos demais; 2. Havia uma forte plausibilidade na relação entre a incidência de distúrbios musculoesqueléticos e a exposição a fatores causais; 3. Pesquisas demonstravam que intervenções específicas conseguiam reduzir as taxas de distúrbios musculoesqueléticos entre trabalhadores com alta exposição a fatores causais, ressalvado o fato de que não havia sequer uma intervenção singular suficiente e todas as experiências bem sucedidas haviam requerido abordagens da atividade de trabalho, do ponto de vista individual e de características organizacionais.

Mais de uma década depois, COHEN e col. (2012), contestaram comentários do australiano, Dr. Awerbuch, sobre um artigo por eles escrito um ano antes (COHEN e col., 2011) no tocante à estigmatização de pacientes com dor crônica, permitindo que valores negativos contaminassem profissionais de saúde na abordagem do sofrimento desses pacientes, aumentando assim, mais ainda a discriminação de sua condição. Os autores lembraram que, um dos piores elementos de estigmatização dos pacientes com LER/Dort, na Austrália, talvez tivesse sido a alcunha dada pelo Dr. Awerbuch de “pata de canguru”, isto é, uma síndrome só existente naquele país.

Como se pode perceber, a polêmica continuava viva.

2.2. Fenômeno das LER na Austrália

BAMMER e MARTIN (1990) fizeram uma análise sociológica abrangente sobre o grande aumento de casos de LER, responsáveis por parte considerável dos pagamentos das indenizações aos trabalhadores, nos anos 1980, na Austrália. O que esses autores chamaram de fenômeno australiano das LER gerava controvérsias, e tinha, de um lado, os que desejavam o reconhecimento social de uma situação de grande gravidade, bloco constituído por pessoas adoecidas por LER, e de outro lado, os que polemizavam acerca dos sintomas, da gravidade e das causas, tentando despojar o quadro clínico do seu caráter ocupacional. Os autores consideravam que duas abordagens se complementavam na compreensão do fenômeno das LER, isto é, a da sociologia do conhecimento médico, que se constituía na construção social de reivindicações pelo conhecimento no âmbito do campo da medicina e a da vertente da construção social dos problemas sociais, na presença de uma condição médica. Era uma visão inspirada em MAUSS (1975), que defendia que as condições objetivas tinham importância, mas que por si só não bastavam para que se transformassem em problemas sociais. Diversas situações propiciariam o surgimento e descenso dos movimentos sociais em torno de determinados problemas. Essas situações teriam relação com mudanças na estrutura social permitindo que mais pessoas tenham tempo, recursos e energia para abordar questões que se transformam em problemas sociais.

Inicialmente, em um determinado tempo e lugar propícios, haveria uma realidade sentida por um grupo de pessoas, com espaço para angariar solidariedade e apoio, o que constituiria um movimento social, no interior do qual haveria diversos níveis de envolvimento, desde um público solidário e simpatizante até seus militantes, lideranças e organizações.

Para explicar o fenômeno das LER, os autores usaram o modelo típico de

compreensão dos movimentos sociais, cuja história natural inclui a “fase da incipiência”, quando as questões do problema não estão ainda muito claras, mas se sente que há questões diferentes e novas num determinado cenário; da “coalescência”, quando as peças, as pessoas, os setores e interesses vão se juntando e formando massa crítica e movimentos mais abrangentes que buscam reconhecimento, direitos e mudanças; a “institucionalização”, quando se conseguem alterações legais e normativas face aos problemas colocados; a “fragmentação”, quando por vários motivos, o movimento diminui a coesão e finalmente, o “descenso” (BAMMER e MARTIN, 1990, p.7).

No caso das LER na Austrália, os problemas inicialmente sentidos eram os relacionados ao desconforto e dor duradoura, que passaram a ser objeto de investigação de pesquisadores, de ações de seguradoras e outros segmentos sociais envolvidos. A visibilidade das LER se deveu a uma série de ingredientes, quais sejam, estudos sobre mudanças na organização do trabalho, especialmente associados ao aumento de produtividade, impossibilidade de mudanças de empregos, imigrantes, mulheres brancas da classe média, sindicatos, leis referentes a mecanismos de compensação, médicos e mídia. Os autores ponderavam que o processo de mecanização ocorria havia décadas, mas o seu impacto mais dramático ocorrera nos escritórios com a introdução dos computadores, que havia aumentado os fatores de risco para a ocorrência de afecções musculoesqueléticas, isto é, movimentos repetitivos e sobrecarga estática, explicações aceitas pela visão médica. Além disso, os computadores haviam produzido mudanças na organização do trabalho, incluídos o aumento da carga de trabalho e a redução da diversidade de tarefas, da autonomia, do controle e coesão dos trabalhadores, aspectos todos associados às LER.

Havia também a insegurança na manutenção do emprego pelo advento da informatização. Os acometidos eram principalmente trabalhadores imigrantes, cuja maioria ocupava postos de trabalhos manuais e as mulheres dos níveis mais baixos dos escritórios. Além disso, normalmente, os problemas de saúde das mulheres recebiam menos atenção do que os dos homens. Se por um lado havia esses elementos desfavoráveis à visibilidade social dessa expressão do adoecimento, por outro lado, as mulheres possuíam uma rede de contatos e uma forte organização de base, graças ao movimento feminista, de maneira que se conseguiu angariar simpatia, solidariedade e impacto social. (BAMMER e MARTIN, 1990).

Por outro lado, CLELAND (1987), da Unidade de Reumatologia do Hospital Real de Adelaide, fazia críticas ao termo LER, popularizado na Austrália, sob vários pontos de vista, considerando a síndrome e a epidemia em seu país como resultado de iatrogenia social, que ele definiu como sendo doenças que eram causadas e alimentadas por vários estímulos sociais. Criticava o termo LER, por ferir os princípios básicos da taxonomia, segundo ele, ao se assumir no nome, supostos achados e causalidade, sem que tivessem sido estabelecidos. Sugeriu substituir LER por síndrome de dor regional. A crítica continuava sob o argumento de que o termo lesão implicava existência de dano tecidual, o que não estava comprovado nas LER e pela imprecisão do termo repetitivo, sem referência à frequência, taxa, duração, magnitude ou outras características que tornassem os movimentos nocivos. Nos casos em que não havia uma correspondência da dor referida a um diagnóstico específico, levantava a

possibilidade de um distúrbio da função sensorial, isto é, os pacientes tinham sintomas desproporcionais a qualquer estímulo que pudesse gerar algum nível de desconforto.

Assim, sua hipótese de como se processava a iatrogenia social é que profissionais de saúde amplificavam desconfortos triviais do trabalho ao dar o diagnóstico de LER, sem que houvesse uma correspondência de lesão específica tecidual. Discutia as consequências das interpretações dadas às queixas de dor dos pacientes. Segundo a autora, se a interpretação era a de que os trabalhadores tinham um distúrbio sensorial, o manejo do desconforto seguia diretrizes de limitar algumas funções e desfocar a atenção para outras esferas, isto é, de bem estar geral e posturas, enquanto o diagnóstico de LER implicava imobilizações, uso de *splints*, proibição do uso e tratamentos específicos, o que estimulava a produção de incapacitados com expectativas de compensações financeiras. Em ambas as possibilidades, na opinião da autora, o manejo era individual, isto é, focado no indivíduo e em nenhum momento se ampliava para as condições de trabalho.

BAMMER (1987) quando fez uma análise das mudanças tecnológicas com a introdução maciça dos terminais de computadores e do aumento de casos de LER, fez contrapontos às negações do caráter ocupacional das dores dos trabalhadores. Sobre as hipóteses das dores serem expressões de neuroses, desejos inconscientes de obtenção de ganhos secundários, chamadas neurose da compensação, quando envolviam ganhos financeiros, a autora disse não encontrar substratos concretos para sustentar tais hipóteses, uma vez que os trabalhadores recebiam compensações financeiras muito aquém do que aquelas que teriam caso continuassem a trabalhar.

BAMMER e BLIGNAULT (1988) fizeram uma revisão sobre as consequências das LER, que chamaram de síndromes ocupacionais do uso excessivo (*occupational overuse syndromes*), como recomendado pela Comissão Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional daquele país. Chamavam a atenção para consequências de grandes dimensões, como mostravam os dados do censo de dezembro de 1984 a março de 1987, segundo os quais, dos casos ativos, 1% haviam sido aposentados por invalidez em cada trimestre. De 26 a 33% estavam ausentes do trabalho, 6 a 15% trabalhavam em jornadas mais curtas e entre 55 a 62% trabalhavam durante jornadas habituais, porém em outras funções. Apenas 15 a 25 % ainda permaneciam nas funções habituais. Destacavam as consequências psicológicas e sociais, com adventos de depressões, ansiedades, sensação de culpa, de inferioridade, desesperança e raiva, com separações conjugais, reforçadas com o descrédito de médicos, procedimentos de investigação por desconfiança das seguradoras.

Em um artigo de análise sobre a gênese das LER, BAMMER e MARTIN (1988) explicaram com maiores detalhes as várias correntes em seu país. Uma delas se apoiava em vários estudos que mostravam os diversos aspectos das atividades de trabalho, em particular a repetitividade com cargas variadas, movimentos forçados e sobrecarga estática, que resultavam em mecanismos fisiopatológicos não totalmente elucidados, mas que provocavam sintomas variados como fadiga, dor, perda de força de prensa, perda de força, falta de coordenação e de agilidade. Vários autores consideravam determinações advindas da situação econômica de recessão, altos níveis de desemprego, aspectos sociais e legais, outros

relacionados à diminuição dos postos de trabalho pela automação, inadequada rotatividade de empregos. Esses aspectos permeavam as atividades de trabalho que resultavam no adoecimento em massa. A outra vertente se referia à hipótese da existência de mal intencionados, que não tinham doença alguma, mas fingiam ter sintomas, de maneira a conseguir indenizações e trabalhos mais leves.

BAMMER (1990) se contrapôs a uma revista científica da Austrália, que declarava o fim da epidemia de LER naquele país, que havia outras prioridades e que não mais havia estatísticas sobre sua incidência. Em seu contraponto, a autora discutia várias questões relacionadas ao período de descenso do fenômeno australiano das LER, entre outras, a sua retirada da agenda governamental, a falta de financiamento para pesquisas sobre o tema, o silêncio epidemiológico e o silêncio da mídia no tocante a essas afecções. A então recém e logo poderosa entrada, de psiquiatras em contendas, no papel de especialistas, que, para desqualificarem a demanda, avaliavam os reclamantes do ponto de visto psicológico, sem que houvesse uma avaliação física, o que demandava um esforço de bons advogados e deixavam cicatrizes entre os que sofriam dos problemas.

A autora falava da falta de consistência dos escritos sobre a tese de que as LER não teriam passado de histeria em massa, e que os médicos que não acreditavam na existência de fato de afecções físicas das LER não conseguiam tampouco lidar adequadamente com os sintomas de ansiedade e depressão que muitos dos pacientes apresentavam. Reforçava que alguns poucos médicos e fisioterapeutas, sem financiamento, nas horas vagas, continuavam as pesquisas para elucidar aspectos das alterações patológicas, de critérios diagnósticos mais precisos e principalmente de tratamentos efetivos.

Sobre os supostos ganhos financeiros dos trabalhadores, a autora afirmava que a maioria teria ganhado mais se tivesse conseguido continuar trabalhando e que eram muito poucos os que conseguiam indenizações maiores, estas, decorrentes de processos por negligência dos empregadores. Do ponto de vista profissional, os trabalhadores acometidos eram empurrados a aceitar trabalhos mais precários. A autora destacava as mudanças ocorridas na legislação previdenciária, de restrição de acesso e de tributações que desencorajavam os advogados a entrarem com processos. E adicionalmente, mencionava procedimentos por parte do governo e das seguradoras privadas, que passavam por cima de dispositivos normativos e cortavam benefícios, sem respeitar rituais previstos. Ponderava que aos adoecidos só restava o longo caminho dos processos judiciais, porém, proibitivos para a maioria pelos altos custos. Finalizava esse artigo, destacando três questões: uma delas, que as LER eram frequentemente nominadas de doenças das mulheres, e que ainda causava surpresa o fato de alguns saberem que homens que trabalhavam em soldas, montagem de carros e frigoríficos faziam parte das populações de risco. De qualquer forma, era inegável que as mulheres consistiam na maioria dos expostos a atividades que propiciavam a ocorrência de LER e a sua dupla jornada era ignorada. A segunda questão relegada era o recorte étnico e de classe. Enquanto as LER não haviam atingido a classe média era invisível e isso havia ocorrido também nos Estados Unidos e Inglaterra. Bammer destacava que a situação dos imigrantes na condição de adoecidos era ainda pior e menos ainda era feito para que novas

ocorrências fossem prevenidas.

Com ressalva da predominância da vertente psicologizante ocorrida na Austrália, que transferiu problemas musculoesqueléticos e neurológicos relacionados às LER para a esfera da psiquiatria, que não se reproduziu da mesma forma no Brasil, pode-se fazer muitos paralelos entre as histórias recentes das dores decorrentes do trabalho desses dois países.

2.3. Fenômeno Brasileiro das LER. Dos Primeiros Casos de Tendinites dos Anos 1970 à Epidemia de LER/Dort nos Anos 1990

As primeiras descrições de tenossinovites ocupacionais em lavadeiras, limpadoras, engomadoras, foram feitas por Campana no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, ocorrido em 1973.

A partir do início da década de 1980, após a primeira denúncia de existência de tenossinovite feita por uma CIPA em 1982, uma mobilização conduzida pela Associação dos Profissionais em Empresas de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul (APPD-RS) e ampliada pela Associação Nacional dos Profissionais de Processamento de Dados, passou a contar com a colaboração de profissionais de diversos órgãos públicos familiarizados com as doenças ocupacionais.

Documento elaborado pela Comissão de Saúde da APPD-RS, assinado pelo vice-presidente da CIPA do CESEC do Banco do Brasil, que era também estagiário de Psicologia Institucional na Universidade do Rio Grande do Sul, pelo vice-presidente e presidente da APPD-RS foi apresentado no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados ocorrido em Belo Horizonte, em 1984 (CARDOSO e col., 1984). O documento era composto por uma breve revisão de literatura internacional, depoimentos de trabalhadores de digitação acometidos de tenossinovite, conclusões e recomendações. Entre as conclusões, os autores diziam que a maioria das empresas ou alegavam desconhecimento ou tentavam minimizar o impacto das doenças, sonhando informações, não reconhecendo o seu caráter ocupacional e responsabilizando as empresas pela transferência do ônus financeiro à Previdência Social. Dentre as recomendações, sugeriam ao então Ministério da Previdência e Assistência Social um aprofundamento de estudos sobre as doenças profissionais, pois consideravam a listagem no Brasil insignificante, muito menor do que nos países considerados desenvolvidos.

O movimento de trabalhadores se avolumou de tal forma que levou a direção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) a emitir uma recomendação às suas superintendências regionais por meio da circular origem nº 501-01.55 nº10 (INAMPS, 1986), como mencionado no memorial desta tese.

ROCHA (1989) conta que, paralelamente, no mesmo ano de 1986, Antonio Cláudio Mendes Ribeiro, assessor de sindicatos, cunhou a expressão Lesões por Esforços Repetitivos, traduzido do inglês *Repetitive Strain Injuries (RSI)*, no I Encontro Estadual de Saúde dos Profissionais de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, ocorrido em abril daquele ano. Inúmeras reuniões e encontros estaduais e regionais sucederam o ocorrido naquele estado

do sul do país, notadamente congregando trabalhadores da área de processamento de dados.

Como exemplos de manifestações de efervescência capitaneadas pelos trabalhadores da área de processamento de dados, podem ser citados vários eventos, entre os quais, o I Seminário Mineiro de Saúde na Área de Informática, em Belo Horizonte, em outubro de 1986, a I semana Estadual de Saúde em Processamento de Dados, em São Paulo, em fevereiro de 1987, o I Encontro Regional de Saúde, em Bauru, em junho de 1987, o V Congresso Estadual dos Profissionais de Processamento de Dados de São Paulo, em julho de 1987, o I Encontro Estadual de Saúde em Processamento de Dados no Rio de Janeiro, em agosto de 1987, todos tendo como pauta os vários aspectos dos adoecimentos do sistema musculoesquelético de caráter epidêmico na categoria.

ROCHA (1989) detalha o interesse crescente e empenho dos sindicatos na luta por melhores condições de saúde e trabalho na década de 1980, classificando as frentes de atuação em três; a primeira, nas negociações coletivas, tentando incluir itens nos acordos ou convenções; a segunda, por meio de pressão sobre as instituições públicas para reestruturar o sistema de atenção à saúde do trabalhador e a terceira, por meio da difusão de informações entre os trabalhadores. Inúmeras publicações elaboradas pelos sindicatos e seus órgãos assessores atestam essa atuação.

A circular citada, origem nº 501-001.55 nº10 (INAMPS, 1986), equiparava a tenossinovite a um acidente do trabalho, quando resultante de “movimentos articulares intensos e reiterados”. Avançada para a época ao associar a tenossinovite e outros quadros musculoesqueléticos a características da organização do trabalho como os adicionais de pagamento por produtividade e à indução de não realização de pausas, não teve, no entanto, um efeito prático nas estatísticas da Previdência Social, de aumento das doenças ocupacionais. Mencionava como exemplos, algumas categorias profissionais frequentemente expostas a condições que favoreciam o aparecimento das afecções musculoesqueléticas, entre as quais, “digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras.”

[...] A vistoria dos locais de trabalho focalizará, entre outros, os seguintes fatores, responsáveis isoladamente ou em conjunto pela ocorrência da tenossinovite traumática (ocupacional):

- Intensidade e frequência dos movimentos articulares necessários à realização do trabalho;
- Inadequação dos instrumentos de trabalho, obrigando o empregado a posturas e movimentos anormais dos segmentos corporais comprometidos na execução das tarefas;
- Remuneração vinculada à produção, induzindo o trabalhador a prorrogar a duração normal da jornada de trabalho ou não se utilizar dos intervalos para repouso previsto em lei.

No ano seguinte, em 1987, foi publicada a Portaria MPAS/GM nº 4.062, pelo Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1987), na qual explicitamente se mencionava o requerimento do Sindicato dos Empregados em Empresas de

Processamento de Dados do Estado do Rio de Janeiro, destacando-se assim, o papel importante que o movimento sindical desempenhou no processo de reconhecimento do caráter ocupacional das afecções musculoesqueléticas que já acometiam várias categorias de trabalhadores, nem todas com a mesma capacidade de organização. Essa portaria, no entanto, em comparação com a circular de 1986, era mais restrita. Enquanto a circular de 1986 abria possibilidades de reconhecimento de quaisquer afecções que decorressem de sobrecarga das partes moles do sistema musculoesquelético no trabalho, a Portaria de 1987 restringia esse reconhecimento às tenossinovites.

A estrutura verticalizada do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a falta de cultura de reconhecimento do caráter ocupacional das doenças imprimiam uma forma peculiar de funcionamento de suas agências, com repercussões diretas sobre os serviços que prestavam assistência aos trabalhadores.

Em uma das ocasiões, no final da década de 1980, em que foram feitas discussões clínicas entre médicos do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo (PST-ZN) e peritos do INPS, na superintendência do órgão, os peritos se recusavam a reconhecer o caráter ocupacional de afecções musculoesqueléticas de alguns pacientes atendidos pelo PST-ZN porque, apesar de na prática serem digitadores, na carteira profissional o registro era de escriturários. Isso evidenciava os critérios burocráticos de enquadramento, mesmo quando o sistema pericial não era informatizado e os registros eram feitos manualmente pelo perito, que podia anotar o que julgasse pertinente e na extensão que julgasse adequada. O outro motivo alegado do não reconhecimento do caráter ocupacional era que as pacientes apresentavam síndrome do túnel do carpo e não tenossinovite.

Um aspecto positivo da portaria então vigente era a exigência de detalhamento de informações sobre as condições de trabalho, incluindo carga horária, tempo de atividade, número de movimentos articulares por unidade de tempo, que deveriam constar no processo investigativo da perícia. Porém, ressaltava a Portaria, as informações obrigatoriamente deveriam ser fornecidas pela empresa a qual pertencesse o segurado. Estava presente a forte cultura institucional do órgão segurador de se relacionar com as empresas, como se estas fossem insuspeitas e não tivessem interesses próprios. Ao contrário, na questão em pauta, de adoecimento relacionado ao trabalho, a empresa era a parte que não tinha qualquer interesse no reconhecimento oficial das doenças. Portanto, informações vindas dela deveriam ser consideradas com as devidas restrições. Havia uma vaga referência epidemiológica, quando a portaria considerava populações de risco aquelas que executavam “movimentos repetidos do punho,” como digitadores, datilógrafos e pianistas.

Importante conquista se deu na ampliação da concepção e do escopo de uma das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho. Resultante da articulação do movimento sindical e de profissionais sobretudo daquele Ministério, entre encontros de trabalhadores da área de processamento de dados,¹⁸ em meio à disputa de diferentes concepções, foi

¹⁸ Criação da Comissão Nacional de Saúde em Processamento de Dados das APPDs em outubro de 1986 e os encontros gaúcho (1986), paranaense, paulista, mineiro de saúde na área de processamento de dados (1987). Fonte: apresentação de Antonio Jane Cardoso por ocasião dos 20 anos da NR 17, em seminário realizado na Fundacentro, em 23/11/2010. Disponível em

reformulada a norma regulamentadora 17 (NR 17).¹⁹

Uma publicação do Ministério do Trabalho e Emprego, de 1986 (MTE, 2002) e ROCHA (1989) detalharam esse processo. Relataram, que em 1986, o Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados de São Paulo, alarmado com um grande número de trabalhadores com dores nos braços e coluna, solicitou à então Delegacia Regional do Trabalho do mesmo estado, providências para que casos novos fossem prevenidos. Constituído um grupo de médicos e engenheiros, foram desencadeadas ações de fiscalização, com acompanhamento sindical. Em todas as empresas fiscalizadas, foi constatada a existência de ingredientes que favoreciam o aparecimento de dores musculoesqueléticas, ou seja, pagamento de prêmios por produção, ausência de pausas, prática de horas-extras e duplas jornadas. Nos anos seguintes, foram realizadas reuniões de técnicos da fiscalização da Delegacia Regional do Trabalho de São Paulo (DRT-SP), da Fundacentro e da Associação de Profissionais de Processamento de Dados, sob os auspícios do Ministério do Trabalho, que posteriormente estimulou a realização de seminários e encontros para discutir as dores epidêmicas no mundo do trabalho.

No segundo semestre de 1989, técnicos da DRT-SP, solicitados pela instância de nível central do Ministério do Trabalho, elaboraram uma proposta de alteração da NR 17, com a orientação vinda de Brasília, de que ela não deveria se ater à categoria de trabalhadores em processamento de dados, uma vez que muitos outros setores já apresentavam problemas de saúde semelhantes e assim, normas por categorias profissionais não seriam adequadas. Com a preocupação em incluir o controle do ritmo de trabalho, foi redigida, assim, a alteração da NR 17, que chegou a ser assinada pela Ministra Dorothea Werneck, no final do governo Sarney, em março de 1990, juntamente com alterações em outra norma, a NR 5. No entanto, por interferência do setor patronal, a portaria não foi publicada no Diário Oficial da União na data aguardada, e somente após discussões e disputas entre setores com interesses diversos, a publicação foi concretizada em novembro de 1990 (BRASIL, 1990). Até hoje em vigor, a NR 17 estabelece:

[...] parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho suficiente.

Um dos pontos de destaque dessa norma regulamentadora é no tocante à organização do trabalho, compreendida como as normas de produção, o modo operatório, a exigência de tempo, a determinação do conteúdo do tempo, o ritmo de trabalho e o conteúdo das tarefas.

Ressalte-se a tentativa, pela norma, de se controlar a intensificação do trabalho, restringindo as avaliações de desempenho que interferissem em remunerações, incluindo pausas para descanso, e instituindo retorno gradativo nos casos de afastamentos do trabalho, por período igual ou superior a 15 dias. Item relevante se refere especificamente aos

<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Antonio%20Jane%20Cardoso.pdf> > acesso em 08/12/2017.

¹⁹ Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Portaria 3.751, de 23 de novembro de 1990. DOU de 26/11/1990.

trabalhadores de “processamento eletrônico de dados”, quando se proibiram sistemas de avaliações baseadas no número individual de toques, para efeito de remuneração de qualquer espécie, dando um pouco mais de concretude ao determinado na primeira circular de 1986, da Previdência Social, quando se alertava para a remuneração vinculada à produção. A nova NR 17 estipulava o máximo de 8.000 toques reais por hora trabalhada, com instituição de pausas de 10 minutos a cada 50 trabalhados, não deduzidos na jornada normal de trabalho, com limite do tempo efetivo de trabalho de entrada de dados em 5 horas e, nos casos de afastamentos do trabalho por períodos iguais ou superiores a 15 dias, determinava a exigência gradativa do número de toques. Foi a primeira vez que questões da organização do trabalho foram claramente introduzidas nas normas do Ministério do Trabalho.

Dezessete anos depois, em 2007, uma portaria instituiu um anexo da NR 17 (BRASIL, 2007b), referente à atividade de teletendimento/ *telemarketing*, que novamente envolveu uma construção social com disputas de concepção e elaboração de diversos setores sociais, como contam alguns participantes ativos desse processo (PEREZ e col., 2006). A portaria, no item 8.4, tentou definir alguns itens básicos que uma análise ergonômica deveria conter, provavelmente para tentar conter o grande mercado de trabalho que se criou a partir de 1990, de produção de documentos autointitulados “análise ergonômica,” sem que tivessem qualidades necessárias, que auxiliassem a análise das condições e organização do trabalho, com a finalidade para prevenir acidentes e doenças.

Legalmente ausente do mundo do trabalho até 1988, o setor Saúde, com a criação do SUS pela Constituição Federal, passou a ter atribuições abrangentes no campo da saúde do trabalhador.²⁰

Uma das primeiras experiências do SUS em uma empresa de grande porte ocorreu no setor eletroeletrônico, na qual milhares de trabalhadores, na sua maioria mulheres, padeciam de dor persistente, crônica, incapacitante. Dificuldades referentes à intervenção na empresa para mudanças das condições de trabalho, aos aspectos clínicos, de diagnóstico, tratamento e reabilitação profissional adequados, nas esferas física e psicológica, foram discutidas em texto publicado no livro sobre o PST-ZN, destacando-se também as dificuldades de reconhecimento do caráter ocupacional junto à Previdência Social, apesar da Portaria MPAS/GM nº 4.062/87 vigente à época (SETTIMI e col., 1989).

SETTIMI e SILVESTRE (1995) atualizaram o andamento desse caso, enfatizando aspectos relacionados à organização dos trabalhadores da empresa em uma comissão autônoma, que se empenhava em buscar ajuda externa e visibilidade na cidade. De trabalhadores de “chão-de-fábrica”, passaram a ser ativistas da saúde procurando vereadores e deputados, senadores, movimentos de saúde dos bairros, meios de comunicação para reforçar suas reivindicações de participação em mudanças de condições de trabalho, de afastamento precoce de trabalhadores adoecidos, de tratamento adequado custeado pela empresa, de reabilitação profissional efetiva e de estabilidade aos que tivessem sequelas. Passaram a participar de eventos sobre a saúde do trabalhador e a ter um panorama de que o caso deles não era o único no estado de São Paulo e tampouco do país, e que havia um movimento

²⁰ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

nacional integrado por vários movimentos locais e regionais.

Somente em 1991, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou na sua série Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade a adoção do já então consagrado termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER), com destaque para aspectos epidemiológicos baseados na experiência da sua área assistencial em Minas Gerais, o Núcleo de Saúde do Trabalhador do INSS de Minas Gerais – NUSAT-MG. Essa publicação descrevia casos de LER em digitadores, telefonistas, operadores de telex, pedreiros, secretários, escriturários, operadores de caixa, faxineiros, eletricitas, montadores de chicotes de automóveis, entre muitos outros. A Previdência Social, por meio do NUSAT – MG, e em contato com trabalhadores adoecidos se apropriava de conceitos mais amplos e da compreensão da complexidade dessas formas de adoecimento. Teve papel fundamental na elaboração dessa norma técnica de 1991, Chrysóstomo Rocha de Oliveira, perito do INSS, coordenador de perícias médicas para o estado de Minas Gerais, organizador e coordenador do NUSAT-MG e idealizador de uma publicação escrita a muitas mãos e publicado postumamente (OLIVEIRA e col., 1997) e que aborda os múltiplos prismas implicados na produção e nas consequências das LER.

Um grande seminário realizado na Câmara Municipal de São Paulo, em março de 1992, organizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio da Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho, do Centro de Vigilância Epidemiológica e do PST-ZN, em parceria com o Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, constituiu-se em um marco, propiciando o encontro e comunhão de saberes de diversas áreas, entre as quais a saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), o INSS, o Ministério do Trabalho, os especialistas em ortopedia, em cirurgia de mão, em imagem como complemento diagnóstico, em dor crônica, o movimento sindical e as organizações de portadores de LER. Esse evento estimulou a publicação de uma resolução no âmbito do SUS,²¹ elaborada por uma comissão de várias entidades e instituições, entre as quais, os serviços de saúde do trabalhador do estado de São Paulo, INSS, Ministério Público Estadual, Fundacentro, Central Única dos Trabalhadores, Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região e Sindicato dos Trabalhadores do Processamento de Dados de São Paulo (MONTEIRO, 1995).

No mesmo ano, as Secretarias de Estado do Trabalho e Ação Social e da Saúde de Minas Gerais publicaram uma resolução nos mesmos moldes daquela do estado de São Paulo.²² Fruto dessa mobilização social, de 1991 para 1992, os dados da Previdência Social sobre doenças ocupacionais mostraram um aumento de 32% e de quase 86% de 1992 para 1993, mantendo uma curva ascendente até 1997. Comparando as diferentes tabelas dos anuários estatísticos de acidentes do trabalho e admitido pela Previdência Social, mais de 50% dessas doenças ocupacionais correspondiam às LER. Ações combinadas entre os órgãos de saúde do trabalhador do SUS, do Trabalho e da Previdência Social, embora com constantes embates e

²¹ A Resolução SS 197, de 08/06/1992, foi publicada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Foi a primeira resolução do SUS sobre LER.

²² Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 254 de 1992.

divergências, muito contribuíram para que as estatísticas passassem a expressar com maior fidedignidade o que acontecia de fato com os trabalhadores nos mais diversos ramos econômicos.

Nesses conflitos, destacam-se os serviços, núcleos e centros de referência em saúde do trabalhador, embriões dos atuais centros de referência estaduais e regionais participantes da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST),²³ respaldados em publicações, normas²⁴ e apoio institucional da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, representada naquele período por Jacinta de Fátima Senna da Silva. Davam consistência numérica e de qualidade, fazendo diagnósticos que aumentavam a visibilidade daquele fenômeno em curso.

Na década de 1990, em sua maioria, os serviços de saúde do trabalhador públicos eram constituídos por profissionais militantes, que tinham como objetivo central implementar o que a Constituição Federal havia determinado como atribuições do SUS. Dando-se conta de que a rede de saúde não absorvia a demanda de trabalhadores com quadros múltiplos de dor e afecções musculoesqueléticas, muitos se capacitaram para prestar assistência a esses pacientes, e se tornaram interlocutores junto a diversos especialistas, especialmente médicos, do setor público e privado, levando-lhes elementos do mundo do trabalho para que passassem a fazer os diagnósticos ocupacionais; ajudaram a desmistificar o papel mágico dos exames complementares, que na prática tendiam a ser mais valorizados do que a história clínica e ocupacional; ajudaram a desconstruir a conduta cirúrgica de praxe, que com certa frequência, desencadeava quadros de difícil reversibilidade e incapacidades prolongadas.

A insuficiência da abordagem médica na área assistencial foi desnudada e os programas terapêuticos multidisciplinares afloraram como alternativas, em pequena escala, beneficiando uma pequena parte da população adoecida, que recorria a alguns serviços de saúde do trabalhador do SUS ou a clínicas cujo acesso era proporcionado por convênios mantidos pelas empresas de categorias de trabalhadores mais organizados. Terapias complementares como acupuntura, diferentes técnicas de manipulação e estimulação corporal passaram a ser praticadas em pacientes com LER/Dort tanto no setor público como no privado, assim como a psicoterapia individual e em grupo, sob diferentes orientações. Até então circunscrito aos limites das empresas, o adoecimento ocupacional neste caso, fez a sua maior incursão ao mundo das especialidades de assistência à saúde, em particular da medicina, da fisioterapia, da terapia ocupacional, da psicologia e das práticas integrativas e complementares²⁵, sendo que muitas dessas práticas não tinham à época rubrica de procedimentos no Sistema Único de Saúde, como têm atualmente.

²³ Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/ GM, de 19/09/2002, que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS.

²⁴ Além do primeiro protocolo de LER do Ministério da Saúde de 2000, foram publicados 4 fascículos sobre o tema pela Série A. Normas e Manuais Técnicos – números 103, 104, 105 e 106, em 2001.

²⁵ A Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Posteriormente, em 2015, publicou as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso. E em 2017, a Portaria nº 145 de 12 de janeiro de 2017, ampliou as rubricas das práticas integrativas, entre elas, a dança circular e a biodança, as oficinas de massagem e automassagem, a yoga, práticas corporais em Medicina Tradicional Chinesa, arteterapia, Reiki, tratamento osteopático, etc.

Os serviços de saúde do trabalhador tinham como objetivo principal proporcionar autonomia, recuperar a capacidade de trabalho e resgatar a identidade profissional, como parte da cidadania (SATO e col., 1993; ARAÚJO e NUNES, 1997; GARBIN e col., 1998; SETTIMI e col., 1998; NEVES, 2006).

Em 1993, a Previdência Social atualizou sua norma técnica de incapacidade de pacientes com LER de 1991, com base nas resoluções sobre LER da Secretaria da Saúde dos estados de São Paulo e Minas Gerais, que haviam sido amplamente debatidas com vários setores da sociedade, incluindo trabalhadores, associações de portadores e seus sindicatos, Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, empregadores, órgãos de classe, órgãos do SUS, etc. (MONTEIRO, 1995).

Dois aspectos merecem destaque nessa norma de 1993. Um deles é a explícita adoção do critério epidemiológico no estabelecimento do nexo de causalidade do quadro clínico às condições de trabalho, isto é, trabalhadores cujas atividades de trabalho fossem conhecidas como geradoras de LER deveriam ser considerados também adoecidos pelo mesmo processo, dispensando-se a vistoria do local de trabalho, o que precedeu o nexo técnico epidemiológico, critério adicionado legalmente para o estabelecimento do nexo causal pelo mesmo Ministério treze anos depois, em 2006 (BRASIL, 2006), como detalhado no capítulo 4 desta tese.

Assim, com relação ao estabelecimento do nexo de causalidade com o trabalho eram reconhecidas três situações possíveis:

- a) Atividades laborativas reconhecidamente geradoras de LER, como é o caso da digitação no processamento de dados, datilografia e outras, cujas características operacionais não diferem significativamente de uma empresa para outra, dispensando-se a investigação do posto de trabalho, conforme Portaria nº 4.062/87 do MPAS;
- b) Atividades ocupacionais onde o registro de casos anteriores e estudo dos postos de trabalho permitem afirmar o nexo com o trabalho nos casos novos, podendo dispensar-se a nova vistoria do posto de trabalho, à vista de vistorias anteriores; e
- c) Caso isolado em atividade presumivelmente geradora de LER, porém desconhecida dos órgãos de vigilância em saúde ou da perícia acidentária, sendo indispensável, nesta situação, o procedimento da vistoria do posto de trabalho para afirmação ou exclusão do nexo. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). LER – Lesões por Esforços Repetitivos: Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade, 1993. (MONTEIRO, 1995, p. 299-318).

O outro aspecto importante da norma de 1993, foi alertar para que mesmo casos em que houvesse distúrbios metabólicos ou outras condições não relacionadas ao trabalho, não poderiam ter nexo descartado se houvesse história de excessiva solicitação laboral de grupos

musculares.

A caracterização pericial do nexó não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a lesão e o exercício do trabalho.

Sendo evidente a excessiva solicitação funcional laboral do grupo muscular comprometido e clara a ação do trabalho como fator desencadeante da lesão, a constatação de afecção subjacente (reumática, traumática, endócrino- metabólica ou artrósica não-reumática) ou de condição anômala preexistente não poderá, por si só, descaracterizar o nexó com o trabalho. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). LER – Lesões por Esforços Repetitivos: Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade, 1993. (MONTEIRO, 1995, p. 299-318).

Em meio a uma grande disseminação de informações e mobilizações, setores incomodados com a visibilidade social que essas doenças ocupacionais ganhavam em todo o país, passaram a trabalhar ativamente para reverter as repercussões sociais e judiciais.

Em 1996, teve início uma mudança da norma técnica de incapacidade da Previdência Social e a nova versão, já citada, foi publicada por meio de uma ordem de serviço em 1998 (BRASIL, 1998),²⁶ introduzindo uma outra denominação, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), e vários conceitos e procedimentos, restringindo direitos dos trabalhadores incapacitados. A determinação da ordem de serviço era de que LER e Dort passavam a ser sinônimos e a referência oficial passou a ser LER/Dort, gerando descontentamento de parte do movimento social, e particularmente sindical, que interpretou essa mudança como uma tentativa de descaracterizar a luta dos trabalhadores por seus direitos.

Nessa época, havia uma discussão nacional conduzida pelo governo federal sobre a privatização do Seguro de Acidente do Trabalho e projetos de lei nesse sentido tramitavam no Congresso Nacional. Ao mesmo tempo em que era publicada, em um contexto de conservadorismo político-social (BANDEIRA, 2002; FONSECA e FAGNANI, 2013), essa ordem de serviço expunha posições contraditórias, pois ao mesmo tempo em que procurava restringir a cobertura previdenciária, expressava uma compreensão contextualizada e abrangente da ocorrência de um adoecimento em níveis epidêmicos (BRASIL, 1998), como se pode constatar a seguir:

Há que se lembrar de que, ao contrário de previsões feitas na década de 80, a incidência de LER vem aumentando nos países industrializados, nos quais as características da organização do trabalho de forma geral privilegiam o paradigma da alta produtividade e qualidade do produto em detrimento da preservação do trabalhador, devido à inflexibilidade e alta intensidade de ritmo, grande quantidade e alta velocidade de movimentos repetitivos, falta de autocontrole sobre o modo e ritmo de trabalho, mobiliário e equipamentos ergonomicamente inadequados. (BRASIL, 1998).

Esse trecho da norma de 1998 afirmava textualmente que, o adoecimento do qual

²⁶ Ministério da Previdência Social. Ordem de serviço 606, de 05/08/1998, que aprova norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT.

tratava, era decorrente da priorização que se dava à “alta produtividade e qualidade do produto em detrimento da preservação do trabalhador”, admitindo que esse era o caso do Brasil, onde havia:

[...] uma epidemia de queixas de LER. Estatísticas dos serviços públicos e privados, e em especial os de saúde do trabalhador, mostram que em todo o País as LER ocupam posição de destaque entre a demanda. (BRASIL, 1998)

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou o seu primeiro protocolo sobre LER/Dort, elaborado por uma comissão de profissionais de diversos estados, que não teve uma grande repercussão nos serviços de saúde, talvez devido à modesta quantidade de sua versão impressa.

Nesse mesmo ano, em outubro, a já citada pesquisadora australiana Gabriele Bammer, convidada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP), fez um ciclo de palestras, intitulado “LER/Dort: quando os especialistas divergem,” em cinco capitais, aglutinando em cada uma delas até trezentas e cinquenta a quatrocentas pessoas: São Paulo, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Em São Paulo, a palestra ocorreu no auditório do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região (MAENO e CARMO, 2005).

As semelhanças dos fenômenos sociais das LER na Austrália e no Brasil são múltiplas, como se pode constatar.

3. LEGADOS NORMATIVOS E DEMARCATÓRIOS DO FENÔMENO BRASILEIRO DAS LER/DORT

No Brasil, o movimento social que durante aproximadamente dez anos manteve as LER/Dort como um problema social, se enquadra naquilo que SMELSER apud MAUSS (1975) classificou de “movimento orientado para a norma”, buscando mudanças nas leis e normas de reconhecimento e alguns direitos para os adoecidos. Mantinha-se, no entanto, praticamente intacta uma cultura e uma organização social, sobretudo no mundo do trabalho e seus valores. Embora houvesse questionamentos sobre aspectos da organização e gestão do trabalho, que propiciavam a ocorrência massiva de quadros de dor incapacitante, o que mobilizava as pessoas em geral e os acometidos, não era a mudança da essência do sistema capitalista e sim, a busca de dispositivos legais e demarcatórios que garantissem amparo aos trabalhadores adoecidos.

Como parte desse arcabouço demarcatório, pode-se citar o Dia Internacional de Combate e Prevenção às LER/Dort, que passou a ser lembrado no último dia de fevereiro, desde 2000, por força do movimento social pelo reconhecimento do problema e pela proteção aos acometidos, embora o nome se referisse essencialmente à prevenção. Não há lei nacional que institua essa data, apenas algumas leis municipais²⁷ que foram aprovadas anos depois do início dessas manifestações, que pipocavam nos mais diferentes locais do país, contando com

²⁷ São Paulo. Lei 13.483/2003. Institui o Dia Municipal de Prevenção às LER; Cuiabá. Lei 5.840/2014. Salvador. Lei Municipal nº. 6.890/2005, que institui o dia 08 de maio como o Dia Municipal de Prevenção e Combate às LER/DORT

os segmentos sociais e pessoas que acreditavam que o adoecimento era resultado das condições inadequadas de trabalho. Compatível com o descenso dos movimentos sociais em torno das LER/Dort, atualmente, esse dia é lembrado de forma muito mais tênue e por vezes, protocolar.

Atualmente, em vigor, há um protocolo do Ministério da Saúde²⁸ e uma instrução normativa do INSS²⁹, que regulamentam o reconhecimento das LER/Dort, fornecem informações técnico-científicas e orientam os profissionais de saúde sobre procedimentos a serem adotados.

Adicionalmente, há um manual do Ministério da Saúde, que descreve as doenças ocupacionais e dá diretrizes de procedimentos aos serviços de saúde (BRASIL, 2001b). São legados do fenômeno social das LER no Brasil. Expressam conceitos sobre adoecimento relacionado ao trabalho e incapacidade, que ultrapassam uma visão médica tradicional (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2012) e estão em sintonia com parte da literatura científica que valoriza os determinantes sociais no processo de desgaste físico e psíquico dos trabalhadores, assim como suas repercussões sobre a capacidade de se manter em atividades de trabalho.

Sem desprezar os determinantes biomecânicos que sobrecarregam as estruturas musculoesqueléticas e a falta de tempo para a sua recuperação, a norma legal do INSS (BRASIL, 2003a) responsabiliza as “transformações do trabalho e das empresas” para explicar a alta prevalência dos adoecimentos.

Das empresas e da organização do trabalho, diz a citada norma legal, ora vigente:

Estas têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades, particularmente a qualidade dos produtos e serviços e competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais.

Há uma exigência de adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, com intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos, impossibilitando qualquer manifestação de criatividade e flexibilidade, execução de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, exigência de informações específicas, atenção para não errar e submissão a monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto.

²⁸ [MS] Ministério da Saúde. Protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de complexidade diferenciada. Lesões por esforços repetitivos (LER), Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), Dor relacionada ao trabalho. 49 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf > Acesso em 22/05/2011.

²⁹ Instituto Nacional de Seguro Social. Instrução normativa INSS/DC nº 98, de 05/12/2003, que aprova norma técnica de lesões por esforços repetitivos – LER ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT. À época da publicação da norma, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) era vinculado ao então Ministério da Previdência Social, que passou a ser a Secretaria Especial da Previdência Social do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (Lei 13.266, de 5 de abril de 2016). O INSS, vinculado à Secretaria Especial da Previdência Social do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, passou ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (Lei 13.341, de 19 de setembro de 2016).

O protocolo vigente do SUS também responsabiliza as mudanças no mundo do trabalho pela alta prevalências das LER/Dort:

A alta prevalência de LER/Dort³⁰ tem sido explicada pelas transformações do trabalho e das empresas cuja organização tem se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando suas necessidades, particularmente de qualidade dos produtos e serviços e aumento da competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais.

Exige-se adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, pautadas por intensificação do trabalho, aumento real das jornadas e prescrição rígida de procedimentos, impossibilitando manifestações de criatividade e flexibilidade.

Às exigências psicossociais não compatíveis com características humanas, nas áreas operacionais e executivas, adiciona-se o aspecto físico-motor, com alta demanda de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, atenção para se evitar erros e submissão ao monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além do mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto. (BRASIL, 2012, p.7-8).

Essas normas têm como ponto comum, a compreensão de que as LER/Dort são o resultado de um processo de trabalho, no qual o desgaste é decorrente de um desequilíbrio entre as exigências das empresas e a capacidade dos trabalhadores. A visão tradicional da medicina e, particularmente da medicina do trabalho, buscava os aspectos biomecânicos e físicos das sobrecargas musculoesqueléticas, desconectadas da organização do trabalho que exigia os movimentos da maneira como eram realizados.

Em relação ao reconhecimento das afecções específicas associadas às LER/Dort, as diretrizes tiveram como base as amplas listas exemplificativas das doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a) e do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 1999), que são coincidentes, como se pode ver no item 1 do capítulo 4.

A Organização Internacional do Trabalho inclui as LER/Dort na sua lista de doenças ocupacionais, revista em 2010 (OIT, 2010).

3.1. Controvérsias no Âmbito da Corporação Médica

3.1.1. Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Federal de Medicina

A convergência entre dois elementos, quais sejam, a ebulição social, que influenciava os serviços de segurança e saúde das empresas e os convênios de saúde e a favorável correlação de forças sensíveis a um problema real dentro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, impulsionou a elaboração de uma resolução (CREMESP, 1996), que não versava especificamente sobre as LER/Dort, mas tinha uma interface sobre o comportamento dos médicos no tocante às doenças ocupacionais, em particular as

³⁰ O termo Dort corresponde a Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, considerado sinônimo de LER.

multifacetárias, de proporções numéricas significativas e de maior complexidade diagnóstica. Essa resolução, aprovada na 1822ª Reunião Plenária, realizada em 2 de julho de 1996, em síntese, esclarecia aspectos de diferentes matizes, visando à prática da boa medicina e à garantia da autonomia médica perante interesses contrários.

A primeira questão dessa resolução se referia ao dever de qualquer médico, independentemente de sua especialidade, ao se deparar com um trabalhador com suspeita de doença ocupacional, de investigar, de fornecer laudos e relatórios em benefício do paciente, manifestando-se em relação a diversas questões relativas ao caso, a saber:

Artigo 1º - Todo médico, independentemente da especialidade ou do vínculo com seu empregador, seja ele estatal ou privado, é responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual.

Artigo 2º - Todo médico ao atender seu paciente, deve avaliar a oportunidade de que a causalidade de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial, possa estar relacionada ao trabalho, investigando-a clinicamente, laboratorialmente e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho.

Artigo 3º - Aos médicos que atendem o trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

a - Tratar o trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos.

b - Fornecer atestados de pareceres para os afastamentos do trabalho sempre que necessário, considerando que o afastamento para repouso, para acesso a terapias ou para afastar-se de determinados agentes agressivos, é parte do tratamento.

c - Fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamentos, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento (cópia dos exames e prontuário médico).

Outra questão de destaque da resolução 76/96, do CREMESP, se referia à valorização da clínica, da contextualização das condições de trabalho e do olhar do trabalhador-paciente, como se pode constatar no texto a seguir, do artigo 4º da resolução em tela.

Artigo 4º - Para o estabelecimento do nexo de causalidade com os transtornos de saúde, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

a - A história clínica e ocupacional, virtualmente decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

b - o estudo do posto de trabalho;

c - o estudo da organização do trabalho;

d - os dados epidemiológicos;

e - a literatura atualizada;

f - a ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

- g - a identificação de riscos físicos, químicos, biológico, mecânicos, estressantes e outros;
- h - os depoimentos e a experiência dos trabalhadores;
- i - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam, ou não, da área da saúde. (CREMESP, 1996).

O terceiro aspecto era dirigido especificamente aos médicos de empresas, mais vulneráveis à pressão das empresas, tentando detalhar a sua atribuição de proteção da saúde do trabalhador, independentemente da especialidade, do dever de informar os empregadores e trabalhadores e seus órgãos representativos sobre os riscos laborais detectados, de notificar a autoridades públicas competentes a existência ou suspeita de doenças relacionadas ao trabalho e de ter postura ativa na mudança de condições de trabalho prejudiciais aos trabalhadores. Seguem os artigos 5º e 6º da resolução em pauta:

Artigo 5º - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, cabe:

- a - Atuar, visando essencialmente a promoção da saúde e prevenção da doença, conhecendo, para isto, os processos produtivos e ambientes de trabalho da empresa.
- b - Avaliar o trabalhador sua condição de saúde para determinadas funções e/ou ambientes, procurando ajustar o trabalho ao trabalhador. Deve o médico indicar sua alocação para trabalhos compatíveis com sua situação de saúde, orientando-o, se necessário, no referido processo de adaptação.
- c - Dar conhecimento aos empresários, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser.
- d - Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortúnico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita denexo etiológico da doença com o trabalho. Deve ser fornecido, no ato, cópia dessa documentação, ao trabalhador.
- e - Relatar ao empregador, formalmente, os riscos existentes no trabalho, fornecendo cópia, no ato à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou outra comissão de saúde, e a sindicatos ou representantes constituídos aos trabalhadores.
- f - Notificar o órgão público competente, através de documentos apropriados, quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador para que assim proceda, independentemente da necessidade de afastamento do trabalho.

Artigo 6º - São deveres dos médicos de empresa, que atendem o trabalhador, independentemente de sua especialidade:

- a - Atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;
- b - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;
- c - considerar a gestação como um momento privilegiado da vida, opondo-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais. (CREMESP, 1996).

Uma das questões mais polêmicas se referia ao aspecto da responsabilidade solidária com o empregador no caso de ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores, expressa no artigo 7º:

Artigo 7º - Caberá aos médicos do trabalho (como tal reconhecidos por Lei), especialmente aqueles que atuem na empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador:

a - A co-responsabilidade com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão, por todos os procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

b - A responsabilidade solidária com o empregador, no caso de agravos à saúde desses trabalhadores. (CREMESP, 1996).

O impedimento do médico de empresa ou em condição similar de atuação como perito judicial, securitário ou previdenciário, ou assistente técnico da empresa estava determinado no artigo 14º, para que se garantisse que informações obtidas em condições de sigilo profissional não fossem utilizadas contra os interesses dos trabalhadores- pacientes. Segue o artigo:

Artigo 14 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresa e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, ou assistentes-técnicos da empresa, em casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados). (CREMESP, 1996).

Dois anos depois, o Conselho Federal de Medicina aprovou uma resolução com o mesmo teor da resolução do órgão supervisor e fiscalizador do exercício profissional de São Paulo (CFM, 1998), estendendo assim, o que já valia para o estado de São Paulo desde 1996, para todo o território nacional. O interesse dos médicos sobre o que podiam ou não fazer e como deveriam ser os procedimentos era grande na época.

Posteriormente a essas resoluções, dois fatos merecem destaque como emblemáticos de correlações de forças mutáveis em uma entidade, cuja missão é:

[...] atuar com excelência, em benefício da sociedade, na supervisão da ética profissional médica, por meio de ações regulamentadoras, educacionais, fiscalizadoras, judicante, cartoriais e políticas.³¹

Um deles foi a resolução estadual que objetivou conter as atribuições do médico (CREMESP, 2005), no seu artigo 8º, ao restringir seus relatórios para fins de perícia médica, “apenas às informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do seu paciente.”

Em nome de uma percepção errônea de que supostas ações de violência de segurados contra peritos do INSS eram influenciadas por frustrações de expectativas alimentadas por médicos assistentes, optou-se por impor amarras a eles, em vez de se aprofundar a análise das

³¹ Texto extraído do portal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

diretrizes institucionais do INSS e outros procedimentos que colocavam, de um lado, o perito e do outro, o segurado, como se fossem oponentes (MAENO, 2011). Matéria do sítio eletrônico do CREMESP³² enfatizava atos de violência por parte de segurados que teriam tido benefícios previdenciários negados e se referia à morte de uma perita, chefe de perícia médico do INSS de Governador Valadares, Minas Gerais, em 12 de setembro de 2006. Dois meses depois do crime, fora preso um colega da perita morta, acusado de ser o mentor do assassinato, motivado pelo fato da perita conduzir uma investigação de fraude que envolvia o suposto mandante do crime. Dez meses depois do assassinato, o acusado foi a julgamento e condenado a 16 anos de reclusão. Portanto, a morte da perita de Governador Valadares foi um crime cometido contra a pessoa que desenvolvia uma investigação de esquema de fraudes contra a Previdência Social, por um dos envolvidos, sem qualquer relação com benefícios negados. Mas durante muito tempo, apesar da condenação do criminoso, o fato continuou a ser utilizado como exemplo da violência dos segurados contra os peritos.

A comparação com a nova redação dada por outra resolução (CREMESP, 2007) ao artigo 8º da resolução citada, permite perceber que de fato, se procurava impedir que o médico assistente se pronunciasse sobre a incapacidade e limitações do seu paciente. A seguir a nova redação do referido artigo:

Artº. 8º - O atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deverá conter informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente, que a decisão caberá ao médico perito. (CREMESP, 2007)

Essa alteração realizada em 2007 corrigiu o cerceamento de direitos do paciente e o impedimento de uma das atividades mais nobres do médico. Pronunciar-se sobre a capacidade de trabalho de um paciente infartado ou diabético, ou portador de outra doença qualquer, faz parte dos deveres do médico, mesmo que a decisão para fins de concessão de benefício previdenciário seja de competência legal do perito do INSS e o parecer ao juiz seja do perito judicial designado.

No entanto, mesmo com a revogação da resolução que vigorou durante dois anos, a disseminação da restrição ao médico assistente do paciente continuou equivocadamente. Em uma redação confusa, dois anos depois da revogação da resolução 126/2005, TECHY e col. (2009) passavam uma mensagem de difícil compreensão, mas a essência era restritiva das atribuições de um médico que assistia um paciente, como se pode ver:

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. (TECHY e col., 2009, p. 474).

³² Matéria do CREMESP intitulada “A violência contra médicos peritos em agências da Previdência” - Edição 237 de maio de 2007. Disponível em <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=838> > acesso em 21/12/2017.

Uma afirmação era correta e incontestável, qual seja, a de que o médico não podia “montar” um atestado. No entanto, ela se misturava a outras, equivocadas.

Uma delas, a de que o médico assistente devia constar em relatório somente o que “verificou e pôde comprovar”, aparentemente incontestável, encerra em si uma contradição intrínseca da medicina, pois muitos dos sintomas relatados por um paciente não são comprováveis por um método bioquímico, gráfico ou de imagem. Uma dor de cabeça pode ter como causa um tumor, por exemplo, que pode ser revelado por um exame de imagem, mas na grande maioria das vezes, acaba sendo de origem na qual não são encontradas alterações mensuráveis em exame físico ou exames complementares. Se o médico que assiste um paciente, fizer um relatório dizendo que seu paciente tem cefaleia, estaria tendo uma conduta inapropriada? Não se entende dessa maneira, até porque o Código de Ética Médica determina que o médico forneça cópia do prontuário ao paciente, caso ele requisite, e espera-se que no prontuário haja registro dos sintomas, dentre outras informações.

A frase seguinte também tem redação confusa:

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. (TECHY e col., 2009, p. 474)

Seria função exclusiva de um perito a realização de diagnóstico, um parecer sobre incapacidade, com prazo estimado de incapacidade? Essas são atribuições de quaisquer médicos que atendam um paciente. Uma pessoa com episódio de acidente vascular cerebral, por exemplo, tem o direito de saber, do médico que o assistiu, sobre o diagnóstico, sobre o prognóstico, o que inclui o tempo estimado durante o qual deverá permanecer afastado de determinadas atividades, incluídas as laborais (artigo 34 do Código de Ética Médica). Quanto a atribuições legais, como se espera, são definidas legalmente. Continuando o exemplo do paciente com acidente vascular cerebral, se o médico recomendar 3 meses de tempo de recuperação, se trata de um parecer clínico. Em relação ao tempo de benefício previdenciário, quem define normativamente é o perito da instituição ou eventualmente o judiciário, caso seja acionado.

O segundo fato, merecedor de ênfase, no âmbito dessas entidades, foi também a alteração, desta vez por parte do CFM, do artigo 12 da Resolução CFM 1488/98 (CFM, 1998), aprovando uma resolução (CFM, 2013), que retirou o impedimento do médico de empresa, do médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e do médico participante do SESMT em atuarem como assistentes técnicos da empresa.

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt) solicitou a anulação da resolução, argumentando que o potencial conflito de interesses entre o exercício de atividades de assistência técnica em processos judiciais na esfera da Justiça do Trabalho ou da Justiça Cível, nos casos em que a ré ou reclamada era a mesma na qual o médico atuava como médico do trabalho, havia sido bem tratada na resolução CFM 1488/98. A entidade contextualizou a aprovação da resolução, sem que sequer a Câmara Técnica de Medicina do

Trabalho do CFM ou a ANAMT tivessem sido consultadas.³³

Por decisões judiciais, esse artigo já não se aplicava aos médicos integrantes dos quadros da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), TRANSPETRO (Petrobrás Transporte S.A), CODESA (Companhia Docas Espírito Santo) e COPEL (Companhia Paranaense de Energia).

3.1.2. Perícia Médica do INSS

As diretrizes periciais do INSS em Ortopedia e Traumatologia (BRASIL, 2010) foram elaboradas por um grupo de trabalho (BRASIL, 2008), constituído por peritos nomeados pela Diretoria de Benefícios do INSS, especificamente para a finalidade de “elaborar, implantar e avaliar as diretrizes médicas para a área de Ortopedia”.

Colocada em consulta pública, a proposta de diretrizes, apresentava várias concepções que apresentavam contradições com a própria legislação previdenciária e que se mantiveram na sua versão final, ora vigente. Entre outros aspectos, seguem alguns destaques que expressam essas contradições:

- a) A apresentação do documento, que nesta tese, doravante, será denominado Diretrizes, tenta contextualizar o momento em que as diretrizes estavam sendo elaboradas, enfatizando questões referentes à sustentabilidade da Previdência Social e a perícia médica como um dos recursos para regular a entrada de segurados no sistema de seguro social. O texto a seguir é explícito nesse sentido.

Os sistemas de seguro social enfrentam atualmente um problema socioeconômico de como lidar com o aumento crescente da demanda aos benefícios por incapacidade sem que haja o correspondente aumento dos recursos necessários para a sobrevivência deste importante mecanismo de Proteção Social. Muito tem sido feito nos últimos anos para enfrentar a gestão deste impasse em nosso sistema de seguro social. A criação de uma carreira de médicos próprios, o estabelecimento de novas regras para a identificação e o reconhecimento de direito a benefícios para doenças ocupacionais e a abertura de agências da Previdência Social para o atendimento específico a este tipo de demanda são exemplos de medidas que, em princípio, visam controlar o chamado “risco moral”, que ameaça a saúde do sistema. (BRASIL, 2010, p. 8).

Em nota de rodapé, explicita-se o conceito de “risco moral”:

O “risco moral” (do inglês, “*moral hazard*”) é um problema típico a qualquer sistema de seguro. Trata-se de uma condição de risco falimentar do sistema e caracteriza-se pela falta da responsabilidade financeira seja por parte do usuário seja por parte do prestador de serviço. O caso específico do seguro social, dependendo do grau em que as sociedades oferecem compensações para incapacidades, os indivíduos são mais ou menos voltados a se

³³ Posicionamento da Anamt sobre a resolução CFM nº 2015/13, que alterou o artigo 12 da resolução CFM 1488/98, retirando a proibição ao médico de atuar como assistente técnico em ações que envolvem a empresa em que ele exerce a medicina do trabalho.

caracterizarem como incapazes. E quando o desemprego é uma das características da sociedade maior é a busca por este tipo de seguro, havendo conflitos nas tentativas de fazer com que os indivíduos retornem ao trabalho. (BRASIL, 2010, p.8)

Depreende-se desses trechos que, as Diretrizes, ao uniformizarem o conceito de incapacidade, têm o objetivo de auxiliar a regulação financeira do sistema de seguro social, restringindo o conceito de incapacidade para inibir segurados a permanecerem afastados do trabalho. Em nenhum momento, as diretrizes se referem ao conceito de seguridade social, sistema do qual a Previdência Social, juntamente com a Saúde e a Assistência Social, faz parte, segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

- b) Ao instituir como objetivo das Diretrizes o retorno precoce ao trabalho (BRASIL, 2010, p. 9), definido pela perícia médica, e o auxílio na regulação da entrada dos segurados ao sistema de seguro social, o INSS visava à restrição da entrada e ao menor tempo de permanência no sistema, o que significaria diminuição de custos para o INSS, sem qualquer reflexão sobre o que isso significaria para o sistema da seguridade social e para os trabalhadores adoecidos. A perícia médica explicitamente foi colocada como um recurso regulador, com regras definidas pela instituição, o que potencialmente poderia contrapor o perito, no papel de agente de um seguro social, mas ao mesmo tempo, médico e, portanto, com condutas regidas pelo Código de Ética Médica, como se discute também no capítulo 5 desta tese, “Objeto de Estudo”.
- c) A origem ocupacional de várias das afecções musculoesqueléticas está camuflada nas Diretrizes, cuja organização lembra um tradicional livro de ortopedia, com demonstrações de manobras físicas para o diagnóstico de determinados quadros clínicos, isolados um do outro. Um pequeno quadro em cada uma das doenças descritas, esquematicamente, orienta o perito na decisão pericial entre as opções de ausência de incapacidade, concessão de benefício com prazo para a cessação de benefício, encaminhamento para a reabilitação profissional, concessão de benefício e revisão em 2 anos, etc.

Em nenhum momento, se enfatizam a atenção para as origens ocupacionais e a importância de se investigar onexo causal entre o quadro clínico e o trabalho. Para ilustrar essa tendência a minimizar a origem ocupacional de afecções musculoesqueléticas, que eram à época da publicação das Diretrizes e ainda são, as mais registradas entre as doenças ocupacionais, escolheu-se a síndrome do túnel do carpo, quadro que consiste na compressão do nervo mediano no nível do punho. Dentre as várias possíveis causas, colocam-se os fatores ocupacionais. Seria de se esperar, caso houvesse empenho em se diminuir a conhecida subnotificação de doenças ocupacionais, uma ênfase na possibilidade da origem ocupacional e uma menção às LER/Dort, que não são citadas em nenhum momento do texto das Diretrizes. Tampouco os estudos epidemiológicos realizados pela Previdência Social, que resultaram na inclusão do critério epidemiológico para o estabelecimento do nexo causal, são citados. Destaque-se que não há citação do termo “nexo causal”, ao contrário do que se esperaria em

quaisquer diretrizes periciais do INSS. Diferentemente, uma obra sobre a biomecânica de lesões musculoesqueléticas (WHITING e ZERNICKE, 1998), sobre a mesma doença, síndrome do túnel do carpo, informa e destaca aos leitores sobre os resultados de um estudo epidemiológico que mostra o papel relevante dos movimentos que exigem força e repetitividade na prevalência desse quadro clínico entre trabalhadores.

Os destaques feitos sobre algumas das características das Diretrizes mostram a dissonância de seu conteúdo em relação aos esforços normativo-legais realizados para combater a subnotificação, quais sejam, a lei previdenciária (BRASIL, 1991), que enfatiza o acidente e a doença relacionados ao trabalho, as Diretrizes sobre as LER/Dort (BRASIL, 2003) e a implementação do nexa técnico epidemiológico, que é detalhado no capítulo 4 desta tese.

4. REFLEXO DAS CONTROVÉRSIAS INTERNACIONAIS NO BRASIL: INTERESSES CONFLITANTES EM DIFERENTES ARENAS

O impacto social das LER/Dort já comentado, se refletiu sobre as pesquisas e publicações nos períodos de maior visibilidade nos diferentes países, como os Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, Japão, países escandinavos. Dois trabalhos de sistematização da bibliografia sobre o assunto dos anos 1980 e 1990 podem ser citados.

O primeiro é uma revisão de BAMMER e BLIGNAULT (1987) sobre o tema, apresentada em uma conferência internacional sobre distúrbios musculoesqueléticos no trabalho, ocorrida na Universidade de Surrey, em Guildford, na Inglaterra, em 1987. Foram contabilizados aproximadamente 940 estudos e publicações. Posteriormente, BAMMER (1988) atualizou essa revisão, totalizando aproximadamente 1340 referências bibliográficas sobre o tema das LER/Dort.

O outro, do Brasil, realizado pela Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, por solicitação da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, que elaborou uma atualização bibliográfica do período de 1994 a 1998. Para a literatura nacional e latinoamericana, o período foi ampliado, incluindo os estudos a partir de 1990. As referências de literatura científica foram classificadas em 20 categorias, sendo que cada uma delas enfocava diferentes aspectos, entre os quais, aspectos gerais, econômicos, legais, sociais, diagnóstico, epidemiologia, história, fisiopatologia, radiografia e psicologia (USP, 1998).

No Brasil, dos anos 1980 a 2000, os diversos aspectos das LER/Dort foram temas de incontáveis estudos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Para citar alguns dos estudos da época, seguem referências de (ROCHA, 1989; RIBEIRO, 1997; BERNARDINO, 1998; MAENO, 2001; VERTHEIN, 2001; GRAVINA, 2002; FERNANDES, 2004; OLIVEIRA, 2006; TAKAHASHI, 2006).

Congressos, jornadas e encontros das mais variadas especialidades médicas e de demais áreas da saúde, que antes nunca haviam se ocupado de doenças relacionadas ao mundo do trabalho, também incluíam o tema das LER/Dort em painéis, palestras e mesas-redondas. Um exemplo desse interesse das comunidades da saúde sobre o tema foi a inclusão de uma

mesa-redonda, sobre aspectos médico-legais, clínicos e de exames de imagem³⁴ no “1º Congresso Brasileiro de Ultrassonografia,” promovido em outubro de 1996, pela Sociedade Paulista de Radiologia e Colégio Brasileiro de Radiologia. Esse assunto continuou presente em eventos da especialidade durante os anos seguintes.³⁵ Um outro exemplo foi o advento de um evento intitulado “1º Simpósio Multidisciplinar de LER/Dort,” organizado em 1997³⁶, pelo Comitê Multidisciplinar de Dor da Associação Paulista de Medicina, que discutiu aspectos médico-legais, de intervenção ergonômica, aspectos clínicos e cirúrgicos de síndromes dolorosas, métodos de auxílio diagnóstico por exames de imagem e de eletroneuromiografia, abordagens terapêuticas e reabilitacionais, aspectos psicossociais e técnicas de tratamento convencional, medicamentoso, físico e complementar. Outros eventos nacionais dos especialistas em dor foram realizados anualmente, e até os anos 2000 mantinham no programa como um dos temas, as LER/Dort, embora muitas vezes de forma tímida.³⁷

Abundavam material de divulgação e eventos sindicais. Também a grande mídia não ficava indiferente, porém, quase sempre em busca de boas práticas individuais como exemplos para seus leitores. A indústria farmacêutica também realizava promoções ou fazia publicações para divulgar seus analgésicos e antiinflamatórios.³⁸

Parte significativa da produção acadêmica nacional, de 1990 a 1998, pode ser pesquisada na já mencionada atualização bibliográfica, organizada pela Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP (USP, 1998). Embora muitas publicações insistissem nas causas centradas no mobiliário e equipamentos inadequados, ignorando questões referentes a tempo e aos determinantes pelos quais as pessoas se mantinham em posições inadequadas, ou realizando movimentos repetitivos, era cada vez maior o número de estudos que evidenciavam os aspectos da organização do trabalho e dos métodos gerenciais como desencadeantes e agravantes dessas afecções. Alta exigência de produtividade, pressão excessiva da estrutura das empresas para cumprimento de metas e remuneração a elas vinculada, diminuição da autonomia, aumento da competitividade e diminuição da coesão e solidariedade entre colegas, medo de demissão e isolamento foram identificados como

³⁴ A mesa-redonda foi coordenada pelo especialista em imagem musculoesquelética Carlos Homsy e ocorreu no dia 4 de outubro de 1996, no Palácio das Convenções Anhembi, na cidade de São Paulo, tendo como componentes da mesa, Maria Maeno Settimi, Patrick Stump, Rames Mattar Junior e Sérgio Kodaira.

³⁵ Exemplos desse interesse foram a 27ª Jornada Paulista de Radiologia, realizada no Palácio das Convenções Anhembi, de 18 a 21 de abril de 1997, que tinha um painel sobre LER e um evento promovido pela Sociedade Paulista de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, foi promovida uma aula sobre “LER/Dort: papel do diagnóstico por imagem, em 2001..”

³⁶ O I Simpósio de LER/Dort (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho) ocorreu no Centro de Convenções Rebouças, nos dias 9 e 10 de outubro de 1997, realizado pelo Comitê Multidisciplinar de Dor da APM e com apoio do Centro de Estudos Godoy Moreira, Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, Sociedade Médica de Acupuntura de São Paulo, Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, Centro de Dor do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo.

³⁷ Anais do 8º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor – 8º SIMBIDOR, ocorrido em São Paulo, 2007.

³⁸ Exemplos: Simpósio Internacional LER realizado em 26/04/1997, no Hotel Transamérica em São Paulo e 5 fascículos sobre os diversos aspectos das LER, de autoria de Sérgio Nicoletti, publicados no final de 1996, produtos patrocinados pela empresa Bristol-Myers Squibb Brasil. Doenças profissionais/ Guia prático de tenossinovites e outras lesões de origem ocupacional (4 fascículos), de autoria de Hudson de Araújo Couto, patrocinado pela empresa Asta Médica.

ingredientes que, junto com as atividades operacionais que exigiam posturas incômodas por tempo prolongado, rapidez e repetitividade de movimentos, passaram a ser considerados como desencadeadores e agravantes de dores e afecções musculoesqueléticas.

Porém, muitos eram os setores da sociedade incomodados com a visibilidade social que essas doenças ocupacionais ganhavam em todo o país. É nesse contexto que se deu a publicação da OS 606 (BRASIL, 1998), que visava à restrição de direitos dos trabalhadores incapacitados em um cenário de tentativas de privatização do Seguro de Acidente do Trabalho, como lembrado no item 2.3. deste capítulo.

Enquanto o esforço de parte da academia e pessoas que trabalhavam em órgãos públicos girava em torno de avanços nos aspectos preventivos, terapêuticos e reabilitacionais, como em outros países, versões divergentes da gênese e perpetuação desses quadros de dor e incapacidade também vicejavam, geralmente por profissionais que prestavam seus serviços como assistentes técnicos das empresas, e por vezes como peritos oficiais, alguns deles vinculados a universidades.

A tese de que a epidemia das LER/ Dort era devido à existência de pessoas mal intencionadas, que não estavam verdadeiramente doentes e que conscientemente fingiam ter incapacidade para receber benefícios previdenciários, não era defendida formalmente, mas em círculos privados, muitos demonstravam esse entendimento. Em público, as insinuações para essa má intenção eram feitas, por meio de frases, ainda hoje recorrentes, entre as quais: “ele está afastado há muito tempo, mas tem calos nas mãos ou sujeiras nas unhas” ou “está afastado do trabalho há muito tempo, mas tem musculatura desenvolvida” ou “encontrei Fulana no shopping e ela não parecia doente.” A experiência na área assistencial e relatos mostram como essa desconfiança de simulação tinha repercussão negativa sobre as pessoas adoecidas. (SATO e col., 1993; LIMA e OLIVEIRA, 1995; HOEFEL e col., 1994; NEVES, I.R., 2006).

Já a tese da iatrogenia social, com explicações de como a sociedade “criava” condições propícias para a epidemia de LER, encontrava adeptos, frequentemente explicada de maneira confusa e sem fundamentos. OLIVEIRA (1999, p. 126), sobre as LER/Dort, diz que:

[...] o conceito é muito atraente para a classe médica, pois oferece um diagnóstico simples de pacientes com sintomatologia complexa e intrigante. Também é atraente para os pacientes, pois atribui os sintomas à esfera física e não psicológica, a qual, de modo geral, não é bem aceita. Além da satisfação psicológica de terem os sintomas atribuídos a uma lesão, os pacientes são ainda gratificados com pensões especiais e indenizações e assistência médica diferenciada. O conceito de LER é também atraente para os empregadores, pois permite que o peso dos trabalhadores mal adaptados seja transferido para o sistema previdenciário. O conceito de LER transformou o local de trabalho em um ambiente perigoso, para cuja solução implantou-se uma burocracia reguladora e fiscalizadora.

O autor, neurologista, imputava as causas das LER/Dort a problemas psicológicos travestidos de sintomas físicos e a um sistema de gratificação previdenciária diferenciado, assim como diferenciação na área assistencial, afirmações que não encontram sustentação na legislação.

A lei previdenciária trata os segurados de forma diferenciada quando são acometidos por acidentes e doenças advindas do trabalho, apenas no tocante ao direito de estabilidade de um ano após o retorno ao trabalho e na manutenção do recolhimento do fundo de garantia durante o tempo de afastamento. Os valores pagos por meio de auxílio-doença, durante o período de incapacidade reconhecida pelo INSS, são iguais.

Diferentemente do que diz o autor, às empresas não interessa que os casos fossem reconhecidos no seu caráter ocupacional e uma evidência disso, é que elas raramente emitiam CAT, e assim procedem até os dias de hoje.

E finalmente, carece de sentido a afirmação de que o conceito de LER tenha transformado o ambiente de trabalho perigoso. Em nenhum momento, OLIVEIRA (1999) aventou a possibilidade de que, de fato, as condições de trabalho poderiam ser determinantes dos adoecimentos. Portanto, o autor não explicava e tampouco fundamentava o conjunto de elementos que constituíam, no seu entender, a iatrogenia social, embora mencionasse a possibilidade de que os “verdadeiros problemas”, fossem “provavelmente insatisfação no trabalho, problemas psicológicos pessoais, e até mesmo fraude.” Apelava, assim, para uma vertente psicologizante e criminal.

Outro autor, conhecido reumatologista nas décadas de 1990 e 2000, teve um artigo publicado em jornal de grande circulação (KNOPLICH, 2001), contestando uma enquete realizada por uma entidade de pesquisas e informática ligada a um veículo de imprensa, segundo a qual, em julho de 2001, havia cerca de 310 mil moradores da cidade de São Paulo com diagnóstico de LER/Dort (DATAFOLHA, 2001). O autor defendia a hipótese de que as afecções musculoesqueléticas associadas às LER/Dort nada tinham a ver com o trabalho e trazia no artigo informações que não correspondiam à realidade no tocante ao reconhecimento do caráter ocupacional. Pode-se fazer um paralelo com o já citado australiano AWERBUCH (1985), que dizia que as LER/Dor eram uma síndrome da “pata do canguru”, isto é, que só existia na Austrália. Do mesmo modo, KNOPLICH (2001) dizia que as LER/Dort existiam somente no Brasil, o que não era verdade, conforme comprovava extensa literatura já citada.

Outros diagnósticos como miosite, síndrome do túnel do carpo, etc, que pioram com os movimentos, não têm nada a ver com LER, pois são doenças autônomas. Apesar disso, um lobby organizado com auxílio de alguns sindicatos conseguiu algo que não existe em nenhum lugar do mundo: que essas supostas LER/Dort fossem equiparadas a doenças profissionais e consideradas doenças do trabalho. Isso dá à vítima direitos indenizatórios a serem pagos pela Previdência e aposentadoria precoce. (KNOPLICH, 2001)

Continuava:

O diagnóstico de LER/Dort, que é inadequado sob o ponto de vista médico, dá direito, quando aceito pela Previdência, a estabilidade no emprego, a auxílio-acidente, a aposentadoria, a quitação da casa própria, a isenção de imposto na aquisição do veículo etc. (KNOPLICH, 2001).

O 3º Congresso Brasileiro de Perícia Previdenciária³⁹, ocorrido no Rio de Janeiro, de 27 a 29 de abril de 2011, foi emblemático dessa tese. Na apresentação desse evento, os promotores destacavam o tema “Desafios do exame médico pericial: (simulação, metassimulação, dissimulação, técnicas semióticas: como identificar a simulação? o que fazer em casos de simulação?”. Cursos para peritos se pautavam também por essa tônica. Nesse evento, a aula sobre LER/Dort ocorreu no dia 28 de abril e a palestra magna, proferida por Paulo Tafner⁴⁰ sobre o tema foi “Pode-se priorizar a questão social em detrimento do equilíbrio atuarial e econômico?” Claramente, a programação do referido evento privilegiava uma ideia de que havia um desequilíbrio atuarial na Previdência Social e de que a perícia médica, como um dos elementos reguladores da entrada no sistema de cobertura, tinha que se preparar para detectar os segurados fraudadores, simuladores e dissimuladores, particularmente daqueles que tinham LER/Dort e problemas psíquicos. Em nenhum momento, se enfatizou a necessidade de estabelecimento denexo causal dos adoecimentos com o trabalho, o que seria de interesse dos trabalhadores e do Estado, fosse para desencadear ações de prevenção, fosse por arrecadações diferenciadas propiciadas pelo mecanismo do Fator Acidentário de Prevenção (FAP), introduzido em 2006 e detalhado nos comentários sobre a tabela 10 do capítulo 8 desta tese.

Uma outra interpretação do grande número de trabalhadores com dor era a de que tinham uma forma de neurose de compensação, levantada sempre que pessoas apresentavam incapacidades consideradas desproporcionais e recuperações demoradas de uma lesão real. Atribuía-se um desejo inconsciente de obtenção de um ganho secundário e era frequentemente confundida com simulação.

A terceira interpretação era a da existência de transtorno de conversão, segundo a qual várias insatisfações se expressariam por meio de dor, que simbolizaria esses problemas. LUCIRE (1986) atribuiu a epidemia de LER à uma histeria em massa estimulada por BAMMER e MARTIN (1988) na Austrália.

Uma outra interpretação se refere à tentativa de explicar a dor dos trabalhadores pela existência de fibromialgia e que portanto o quadro clínico nada teria a ver com as condições de trabalho. Os brasileiros GALLINARO e col. (2001) propuseram a troca da nomenclatura LER por fibromialgia, o que se mostra equivocado. Trata-se de uma questão de continente e conteúdo. A fibromialgia é apenas mais uma entidade clínica. Já as denominações LER e Dort pressupõem caráter ocupacional e abrigam várias entidades clínicas, como tendinite, tenossinovite, bursite, compressão de nervo periférico, síndrome de dor complexa regional, síndrome miofascial, fibromialgia, entre outras (BRASIL, 2012).

Essas teses, geralmente, eram sustentadas por profissionais pouco habituados com o mundo do trabalho, que ignoravam o grande contingente de trabalhadores com múltiplas lesões e quadros de dor crônica, acompanhados pelos inúmeros serviços de saúde públicos e

³⁹ O 3º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, organizado pela Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social, ocorreu de 27 a 29 de abril de 2011, na cidade do Rio de Janeiro.

⁴⁰ Paulo Tafner é um economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e professor da Universidade Cândido Mendes. Especialista vinculado ao Instituto Millenium - <https://www.institutomillennium.org.br/author/paulo-sergio-braga-tafner/> > acesso em 04/01/2018.

privados em vários países.

Alguns estudos expuseram números que expressavam o que era testemunhado no cotidiano de quem prestava assistência ao trabalhador com dor, entre elas as associadas às LER/Dort. Um deles, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo (LIN e col., 1997), mostrou que de 109 pacientes com LER, 103 (94,5%) apresentavam síndrome de dor miofascial, 35 (32,1%) apresentavam tendinite de flexores de punhos e/ou dedos, 30 (27,5%) apresentavam tendinite de extensores de punhos e/ou dedos, 27 (24,8%) tinham tendinite de abductor longo do polegar, 26 (23,8%) tinham síndrome complexa da dor regional, 21 (19,3%) tinham fibromialgia, dentre outras entidades clínicas do sistema musculoesquelético. A maioria desses pacientes apresentava mais de um diagnóstico, o que coincidia com os achados de outro estudo, referente ao ambulatório do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo, no qual de 620 pacientes com LER, 32,8% apresentavam tendinite de punhos (SETTIMI e SILVESTRE, 1995), percentual próximo ao encontrado no estudo do Hospital das Clínicas.

BAMMER (1990b) analisou aproximadamente 100 estudos sobre problemas musculoesqueléticos no pescoço e membros superiores de trabalhadores de escritório. Altas prevalências de afecções musculoesqueléticas foram relatadas em 79 estudos. Desses, 18 eram do Japão, 17 de Austrália, 11 dos Estados Unidos, 8 da Alemanha, 6 da Suécia, 5 do Reino Unido, 4 da Suíça, 2 da Finlândia e 1 de cada um dos países a seguir, França, Índia, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Singapura e União Soviética. Vários aspectos foram analisados e um achado importante neles encontrado foi o envolvimento de vários fatores da organização do trabalho na ocorrência de problemas musculoesqueléticos, entre os quais, pressão no trabalho, baixa autonomia, baixa coesão entre os colegas e baixa variabilidade das tarefas.

Distante décadas das polêmicas relatadas, ZAWITOSKI (2015), ortopedista, especialista em ultrassonografia e perito médico desde 2000, segundo sua autoapresentação, insiste nos desconfortos colocados por CLELAND (1987) e AWERBUCH (1985).

Da mesma forma que aqueles autores, criticou a terminologia LER/Dort, por considerá-la genérica, afirmando que sua adoção teria colocado os diagnósticos médicos definidos topograficamente⁴¹ em segundo plano.

Essa crítica não considerou os avanços normativos, representados, entre outros, pelo manual sobre doenças relacionadas ao trabalho destinado aos serviços de saúde (BRASIL, 2001b) e pelo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), nos quais ficam claras as menções de afecções enquadradas pela Classificação Internacional de Doenças (CID) as quais, isolada ou conjuntamente, poderiam ser enquadradas como LER/Dort.

O protocolo referido não negligencia o diagnóstico clínico das afecções e inclui até descrições sobre manobras clínicas, acompanhadas de fotos, úteis no exame físico para os diagnósticos específicos de tenossinovite estenosante ou “dedo em gatilho”, tenossinovite de

⁴¹ Diagnósticos topográficos são os que delimitam a região acometida. Exemplos de diagnósticos topográficos: tendinite ou tenossinovite de punho, epicondilite lateral de cotovelos, sinovite de ombros.

De Quervain, epicondilite lateral, epicondilite medial, síndrome do pronador redondo, tendinopatia do supraespinhoso, síndrome do impacto, síndrome do túnel do carpo, tendinopatia do subescapular, tendinopatia do infraespinhal, tendinopatia do bicipital, síndrome do desfiladeiro torácico e síndrome do túnel de *Guyon*.

Da mesma forma, o autor ignorou também obras consagradas, como um livro de grande densidade científica (KUORINKA e FORCIER, 1995), de autoria de importantes estudiosos dos Estados Unidos, Canadá e Suécia, sintetizou o conhecimento existente sobre as LER/DORT, detalhou e aprofundou os aspectos clínicos, as evidências das relações entre o trabalho e quadros clínicos específicos e inespecíficos, as características de diversas atividades de trabalho, que poderiam desencadear e agravar afecções musculoesqueléticas de diferentes localizações. Discutiam em que medida os aspectos dos ambientes de trabalho contribuiriam para a ocorrência das epidemias de LER.

Tampouco considerou autores nacionais, como YENG e col. (2001), que fizeram uma síntese sobre mecanismos implicados na produção das LER/Dort, discorrendo sobre afecções musculoesqueléticas associadas a esse grupo de adoecimento, incluindo a síndrome dolorosa miofascial e a fibromialgia, discutindo a complexidade envolvida na síndrome das LER/Dort, seja no que tange à prevenção, seja no tocante ao controle de casos mais graves e crônicos. Oportunamente, esses autores lembraram os diversos interesses envolvidos de segmentos empresariais, de trabalhadores, de técnicos e profissionais de saúde, de sociólogos e de juristas. Esses interesses conflitantes, como discutido anteriormente, contribuíram para o aumento da complexidade das múltiplas facetas do problema.

Enquanto abundam os estudos referentes à causalidade ocupacional, à incapacidade prolongada e a diversas outras facetas do processo de adoecimento, não há estudos consistentes que evidenciem as teses dos que advogam que as origens das LER/Dort encontram-se no campo da psiquiatria ou no campo da má intencionalidade, e não nas condições de trabalho.

LIPPEL e LEFEBVRE (2014) discutiram várias controvérsias explicitadas em sentenças judiciais do Quebec, relacionadas às diversas entidades ortopédicas ocupacionais, entre as quais fibromialgia, cervicobraquiálgia, dorsalgia e mialgia, sobre quadros clínicos que incluem recaídas, recidivas e agravamentos, sobre a gênese das LER/Dort e muitas outras questões, o que evidencia que são polêmicas semelhantes com nuances de diferenças em diversas partes do mundo.

CAPÍTULO 4

CONCEITOS DE REFERÊNCIA ADOTADOS NESTA PESQUISA

1. LER/DORT: CONCEITOS

As LER/Dort são a denominação utilizada no Brasil para quadros clínicos caracterizados por existência de dor persistente e outras alterações de sensibilidade, como sensação de peso, formigamento, choque e dormência, relacionados ao desgaste progressivo e persistente das estruturas do sistema musculoesquelético, incluídos músculos, articulações, ligamentos, tendões, membranas, bolsas e bainhas, desgaste decorrente da utilização excessiva e sobrecarga sobre as estruturas citadas e da falta de tempo de recuperação.

As formas clínicas decorrentes dessas condições de trabalho encontram-se arroladas nas listas de doenças ocupacionais do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 1999) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a), bem como nas diretrizes do INSS (BRASIL, 2003a) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), elaboradas com fundamentação em estudos científicos nacionais e internacionais.

São reconhecidas como condições propiciadoras de afecções musculoesqueléticas e neurológicas, “posições forçadas e gestos repetitivos” (CID Z57.8 – exposição ocupacional a outros fatores de riscos), “vibrações localizadas (W43.-; Z57.7)”, “condições difíceis de trabalho” (CID Z56.5), “ritmo de trabalho penoso (CID Z56.3) e “posições forçadas e gestos repetitivos” (CID Z57.8 – exposição ocupacional a outros fatores de riscos).

As afecções exemplificativas reconhecidas são:

[...] outras artroses (CID M19.-); outros transtornos articulares não classificados em outra parte: dor articular (M25.5); síndrome cervicobraquial (M53.1); dorsalgia (M54.-), cervicalgia (M54.2), ciática (M54.3), lumbago com ciática (M54.4); sinovites e tenossinovites (M65.-), dedo em gatilho (M65.3), tenossinovite do estiloide radial (DeQuervain) (M65.4), outras sinovites e tenossinovites (M65.8), sinovites e tenossinovites não especificadas (M65.9); transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-), sinovite crepitante crônica da mão e do punho (M70.0), bursite da mão (M70.1), bursite do olécrano (M70.2), outras bursites do cotovelo (M70.3), outras bursites pré-rotulianas (M70.4); outras bursites do joelho (M70.5), outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8), transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9); fibromatose da fáscia palmar: "contratura ou moléstia de Dupuytren" (M72.0); outras entesopatias (M77.-): epicondilite medial (M77.0), epicondilite lateral ("cotovelo de tenista"), mialgia (M79.1); outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8), lesões do ombro (M75.-): capsulite adesiva do ombro (ombro congelado, periartrite do ombro) (M75.0), síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso (M75.1), tendinite bicipital (M75.2), tendinite calcificante do ombro (M75.3), bursite do ombro (M75.5), outras lesões do ombro (M75.8), lesões do ombro, não especificadas (M75.9). (BRASIL, 1999a).

Vários transtornos neurológicos também são relacionados ao trabalho na ocorrência de “posições forçadas e gestões repetitivos”:

[...] transtornos do plexo braquial (síndrome da saída do tórax, síndrome do desfiladeiro torácico (G54.0), mononeuropatias dos membros superiores (G56.-): síndrome do túnel do carpo (G56.0); outras lesões do nervo mediano: síndrome do pronador redondo (G56.1); síndrome do canal de Guyon (G56.2); lesão do nervo cubital (ulnar): síndrome do túnel cubital (G56.2); lesão do nervo radial (G56.3); outras mononeuropatias dos membros superiores: compressão do nervo supra-escapular (G56.8), mononeuropatias do membro inferior (G57.-), lesão do nervo poplíteo lateral (G57.3). (BRASIL, 1999a)

Pressupõe-se que esse desgaste e ocorrência de alterações do sistema musculoesquelético sejam decorrentes de situações de trabalho, cuja organização e gestão do trabalho não contemplam a possibilidade dos trabalhadores trabalharem em seu ritmo de trabalho, dentro de suas possibilidades, impondo-lhes exigências além da capacidade humana.

Diversos aspectos das atividades de trabalho contribuem para a ocorrência de quadros clínicos associados às LER/Dort e na grande maioria das vezes, as situações de trabalho expõem os trabalhadores a vários dos aspectos ao mesmo tempo. Apenas para sistematizar esses aspectos, lembrando que devem ser analisados sempre no conjunto, de forma integrada, será utilizado critério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e que encontra embasamento em KUORINKA e FORCIER (1995):

- a) Exigência para os membros superiores: de força, alta repetitividade, rapidez de movimentos, postura viciosa, carga estática, aspectos modulados pelo tempo de duração da exposição, ao longo de cada dia ou cada semana, frequência de ciclos de operação, intensidade ou magnitude dos esforços empregados, existência ou ausência de pausas e de tempo de recuperação, etc.
- b) Posto de trabalho: refere-se às características espaciais do posto de trabalho, que se mal dimensionadas, podem forçar o trabalhador a adotar posturas desconfortáveis e forçadas, incorrendo em aumento de cargas mecânicas, que em função do tempo de duração e da frequência dessas condições, acabam por impor ao sistema musculoesquelético desgastes e surgimento de sintomas dolorosos, entre outros. Lembre-se que cada trabalhador tem suas características antropométricas que devem ser levadas em conta nas adequações do posto de trabalho para oferecer segurança e conforto. São exemplos de problemas do posto de trabalho: mesas ou cadeiras inadequadas que obrigam o trabalhador a assumir determinadas posturas, máquinas colocadas em tal disposição que impõem ao trabalhador posições incômodas para que consiga trabalhar, monitores mal posicionados que refletem a luz, dificultando a visualização e forçando o trabalhador a adquirir posturas desconfortáveis. Em alguns setores, como o do teletendimento, e empresas que funcionam ininterruptamente, o mesmo posto de trabalho pode ser ocupado por trabalhadores distintos, com

características diferentes, que se revezam durante as 24 horas do dia. É importante lembrar que nenhum posto de trabalho, mesmo sendo bem dimensionado ao seu ocupante, comporta a atividade de trabalho desenvolvida de forma contínua, sem pausas. É apenas um dos elementos que compõem a atividade de trabalho.

- c) Pressão mecânica localizada: determinadas partes do corpo são estruturalmente sujeitas a pressões mecânicas, pois não têm características anatômicas que protejam suas estruturas. As mãos, por exemplo, possuem camadas musculares generosas na base do primeiro quirodáctilo (polegar) e na base do quinto quirodáctilo (dedo mínimo), que protegem as estruturas internas. Fora dessas regiões, as mãos são extremamente vulneráveis a pressões de objetos e superfícies com cantos vivos, em particular os pontiagudos e cortantes. Também neste caso, é importante que seja avaliado o tempo de duração, a frequência com que acontece. Geralmente as estruturas acometidas são tendões, vasos e nervos periféricos.
- d) Choque, impacto e carga em impulso: situações em que as mãos são usadas em movimentos bruscos e fortes como se fossem martelos, ou em resistência a grandes cargas e torques, ou com esforço para deslocar cargas, ou no uso de instrumento de aplicação de torque⁴², etc, o que pode causar lesões em estruturas moles do sistema musculoesquelético. Diversos autores estudaram esses aspectos, entre os quais, RADWIN e col. (1989) e ARMSTRONG e col. (1999), que analisaram o efeito da reação dos esforços do torque produzida pelo uso de instrumentos manuais sobre os músculos da mão e do antebraço.
- e) Vibração: a vibração, seja a aplicada no corpo todo ou nos membros superiores, pode produzir efeitos vasculares, musculares e neurológicos. Alguns deles podem ser associados às LER/Dort. São eles: síndrome de *Raynaud* ou síndrome dos dedos brancos, síndrome do túnel do carpo, síndrome do desfiladeiro torácico, entre outros. GEMNE e col. (1987) fizeram uma revisão de uma escala classificatória existente de sintomatologia e métodos diagnósticos da síndrome decorrente da exposição à vibração. Outros estudos se dedicam a esse fator de risco ocupacional (CHERNIAK, 1990; BOVENZI e col., 1991; BOVENZI e col., 2004; KÁKOSY, 1994; GEMNE, 1997; BOVENZI, 2004).
- f) Exposição ao frio: KUORINKA e FORCIER (1995) lembram que a exposição ao frio pode ter efeitos negativos sobre os tecidos, mas alguns

⁴² Torque: é a medida do componente necessário para realizar um determinado movimento de rotação, dependente da distância do ponto da força aplicada em relação ao eixo de rotação. Quanto maior essa distância, menor é a força a ser aplicada para produzir o mesmo torque. Exemplos: para a troca de um pneu, quanto maior a haste da chave de roda usada para afrouxar a porca, menor é a força necessária para cumprir a tarefa; para abrir uma porta, quanto menor a distância do ponto de aplicação da força em relação ao eixo de rotação (dobradiça), maior deverá ser essa força para o mesmo torque.

estudos colocam a dúvida do seu real papel na ocorrência de transtornos musculoesqueléticos, uma vez que os trabalhadores de ambientes muito frios necessariamente usam luvas, e elas poderiam ter efeito convergente na produção desses adoecimentos. O conjunto da situação deve ser analisado, isto é, o frio ambiental, o uso de luvas, a necessidade de realizar movimentos repetitivos, a necessidade de preensão, etc. Dependendo das características climáticas da região ou do país, essas situações são específicas de ambientes fechados, como câmaras frigoríficas.

- g) Efeitos indesejados de medidas de segurança, vestimentas e equipamentos de proteção individual (EPI): medidas de segurança e uso de EPI devem ser sempre avaliados no seu conjunto e na sua efetividade contra o risco e o agente agressor, mas também nos seus efeitos indesejados. Como exemplo, pode-se citar o fato de que algumas empresas determinam o uso de pinças longas para que o operador retire as peças pequenas de uma injetora ou prensa, visando a impedir o acesso da mão à zona de operação. O uso da pinça de forma repetida e com emprego de força pode propiciar a ocorrência de afecções musculoesqueléticas. Outro exemplo, este relacionado ao uso de EPI é o estudo realizado por GONZAGA (2004) e GONZAGA e LIMA (2016). Identificaram entre cortadores de cana, que o uso de luvas com determinadas características, se constituíam em um elemento de dificuldade para a execução da atividade do corte manual de cana.
- h) Posturas peculiares: mantidas por certo período de tempo, podem ser analisadas em três cenários, simultâneos ou não:
- posturas extremas, que são aquelas em que há uma exigência de manter uma posição no limite das possibilidades de uma articulação, requerendo para isso uma atividade muscular intensa, o que pode gerar estresse dos tecidos da junta envolvidos na ação, redução do fluxo sanguíneo ou aumento de carga sobre os músculos que mantêm a postura. Exemplos: ombros elevados e estendidos ao extremo como se quisessem tocar com os dedos algum ponto localizado muito acima do nível da cabeça; cotovelos bem flexionados aproximando cada vez mais o antebraço do braço do mesmo lado, desvio ulnar maior que 45 graus em relação à posição neutra, desvio radial do punho, etc.
 - posturas não extremas, de flexões e extensões não fisiológicas em que a gravidade age sobre as articulações, criando ou aumentando o torque aplicado sobre elas, que se transmite aos músculos e outros tecidos associados. ROSE (1991) estudou as forças máximas de pressão do dedo relaxado em diferentes apoios de antebraço, para estimar a pressão mínima necessária para acionar uma tecla, e permitir o relaxamento do músculo extensor do dedo, submetido à

contração isométrica⁴³ durante a atividade de trabalho.

- posturas não extremas, fisiológicas, que mudam a geometria musculoesquelética e podem impor um maior estresse aos tendões, músculos ou outros tecidos de apoio e/ou reduzir a capacidade de resiliência do tecido.
- i) Carga musculoesquelética: entendida como qualquer carga mecânica exercida sobre os tecidos do sistema musculoesquelético, que inclui tensão (exemplo, tensão do bíceps), pressão (exemplo, pressão intramuscular no músculo supraespinhal ou pressão no túnel do carpo), fricção (exemplo, fricção do tendão sobre sua bainha) e irritação (exemplo, irritação de um nervo). São elementos que definem a carga musculoesquelética: força, repetitividade e duração da carga mecânica.

Além desses conceitos da física e biomecânica, é imprescindível se pensar em outros ingredientes relacionados às exigências das atividades laborais determinadas pela organização e gestão do trabalho, que com frequência despem o trabalhador de sua dimensão humana, passando a considerá-lo uma das engrenagens do processo de trabalho. Nesse contexto, criam os planos de metas e produtividade, as regras de conduta, os sistemas de avaliação de desempenho, a política salarial.

Todos os aspectos citados foram classificados de maneira didática, mas não podem, em nenhuma circunstância, ser analisados de forma isolada. Além de coexistirem com frequência, dependendo da situação, cada um deles adquire maior ou menor importância na produção e agravamento de doenças, em particular, de afecções musculoesqueléticas. Para ilustrar, não há o menor sentido em se falar de frio no ambiente de trabalho de uma metalúrgica em um estado do nordeste brasileiro, mas o frio em ambientes climatizados para proteger o produto, como é o caso de frigoríficos, aliado a movimentos repetitivos, sobrecarga estática e pressão por produtividade, pode ter peso importante no conjunto do processo de adoecimento.

Elementos considerados fundamentais à saúde mental relacionada ao trabalho por SELIGMANN-SILVA (2013), podem ser inspiração para a reflexão de aspectos da organização e gestão do trabalho, que contribuam para o desenvolvimento de sintomas e afecções musculoesqueléticas, como segue.

O primeiro deles, é a estrutura hierárquica achatada, que ao mesmo tempo em que dilui o controle visível, impõe novas formas de controle por meio de mecanismos contundentes, relacionados à política salarial, à avaliação de desempenho e à possibilidade de demissão. A tecnologia proporciona sofisticados métodos de controle individuais, temperados com tons de sedução, de dissimulação e falta de transparência, de pressão explícita e ameaçadora, dependendo das opções de gestão e gerenciamento. Essa realidade pode ser

⁴³ Contração isométrica é a chamada contração estática ou de sustentação e ocorre normalmente para manutenção de postura. É aquela que ocorre sem mudança de comprimento.

identificada em atividades econômicas, como a bancária, cujas empresas têm cada vez mais uma estrutura de cargos horizontalizada, mas com polos de poder que não deixam dúvidas quanto ao papel do sistema de avaliação, que tem as metas no seu eixo central, por meio de gestão pelo medo, em um processo de assédio moral organizacional (SOBOLL, 2008). LIMA (1997a) constatou que os bancários de sua pesquisa percebiam a relação alinhada entre a postura da chefia imediata e as políticas da alta direção, compreendendo assim, que se tratava de um posicionamento institucional. Se esse contexto tem repercussões psíquicas sobre os trabalhadores, também tem impactos sobre a estrutura física, com manifestações gastrointestinais, cardiovasculares e musculoesqueléticas.

LIMA (1997b) estudou o papel da gerência em empresas de várias categorias profissionais e concluiu que as formas de supervisão e de controle dos trabalhadores são fundamentais na gênese das LER/Dort. Chamou a atenção para a autoaceleração relacionada com a gerência, pelo medo de punição ou para manter a chefia longe ou como forma de obter reconhecimento.

O segundo ingrediente, se refere à organização temporal do trabalho, que se traduz em intensificação do ritmo de trabalho, com metas crescentes, ausência de pausas e de tempo de recuperação, tem repercussões diretas, relacionadas ao processo de desgaste das estruturas musculoesqueléticas, assim como as indiretas, associadas à ansiedade e à fadiga. Tudo isso é potencializado se as condições físicas do ambiente e condições de trabalho são desfavoráveis, por exemplo, na existência de risco à integridade física, como o trabalho com máquinas sem dispositivos de segurança; ou equipamentos que apresentam defeitos frequentes, que dificultam o desempenho da atividade; ou postos de trabalho desconfortáveis, etc.

O terceiro ingrediente tem relação com a duração, direta e indireta, das jornadas de trabalho, que frequentemente se prolongam por exigência implícita ou explícita das empresas.

Em alguns ramos econômicos, as empresas podem manter os trabalhadores em situação de trabalho continuamente, não necessariamente do ponto de vista físico, mas no aspecto da mescla dos tempos de descanso e lazer com os tempos do trabalho. Não se trata de tentar criar dicotomias impossíveis, pois a divisão entre a esfera física e a esfera psíquica é meramente didática, e a divisão entre os tempos na vida das pessoas também o é.

O entrelaçamento de ideias nos diferentes momentos da vida é inerente aos seres humanos. As diferenças se encontram no significado desse processo. A fusão dos tempos em processos de produção de projetos é decorrente do envolvimento integral de pessoas em processos criativos, como por exemplo, escritores que encontram no seu tempo de vida doméstica inspiração para encruzilhadas do texto em produção, professores que encontram algum recurso didático que motive mais seus alunos, pesquisadores que encontram opções de caminhos para a continuidade de desenvolvimento de um estudo qualquer.

Porém, mesmo essas situações citadas são, cada vez mais moduladas pela pressa e prazos de editoras no caso de escritores, com a pressão para produção de textos a serem publicados no caso de professores e com os prazos das agências fomentadoras no caso dos

pesquisadores.

Para muitos trabalhadores, que não vivem de sua criatividade, trata-se de aproveitar os momentos de lazer para vender produtos aos familiares e amigos, promover encontros para divulgar determinados produtos ou implorar a antigos clientes que comprem serviços ou produtos, ficar à disposição para resolver problemas ou dar respostas. Trata-se de um cotidiano que impinge ansiedade e tensão, com repercussões psíquicas e físicas, incluindo tensões musculares permanentes, que contribuem para a ocorrência de sintomas duradouros, entre os quais, envolvendo o sistema musculoesquelético. É o caso de bancários, vendedores de seguros e planos de saúde, de vida, vendedores de carros, profissionais de tecnologia da informação e muitos outros.

Cada uma das diversas faces das situações de trabalho, inseridas em contextos maiores, interfere direta ou indiretamente sobre o modo como se trabalha e sobre o nível de suportabilidade às adversidades existentes e sentidas pelos trabalhadores. Entre esses aspectos, pode-se citar:

- Possibilidades de mudança de emprego, resultante de uma equação inexata, determinada por múltiplas faces do mundo produtivo, que em linhas gerais, apresenta tendências mundiais de uma força de trabalho com contingentes cada vez maiores na informalidade e vínculos mais precários dos trabalhadores.
- Possibilidades de mudanças significativas do modo de trabalhar: a conformação do mercado de trabalho é dada pelos modelos econômicos adotados de acordo com a divisão internacional do trabalho, e a organização do trabalho é concebida de forma a alcançar os objetivos de cada ramo de atividade e cada empresa. Assim, a organização do trabalho em linhas de montagem, seja de carros ou de pequenos componentes, não ocorre por acaso. Tampouco as linhas de “desmontagem” de animais, como no caso dos frigoríficos. Ou mesmo o fortalecimento da parte flexível dos salários, dependente dos índices de produtividade. E, de forma mais ampla, a disseminação da terceirização de longa data em determinados setores e serviços não é casual; terceirização, que ora se generaliza no Brasil, juntamente com outras mudanças legais de alta relevância no processo de erosão do arcabouço regulatório entre capital e trabalho (BRASIL, 2017a). Se as situações de trabalho são semelhantes, o que estimularia os trabalhadores a buscarem novas oportunidades? Se os índices de desemprego são altos, é natural que os trabalhadores se apeguem e se submetam a exigências, que em outros tempos não suportariam. Dentro desses contextos é que vários estudos identificaram a existência de trabalhadores adoecidos, mantendo-se em atividade de trabalho, o que contribui para a cronificação e agravamento do quadro clínico, fenômeno do presenteísmo, que é tema de aprofundamento no item 3 do capítulo 10 desta tese.

- Possibilidades de mudanças das condições de trabalho: se as condições de trabalho sofrem grande influência de questões muito mais amplas do que a empresa física na qual se trabalha, as possibilidades de mudanças dependem também de movimentos sociais mais amplos, de sindicatos, de organizações por local de trabalho, que no conjunto sejam capazes de impulsionar mudanças nas diversas esferas. Se uma sociedade se sente indignada e contrária à existência de mutilados no trabalho, por exemplo, a pressão social pode ser capaz de gerar uma preocupação das empresas com sua imagem que pode ser arranhada e atrapalhar sua capacidade de se manter no mercado de trabalho. Passa a valer a pena investir em maquinários mais seguros, medida necessária, mas não suficiente para a eliminação de mutilações no trabalho. Porém, quanto maior for a pressão social e ao mesmo tempo maior a força do sindicato e da organização local dos trabalhadores, maior é a possibilidade de se conquistar mudanças mais abrangentes e profundas. Esse contexto interfere diretamente na possibilidade de se ter maior ou menor grau de adoecimento decorrente do trabalho, e também de agravamento e cronificação ou recuperação. Se a influência da sociedade é poderosa, a possibilidade de mudança das condições de trabalho ou de alguns de seus elementos é maior.
- Existência de dispositivos legais e normativos que garantam o acesso a um sistema de seguridade social efetivo: trabalhadores adoecidos tendem a revelar seu estado de adoecimento e buscar ajuda, caso possam, com isso, contar com processos de mudanças das condições de trabalho, ter possibilidade de acesso a programas terapêuticos efetivos, contar com o auxílio-doença durante o período em que estiverem incapacitados para o trabalho e com o processo de reabilitação profissional, que inclua modificações da atividade de trabalho e possibilite o seu retorno de forma adequada.
- Garantia de estabilidade: a garantia de que o trabalhador adoecido não pode ser demitido é um dos elementos considerados pelo trabalhador que necessita se afastar do trabalho por um acidente ou adoecimento ocupacional. Pela lei previdenciária (BRASIL, 1991), os trabalhadores segurados do INSS, afastados do trabalho por acidente ou doença relacionada ao trabalho reconhecidos pelo INSS, têm garantia de 12 meses de estabilidade após o retorno ao trabalho. No entanto, após esse período não há proteção legal efetiva

Diferentemente da maioria das doenças relacionadas ao trabalho, as LER/Dort necessariamente não ocorrem somente em ambientes poluídos de substâncias químicas e ruído, o chamado chão-de-fábrica. Ocorrem também nos ambientes limpos, nos quais transitam trabalhadores bem vestidos, que lidam com equipamentos de informática e sistemas complexos.

No Brasil contemporâneo, os grupos de trabalhadores com maior visibilidade pela penosidade de seu trabalho, com repercussões múltiplas sobre a saúde, incluindo as que atingem o sistema musculoesquelético, são os bancários, os trabalhadores de frigoríficos, os cortadores de cana, os operadores de teleatendimento, os montadores de automóveis, de componentes eletrônicos e pequenos produtos em geral, os trabalhadores de limpeza e coleta de lixo, os trabalhadores dos setores de embalagem e empacotamento, os trabalhadores do comércio, da saúde e de serviços em geral. Mas muitos outros foram citados nas diferentes normas oficiais brasileiras ao longo dos anos, citadas no capítulo 3.

2. DIMENSÕES NUMÉRICAS: UM PANORAMA DESDE OS ANOS DE 1980 ATÉ OS DIAS DE HOJE

Estatísticas da Previdência Social refletem parcialmente a ascensão e o descenso do movimento que deu visibilidade social às LER/Dort, a partir do final dos anos 1980, como já visto.

O quadro 1 permite observar que a média das doenças ocupacionais registradas nos anos 1980 foi de 4.220, quase 30,77% a mais do que a média dos anos 1970, com números absolutos variando de 2.766, em 1982 a 6.382, em 1987. Por outro lado, a média dos segurados nesse mesmo período variou positivamente em 69,59%. Depreende-se que na década de 1980 houve um crescimento muito maior de segurados do que de doenças ocupacionais registradas.

Na década de 1990, a média de doenças ocupacionais registradas foi de 19.706, 366,97% a mais do que a média da década de 1980. Nesse mesmo período, a média de segurados variou apenas 12,20%, o que se configurou em tendência oposta à década anterior, isto é, houve um crescimento maior de registros de doenças ocupacionais em relação ao crescimento de número de segurados.

Tais estatísticas são compatíveis com o período de certa efervescência social dos anos 1990, que facilitava o diagnóstico, o reconhecimento e a visibilidade; foi quando se viveu o auge do fenômeno brasileiro das LER/Dort.

Na década seguinte, a tendência de queda que já vinha de 1998 continuou, e em 2001 atingiu-se o menor número de doenças relacionadas ao trabalho registradas nesse período (18.487).

Nos anos seguintes, até o ano 2006, observam-se oscilações, com tendência ligeiramente crescente. No ano de 2006, o número de doenças ocupacionais registrado foi de 30.170.

A partir de 2007, a introdução do critério epidemiológico adotado pela Previdência Social no reconhecimento dos eventos relacionados ao trabalho, o chamado nexó técnico epidemiológico⁴⁴ (BRASIL, 2006), resultou no surgimento, nas estatísticas oficiais, dos

⁴⁴ O nexó técnico epidemiológico foi um critério adicional para o estabelecimento do nexó causal entre uma doença e o trabalho, introduzido em 2006, pela Lei nº 11.430, de 26/12/2006, que alterou a Lei nº 8.213/91.

eventos ocupacionais sem CAT emitida, o que não era admitido antes. Embora nesse ano, observe-se que tenha ocorrido um crescimento de 28,75% do total de agravos ocupacionais registrados, esse aumento ocorreu predominantemente em decorrência daqueles eventos sem CAT emitida. O número de doenças ocupacionais com CAT emitida foi de 22.374, mas o registro de agravos ocupacionais, entre acidentes e doenças, sem a emissão da CAT, foi de 141.108. Embora não seja possível discernir qual teria sido a representatividade exata das doenças no universo do total dos agravos ocupacionais sem CAT, estima-se que um significativo percentual de doenças tenha sido desvelado com o critério do nexo técnico epidemiológico.

De 2007 a 2013, houve uma diminuição de 31,95% no registro de doenças ocupacionais com CAT registrada, sendo que o maior número registrado foi em 2007 (22.374) e o menor em 2013 (15.226), em contraposição ao aumento de 30,16% do número de segurados nesse mesmo período, que foi de 37.607.430 para 48.948.533. O número de eventos ocupacionais sem CAT (acidentes e doenças) apresentou uma tendência inicial de crescimento, alcançando o número máximo na série histórica um ano depois de sua implementação (204.957), para depois apresentar uma tendência de queda. Esse cenário sugere que nesse período o ocultamento das doenças ocupacionais pelas empresas se aprofundou e a implementação do critério epidemiológico, embora tenha minimizado esse ocultamento, o fez em pequena escala.

Os números podem ser visualizados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Número de AT, segundo espécie e emissão de CAT no Brasil, 1970 a 2013.

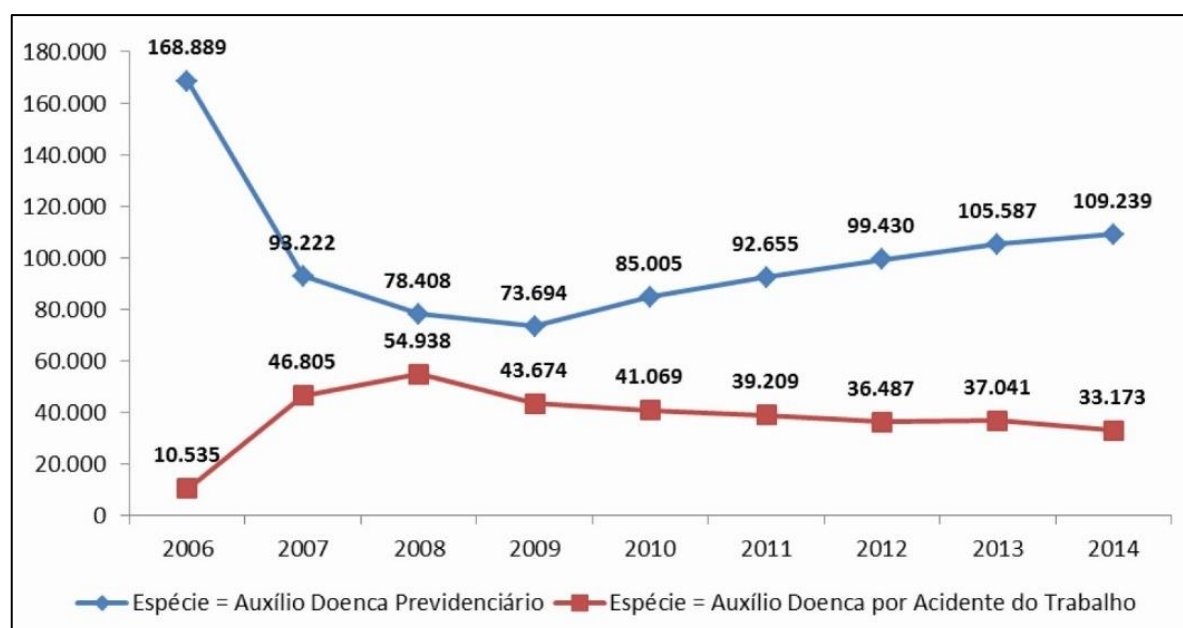
ANO	TRABA- LHADO- RES	EVO- LUÇÃO [%]	QUANTIDADE DE ACIDENTES TRABALHO				EVO- LUÇÃO [%]	
			Com CAT			Sem CAT		Total AT
			Típico	Trajeto	Doença			
1970	7.284.022	--	1.199.672	14.502	5.937		1.220.111	--
1971	7.553.472	3,70	1.308.335	18.138	4.050		1.330.523	9,05
1972	8.148.987	7,88	1.479.318	23.389	2.016		1.504.723	13,09
1973	10.956.956	34,46	1.602.517	28.395	1.784		1.632.696	8,50
1974	11.537.024	5,29	1.756.649	38.273	1.839		1.796.761	10,05
1975	12.996.796	12,65	1.869.689	44.307	2.191		1.916.187	6,65
1976	14.945.489	14,99	1.692.833	48.394	2.598		1.743.825	- 9,00
1977	16.589.605	11,00	1.562.957	48.780	3.013		1.614.750	- 7,40
1978	16.638.799	0,30	1.497.934	48.511	5.016		1.551.461	- 3,92
1979	17.637.127	6,00	1.388.525	52.279	3.823		1.444.627	- 6,89
Média 70s	12.428.828	--	1.535.843	36.497	3.227		1.575.566	--
1980	18.686.355	5,95	1.404.531	55.967	3.713		1.464.211	1,36
1981	19.188.536	2,69	1.215.539	51.722	3.204		1.270.465	-13,23
1982	19.476.362	1,50	1.117.832	57.874	2.766		1.178.472	- 7,24
1983	19.671.128	1,00	943.110	56.989	3.016		1.003.115	-14,88
1984	19.673.915	0,01	901.238	57.054	3.233		961.575	- 4,14
1985	21.151.994	7,51	1.010.340	63.515	4.006		1.077.861	12,09
1986	22.163.827	4,78	1.129.152	72.693	6.014		1.207.859	12,06
1987	22.617.787	2,05	1.065.912	64.830	6.382		1.137.124	- 5,86
1988	23.661.579	4,61	926.354	60.202	5.025		991.581	-12,80
1989	24.486.553	3,49	825.081	58.524	4.838		888.443	-10,40
Média 80s	21.077.804	69,59	1.053.909	59.937	4.220		1.118.071	-29,04
1990	23.198.656	-5,26	632.012	56.343	5.217		693.572	-21,93
1991	23.004.264	-0,84	579.362	46.679	6.281		632.322	- 8,83
1992	22.272.843	-3,18	490.916	33.299	8.299		532.514	-15,78
1993	23.165.027	4,01	374.167	22.709	15.417		412.293	-22,58
1994 *	23.667.241	2,17	350.210	22.824	15.270		388.304	- 5,82
1995 **	23.755.736	0,37	374.700	28.791	20.646		424.137	9,23
1996	23.830.312	0,31	325.870	34.696	34.889		395.455	- 6,76
1997	24.104.428	1,15	347.482	37.213	36.648		421.343	6,55
1998	24.491.635	1,61	347.738	36.114	30.489		414.341	- 1,66
1999	24.993.265	2,05	326.404	37.513	23.903		387.820	- 6,40
Média 90s	23.648.341	12,20	414.886	35.618	19.706		470.210	-57,94
2000	26.228.629	4,94	304.963	39.300	19.605		363.868	- 6,18
2001	27.189.614	3,66	282.965	38.799	18.487		340.251	- 6,49
2002	28.683.913	5,50	323.879	46.881	22.311		393.071	15,52
2003	29.544.927	3,00	325.577	49.642	23.858		399.077	1,53
2004	31.407.576	6,30	375.171	60.335	30.194		465.700	16,69
2005	33.238.617	5,83	398.613	67.971	33.096		499.680	7,30
2006	35.155.249	5,77	407.426	74.636	30.170		512.232	2,51
2007	37.607.430	6,98	417.036	79.005	22.374	141.108	659.523	28,75
2008	39.441.566	4,88	441.925	88.742	20.356	204.957	755.980	14,63
2009	41.207.546	4,48	424.498	90.180	19.570	199.117	733.365	- 2,99
Méd.2000s	32.970.507	39,42	370.205	63.549	24.002	181.727	512.275	8,95
2010	44.068.355	6,94	417.295	95.321	17.177	179.681	709.474	- 3,26
2011	46.310.631	5,09	426.153	100.897	16.839	176.740	720.629	1,57
2012	47.458.712	2,48	426.284	103.040	16.898	167.762	713.984	- 0,92
2013	48.948.433	3,14	432.254	111.601	15.226	158.830	717.911	0,55
Média 10s	46.696.533	41,63	425.497	102.715	16.535	170.753	715.500	39,67
TOTAL	--	--	35.450.418	2.366.869	577.684	1.228.195	39.623.216	--
Média Geral	24.728.203	--	805.691	53.792	13.129	175.456	900.528	--

Fonte: MTE/RAIS, MPS/AEPS. * Dados parciais faltando CE out a dez, RS abr. a dez, DF jun a dez, AC e RO jan a dez

** Dados parciais faltando MA ago a dez, RS jan a dez e DF ago a dez

Em relação às afecções musculoesqueléticas ocupacionais, grande parte incluídas nas LER/Dort, junto com os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho, tiveram especial visibilidade estatística, por ocasião do advento da implantação do nexa técnico epidemiológico no processo de reconhecimento de doenças ocupacionais por parte do INSS. A figura 1 mostra a curva de benefícios acidentários concedidos a segurados que tinham afecções musculoesqueléticas compatíveis com LER/Dort. De 2006, quando foram concedidos 10.535 benefícios acidentários a esse grupo de doenças, houve um salto para 54.938 em 2008, o que significou uma diferença positiva de 421,48% nesse período, interpretada como um desvelamento dos casos anteriormente ocultos pela obrigatoriedade da emissão de CAT. Proporcionalmente ao total de benefícios nesse mesmo período, os acidentários representavam 5,87% em 2006 (10.535 em relação ao total de 179.424). Após atingir a maior proporção em relação ao total de benefícios em 2008 (37,21%, 54.938 no total de 133.346), ano a ano a relação entre os acidentários e o total vem diminuindo, até que em 2014, atingiu 23,29% (33.173 em 142.412).

Figura 1 – Evolução do número de concessões de auxílios-doença (B31 e B91) vinculados às afecções associadas às LER/Dort, no período de 2006 a 2014.



Fonte: Primeiro Boletim Quadrimestral sobre Benefício por Incapacidade, 2016. A concessão de auxílio-doença relacionado a LER/Dort nos anos 2006 a 2014 (BRASIL, 2016).

Como nunca se dispôs da informação de quantos requerimentos foram feitos pelos segurados, qual porcentagem foi indeferida, seja como benefício acidentário seja como não-acidentário, e qual proporção dos casos de nexa causal presumidos foram revertidos, a análise possível é superficial. Teria sido de fundamental importância que a Previdência Social tivesse criado um sistema de administração e avaliação do processo de concessão de benefícios e de implementação do NTEP para que necessários ajustes fossem realizados de forma sistemática.

Houve uma iniciativa nesse sentido por parte do Ministério da Previdência Social, que criou uma Comissão Permanente Interministerial com duas finalidades: implementar o

NTEP e acompanhar, avaliar e propor ajustes no NTEP (BRASIL, 2007 a)⁴⁵. Essa comissão reuniu-se algumas vezes, mas embora solicitadas, informações fundamentais para que se pudesse efetivar o acompanhamento da implementação do NTEP nunca foram disponibilizadas pela Previdência. Eram elas: número de requerimentos de benefícios por existência de agravos, número de requerimentos deferidos, porcentagem dos benefícios acidentários e não-acidentários concedidos, porcentagem de casos de NTEP descaracterizados pela perícia do INSS, teor das justificativas usadas pela perícia, número de casos de recursos por empresas, mensalmente e por agência previdenciária.

Situação similar, de falta de transparência, é relatada por LIPPEL e LEFEBVRE (2014), no Québec, Canadá, em relação aos eventos e benefícios ocupacionais daquela província, referentes ao período de 2003 a 2011. Segundo as estatísticas da Comissão de Saúde e da Segurança do Trabalho (*Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail*) o número de doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho diminuiu de 2003 a 2011, a porcentagem de doenças indenizadas diminuiu em 53% nesse período e a relação acidente/doença aumentou de 5:1 para 9:1 (LIPPEL e LEFEBVRE, 2014, p. 2). As autoras informam também que não se dispõe da taxa de indeferimentos, de forma que não se sabe se a diminuição de registros de doenças musculoesqueléticas se deve a melhorias das condições de trabalho ou a um aumento da taxa de indeferimento de benefícios acidentários.

A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE 2013), de base domiciliar, mostrou que em 2013, ano em que foi realizada, 3.568.095 responderam ter tido diagnóstico de LER/Dort feito por médico. Esse número representava naquele ano 2,44% do total das pessoas estimadas pela pesquisa. A comparação entre os números referentes a acidentes do trabalho da referida pesquisa aponta números de quase 7 vezes os da Previdência, reforçando a tese do ocultamento de agravos relacionados ao trabalho (MAIA e col., 2013). Por outro lado, evidenciou as dimensões ainda significativas das LER/Dort nesta década.

3. O DIAGNÓSTICO DE LER/DORT: CONHECER O TRABALHO

O diagnóstico de LER/Dort, que consiste em estabelecer uma associação entre afecções musculoesqueléticas e de sistema nervoso periférico com as condições e organização do trabalho, exige o conhecimento e a análise da atividade de trabalho. E qual trabalho deve ser analisado?

Na década de 1970/ 1980, ergonomistas franceses estabeleceram diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Em artigo amplamente divulgado e conhecido, de DANIELLOU e col. (1989), o trabalho prescrito é definido como tarefas ou procedimentos, com variados graus de detalhamento, a serem seguidos pelos trabalhadores. Neles estão compreendidos a maneira de utilizar equipamentos, ferramentas e máquinas, o tempo adequado a cada operação e o modo

⁴⁵ A Comissão Permanente tinha representantes do Ministério da Previdência Social, do Ministério da Saúde, do então denominado Ministério do Trabalho e Emprego, do Instituto Nacional de Seguro Social e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV).

de realizá-la. O trabalhador deve seguir cada determinação da maneira prescrita como uma receita de bolo.

No entanto, o trabalho como ele acontece, isto é, o trabalho real, decorre de maneira diversa. Não ocorre dentro de um laboratório com todas as condições controladas. O trabalhador cria estratégias para conseguir atingir o exigido da melhor forma, improvisa para driblar as intercorrências, as dificuldades e os percalços, mesmo quando está inserido em uma linha rígida em procedimentos e tempos, como linhas de montagem.

Os autores ainda explanaram e discutiram as consequências desse trabalho real.

Do ponto de vista físico, incontáveis elementos contribuem para um aumento das exigências e da carga, mesmo em trabalho considerado leve, como por exemplo, linhas de montagem de peças de pouco peso. Cada uma das condições impõe custos ao corpo humano; a exigência de movimentos rápidos, repetitivos, continuados, envolvendo diferentes segmentos do corpo, em geral, articulações dos membros superiores, tronco e pescoço; a necessidade de manter postura numa determinada forma para poder executar a atividade; a iluminação, móveis, equipamentos e máquinas mal colocados, que obrigam a determinadas inclinações do corpo e a posicionamentos físicos por tempo prolongado. Esse conjunto, aliado à ausência ou insuficiência de pausas, contribui para a fadiga e desgaste de várias estruturas, como articulações, tendões, sinóvias, bursas, grupos musculares, sistema visual.

E do ponto de vista mental, a repetitividade monótona de movimentos mascara a intensa atividade invisível, de contínua fixação visual para averiguação de cores, formas, eventuais irregularidades, memorização de posições, tomada de micro-decisões, regulações de tempos, movimentos, força e pressão localizadas, etc.

Os sintomas são dores em diferentes regiões do corpo, com expressões clínicas variadas como se pode verificar nas já citadas extensas listas oficiais das afecções enquadradas com LER/Dort, além das afecções de coluna, esgotamento físico e mental.

LAVILLE (1977), em linguagem simples, fornece importantes elementos e técnicas da ergonomia, que podem ser utilizadas na análise da atividade de trabalho.

Três normas técnicas serão consideradas neste quesito, quais sejam, a NR 17 do Ministério do Trabalho (BRASIL, 1990), a Instrução Normativa 98/2003 do INSS (BRASIL, 2003a) e o Protocolo de dor relacionada ao trabalho: LER/Dort do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), estas últimas específicas para as LER/Dort.

A NR 17 estabelece (BRASIL, 1990):

[...] parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. (17.1.), conceito adaptado de WISNER (1987).

No “Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora nº 17”, publicado pelo então

Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, 2002), constam detalhamentos de cada item da referida norma. Uma das questões levantadas nessa publicação é a opção pela análise da atividade de trabalho que faça um cotejamento das condições reais com linhas norteadoras das características humanas e não por meio de parâmetros numéricos. Eis um trecho elucidador do referido Manual:

Algumas características psicofisiológicas do ser humano:

- prefere escolher livremente sua postura, dependendo das exigências da tarefa e do estado de seu meio interno;
- prefere utilizar alternadamente toda a musculatura corporal e não apenas determinados segmentos corporais;
- tolera mal tarefas fragmentadas com tempo exíguo para execução e, pior ainda, quando esse tempo é imposto por uma máquina, pela gerência, pelos clientes ou colegas de trabalho, ou seja, prefere impor sua própria cadência ao trabalho;
- é compelido a acelerar sua cadência quando estimulado pecuniariamente ou por outros meios, não levando em conta os limites de resistência de seu sistema musculoesquelético;
- sente-se bem quando solicitado a resolver problemas ligados à execução das tarefas, logo, não pode ser encarado como uma mera máquina, mas sim como um ser que pensa e age;
- tem capacidades sensitivas e motoras que funcionam dentro de certos limites, que variam de um indivíduo a outro e ao longo do tempo para um mesmo indivíduo;
- suas capacidades sensorimotoras modificam-se com o processo de envelhecimento, mas perdas eventuais são amplamente compensadas por melhores estratégias de percepção e resolução de problemas desde que possa acumular e trocar experiência;
- organiza-se coletivamente para gerenciar a carga de trabalho, ou seja, nas atividades humanas a cooperação tem um papel importante, muito mais que a competitividade. (BRASIL, 2002, p. 12-13)

Utilizando o conceito de conforto, o manual mostra outra característica imprescindível da análise da atividade de trabalho, que se queria destacar na época em que foi publicada, qual seja, a participação ativa dos trabalhadores na avaliação e transformação das suas condições de trabalho. Como dizer se uma situação é confortável se não se perguntar ao trabalhador? Como compreender as mudanças necessárias, se não lhe pedir opinião sobre necessidades e melhorias?

A NR 17 também se refere a condições mínimas necessárias para o levantamento, transporte e descarga individual de materiais, sobre mobiliário dos postos de trabalho e a relação do trabalhador, sobre equipamentos de trabalho, sobre as condições ambientais e sobre a organização do trabalho. A organização do trabalho foi resumida na NR 17 em 6 itens: a) normas de produção; b) o modo operatório; c) a exigência de tempo; d) a determinação do conteúdo de tempo; e) o ritmo de trabalho; f) o conteúdo das tarefas. Esses itens abrangem

aspectos essenciais de uma análise da atividade de trabalho e das tarefas para realizá-la, incluindo os gestos, o raciocínio, o esforço, a necessidade de fixação da visão em determinado ponto, entre tantas outras questões.

Deve-se destacar as diferenças e semelhanças de abordagem que deve ter um auditor fiscal, um membro da vigilância sanitária do SUS, um engenheiro da empresa ou um perito da Justiça do Trabalho.

Os objetivos da avaliação desses profissionais são diversos e na Justiça do Trabalho o uso de preceitos da ergonomia teria a finalidade de fazer o leitor adentrar pelo trabalho do reclamante, analisando os recursos e mobilizações físicas e psíquicas necessárias para a execução da atividade real, tentando encontrar possíveis associações com o quadro clínico apresentado.

As normas do INSS e do Ministério da Saúde classificaram os grupos de fatores de risco para a ocorrência de LER/Dort.

São lembrados aqueles relacionados ao grau de adequação do posto de trabalho, à zona de atenção e visão, chamando-se a atenção para o fato de que determinadas dimensões e disposições físicas de máquinas e equipamentos, luminosidade ambiental e da zona de operação, ou o formato do produto manipulado podem exigir dos trabalhadores a adoção de posturas ou métodos de trabalho adoecedores ou agravantes de doenças. Além desses aspectos, frequentemente, os trabalhadores se deparam procedimentos prescritos, que, se seguidos à risca não permitiriam a realização das tarefas e da atividade de trabalho.

Outro grupo de fatores de risco listados pelas normas se referem à existência de vibrações, pressões localizadas e temperaturas adversas, que mudam a relação física do trabalhador com o seu trabalho.

Adicionam-se ainda, as posturas inadequadas por tempo prolongado, seja porque o trabalhador tem que manter seus membros superiores em determinada posição, vencendo a força da gravidade e impondo uma carga estática em sua coluna e pescoço, seja porque deve realizar movimentos repetitivos de abertura e fechamento dos membros superiores em seus diferentes segmentos, além da tensão colocada em cada gesto, que raramente se limita a uma determinada parte do corpo, da concentração exigida, do significado subjetivo e das repercussões objetivas do alcance ou não das metas estipuladas.

Os ingredientes se misturam e em determinados momentos alguns têm mais peso do que em outros.

A análise da atividade de trabalho tem importância fundamental para que a perícia possa responder a duas questões: A doença apresentada pelo reclamante tem relação com a atividade de trabalho praticada na reclamada? O reclamante tem incapacidade laboral?

A análise ergonômica do trabalho (AET), preconizada na NR 17, que atualmente é compreendida de diferentes maneiras por empresas e profissionais, é explicada por FERREIRA (2015), que lembra as suas cinco características, inicialmente concebidas por

ergonomistas, na década de 1970, do então Laboratório de Fisiologia do Trabalho e Ergonomia do Conservatório Nacional de Artes e Ofício (CNAM), de Paris:

- a) A análise da atividade de trabalho não se equipara à análise de tarefas, pois é preciso analisar os vários aspectos envolvidos, de forma integrada; não se pode pretender analisar partes de um todo que assim deve ser compreendido.
- b) O objetivo da AET é a melhoria das condições de trabalho; no caso da perícia judicial, são dois os principais objetivos da AET:
 - b.1.) compreender o trabalho, suas exigências físicas e psíquicas ao longo do tempo, incluindo o contexto socioeconômico, para se cotejar com a história clínica e achados clínicos e assim procurar estabelecer uma associação causal;
 - b.2.) compreender o trabalho, para que se possa avaliar a funcionalidade da pessoa em função das exigências físicas e psíquicas laborais. Adicionalmente, como o laudo pericial faz parte de um processo público, a AET realizada pode ser útil para órgãos de vigilância e fiscalização das condições de trabalho, contemplando o propósito principal dos ergonomistas franceses da década de 1970, que era de melhorar as condições de trabalho e não da produtividade ou da qualidade do produto ou serviço.
- c) A observação como técnica principal, isto é, observar em tempo real o que e como fazem os trabalhadores no seu cotidiano, para dar conta do trabalho. Para saber porque fazem de uma determinada maneira e não de outra, é preciso perguntar a eles. Assim, a observação, mesmo a mais cuidadosa e detalhista, não pode prescindir da conversa com o trabalhador, para conhecer as maneiras por ele encontradas de modo a facilitar o seu desempenho. No caso das perícias judiciais, duas ressalvas devem ser feitas:
 - c.1) como o processo judicial tem uma tramitação longa, é possível que as condições de trabalho tenham se alterado ao longo do tempo. Assim, caso isso tenha acontecido, mais do que nunca, é preciso se valer da anamnese ocupacional, que consiste em perguntar detalhadamente ao trabalhador o que fazia, como fazia e por que fazia de determinada maneira, quantos fazia, em quanto tempo fazia, o que acontecia se não fizesse, e assim por diante. A anamnese ocupacional é central no processo de coleta de informações na avaliação pericial;
 - c.2) também é possível reconstituir o processo de trabalho, por meio de depoimentos, seja do reclamante, seja de outros trabalhadores da empresa, por meio da análise de documentos da época de diferentes fontes.
- d) A atividade é o conceito central, isto é, o trabalho real, o trabalho vivo, como ele realmente acontecia, em contraposição ao trabalho prescrito, trabalho morto, as tarefas, isto é, o que estava escrito, mas não acontecia

daquela forma. A ideia é que, se o trabalhador se restringisse ao que estivesse prescrito, ele não conseguiria dar conta do seu trabalho. A realidade é muito mais complexa e repleta de intercorrências do que está prescrito e previsto.

- e) Toda atividade de trabalho envolve as esferas física e psíquica, que devem ser pensadas e avaliadas integradamente.

4. ADOECIMENTO, NEXO CAUSAL PRESUMÍVEL E A ABORDAGEM LEGAL

A Constituição Federal assegura no inciso XXVIII do artigo 7º o direito aos benefícios do seguro contra acidentes do trabalho e adicionalmente a responsabilidade civil do empregador, quando cabível (BRASIL, 1988).

O reconhecimento de um acidente ou doença ocupacional é a condição necessária e suficiente para que seja concedido o auxílio-doença de espécie acidentária, em caso de incapacidade temporária; de auxílio-acidente, em caso de sequelas por acidentes quaisquer ou doenças ocupacionais; de aposentadoria por invalidez acidentária, no caso de impossibilidade total e permanente de continuar a trabalhar; e a pensão por morte por acidente de trabalho aos familiares, no caso de morte do segurado.

A lei previdenciária (BRASIL, 1991) garante também a manutenção do recolhimento do fundo de garantia durante o tempo de afastamento do trabalho e a estabilidade de 12 meses após retorno de um afastamento.

Na Justiça do Trabalho, também a existência de agravo à saúde e o estabelecimento do nexo causal são primordiais para que se entre no mérito da existência do dano moral ou material.

4.1. O Adoecimento

A desigualdade do modo de viver, adoecer e morrer das pessoas das diferentes classes sociais e a sua naturalização são históricas, como visto no capítulo 2 desta tese.

Mesmo considerando que é impossível isolar o indivíduo de seu meio e dos determinantes sociais, neste tópico a abordagem será voltada para a compreensão das formas de adoecimento nos níveis microscópicos e individuais, e para isso, serão utilizados exemplos que tentarão elucidar algumas questões que podem ser aplicadas à relação saúde e trabalho.

A primeira questão a ser destacada é a visibilidade e fácil percepção do adoecimento em nível individual.

Há adoecimentos facilmente perceptíveis, com alteração física visível. É o caso de uma icterícia, visível no amarelamento da pele e das mucosas, decorrente do aumento de bilirrubinas no sangue. As bilirrubinas, pigmentos da bile, chamadas indiretas, decorrem da destruição de células do sangue, as hemácias, pelo baço. Normalmente, essas bilirrubinas

indiretas são levadas do baço para o fígado, que as transforma em bilirrubinas diretas, que por sua vez são captadas por um ducto chamado colédoco, participando da digestão, sendo eliminadas pelas fezes.

Um simples exame laboratorial revela se esse aumento ocorre às custas da bilirrubina direta ou indireta, e dependendo do resultado, consegue-se detectar em qual trecho do percurso fisiológico da bilirrubina está o problema.

Se a bilirrubina direta for a causa da icterícia, é indicativo de que o fígado não está conseguindo eliminá-la, o que faria pensar em obstrução do colédoco, que é o ducto que transporta a bile, que contém, bilirrubina direta. Essa obstrução poderia ser causada, por exemplo, pela existência de cálculo ou neoplasia ou mesmo por edema das vias biliares intra-hepáticas.

Se a icterícia for decorrente do aumento da bilirrubina indireta, o problema pode ser por excesso de destruição de células do sangue ou problema no fígado, que não consegue transformar a bilirrubina indireta em direta.

Esse é o início de uma investigação, que requer raciocínio clínico, mas tem métodos e procedimentos definidos. O adoecimento é visível e mensurável.

Mas não importa apenas saber o que acontece com o tecido do fígado microscopicamente. É preciso compreender porque essas alterações se processaram em um determinado paciente. Assim, paralelamente se faz uma investigação em que se leva em conta o gênero, a idade, o perfil de doenças existentes na família, informações relacionadas ao consumo de bebida alcoólica, ao tabagismo, à prática sexual, a viagens para regiões em que haja endemias ou epidemias de determinadas doenças que possam causar icterícia, a eventuais cirurgias, transfusões, uso de drogas, tatuagens, renda familiar, local de moradia, condições de vida em geral e atividade laboral com exposição a substâncias químicas. É inegável assim, que uma investigação clínica adequada necessariamente inclui aspectos dos determinantes sociais, que devem ser analisados de forma integrada às características clínicas das alterações, entre as quais, início abrupto ou insidioso, duração, existência ou não de outros sintomas ou sinais, exame físico e exames complementares.

Por outro lado, há formas de adoecimento, cuja investigação parte de outros pressupostos, nos quais dados de exame físico e exames complementares pouco contribuem com a investigação clínica. É o caso das doenças psíquicas. Mas também neste caso, é preciso explorar as outras esferas que não as relacionadas exclusivamente ao indivíduo. É preciso investigar situações exteriores à pessoa, como por exemplo, exposição a solventes, metais pesados e outras substâncias químicas que podem causar quadros de adoecimento psíquico, com íntima relação com a inserção social. Outras situações, que atingem trabalhadores de várias formações e níveis sociais se referem a questões organizacionais e de gestão do trabalho, redundando não só em acidentes, mas a doenças menos visíveis.

Destaque-se que as LER/Dort incluem tanto quadros visíveis como silenciosos em

exames complementares. Atingiram e atingem pessoas de linhas de produção industrial com aquelas que trabalham em escritórios luxuosos.

Uma outra classificação possível do adoecimento é relacionada aos determinantes que contribuem para a sua ocorrência.

Há um tipo de adoecimento, em que há um agente causador, cuja presença é necessária, embora condições individuais e ambientais interfiram sempre na possibilidade de ocorrência de uma alteração clínica, na gravidade e nas repercussões. No caso das doenças infecciosas, o estado mórbido é o resultado negativo para o paciente, da interação entre as diferentes capacidades de causar adoecimentos dos incontáveis fungos, bactérias, vírus, protozoários, ácaros, em contraposição a condições de uma pessoa de utilizar seu arsenal de defesa para combatê-los.

Essas doenças infecciosas podem ser comparadas com algumas doenças tipicamente advindas do trabalho. Trata-se do processo de instalação das chamadas doenças profissionais, nas quais há um agente necessário, embora nem sempre suficiente, para que ocorra o adoecimento.

Exemplo típico de doenças profissionais, são as pneumoconioses, que atingem os pulmões e são causadas por diferentes poeiras, entre as quais, a sílica livre, fibras de asbesto ou amianto e óxido de ferro, que causam silicose, asbestose e siderose, respectivamente.

Para que a pneumoconiose se instale é preciso que a poeira seja inalada e atinja as vias respiratórias inferiores, e isso só acontece se houver uma certa quantidade, que supere os mecanismos fisiológicos de depuração ou exclusão, e as partículas tiverem a mediana do diâmetro aerodinâmico inferior a 10 micrômetros (10^{-6} m). As partículas maiores são retidas nas vias aéreas superiores, não causando problemas para os pulmões. A fração respirável, contato com pequenos vasos sanguíneos, capilares, o que facilita a troca gasosa, na qual o alvéolo fornece oxigênio da inspiração ao sangue, e este expelle dióxido de carbono e outros gases tóxicos, que são expelidos na expiração. A penetração das micropartículas dá início ao processo inflamatório e nos casos de manutenção crônica à exposição das poeiras, de forma que supere a capacidade de defesa do organismo. As alterações prosperam de forma tal, que em estado avançado, diminuem a capacidade pulmonar, chegando a causar a insuficiência respiratória. Essa é a chamada fisiopatologia desse tipo de adoecimento.

Entre os vários processos produtivos que utilizam esses agentes causadores de doenças pulmonares, secularmente conhecidas, estão a “mineração e transformação de minerais em geral, metalurgia, cerâmica, vidros, construção civil (fabricação de materiais construtivos e operações de construção), agricultura e indústria da madeira (poeiras orgânicas), entre outros” (BRASIL, 2006a).

É sempre importante lembrar que só tem pneumoconiose quem se expõe por determinado tempo a certas quantidades de poeiras no ambiente do trabalho, condição não voluntária, mas decorrente da inserção social e econômica do trabalhador. Pessoas que

trabalham em áreas administrativas ou de serviços em geral, sem contato com as poeiras, nunca desenvolverão pneumoconioses, consideradas sempre ocupacionais.

A outra forma de adoecimento é aquela na qual vários elementos concorrem para a sua ocorrência. Representantes dessa forma de adoecimento são de alta prevalência no Brasil, como o diabetes, hipertensão arterial e doenças isquêmicas, que têm em sua etiologia várias condições, entre as quais hereditariedade, maus hábitos alimentares, sedentarismo, sobrepeso e obesidade. Mesmo na existência de componente genético, a prevenção ou o retardo ou a amenização da manifestação da doença pode se dar pelo controle dos outros aspectos.

As tendinites e tenossinovites, bursites, síndromes do túnel do carpo, para citar algumas das afecções musculoesqueléticas mais conhecidas, quando relacionadas a determinadas condições de trabalho, são consideradas relacionadas ao trabalho, como no caso das LER/Dort.

Descartada qualquer influência do trabalho na ocorrência, no agravamento ou no adiantamento das manifestações clínicas, uma tendinite ou quadro similar não é enquadrada como LER/Dort.

Portanto, as afecções musculoesqueléticas podem ou não ser associadas ao trabalho. No entanto, a entidade LER/Dort, que pode ter uma ou inúmeras afecções musculoesqueléticas, é relacionada ao trabalho, por definição (KUORINKA e FORCIER, 1995).

O adoecimento por LER/Dort assim, atinge inúmeras categorias de trabalhadores, com níveis diversificados de escolaridade, cursa com maior ou menor visibilidade no exame físico ou complementar, com altas taxas de incapacidade laboral e cronicidade.

4.2. Nexo Causal

Na infortunística, o nexu causal constitui a relação de causa e efeito entre o evento danoso e o desempenho do labor (REBOUCAS, sd), não se exigindo prova de certeza, basta ao juízo de admissibilidade (REBOUCAS, sd; MONTEIRO e BERTAGNI, 2005). SILVA (2010, p. 12), após fazer várias considerações sobre nexu causal, pondera que:

[...] o Direito, assim como a Medicina, não se trata de uma ciência exata e por isso não se pode exigir com certeza absoluta sobre a contribuição da causa laborativa para o aparecimento da doença ocupacional.

NASCIMENTO (1983, p. 69) faz uma observação de que “a própria expressão usada – acidente do trabalho – tem conotação etiológica indicativa, no sentido de ocorrência acidentária por motivo de exercício do trabalho.”

Esse entendimento de presunção da causalidade é antigo em outros países, como a França, país onde esse conceito tem origem no direito comum da responsabilidade civil e foi incorporado na lei de 9 de abril de 1898, que criou um regime especial de indenização das vítimas de acidentes do trabalho (GODARD, 1973). Esse autor diz que a presumibilidade tem

fundamento em diversos mecanismos indutivos, cuja conjugação permite assumir que todo acidente ou toda lesão ocorrida no trabalho é presumivelmente um acidente do trabalho e tem uma relação com a imputabilidade, isto é, com a responsabilidade sobre o ocorrido. Cita várias jurisprudências nesse sentido desde o início do século XX.

Nos Estados Unidos, LADOU e col. (1980) relataram que na década de 1970, os sistemas de compensação de alguns estados haviam incluído as LER/Dort dentre as doenças passíveis de indenização. Os autores avaliaram abordagens legais de reestruturação do sistema, dentre elas, a da presunção de causalidade.

4.3. Nexo Causal e Nexo Etiológico, Presunção do Nexo Causal

A palavra etiologia vem do grego e tem o significado de estudo da origem, das causas, sendo utilizado em diversos ramos do conhecimento. Na medicina é consagrado o uso da palavra no sentido de estudo ou investigação da causa. Comporta os casos em que há uma causa necessária, embora não suficiente, como é o caso das doenças infecciosas e também os casos de causas múltiplas, isto é, de etiologia múltipla como o diabetes (BRASIL, 2001b, p. 28; BRASIL, 2001c).

Na infortunística, por outro lado, REBOUÇAS (sd), MONTEIRO e BERTAGNI (2005) e SILVA (2014) diferenciam o nexo causal do nexo etiológico, entendendo que este último incluiria estritamente as causas laborais, enquanto que o nexo causal abrange a concausa e o agravamento, isto é, concorrem, junto com o trabalho, outros fatores não ocupacionais para o estabelecimento do nexo causal da eclosão de um quadro clínico ou da incapacidade.

Nesse sentido, SILVA (2010) explicita que:

[...] para a caracterização da doença ocupacional, não há necessidade de que se descubra a verdadeira causa da doença, bastando que haja uma relação de causalidade – ainda que não seja única – entre a doença e o trabalho.

O que esse autor explicita é que mesmo se desconhecendo exatamente qual ou quais elementos concorrem para um determinado adoecimento, pode-se estabelecer o nexo causal pela presunção.

Paralelo dessa afirmação poderia ser feito com o conhecido caso do médico escocês, James Lind, que servia na marinha britânica e a quem foi atribuída uma façanha na época das grandes expansões marítimas.

Esse médico, em um experimento no qual dividiu marinheiros em dois grupos, fornecendo a um deles frutas frescas e a outro, a alimentação convencional da época nas grandes viagens, descobriu que uma dose de laranja e limão curava uma das doenças mais temidas no século XVIII. Essa doença era o escorbuto e o ano da descoberta foi 1747.

Tripulações dos navios em viagem longas sucumbiam por essa doença, que causava sangramento e inflamação gengival, queda dos dentes, edema, cicatrização lenta dos

ferimentos, lesões purulentas da pele, entre outras manifestações.

Os marinheiros passaram a receber uma dose de limão ou lima nas viagens que faziam, somente em 1795, por decisão da Marinha britânica.

A vitamina C, cuja deficiência produz o escorbuto, só foi descoberta no século XX.

Assim, poder-se-ia dizer que o nexo causal entre o escorbuto com o trabalho, no caso, as viagens longas e privação de alimentos frescos, foi descoberto no século XVIII, mas o nexo etiológico, entre a deficiência de vitamina C e o escorbuto, somente no século XX.

Assim, segundo REBOUÇAS (sd), MONTEIRO e BERTAGNI (2005) e SILVA (2014), o sentido do nexo causal (com o trabalho), segundo os autores citados, é mais amplo e presumível.

O inciso do artigo 5º da Resolução CREMESP 76/96 (CREMESP, 1996), sobre esses termos, considera “nexo causal” e “nexo etiológico” sinônimos, como se pode constatar a seguir:

[...] d- Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunistico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexo etiológico da doença com o trabalho. Deve ser fornecido, no ato, cópia dessa documentação, ao trabalhador

4.4. Nexo Técnico Epidemiológico, Critério Epidemiológico de Presunção de Causalidade

O nexo técnico epidemiológico (NTEP) foi instituído, inicialmente por medida provisória (BRASIL, 2006), por lei (BRASIL, 2006) e regulamentado por decreto, em 2007 (BRASIL, 2007). Segue a redação em lei:

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento. (BRASIL, 2006).

Tratou-se de uma determinação legal de se presumir causalidade entre um agravo e condições de trabalho, para fins de concessão de benefício acidentário aos segurados da Previdência Social, que tivessem determinado agravo, caracterizado pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e estivessem vinculados a empresas enquadradas em determinados códigos, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas. Essa decisão transferiu o ônus da prova ao empregador, a exemplo do que ocorreu na província do Québec, Canadá, cuja legislação inclui os problemas musculoesqueléticos secundários a movimentos repetitivos ou a pressões durante tempo prolongado desde 1981 e prevê a inversão do ônus da prova da mesma forma que no Brasil (LIPPEL e LEFEBVRE, 2014, p. 125-217).

De fundamental importância por ter propiciado a visibilidade estatística oficial às doenças ocupacionais de alta prevalência, particularmente nos primeiros anos de sua implementação, o NTEP teve fundamentos em estudos da Previdência Social, parte de um doutorado defendido na Universidade Federal de Brasília (OLIVEIRA, 2008), que, ao estudar dados referentes a benefícios acidentários e não acidentários, temporários e permanentes, concluiu que determinados grupos de doenças tinham associação estatisticamente significativa com determinadas atividades econômicas.

Um precursor do NTEP foi a norma técnica sobre LER do INSS, de 1993, na qual estava previsto o estabelecimento denexo causal entre o quadro clínico e o trabalho, pelo exercício de “atividades laborativas reconhecidamente geradoras de LER” e “atividades ocupacionais onde o registro de casos anteriores e estudo dos postos de trabalho permitem afirmar o nexocom o trabalho” (MONTEIRO, 1995, p. 302), como visto no item 2.3 do capítulo 3.

No entanto, apenas com a instituição do NTEP por lei, em face do estabelecimento do nexocausal presumido para os casos constantes na lista C do anexo II do Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999), transferiu-se, de fato, para a empresa, o ônus de provar que as condições de trabalho não propiciariam o advento do adoecimento em questão e passou-se a prescindir da emissão da CAT, até então obrigatória, razões pelas quais observou-se o aumento de 419% das doenças registradas de 2006 para 2007, já citado no item 2 deste capítulo.

4.5. Nexo Causal e Confusões Normativas

A lei previdenciária (BRASIL, 1991) trouxe o conceito de associação causal entre a lesão ou doença e o ato de trabalhar, de estar no trabalho, de estar à disposição para trabalhar ou em determinado local ou situação em função do trabalho. Observe-se texto que segue:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I – doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II – doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I – o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o

trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II – o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

I – a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

II – o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Já o decreto que regulamenta a lei previdenciária (BRASIL, 1999), detalha um pouco mais o nexa causal. Até 2007 tinha a redação que se segue, no seu artigo 337 (grifo nosso):

Art. 337. O acidente de que trata o artigo anterior será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social, que fará o reconhecimento técnico do nexa causal entre:

- I – o acidente e a lesão;
- II – a doença e o trabalho;
- III – a causa mortis e o acidente.

Verifica-se a citação do termo “nexa causal” e a adjetivação do reconhecimento técnico do mencionado nexa. O “reconhecimento técnico do nexa causal”, ao qual se referia o decreto, era o resultado da análise por parte da perícia médica, e por isso, o termo “técnico” foi

agregado.

O outro reconhecimento que o INSS fazia e faz é o resultado da análise administrativa, referente a quesitos como a condição de segurado ativo, tempo de carência, dentre outros.

Portanto, a redação do decreto diferenciava o reconhecimento técnico do nexo causal por parte da perícia médica da análise administrativa do caso.

Em 2007, o artigo 337 do decreto regulamentador da lei previdenciária sofreu uma alteração por força de um decreto (BRASIL, 2007), sem mudança do significado anterior, e assim segue até os dias atuais (grifo nosso):

Art. 337. O acidente do trabalho será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do INSS, mediante a identificação do nexo entre o trabalho e o agravo (Redação dada pelo Decreto nº 6.042, de 2007).

Textos anteriores e posteriores aos decretos de 1999 e de 2007 sempre fizeram menção e análise, à luz da legislação, ao nexo causal ou nexo de causalidade entre o trabalho e a lesão, morte ou doença (REBOUÇAS, sd; MONTEIRO e BERTAGNI, 2010; OLIVEIRA, 2010; SILVA, 2014).

No entanto, em 2008, uma instrução normativa do INSS⁴⁶ introduziu um termo estranho à legislação, o “nexo técnico previdenciário”. E mais estranho ainda, quando diz que “o nexo técnico previdenciário poderá ser de natureza causal ou não”, classificando-o em 3 espécies: “nexo técnico profissional ou do trabalho, nexo técnico por doença equiparada a acidente do trabalho ou nexo técnico individual e nexo técnico epidemiológico previdenciário.”

A publicação dessa instrução normativa suscitou à época uma notificação recomendatória do Ministério Público do Trabalho⁴⁷, para que o INSS fizesse uma revisão. Seguem trechos da notificação recomendatória:

10.1) A IN 31 comete equívoco terminológico e jurídico ao utilizar-se do termo “nexo técnico” para denominar o “nexo causal”, já consagrado pelos §§ 6º e 7º do art. 337 do Decreto 3.048/99, bem como pela melhor doutrina pátria.

Confunde a referida instrução normativa a caracterização técnica, a ser realizada pela perícia do INSS, com a própria identificação do nexo causal entre o trabalho e o agravo à saúde, consoante dispõe o caput do art. 337 do Decreto 3.048/99, *in verbis*: “O acidente do trabalho será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do INSS, mediante a identificação do nexo entre o trabalho e o agravo.”

10.2) O caput do art. 3º da IN 31, introduz de forma inovadora e antijurídica o conceito de nexo de natureza “não causal” gênero do qual seriam espécies: o nexo técnico profissional ou

⁴⁶ INSS, 2008. Instrução normativa nº 31, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário e dá outras providências. Diário Oficial da União de 11/09/2008.

⁴⁷ MPT, 2008. Notificação recomendatória nº 09/2008.

do trabalho, o nexu técnico por doença equiparada a acidente do trabalho ou nexu técnico individual e nexu técnico epidemiológico previdenciário.

A terminologia “nexu não causal”, encerra verdadeiro *contraditio in terminus*, porquanto do ponto de vista conceitual nexu é justamente a relação entre a causa e o efeito.

Verifica-se assim, que o termo “nexu técnico” em substituição ao consagrado “nexu causal” já foi contestado à época pelo Ministério Público do Trabalho.

Apesar da contradição e inconsistência apontadas pelo Ministério Público do Trabalho, publicações posteriores reforçam definições que não estão previstas na legislação, sem fundamento jurídico que pudesse eventualmente sustentar uma inovação doutrinária (FARACO, 2007; MARTINEZ, 2008; OLIVEIRA, 2011; SESI, 2011).

MARTINEZ (2008, p. 21) vai ainda adiante, em sua compreensão equivocada, dizendo que o termo “nexu causal” teria sido superado pelo nexu epidemiológico. Sem fundamento legal, esse autor ensina o contrário do que de fato se entende por nexu epidemiológico, termo que expressa apenas um dos critérios para estabelecimento do nexu causal. Entende-se por nexu causal o continente, e o nexu epidemiológico é um dos conteúdos; não o contrário.

Embora não seja o escopo desta tese, vale lembrar que dispositivos normativos infralegais, como foi a IN 31, podem se disseminar e na prática produzir efeitos indesejados e confusões, propositais ou não.

Publicação do Serviço Social da Indústria (SESI, 2011), de orientação às empresas, em sua página 13, reproduz as definições das três espécies criadas pela IN 31 de “nexu técnico profissional ou do trabalho, nexu técnico por doença equiparada a acidente do trabalho ou nexu técnico individual e nexu técnico epidemiológico previdenciário.”

Em seguida, orienta como proceder para impugnar cada uma dessas espécies de nexu técnico, ou seja, “o nexu técnico profissional ou do trabalho e o nexu técnico por doença equiparada a acidente do trabalho ou nexu técnico individual”, tendo como base a citação, sem transcrição, do artigo 126 da Lei 8.213/91. O artigo citado segue transcrito:

Art. 126. Das decisões do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS nos processos de interesse dos beneficiários e dos contribuintes da Seguridade Social caberá recurso para o Conselho de Recursos da Previdência Social, conforme dispuser o Regulamento.

No caso de nexu técnico epidemiológico, o artigo 126 referido encerra um conflito de interesses. A redação se refere aos “processos de interesses dos beneficiários e dos contribuintes da Seguridade Social”. Tanto o trabalhador como as empresas são contribuintes, mas no caso do estabelecimento do nexu causal entre um quadro clínico e o trabalho, ambos têm interesses conflitantes. Como se trata de um direito do trabalhador, como tal deveria ser abordado pela Previdência Social, com fluxo de processos administrativos nas agências do INSS de tramitação ordinária. Por outro lado, as empresas tratam o nexu causal como uma questão tributária, já que tem interferência no fator acidentário de prevenção (FAP) e elas

tendem a preferir recursos administrativos mais centralizados sobre os quais possam ter maior controle.

A lei 8.213/91, em 2006, abriu a possibilidade de recurso das empresas para contestarem o nexos causal definido apenas pelo critério epidemiológico. Não abriu essa possibilidade para contestações para os nexos causais definidos pelos critérios já existentes.

Para exemplificar, a legislação permite às empresas que contestem um caso de LER/Dort quando estabelecido pelo critério epidemiológico, mas não permite que se conteste um caso de silicose.

No entanto, a orientação do SESI citada, iguala, equivocadamente, esses dois casos no tocante ao direito de contestação por parte da empresa, fundamentada em um artigo de lei feito para garantir o direito do segurado e não da empresa.

O manual de acidente do trabalho do INSS também cria a expressão “nexo técnico previdenciário” como sinônimo do nexos causal, definindo-o como “nexo estabelecido entre o trabalho e o agravo no âmbito da Previdência Social”. (INSS, 2016, p. 12). Esse Manual cria outras entidades inexistentes na legislação, entre as quais, nexos “técnico profissional ou do trabalho, nexos técnico individual”. (INSS, 2016, p. 12).

4.6. Dor Crônica

A dor aguda é uma sensação desagradável, subjetiva por definição e já foi vivenciada por todas as pessoas. Geralmente, as causas da dor aguda são facilmente identificáveis e estão relacionadas à uma agressão, lesão ou processo patológico, com tempo limitado de duração.

É natural sentir dor quando se fratura um braço, quando se queima a pele ou quando se tem uma infecção, por exemplo. Essa dor é útil e positiva, se considerada um mecanismo de defesa do corpo humano. Se não se sentisse dor, os jogadores de futebol contundidos continuariam a jogar até lesar definitivamente um músculo ou uma articulação, por exemplo.

Sua fisiopatologia é conhecida da biomedicina e são inúmeros os recursos terapêuticos efetivos, sendo os mais tradicionalmente conhecidos, os medicamentos e a fisioterapia.

A dor crônica é uma entidade mórbida de fisiopatologia ainda não elucidada, e é causa de muito sofrimento de inúmeras pessoas, frequentemente, as incapacitando ou limitando suas capacidades. Por ser uma condição de longa duração e difícil controle, acaba impondo, aos acometidos, repercussões físicas e psicológicas, que afetam a vida familiar e até seu círculo social.

TEIXEIRA (2001) discute de forma ampla as diversas teorias sobre os mecanismos e fisiopatologia da dor crônica, identificando o envolvimento não só de estruturas orgânicas periféricas ou de sistema nervoso central, mas também de inúmeras substâncias, neurotransmissores e enzimas com ação neurológica. Entre as diversas entidades mórbidas

discutidas, uma interessa a esta tese, pois pacientes com LER/Dort com certa frequência a apresentam. Trata-se da síndrome complexa da dor regional.

Em outro artigo TEIXEIRA e col. (2001) fazem uma discussão mais específica sobre a fisiopatologia e mecanismos de perpetuação da dor crônica do sistema musculoesquelético. Uma das entidades mórbidas a ela relacionada é destacada. Trata-se da síndrome da dor miofascial, identificada em 94,5% dos pacientes com LER/Dort atendidos no Hospital das Clínicas (LIN e col., 1997). Sobre o tema da síndrome miofascial, há exposição de critérios diagnósticos e de diagnóstico diferencial no item 2.4 do capítulo 9 desta tese.

YENG e col., (2001) discutem vários aspectos relacionados às LER/Dort e discorrem sobre aspectos clínicos e fisiopatológicos de entidades mórbidas que geram quadros de dor crônica, entre as quais a síndrome de dor miofascial e síndrome fibromiálgica, incluindo as repercussões psicológicas advindas de uma condição crônica de sofrimento.

Esta tese, inclui, assim como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), entre as várias entidades mórbidas associadas às LER/Dort a síndrome da dor miofascial, a síndrome complexa de dor regional e a fibromialgia ou síndrome fibromiálgica.

5. MULTICAUSALIDADE E CONCAUSALIDADE

O conceito da multicausalidade dos adoecimentos é consolidado na medicina, pois doenças contemporâneas, altamente prevalentes na prática clínica contemporânea, têm múltiplas causas.

Assim são as neoplasias, o diabetes, a hipertensão arterial, dermatites atópicas, rinites alérgicas, entre tantas outras. Para efeitos de prevenção e tratamento, por vezes, se estabelece uma certa ordem hierárquica. O sobrepeso e a obesidade têm sido considerados fundamentais como fatores causais e agravantes do *diabetes mellitus* tipo 2, como exemplo. Assim, em um exemplo de paciente jovem, obeso, filho de pais cardíacos e diabéticos, seguir uma dieta adequada e praticar esportes são parte de uma conduta imperiosa. Espera-se com a perda de peso, melhora do condicionamento físico, prevenção de doenças cardiovasculares e de complicações metabólicas. Não é adequado considerar apenas a predisposição genética e desistir de qualquer procedimento para prevenir as doenças, ou de apenas orientar quanto ao aspecto nutricional ou apenas ao condicionamento físico. É preciso tentar controlar todas as variáveis possíveis para evitar os adoecimentos ou retardá-los ou pelo menos diminuir seus impactos sobre a qualidade de vida do paciente.

Um outro exercício da multicausalidade na medicina se dá por ocasião do preenchimento de uma declaração de óbito.

Nesse caso, exige-se uma linha de raciocínio na qual acontecimentos se sucedem levando a um desfecho final.

O exemplo 5, de publicação do Ministério da Saúde, com o objetivo de orientar os médicos no preenchimento da declaração ou atestado de óbito (BRASIL, 2001a), traz o caso

de um falecimento por choque hemorrágico devido a esmagamento de órgãos internos, causado pelo impacto de queda de árvore sobre o seu corpo. Qual é o raciocínio a ser seguido para o preenchimento da declaração de óbito? A causa da morte foi o choque hemorrágico devido a ou como consequência de esmagamento de órgãos internos, devido a ou como consequência de impacto de queda de árvore sobre o seu corpo.

Esquemáticamente pode-se resumir da seguinte maneira:

Óbito devido a → choque hemorrágico devido a → esmagamento de órgãos internos devido a → impacto de uma queda de árvore sobre o corpo.

Supondo que a queda de árvore tivesse ocorrido durante o horário de trabalho e tivesse ocorrido uma demora no atendimento a esse trabalhador. À causa estritamente laboral (acidente de trabalho – queda de árvore sobre o corpo) seria adicionada, como concausa superveniente, a demora no atendimento, que é um fator extra-laboral.

Óbito devido a → demora no atendimento + choque hemorrágico devido a → esmagamento de órgãos internos devido a → impacto de uma queda de árvore sobre o corpo.

E se o trabalhador tivesse sobrevivido e após dez dias de internação, em franca recuperação, tivesse uma infecção hospitalar com septicemia⁴⁸ e morresse? Pois bem, na declaração de óbito, seriam agregados mais alguns acontecimentos: o óbito teria decorrido de septicemia devido a ou como consequência de uma infecção pulmonar devido a ou como consequência de internação devido a ou como consequência de choque hemorrágico devido a ou como consequência de esmagamento de órgãos internos, devido a ou como consequência de impacto de queda de árvore sobre o seu corpo.

Óbito devido a → septicemia de origem em → infecção em pulmão, devido a → internação hospitalar devido a → choque hemorrágico devido a → esmagamento de órgãos internos devido a → impacto de uma queda de árvore sobre o corpo.

Do ponto de vista da infortunística, desde o Decreto-lei nº 7.036/1944 admite-se a concausa no seu artigo 3º:

Considera-se caracterizado o acidente, ainda quando não seja ele a causa única e exclusiva da morte ou da perda ou redução da capacidade do empregador, bastando que entre o evento e a morte ou incapacidade haja uma relação de causa e efeito.⁴⁹ (BRASIL, 1944).

PIRES e REBOUÇAS (1973, p. 34) afirmam que

[...] havendo a contribuição do serviço, ainda que em menor parcela, para o resultado nocivo, impõe-se o ressarcimento legal, pouco importando seja a enfermidade de natureza degenerativa ou constitucional.

Segundo OLIVEIRA (2011, p. 156),

⁴⁸ Septicemia: infecção generalizada.

⁴⁹ Essa é a redação do artigo 3º do Decreto-lei número 7.036 de 10 de novembro de 1944, que introduziu o conceito de concausalidade na legislação previdenciária.

[...] os acidentes ou as doenças ocupacionais podem decorrer de mais de uma causa (concausas), ligadas ou não ao trabalho desenvolvido pela vítima. Estaremos diante do nexo concausal quando, apesar da presença de fatores causais extralaborais, haja pelo menos uma causa relacionada à execução do contrato de trabalho que tenha contribuído diretamente para o acidente ou adoecimento.

Continua, em consonância com o conhecimento médico, que o nexo concausal aparece com frequência no exame de doenças ocupacionais e que a

[...] doença oriunda de causas múltiplas não perde o enquadramento como patologia ocupacional, se houver pelo menos uma causa laboral que contribua diretamente para a sua eclosão ou agravamento, conforme prevê o art. 21, I, da Lei n. 8.213/1991. (OLIVEIRA, 2011, p. 157).

Os conceitos de causalidade e concausalidade são intuitivos, de certa forma, como se começou a perceber nos exemplos anteriores. (CAVALIERI FILHO, 2010, p. 60) diz que “o conceito de nexo causal não é exclusivamente jurídico; decorre primeiramente das leis naturais.”

A concausa pode ser de 3 tipos, “preexistente ou antecedente”, “superveniente” e “concomitante ou simultânea” (REBOUÇAS, sd; MONTEIRO, 2005; OLIVEIRA, 2011; MELO, 2015).

Considere-se agora um exemplo hipotético de concausa preexistente ou antecedente.

Uma trabalhadora sofre uma queda em uma superfície cortante no local de trabalho e sua perna é atingida. A expectativa é a de que o ferimento seja pequeno pois ela conseguiu se segurar e sofreu uma contusão. No entanto, a trabalhadora tem varizes de grosso calibre e o ferimento causa um grande sangramento requerendo um cuidado especial. A recuperação e a cicatrização são mais demoradas. Neste caso, as varizes são consideradas concausas de uma lesão maior, pois juntamente com a causa principal, isto é, com a queda (acidente do trabalho), provocam consequências maiores.

Ferimento → perna com varizes → sangramento intenso → maior tempo para recuperação.

A seguir mais um exemplo de concausa superveniente.

Um trabalhador sofre uma queda durante sua jornada de trabalho, que resulta em uma fratura da perna direita, cujo tratamento é cirúrgico. Depois de alguns dias da cirurgia, sofre uma embolia pulmonar que o leva a óbito. A causa da morte não é a fratura e sim a embolia pulmonar, mas mesmo assim, a morte foi causada por uma concausa superveniente, embolia pulmonar, à fratura decorrente de um acidente de trabalho.

Queda durante a jornada → fratura da perna direita → cirurgia → embolia → óbito.

De fato, a pergunta a ser respondida para elucidar a causa e a concausa é: se não fosse o trabalho ou alguma ocorrência no trabalho ou a exposição a alguma condição no trabalho teria tido o trabalhador determinado quadro clínico? No primeiro exemplo, se não fosse a

queda em superfície cortante no local de trabalho, teria tido a trabalhadora rompimento das varizes e sangramento? E no segundo exemplo, se não tivesse ocorrido a queda no local de trabalho, teria tido o trabalhador a embolia que o matou? E finalmente, pode-se descartar alguma condição laboral como causa ou agravamento ou antecipação da lesão ou da doença ou da incapacidade apresentada?

Esses conceitos não são exclusivos da relação saúde e trabalho e tampouco são novos. FÁVERO (1958) discorre sobre as concausas nas lesões mortais em geral, fundamentado no primeiro Código Penal do Brasil (BRASIL, 1890) e em outros autores, como Filomusi-Guelfi, Nina Rodrigues e Afrânio Peixoto, que definia as concausas como “concorrências causais,” “causas novas, anteriores ou intercorridas, preexistentes ou adventícias que, ajuntadas às causas traumáticas produzem o efeito mortal.” (FÁVERO, 1958, p. 235).

Uma outra classificação se refere às condições anteriores ou preexistentes que somadas a uma lesão, dão como consequência o adoecimento, agravamento e até morte de uma pessoa. Segundo Lazzaretti, citado por FÁVERO (1958, p. 235) essas condições são divididas em: a) anatômicas, dando como exemplo um crânio delgado, mais vulnerável ao impacto de um traumatismo ou um coração à direita (heterotaxia visceral), que um ferimento atinja grave ou fatalmente; b) condições fisiológicas, dando como exemplos, a gravidez, o estado puerperal, repleção da bexiga, como condições de aumento do impacto de traumatismos; c) condições patológicas, como o diabetes, que seja um fator complicador de um ferimento qualquer, podendo levar à gangrena e até à morte.

A lei previdenciária (BRASIL, 1991) em seu artigo 21, inciso I, diz textualmente, amparando a concausa:

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; (BRASIL, 1991).

Analogamente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, p. 28) adotou uma adaptação da classificação de *Schilling*, referente a doenças segundo sua relação com o trabalho, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.

Categoria	Exemplos
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente conhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

Cite-se um caso hipotético de um trabalhador braçal, que após 10 anos de trabalho no carregamento de caminhões, passa a sentir dor lombar por existência de hérnia de disco, aos 30 anos de idade. Deve ser considerado portador de doença relacionada ao trabalho, isto é, o nexos causal entre o trabalho e o quadro clínico é presumido e estabelecido, pois o esforço físico persistente, exigido na atividade laboral, provavelmente terá contribuído de forma importante para a sua eclosão ou para uma antecipação dos sintomas, mesmo que ele tivesse um despreparo físico. Seria um caso de categoria II, segundo a classificação de *Schilling* 2, como se pode ver no quadro 2.

Da mesma forma, deve ser considerado o estabelecimento do nexos causal, se esse mesmo trabalhador tivesse 50 anos de idade. Embora a idade seja um fator de aumento de possibilidade de lombalgia por hérnia de disco, é inegável que o trabalho braçal contribui de forma importante para dores e lesões do sistema musculoesquelético e para o advento da hérnia de disco. Seria um caso de categoria 3, segundo a classificação de *Schilling* (ver quadro 2).

Assim era também a interpretação de SEGRE (1985), professor da Faculdade de Medicina da USP, sobre a concausa em artigo escrito, amparado técnica e legalmente naquela época pelo Decreto-lei nº 7.036 (BRASIL, 1944), antes da lei previdenciária, atualmente vigente (BRASIL, 1991).

Médicos que atuam na área pericial têm entendimentos diversos sobre a concausalidade.

BRANDIMILLER (1996) dá vários exemplos de aplicação do conceito de concausalidade. Cita caso de perda auditiva com curva atípica, por exemplo, quando o trabalhador exposto a ruído tem uma certa idade de 40 ou 50 anos; a curva deixa de ser em forma de um V, com entalhe na frequência de 4.000 Hz e se mantém em depressão mesmo na frequência de 8.000 Hz. Constitui-se em caso de existência de concausalidade. Segue, dando outro exemplo, de hipertensão arterial, desencadeada ou agravada por exposição a ruído excessivo e situações psíquicas adversas de trabalho. Cita estudos que evidenciam alterações

cardiovasculares provocadas pela vasoconstrição provocada pelo ruído, que diminuiria assim o calibre dos vasos, existindo assim, a relação de concausalidade. Outro exemplo citado foi a ocorrência de varizes nos membros inferiores em trabalhadores que tenham uma predisposição genética, que permanecem em pé durante toda a jornada de trabalho ou em posição sentada, ocasionadas pelo aumento de dificuldade do retorno venoso nessas posições e consequente estase do sangue nos membros inferiores.

O manual de perícia sobre acidente do trabalho do INSS define a concausa como:

[...] o conjunto de fatores, preexistentes e supervenientes, suscetíveis de mudar o curso natural do resultado de uma lesão. Trata-se da associação de alterações anatômicas, fisiológica ou patológicas que existiam ou possam existir, agravando um determinado processo. (INSS, 2016, p.7)

Adiante, o manual continua citando pontos a serem considerados na análise da relação concausal, quais sejam, o fato da doença ou agravo ser realmente multicausal, a existência real do fator de risco ocupacional e que este seja capaz de levar ao dano e a possibilidade ou a própria existência de atos contrários às normas de proteção à saúde do trabalhador. Como esse tema não é mais desenvolvido, pergunta-se que atos seriam esses?

Observe-se que o conceito jurídico da concausalidade dialoga com os conhecimentos da área da saúde sobre o processo multicausal de alterações fisiopatológicas e de adoecimento.

6. INCAPACIDADE: UMA CONDIÇÃO SOCIALMENTE CONSTRUÍDA

Como todos os conceitos, também o da incapacidade tem a sua história ao longo do tempo e dos lugares.

Observe-se esta definição de incapacidade:

Incapacidade é uma limitação no desempenho de papéis socialmente definidos e de tarefas esperadas de um indivíduo dentro de um ambiente físico e sociocultural. Esses papéis e tarefas são organizadas em esferas da vida, tais como a família ou outras relações interpessoais, trabalho, emprego, e outras questões econômicas; e educação, lazer e autocuidado. Nem todos os impedimentos, prejuízos ou limitações funcionais resultam em incapacidade e padrões similares de incapacidade podem advir de diferentes tipos de impedimentos e limitações de funções. Além disso, tipos idênticos de impedimentos e limitações funcionais podem resultar em diferentes padrões de incapacidade.

Vários outros aspectos contribuem para moldar as dimensões e a gravidade da incapacidade, entre os quais: a) a definição individual da situação e reações, que por vezes, compõem as limitações; b) a definição da situação pelos outros, e suas reações e expectativas, especialmente aquelas mais importantes para a pessoa em condição de incapacidade (família, amigos, empregadores e colegas, e organizações que proveem benefícios, por exemplo) e c) características de ambientes, conforme o grau de liberdade ou

o excesso de barreiras físicas e socioculturais. (NAGI, 1991, p. 315)⁵⁰.

Essa definição faz parte do modelo conceitual de incapacidade, criado por Nagi a partir da década de 1960, e se fundamenta em três conceitos: a patologia ativa, o prejuízo ou deficiência e a limitação funcional. A patologia ativa se constituiria na interrupção ou interferência do processo normal de funcionamento celular do organismo humano e de tentativas de retorno ao estado normal, conhecido tecnicamente como homeostase. Em sua percepção, a patologia ativa podia resultar de infecções, trauma, desequilíbrio metabólico, doenças degenerativas ou qualquer outra etiologia. O prejuízo ou deficiência se referiria à perda ou anormalidade de tecidos, órgãos ou sistemas do corpo. A patologia ativa geralmente resultaria em algum tipo de prejuízo ou deficiência, mas nem todas as deficiências estariam associadas com uma patologia ativa e um exemplo seria seqüela de um trauma, em que não haveria patologia ativa, mas sim prejuízo ou deficiência. A limitação funcional seria a restrição no desempenho básico de uma pessoa. Como exemplos, poderia ser citada uma limitação motora decorrente de um acidente vascular cerebral ou um quadro neuropsíquico decorrente de intoxicação a mercúrio.

Nesse contexto, a incapacidade poderia estar presente ou não, como já se viu, dependendo do suporte nas diferentes esferas da vida.

Esse modelo, apesar de ampliar a visão tradicional para aspectos sociais e do ambiente, mantinha ainda como desencadeador da incapacidade, a ocorrência de alterações celulares, teciduais e de órgãos. Também tinha como referência de normalidade a vida desenvolvida antes de um advento.

Paralelamente, um processo de discussões e mudanças conceituais ocorria na Europa. Com o objetivo de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, a Organização Mundial de Saúde publicou, em 1976, a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, em caráter experimental, traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens e após várias revisões e propostas de vários modelos conceituais (quadro 3), foi aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em maio de 2001, a Classificação Internacional de (FARIAS e BUCHALLA, 2005). Pela primeira vez, não se partia de uma patologia ou de alterações celulares e tissulares para a discussão de incapacidade, e sim, da forma como se dava a interação entre a pessoa, em suas condições, em relação ao meio, atividades e participação social.

⁵⁰ Livre tradução.

Quadro 3: Análise comparativa dos principais componentes de modelos de incapacidade

Modelo	Componentes do Modelo				
	Células/Tecido	Órgão	Pessoa	Sociedade	Barreiras externas
Nagi, 1969	Patologia	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	
IOM - (Institute of Medicine) Modificação do modelo de Nagi, 1991	Patologia	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	Meio físico e social
ICIDH (OMS, 1980)	Doença	Deficiência	Incapacidade	Desvantagem	
NCMRR (National Center for Medical Rehabilitation Research) , 1993	Fisiopatologia	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	
Vergrugge-Jette, 1994	Patologia	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	
IOM, 1997	Patologia	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	
CIF (OMS, 2001)	Funções do corpo e estruturas		Atividade	Participação	Fatores pessoais e ambientais

Fonte: Adaptado de WUNDERLICH e col.(2002). Livre tradução.

Embora a ICIDH apontasse para uma direção de ampliação da abordagem do modelo biomédico hegemônico e representasse um avanço, ao propor uma abordagem interdisciplinar, ainda considerava a referência de normalidade, criticada por vários pesquisadores (TAKAHASHI, 2006).

LOISEL e col. (2001) vêm trabalhando com um paradigma de que a prevenção da incapacidade requer uma combinação de elementos referentes: a) a recursos pessoais, físicos, psicossociais, de rede familiar e social de apoio; b) a elementos de um contexto social, político e cultural geral; c) ao sistema de trabalho e emprego, assim como características internas das empresas, incluindo a organização e gestão do trabalho; d) ao sistema de saúde; e) ao arcabouço legal, incluindo leis e normas previdenciárias, trabalhistas, sanitárias, periciais. A Figura 2 ajuda a compreender o modelo de prevenção da incapacidade proposta pelos autores.

Figura 2: Modelo de Prevenção de Incapacidade.

Extraído e adaptado de LOISEL e col. (2001).

O modelo social da incapacidade refuta, assim, a visão de que a incapacidade é inerente a um indivíduo se ele se encontra em determinada condição de saúde. As diversas esferas de sua dimensão humana interagem com as condições econômicas, sociais e políticas, cujo conjunto determina as possibilidades do exercício das atividades humanas.

TAKAHASHI (2006) fez uma apresentação e discussão das diversas visões sobre a incapacidade e a desvantagem social, pontuando seus determinantes, com base em vários estudiosos do assunto.

O modelo proposto por LOISEL e col. (2001) ajuda a compreender também a multiplicidade de aspectos envolvidos na perpetuação das incapacidades e, por outro lado, nas questões que poderiam ser modificadas para propiciar a prevenção de situações de desvantagem social. Fazendo um paralelo com os conceitos denexo causal, multicausalidade, concausalidade, detalhados nos itens 4 e 5 deste capítulo, pode-se também utilizar os mesmos princípios para a incapacidade. No caso das LER/Dort, juntamente com as afecções específicas do sistema musculoesquelético, concorreriam ao mesmo tempo, comprometimento na esfera psíquica e insuficiência de apoio institucional, sanitário, social e legal para a adequada reabilitação profissional. Seriam múltiplas causas e concausas a determinar a incapacidade laboral.

Esquemáticamente pode-se resumir da seguinte maneira:

Incapacidade laboral decorrente de → Afecções musculoesqueléticas crônicas + comprometimento psíquico decorrentes de → movimentos repetitivos, sobrecarga estática e falta de tempo de recuperação + ausência de política de mudanças + insuficiência de proteção legal relacionados a → organização e gestão do trabalho + ausência de política de prevenção de incapacidade e desvantagem social relacionados a → mercado de trabalho.

Apesar de ter-se percorrido longo tempo entre a época em que se trancafiavam e isolavam as pessoas consideradas irremediavelmente doentes, impuras e inúteis, como os acometidos por lepra na Idade Média (PINTO, 1995), ainda se tem uma conotação negativa quando se fala em incapacidade, frequentemente associada à diminuição da produtividade, gerando sentimentos e práticas de discriminação e humilhações. Nesse caso, se tem como referência de normalidade a pessoa que trabalha e produz normalmente, não falta ao seu trabalho, atinge as metas estipuladas pela empresa, apresenta a característica da resiliência, graças a qual volta-se ao estado original físico e psíquico, mesmo após várias tensões e estresses.

No caso dos trabalhadores acometidos por LER/Dort, a prática clínica e estudos mostram que eram pessoas tidas como “normais”, muitas delas orgulhosas por serem trabalhadores exemplares para a empresa. No processo de adoecimento, não são somente as bradicininas, os receptores nociceptivos, as fibras nervosas e neurotransmissores em geral que entram em ação. Aflora, com muita força, a dor de se perceberem incapazes de se manter no ritmo que sempre mantinham. Relutam em reconhecer que não conseguem mais administrar suas sensações de dor e suas limitações que vão se avolumando.

Frequentemente têm vergonha em admitir que sentem medo de não mais serem vistos como trabalhadores exemplares, de serem discriminados, de perderem o emprego. Ao mesmo tempo, sentem-se fragilizados para colocar o seu tratamento e sua recuperação em primeiro lugar, sabendo que isso tudo terá um preço, muitas vezes o da demissão.

Essas dimensões subjetivas dos trabalhadores interagem com as estruturas de suporte e estrutura de tratamento, geralmente insuficientes e pouco efetivos, quando não inacessíveis, com o sistema de prevenção da empresa, que de fato só existem no âmbito da produção de documentos e que não apresenta qualquer viabilidade em mudanças das condições de trabalho.

São esses trabalhadores que procuram o INSS ou a justiça. No entanto, os profissionais de saúde, em particular os médicos, ainda hoje, no processo de avaliação da incapacidade, de fato, levam em conta somente os diagnósticos clínicos.

CAPÍTULO 5

OBJETO DE ESTUDO

Como visto, no Brasil, na década de 1990, as LER/Dort despertaram o interesse da opinião pública, dos planos de saúde, dos órgãos de governo e dos profissionais da área, em particular, daqueles que tinham interface com a relação saúde e trabalho.

Aproximadamente quatro décadas se passaram desde que os primeiros casos de LER/Dort foram reconhecidos no Brasil,⁵¹ e trinta anos, desde que se viveu o ápice dos acalorados debates nos vários segmentos sociais.

Durante todo esse tempo, inúmeros estudos sobre essa forma de adoecimento já foram desenvolvidos no país, congressos e cursos realizados, possibilitando uma consolidação da convicção de que se trata de um problema de saúde pública, pelas proporções epidêmicas com que ocorreram e ainda ocorrem, pela cronicidade, pela incapacidade que produzem frequentemente, pelas sequelas físicas e psíquicas e pelo sofrimento que impõem aos acometidos e suas famílias. Há regulamentação vigente por meio de diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2012) e do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2003a).

Apesar da conhecida subnotificação, também os números referentes aos benefícios por incapacidade concedidos pela Previdência Social, que colocam há anos as LER/Dort no topo dos eventos ocupacionais, não deixam dúvidas quanto à relevância social e econômica dessa forma de adoecimento.⁵²

São assim, questões de interesse público e não apenas das partes diretamente envolvidas. Em todas as instâncias de atuação, o esforço exaustivo deve ser o de desvelar o máximo desses casos ocupacionais, muitas vezes ocultos, em decorrência de aspectos polissistêmicos.

Entre os desdobramentos dos casos de trabalhadores adoecidos em massa, que ao longo dos anos chegaram a alguns milhões, se encontra a via judicial, em busca de readmissões, manutenções de convênios de saúde e indenizações por dano moral e material.

Na Justiça do Trabalho, competente para julgar casos relacionados a acidentes e doenças relacionados ao trabalho desde a Emenda Constitucional número 45 (BRASIL, 2005), tramitam casos silenciosos em nada lembrando as ruidosas queixas e busca de direitos de outrora.

A possibilidade de se pleitear indenização por dano moral e material decorre do

⁵¹ Em resposta a um movimento iniciado pela Associação dos Profissionais de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul (APPD-RS), o então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) publicou a circular Origem 501.001.55, nº 10, de 07/11/1986, Rio de Janeiro.

⁵² Dados disponíveis em <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/> > acesso em 26/02/2015.

entendimento de que determinadas condições indesejadas não são mais consideradas “normais” ou inerentes ao processo de trabalho. Nas palavras de COLUCCI (2013):

[...] o direito do trabalhador à saúde deve ser concebido da forma mais ampla possível, não apenas como elemento que integra a cadeia produtiva, mas, uma vez fulcrado no valor da dignidade da pessoa humana, núcleo axiológico da Constituição Federal, deve relacionar-se a outros direitos de grandeza constitucional, como o direito à assistência social, à reabilitação profissional, à educação profissionalizante e à reabilitação psicossocial, levando-se em consideração a capacidade residual para o desenvolvimento de outras possibilidades, o que pode provocar o desencadeamento de ações intersetoriais nas três esferas políticas e também na própria empresa em que ocorreu o acidente ou o adoecimento do trabalhador. (COLUCCI, 2013, p. 227-228).

E nesse contexto, o Código de Processo Civil determina que nos processos judiciais em que a prova do fato depende de conhecimento técnico ou científico, o juiz deve ser assistido por perito⁵³.

Nos processos trabalhistas, pelos quais trabalhadores pleiteiam indenizações ou outros direitos por incapacidade ou sequela decorrente de acidentes ou doenças relacionadas a condições de trabalho, os juízes designam profissionais de saúde para a realização dessas perícias.

Apesar da grande maioria desses profissionais ser constituída por médicos, recentes diretrizes sobre prova pericial do Tribunal Superior do Trabalho⁵⁴ explicitam a possibilidade de nomeação de profissionais não médicos para essa atribuição, como já ocorre em alguns tribunais.

Os peritos têm atribuições de avaliar a existência de prejuízos à integridade física e psíquica do trabalhador, de incapacidade e sequelas, que tenham sido desencadeados ou agravados pelas condições de trabalho, mesmo que estas não tenham sido o único fator determinante ou interferente. A materialidade desse trabalho se dá pela produção de laudos periciais⁵⁵ que fornecem subsídios técnicos aos magistrados para que, à luz de seu

⁵³ Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no art. 156 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113105.htm > 10 de outubro de 2017.

⁵⁴ TRABALHO SEGURO. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO. Diretrizes sobre prova pericial em acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Propõe sugestões de diretrizes para a avaliação e a elaboração da prova pericial em questões referentes ao meio ambiente, segurança e saúde do trabalho. Art. 1º - Nas perícias em matéria de acidente do trabalho e doenças ocupacionais deverão ser nomeados peritos que atendam as normas legais e ético-profissionais para análise do objeto de prova, tais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, engenheiros, dentre outros, sem prejuízo da nomeação de mais de um profissional, ainda que não se trate de perícia complexa, nos moldes do art. 431-B do Código de Processo Civil. Disponível em http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/programa/-/asset_publisher/OSUp/content/programa-trabalho-seguro-publica-diretrizes-e-enunciados-sobre-prova-pericial?inheritRedirect=false > acesso em 10 de outubro de 2017.

⁵⁵ Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113105.htm > 10 de outubro de 2017.

conhecimento jurídico, sentenciem sobre a procedência do pleito.

O suporte técnico é dado na primeira instância e o julgamento ocorre após a avaliação do caso e emissão do laudo pericial. As partes no processo podem se valer de pareceres de assistentes técnicos por elas indicados.

Embora incomum, em alguns casos, na segunda instância, o magistrado recorre à uma nova perícia quando restam dúvidas para seu adequado julgamento. Exemplo dessa prática, ocorreu em um processo do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região (TRT- 15). Amparado pelo artigo 765⁵⁶ da Consolidação das Leis do Trabalho e pela compreensão de que o juiz pode determinar as diligências necessárias para descobrir a verdade dos fatos e fazer justiça, o desembargador Flavio Nunes Campos⁵⁷, assim esclareceu sobre a “necessidade de nova perícia em sede recursal”:

[...] o laudo pericial apresentado na instância originária se mostrou, por deveras, burocrático, na medida em que foi de simplicidade extrema – fato confirmado pelo assistente técnico da reclamada (vide fl. 332) - eis que ausentes os esclarecimentos técnicos necessários ao deslinde da controvérsia. (TRT-15 – RO: 037365/2009, Relator Flávio Nunes Campos, Data de Publicação: 19/06/2009).

SILVEIRA e COSTA (2014), defendendo a necessidade de nova perícia nos casos em que os laudos forem “inexatos, omissos, contraditórios e inconclusivos”, citam vários processos nos quais foi declarada nulidade da perícia. Citam laudos periciais que teriam deixado de examinar questões cruciais, um deles inconclusivo quanto à existência de doença e nexo de causalidade. Em outro, dentre as razões citadas para a nulidade da prova pericial, estavam:

[...] a forma simplória e vazia com que o perito respondeu aos quesitos formulados pelas partes, limitando-se, apenas ao “sim” ou “não”, não fornecendo explicação satisfatória para questões cruciais para o deslinde do feito; a desconsideração dos exames constantes nos autos do processo; a contradição em relação à documentação constante nos autos e à literatura médica relativa à patologia examinada; erros de lógica, como a afirmação pelo perito de inexistência de risco ocupacional sem que ao menos tenha sido avaliado o local de trabalho do autor da demanda. (SILVEIRA e COSTA, 30/09/2014, artigo eletrônico).

A despeito da premissa de que o ato de julgar seja exclusivo do magistrado por sua própria convicção, o laudo pericial representa um importante subsídio para que o julgamento seja fundamentado no maior número de informações e análise sobre os fatos. Utilizando-se de linguagem compreensível e clara, o laudo pericial deve convidar o juiz a seguir um raciocínio a partir das informações sobre os sintomas e sinais apresentados pelo periciando, passando pelo diagnóstico clínico, pelo estabelecimento ou não da relação com o trabalho, pelas

⁵⁶ BRASIL, 1943. Decreto Lei nº 5.452, de 01/05/1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. “**Art. 765** - Os Juízos e Tribunais do Trabalho terão ampla liberdade na direção do processo e velarão pelo andamento rápido das causas, podendo determinar qualquer diligência necessária ao esclarecimento delas.”

⁵⁷ Processo nº 00876-2003-058-15-00-2. Origem : Vara do Trabalho de Bebedouro. Disponível em <https://trt-15.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18963252/recurso-ordinario-ro-37365-sp-037365-2009/inteiro-teor-104214465#> > acesso em 10/11/2017.

repercussões do problema sobre sua vida e capacidade de trabalho. Deve ter fundamentação robusta em literatura especializada para cada uma das conclusões sobre o caso.

No campo da saúde é comum o conceito de que para muitas doenças não há apenas um fator desencadeante ou agravante. Assim ocorre, por exemplo, nos casos de hipertensão arterial, condição clínica frequente, para a qual concorrem vários fatores causais, entre outros, os hereditários, a alimentação, os hábitos como tabagismo, exercitação física rotineira e inserção profissional.

No entanto, frequentemente esse conceito de multicausalidade, quando utilizado, exclui os aspectos relacionados à atividade laboral, tanto na prática clínica como em outros espaços de atuação médica.

Nesse sentido, algumas das inquietações e questionamentos de juristas podem ser apreciados em bibliografia recente. SILVA (2010, p. 11) refere ter verificado que:

[...] os peritos médicos que atuam na Justiça do Trabalho, salvo gratas exceções, não conhecem a fundo a dinâmica do processo do trabalho, a finalidade da Justiça especializada e, na área técnica que lhes é própria, desconhecem os reais contornos dos institutos nexo de causalidade e concausa. Desse modo, inclinam-se, boa parte das vezes, por considerar a doença adquirida pelo trabalhador como sendo degenerativa.

Esse autor ainda acrescenta, à falta de conhecimento da concausa, a falta de preparo também para a avaliação da incapacidade. Estes são alguns dos aspectos dos laudos periciais relacionados à insuficiência técnico-científica de peritos que atuam na área, particularmente no que se refere a não aplicação do princípio da concorrência de múltiplas causas dos adoecimentos.

Adicionalmente, em uma simples busca pela *internet* é possível constatar que diversos aspectos das perícias e dos peritos são recorrentes pautas nos tribunais das mais diversas regiões,^{58,59,60,61} constituindo-se assim, em um tópico de discussão de eventos destinados aos magistrados, com descontentamento das partes e do juízo.

Essa questão não parece ser uma peculiaridade da Justiça do Trabalho, como se pode observar no acórdão de um processo do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2), cujo relator apontou fatos, que no seu modo de ver se constituíam em justificativas para a anulação da sentença de primeiro grau. O relatório acolheu o apelo do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para que a perícia fosse feita por médico especialista nas doenças que a autora alegava apresentar, no caso, ortopedia e psiquiatria e apontou o que foi considerada uma contradição no laudo pericial, que ora teria declarado a impossibilidade de reabilitação da

⁵⁸ <http://www.trtsp.jus.br/indice-de-noticias-ultimas-noticias/17919-ejud-2-promove-a-palestra-o-perito-e-o-judiciario-no-dia-23-08-inscricoes-ate-o-dia-19>> acesso em 24/06/2016.

⁵⁹ <http://www.trt6.jus.br/portal/noticias/2016/01/11/pericia-medica-em-discussao-no-trt-pe>> acesso em 24/06/2016.

⁶⁰ <http://www1.trtes.jus.br/sic/SICdoc/NoticiaImageViewer.aspx?id=374&sq=573753390>> acesso em 24/06/2016.

⁶¹ <http://www.abrat.adv.br/index.php/noticias/5106-trt5--seminario-discute-politicas-de-prevencao-a-acidentes>> acesso em 24/06/2016.

autora e em outro momento teria declarado que as doenças eram passíveis de tratamento.⁶²

MELO (2016), procurador do trabalho aposentado, fez considerações sobre a importância do laudo pericial em um processo e a necessária atenção para os critérios para nomeação desses profissionais pelo magistrado. Um deles, apontado pelo ex- procurador, é a especialização do perito no “tema objeto da elucidação técnica ou científica”. No caso da justiça do trabalho, o ex-procurador afirma que:

[...] não tem sido fácil para a Justiça do Trabalho administrar as questões envolvendo a atuação dos peritos e respectivos assistentes técnicos, que envolvem desde a falta de peritos em determinadas comarcas até a desconfiança em alguns profissionais que não honram o importante papel de auxiliar da Justiça. (MELO, 2016, p. 2).

O autor fez menção no artigo à operação Hipócritas, conduzida pelo Ministério Público Federal e Polícia Federal em Campinas, e que deflagrou uma investigação de uma rede de corrupção envolvendo peritos judiciais, assistentes técnicos contratados pelas partes do processo, advogados e representantes de empresas de uma ampla região do interior paulista⁶³. A gravidade da situação foi apontada pelo autor, por ser crônica, pelas perdas sofridas pelos trabalhadores, pelo prejuízo da imagem da Justiça do Trabalho, cujos juízes acabam julgando com base em “falsos laudos, nesses casos de corrupção.” (MELO, 2016, p. 2). E finalmente, aventou a importância de se ter um quadro próprio de peritos selecionados por concurso público, o que, no seu entender, traria maior responsabilidade e compromisso com a carreira e menor possibilidade de esquemas de corrupção.

Distante da gravidade da rede criminosa e suas implicações reveladas pelo Ministério Público Federal de Campinas no caso da operação Hipócritas, desvios éticos são percebidos e às vezes assinalados pela Justiça, como no caso relatado por MAENO (2009), no qual um dos desembargadores, ao julgar um processo na segunda instância da Justiça do Trabalho, observou que o perito judicial dividia o consultório com a assistente técnica da reclamada e que havia no laudo pericial indícios de influência dessa relação.

Tratando-se de uma questão presente no cotidiano de quem faz perícias, em estudo qualitativo de MELO e ASSUNÇÃO (2003) sobre a atividade de trabalho de peritos do INSS, um perito diz que não faria perícia em um amigo pois embora ele fosse imparcial, aos olhos alheios poderia parecer que não. Opção acertada do referido perito diante de uma situação hipotética, mostra, no entanto, a crença na imparcialidade mesmo em circunstâncias de amizade e intimidade. Pode-se fazer uma analogia com o célebre provérbio: “À mulher de Cesar não basta ser honesta, deve parecer honesta”, referente a uma situação de dúvida sobre o eventual conluio que Pompeia, a mulher de Júlio Cesar, teria com um patrício, Públio Clódio Pulcro, que queria seduzi-la.

Em busca de uma pacificação nos aspectos normativos e técnicos da perícia judicial, o Tribunal Superior do Trabalho publicou os “Enunciados e Diretrizes sobre perícias judiciais

⁶² <http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/23481432/apelre-apelacao-reexame-necessario-reex-200951018022778-trf2>> acesso em 24/06/2016.

⁶³ http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/31-05-16-operacao-hipocritas-mpf-revela-fraudes-em-pericias-medicas-em-campinas-e-sao-paulo > acesso em 24/06/2017.

em acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.”⁶⁴

Sobre as diversas inserções profissionais de médicos, no tocante à interface com a saúde do trabalhador, MAENO (2011), dentre outras questões, buscou analisar a atuação médica no processo de exclusão de trabalhadores, seja do mercado de trabalho, quando exercem o papel de médico de empresas, seja do sistema de cobertura da previdência social, quando estão no papel de peritos do órgão segurador público. Um dos aspectos destacados no texto foi a suposta autonomia ou liberdade da qual o médico goza como perito judicial e da qual não goza como médico do trabalho de empresa ou como médico perito do INSS.

Sem a pretensão de se discorrer sobre os vários prismas de conceitos de autonomia, no presente estudo, considerou-se o conceito de autonomia construída e sustentada por diferentes aspectos, dependente da constituição biológica, social e psicológica, sujeita a coações internas ou externas, em contraposição ao conceito de uma liberdade incondicional (SÁ e OLIVEIRA, 2007). Não se pode considerar o indivíduo apartado de sua família, de sua classe social, de sua categoria profissional, da época e do lugar onde vive. O indivíduo não é a fonte exclusiva de conhecimento e da moralidade, não é a fonte de como pensa e como se comporta. Há um processo histórico e político no qual ele está necessariamente inserido.

A prática médica liberal, segundo SCHRAIBER (1995), construída ao longo do século XIX, foi:

[...] o pleno exercício da subjetividade, traduzindo, da perspectiva técnica, igual posição social e político-ideológica do médico, qual seja, de autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto do ponto de vista científico como moral. (SCHRAIBER, 1995, p. 58).

Em outro artigo, RIBEIRO e SCHRAIBER (1994) reforçam o exercício da autonomia médica em vários momentos, dada a própria relação médico-paciente, permeada de incertezas, concepções e sentimentos de diversas naturezas, com espaço para a subjetividade. Esse aspecto particular cria conflitos com o planejamento em saúde, com envolvimento dos:

[...] interesses do usuário (no que se refere ao direito ao controle de uma atividade essencial), do Estado (no que se refere à sua tarefa de projetar ampla proteção à saúde, com qualidade reconhecida socialmente, e de regular a própria atividade profissional) e dos empresários (no que se refere à realização de lucro, implicando controle de consumo e regulação do processo de trabalho). (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994, p. 191).

Sobre as três inserções profissionais de médicos que interessam a esta tese, serão feitas algumas considerações a seguir.

A primeira inserção profissional de interesse nesta tese é a dos médicos do trabalho de empresas.

PRZENYCZKA e col. (2012), ao discutirem a construção árdua da autonomia

⁶⁴ Enunciados e diretrizes sobre perícias judiciais em acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Disponíveis em http://www.enamat.jus.br/?page_id=9717 > acesso em 21/07/2017.

profissional do profissional enfermeiro, historicamente em sua maioria do gênero feminino e considerada como um ser de mais fácil manejo, permitem refletir sobre o pensamento de gestores de empresas a respeito do uso de profissionais graduados em medicina e especializados em medicina do trabalho, social e institucionalmente habilitados a desenvolver determinadas ações privativas da profissão e regulamentadas por normas legais.

Médicos do trabalho, em geral, são contratados pelas empresas para que produzam e mantenham em ordem os documentos que atestam a conformidade legal, em particular o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), determinado pela Norma Regulamentadora nº 7 (NR 7)⁶⁵, e se veem em situações difíceis quando esses documentos ficam sob holofotes em ações civis públicas ou quando os conflitos entre poder público, trabalhadores e empresas afloram.

Não obstante os objetivos formais da NR 7 serem de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho, em articulação com as demais normas regulamentadoras, de fato, o seu instrumento, PCMSO, tem sido flagrado exercendo papel meramente cartorial, no qual exames clínicos e laboratoriais previstos na legislação são repetidos sistematicamente, sem que haja programas de mudanças das condições de trabalho a partir de um diagnóstico situacional.

Não raras vezes, demissões são efetivadas sem a realização de exames demissionais, substituídos por exames periódicos, o que é permitido pela NR 7, se realizados dentro de um prazo instituído⁶⁶. No entanto, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (BRASIL, 1943) determina em seu artigo 168 que os exames demissionais são obrigatórios, criando-se uma situação polêmica, uma vez que a NR 7 é fruto de uma portaria, e portanto, hierarquicamente inferior a um decreto-lei, que é o caso da CLT. Adicionalmente, essa possibilidade vem se alargando, com empresas que utilizam exames de retorno ao trabalho para substituir os demissionais⁶⁷, o que não está previsto na NR 7.

Ações do poder público têm revelado o papel desempenhado pelos médicos do trabalho, como no caso de uma ação civil pública, de abrangência nacional, ajuizada pelo Ministério Público do Trabalho, tramitando no TRT da 10ª Região⁶⁸ contra um grande banco estrangeiro, sendo o pedido de indenização por danos morais equivalente a 1% do lucro da empresa entre 2010 e 2016, aproximadamente R\$ 460 milhões. Dentre os inúmeros documentos da auditoria do Ministério do Trabalho, onde consta a ocultação de muitos casos de doenças ocupacionais, mesmo com o seu reconhecimento pelo órgão previdenciário:

⁶⁵ A NR 7 faz parte do conjunto das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, instituídas pela Portaria GM nº 3.214, de 08/06/1978 - <http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf> > acesso em 24/06/2016.

⁶⁶ Segundo a NR 7 (7.4.3.5), o exame médico demissional pode ser substituído pelo último exame médico ocupacional, desde que tenha sido realizado há mais de 135 dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o quadro I da NR 4 e há mais 90 dias para as empresas de grau de risco 3 e 4.

⁶⁷ O Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região fez denúncia sobre casos de demissão de trabalhadores que tiveram exame demissional substituído por exame de retorno ao trabalho <http://spbancarios.com.br/10/2017/ato-cobra-fim-de-demissoes-de-bancarios-adoecidos> > acesso em 12/01/2018.

⁶⁸ Ação civil pública número 0000342-81.2017.5.10.0011, tramita da Justiça do Trabalho da 3ª Vara da 10ª Região.

[...] não houve emissão de CAT ou mesmo a adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho, sendo certo que os programas de segurança e saúde da empresa sequer reconhecem e avaliam adequadamente os riscos de natureza ergonômica, conforme apontado em outros autos de infração lavrados nessa ocasião, não havendo qualquer previsão de uma efetiva intervenção nas questões de organização do trabalho, de modo a compatibilizá-la com a preservação da saúde dos trabalhadores, mesmo diante de fatos tão contundentes quanto os constantes nos atestados médicos e psicológicos acima referidos. (Processo nº 0000342-81.2017.5.10.0011).

Dois processos, uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público do Trabalho da 2ª Região e uma ação coletiva ajuizada pelo Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo, Osasco e Região, cujos autos foram apensados pelo Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (TRT-2), já tiveram julgamento em segunda instância, que reformou a sentença da primeira instância, que havia concluído pela improcedência. Dentre os autos de infração emitidos pelo Ministério do Trabalho, a título de elucidar o papel do médico do trabalho no ocultamento das doenças ocupacionais, assim como o caráter cartorial do PCMSO, segue trecho dos documentos oficiais:

[...] apesar de notificada para tal, deixou de delimitar no PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, e vem procedendo dessa forma há muito tempo, as condutas e os parâmetros utilizados frente aos acometimentos por causas osteomusculares, no grupo de trabalhadores expostos a risco ergonômico, deixando de estabelecer os critérios para emissão de CAT- comunicação de Acidente do Trabalho. Inúmeros casos relacionados com LER-Dort não vem sendo relacionados a doenças ocupacionais provenientes de riscos ergonômicos. (Auto de infração número 015775020 do Ministério do Trabalho, emitido em 11/12/2007).

Embora exista nexa causal, a grande maioria dos empregados afastados não são relacionados a riscos ergonômicos, o que os prejudica profissional, social e economicamente. Não é emitida CAT. (Auto de infração número 015775020 do Ministério do Trabalho, emitido em 11/12/2007).

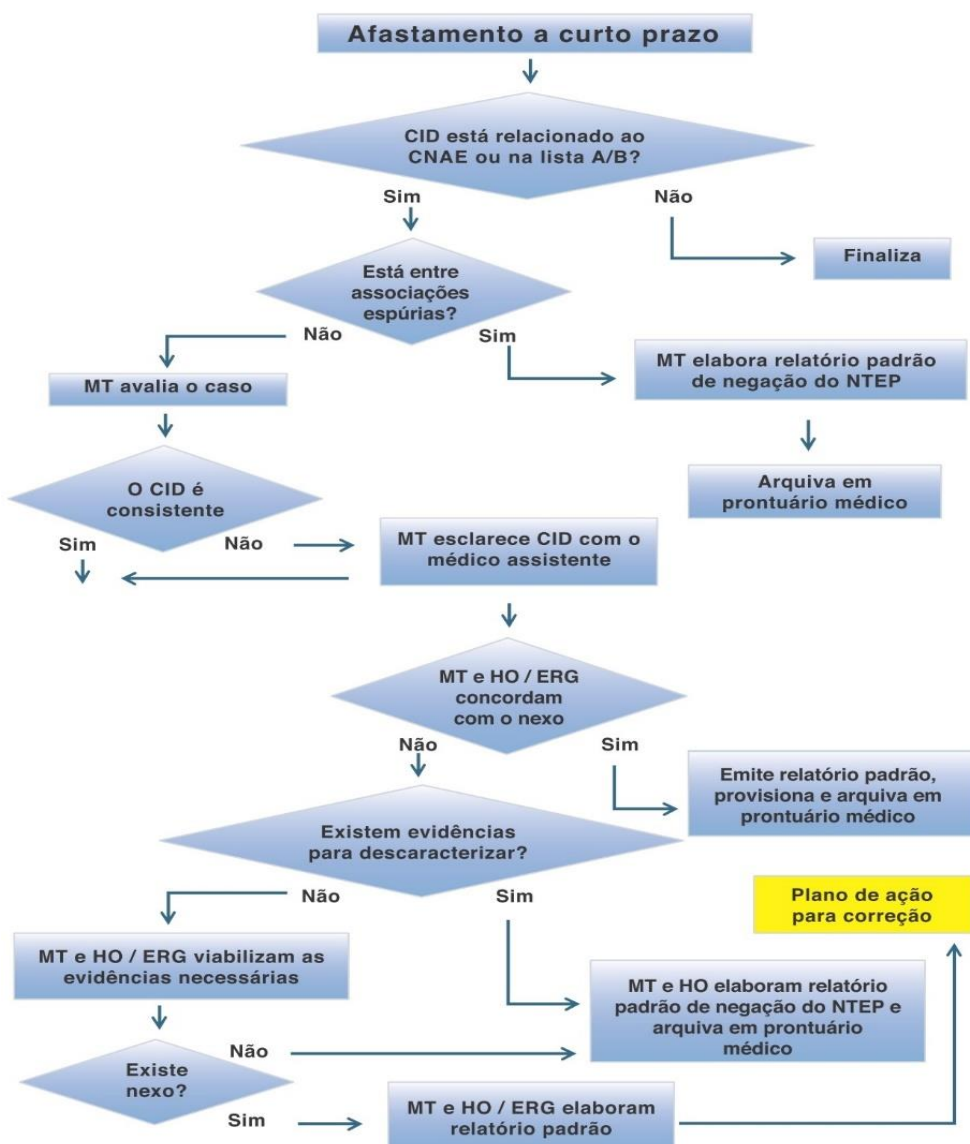
Não é anotado o risco LER- DORT nos ASOs⁶⁹ (como não é no PCMSO e nem nos laudos ergonômicos apresentados). Não é emitida CAT nos casos comprovados e muito menos com suspeitas. (Auto de infração número 015764532 do Ministério do Trabalho).

MAENO (2001) diagnosticou uma situação de ocultamento de mais de 10% do total de trabalhadores de uma grande montadora de componentes eletrônicos, adoecidos por LER/Dort. Foi agente ativo desse ocultamento o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa, com seus instrumentos legais, documentos precursores dos atuais Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que contribuíam para deslegitimar as queixas dos trabalhadores. O cerco se completava com a utilização de certos recursos, como por exemplo, contenção dos adoecidos no convênio médico e no serviço médico e fisioterápico da empresa; não emissão de CAT; afastamento por longo tempo, sem encaminhamento devido ao INSS.

⁶⁹ ASO: atestado de saúde ocupacional, emitido após os exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho e demissional.

VASCONCELLOS e PIGNATI (2006) sustentam que a medicina do trabalho tem fundamentalmente a função de perpetuar a hegemonia do processo que propicia a ocorrência de danos à saúde, pesando sobre o médico do trabalho a atribuição de decidir sobre as condições do trabalhador se manter trabalhando ou não, utilizando o corpo do trabalhador como uma referência da exposição ambiental a agentes físicos e químicos e imputando-lhe a responsabilidade pela proteção contra esses agentes, por meio dos equipamentos de proteção individual. Chamam a atenção para a palavra controle, “emprestada” do cerne da medicina do trabalho no PCMSO, definido na norma regulamentadora brasileira.

Emblemático exemplo do papel subserviente da medicina do trabalho, destacado por VASCONCELLOS e PIGNATI (2006), é a publicação da Confederação Nacional da Indústria (2011) com orientações sobre como as empresas deveriam proceder no tocante a casos de adoecimento cujo nexos técnico epidemiológico fosse positivo, utilizando-se do seu médico. Observe-se parte do fluxograma a seguir. Nos afastamentos de curto prazo, em casos em que a doença (CID) estivesse relacionada ao CNAE ou na lista A e B o Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999), o médico do trabalho deveria de ofício elaborar “relatório padrão de negação do NTEP” (SESI, 2011, p. 19).



Fonte: Confederação Nacional da Indústria (CNI). Serviço Social da Indústria (SESI). Departamento Nacional. **Manual NTEP e FAP: Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e suas implicações na composição do Fator Acidentário de Prevenção (FAP)**. SESI, DN, Brasília, 2011.

CASTRO (2016, p. 74), ao analisar o caso de uma empresa de porte médio no interior do estado de São Paulo, citou como fonte de informação um relatório emitido pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (CEREST Campinas). Esse relatório relatava que o médico do CEREST, ao analisar os prontuários dos trabalhadores no ambulatório da empresa, havia constatado que o número de adoecimentos era significativo, mas não desencadeava ações de prevenção. Limitava-se ao registro de dados da ocorrência de atestados, CID, tempo de afastamento do trabalho. A autora citou também as condições impostas pela empresa para aceitação de atestados, uma delas, por determinação do setor de Recursos Humanos (RH), a de que neles se constasse o código da doença, o que feria o direito do paciente ao sigilo médico preconizado pelo Código de Ética Médica. Era determinação do RH, que o médico do trabalho seguia, mesmo ferindo a ética médica. Uma resolução do CFM (CFM, 2008) no seu artigo 3º, determina que entre os procedimentos do médico no tocante a atestados, o médico deve registrar o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo

paciente. Acontece que, se há uma exigência de explicitação do CID no atestado por parte da empresa, os trabalhadores são de fato obrigados a autorizar o seu médico assistente a fazê-lo, se não quiserem ter os dias descontados do salário.

São claros os limites de atuação e de mudanças toleradas pelas empresas. Em linhas gerais, elas buscam recursos que minimizem as condições adoecedoras e que tenham como foco o indivíduo e seu comportamento, desde que não extrapolem os interesses centrais de produtividade e competitividade.

Polêmica ora em curso, gira em torno de um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017), que libera o médico do trabalho da empresa a utilizar dados do prontuário médico do trabalhador, com a finalidade de contestar, junto ao INSS, o estabelecimento do nexo causal pelo critério do nexo técnico epidemiológico. Esse parecer de 2017 reformulou um anterior (CFM, 2016) e suscitou, por parte de seis centrais sindicais de trabalhadores, um manifesto contrário⁷⁰. Também o Ministério Público do Trabalho emitiu uma notificação recomendatória⁷¹ para que a CFM o revogue (MPT, 2017).

Sobre esse aspecto, FALEIROS (2010), em análise mais ampla, resume o que rege esses limites da relação capital/ trabalho/ trabalhador e o papel do Estado:

A política de saúde e de segurança do trabalhador é articulada com a segurança do capital através do Estado, que se apresenta como “razão universal” do conjunto da sociedade, mas que por isso mesmo, em momentos determinados, é capaz de impor certas restrições a determinados setores capitalistas, expandir outros, obter o consenso para algumas propostas comuns e a adesão dos setores e grupos dominados a uma política específica e simbolicamente importante para eles. (FALEIROS, 2010, p. 331).

Naturalmente, a legislação referente à relação saúde e trabalho, em particular as normas regulamentadoras, é dominada pelos conceitos de medicina do trabalho e de saúde ocupacional, que não consideram as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais como determinantes na organização e gestão do trabalho, e conseqüentemente na ocorrência de acidentes e doenças das populações de trabalhadores.

Um exemplo recente dessa dicotomia anacrônica foi a coexistência de mudanças profundas no Direito do Trabalho, ocorridas com a aprovação da Lei 13.467 (BRASIL, 2017) e a manutenção sem sobressaltos das reuniões da Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP)⁷², cuja composição é de representantes do governo federal, dos trabalhadores e dos empregadores e supostamente tem o objetivo de “participar do processo de revisão ou elaboração de regulamentações na área de segurança e saúde no trabalho e de normas gerais relacionadas às condições de trabalho”.

⁷⁰ O manifesto de 15 de maio de 2017, foi assinado pelos presidentes de seis centrais sindicais, quais sejam Central dos Trabalhadores do Brasil (CTB), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Nova Central Sindical de Trabalhadores e União Geral dos Trabalhadores.

⁷¹ Disponível em http://prt10.mpt.mp.br/images/recomendacao_38911-2017_Gerado-em-03-07-2017-14h17min03s.pdf > acesso em 20/01/2018.

⁷² A CTPP foi instituída pela Portaria do Ministério do Trabalho n. 393, de 09/04/1996.

Mais especificamente, a partir de 11 de novembro de 2017, a citada Lei 13.467/17 instituiu mudanças profundas (SOUTO MAIOR e SEVERO, 2017; SILVA, 2017) permite a terceirização para a atividade-fim, a ampliação do banco de horas, a ampliação do trabalho temporário, a ampliação do *home office*, criou o trabalho intermitente, instituiu a prevalência do negociado sobre o legislado, além de alterações no Direito Processual como a restrição do acesso à Justiça e à gratuidade, a imposição do julgamento nos moldes do Código de Processo Civil. Nesse cenário de retrocesso político, a CTPP continua a discutir questões de escopo restrito, sem a contextualização no tocante às mudanças, que interferem diretamente na sua aplicação e controle.

A segunda inserção profissional de médicos de interesse desta tese é a dos peritos do INSS. LISE e col. (2013) discorreram sobre as condições de trabalho oferecidas pelo órgão segurador e suas deficiências em relação ao que os conselhos regionais de medicina preconizam para que os médicos possam trabalhar com autonomia.

Elencaram como obstáculos ao exercício da autonomia na atividade pericial no INSS as seguintes medidas organizacionais da instituição: 1) o tempo insuficiente para analisar cada caso e consultar colegas especialistas para dirimir eventuais dúvidas, 2) o espaço insuficiente para anotar tudo o que julgam necessário, vinculando essa insuficiência ao uso do prontuário informatizado, que além de ter limite de caracteres, limita o registro de diagnósticos e tampouco permite a anexação de documentos e exames do periciando, 3) a impossibilidade imposta pelo sistema informatizado de conceder benefício previdenciário para determinados diagnósticos traduzidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e 4) a atribuição de entregar o comunicado de decisão e finalmente, a vinculação do perito ao INSS, portanto uma “sujeição física e administrativa do ato médico ao controle das chefias e normas administrativas o que pode ser fonte de falta de isenção no ato pericial.”

Este parece ser o caso em que a tecnologia, expressa no uso de um sistema informatizado, proporciona a constrição de autonomia, com imposição de padrões de práticas, com novas responsabilidades para metas e objetivos em ambientes gerenciados, como apontou DONALSON (2008), em texto sobre a profissão médica.

Outros autores, como MENDES (2006), ao estudar duas situações de avaliações periciais com dois peritos, um do INSS e outro, credenciado, quando havia essa modalidade, constatou que a atividade pericial já era permeada, naquela época, pelo sistema informatizado, pelas normas técnicas de avaliação de incapacidade e das exigências implícitas do órgão segurador, pelos saberes, pela hierarquização das informações e pela opção de não criar conflitos com colegas, mantendo suas decisões. Do mesmo modo, MELO (2014) também fez um estudo da relação médico-segurado na perícia previdenciária, contextualizando essa atividade em meio aos controles burocráticos das concessões e indeferimentos dos benefícios e gestão da perícia.

Diferentemente dos casos dos médicos do trabalho e dos médicos peritos do INSS, os peritos judiciais não são submetidos a normas técnico-administrativas de um órgão, nem são contratados por empresas e nem são sujeitos a restrições e procedimentos. Gozam,

formalmente, de autonomia como direito de um indivíduo “tomar decisões livremente”, ou como “liberdade, independência moral ou intelectual” (HOUAISS e VILLAR, 2001, p. 351), como poucos no mundo do trabalho.

Nessas condições, quais seriam os valores predominantes em sua atuação como peritos, na avaliação da existência ou não de adoecimento ocupacional e de incapacidade laboral? Essas questões se constituem no objeto de estudo desta tese.

Trata-se de um objeto de estudo com interface e intersecção das áreas da saúde, do direito, da ética e da sociologia.

Apesar de boa parte desses profissionais terem se deparado com pacientes acometidos pelas dores características das LER/Dort, tido contato com as polêmicas sobre os diferentes aspectos das formas de adoecimento e com as normas oficiais, a hipótese desta pesquisa era de que continuariam prevalecendo valores e critérios tradicionais, arraigados na sociedade e na formação profissional, do adoecimento individualizado e da desconsideração da multicausalidade no caso das doenças ocupacionais, assim como a avaliação das diferentes condições de saúde e da incapacidade das pessoas continuaria obedecendo a critérios aleatórios, com pouca consistência teórica.

Os laudos periciais, produzidos como fruto de investigações de casos que reclamam na justiça o reconhecimento de um dano à saúde, foram compreendidos como documentos privilegiados, nos quais o objeto desta pesquisa se encontraria materializado com a maior fidedignidade possível.

Na pretensão de que seja proveitoso para pessoas de diferentes campos de conhecimento e vivência, este estudo corre o risco de apresentar abordagens básicas para especialistas nas áreas citadas.

No entanto, considerou-se importante estabelecer algumas referências, registradas no capítulo 4 desta tese, para que à sua luz, as reflexões voltadas ao conteúdo dos laudos periciais fossem pensadas e repensadas por pessoas de diferentes formações.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

GERAL

Identificar e analisar os conceitos de adoecimento, nexos causal e incapacidade adotados nos laudos periciais referentes às LER/Dort da Justiça do Trabalho da 2ª Região.

ESPECÍFICO

Identificar e analisar fundamentos, utilizados pelos peritos, para a descaracterização de casos nos quais havia nexos causal presumido pelo critério epidemiológico, entre o trabalho e o adoecimento associado às LER/Dort, nos laudos periciais da Justiça do Trabalho da 2ª Região.

CAPÍTULO 7

MATERIAL E PERCURSO METODOLÓGICO

O laudo pericial, material de análise deste estudo, foi entendido como produto-síntese de valores e conceitos de cada perito, aplicados a um caso concreto em disputa judicial, quanto aos conceitos de adoecimento relacionado ao trabalho e à incapacidade.

Feita uma busca no banco de dissertações de mestrado e teses de doutorado da CAPES, sem delimitação temporal, aplicando-se, inicialmente a palavra “laudo” e a expressão “justiça do trabalho”, apresentaram-se 1.104 resultados. A seguir foram buscados os mestrados e doutorados, tendo como filtro quanto à grande área do conhecimento, “Ciências Ambientais”, “Clínica Médica”, “Epidemiologia”, “Interdisciplinar”, “Medicina Preventiva”, “Saúde Coletiva”, “Saúde e Biológicas”, “Saúde Pública”, “Sociais e Humanidades” e “Sociologia”. Restaram 62 resultados. Dentre eles, três estudos, dissertações de mestrado, apresentam conteúdos que estabelecem um diálogo com esta tese. Um deles foi desenvolvido por PIERUCCETTI (2014), que analisou a trajetória de trabalhadores da indústria de calçados de Franca, que buscavam o reconhecimento donexo causal entre a lesão e o adoecimento com as situações de trabalho na Justiça do Trabalho. Secundariamente o estudo avaliou a qualidade das perícias judiciais que subsidiaram o juízo nas suas decisões. O outro foi realizado por CARUSO (2014), que avaliou a qualidade de laudos periciais da Justiça do Trabalho no tocante ao nexocausal, por meio do estudo da abordagem pericial a doenças relacionadas à exposição ao asbesto. E o terceiro, é de autoria de GEMELLI (2016), que analisou laudos periciais do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região quanto à utilização dos critérios da SUSEP para avaliação de incapacidade por danos à saúde nos laudos periciais. Nas bases LILACS, SCIELO e MEDLINE, aplicando-se a palavra “laudo” e a expressão “justiça do trabalho” não foi encontrado nenhum trabalho

O campo de pesquisa foi delimitado aos laudos periciais da jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (TRT-2), que abrange municípios de São Paulo, Barueri, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha, Guarujá, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Praia Grande, Ribeirão Pires, Santana do Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Vicente, Suzano, Taboão da Serra e Itapevi. Trata-se de municípios, que em seu conjunto, totalizam uma população de 20.381.794 habitantes, correspondentes a aproximadamente 50% da população do estado de São Paulo, a 25% da população da região sudeste e a 10% da população de todo o país (IBGE, 2010).

A primeira questão a ser resolvida foi o acesso aos processos trabalhistas que tivessem como objeto o adoecimento por LER/Dort. Por meio de uma solicitação da Fundacentro à Presidência do TRT- 2, datada de 02 de setembro de 2013, foi possível sua viabilização.

Segundo informações obtidas no Tribunal na época, os processos, incluindo os laudos periciais, eram acessíveis somente em meio físico. Decorrente dessa indisponibilidade

em meio eletrônico, uma outra questão considerada foi o fato de que enquanto em tramitação, os processos seriam de difícil acesso, pois ora podiam estar com uma das partes ora retidos nas varas, e a busca teria que ser feita por número de processo e por vara, em um universo de 90 varas na capital, 24 em Guarulhos e região, 28 em Osasco e região, 17 na Baixada Santista e 24 no ABC⁷³. Considerando-se que a demanda de indenização por dano moral ou por dano material no país totalizou 852.803 em 2015, ano escolhido aleatoriamente apenas com a finalidade de se vislumbrar a dimensão numérica do que se trata neste estudo (CNJ, 2016), percebeu-se que a busca processo a processo não teria viabilidade com os recursos disponíveis nesta pesquisa.

Em contato com os servidores da Coordenadoria da Gestão Documental e Memória do Tribunal, visto que não havia classificação dos processos por tipo de adoecimento, optou-se pela separação dos processos que tratassem de indenização por dano moral ou material ou que contivessem laudos periciais referentes a acidentes e doenças.

Essa busca e separação dos processos foram feitas pelos servidores daquela Coordenadoria, segundo os seguintes critérios, definidos de acordo com as possibilidades do sistema informatizado do TRT- 2:

- 1) reclamações de dano material ou dano moral, ou
- 2) que envolvessem agravos à saúde do trabalhador com perícia técnica; e
- 3) que haviam sido arquivados no período de 2012 a 2016.

Buscou-se a totalidade dos processos que obedecessem aos critérios mencionados. O controle de busca e de disponibilização do material solicitado foi feito exclusivamente pelos servidores da Coordenadoria de Gestão de Arquivo do Tribunal.

O estudo dos laudos periciais teve como embasamento teórico pressupostos da análise de conteúdo, “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, que tem como amplo campo de aplicação as comunicações linguísticas (BARDIN, 2011), dentre as quais foram incluídos os laudos periciais.

Foram consideradas algumas premissas.

A primeira foi a consideração da formação básica da pesquisadora, em medicina, com experiência na área de saúde do trabalhador e vivência de conflitos conceituais e de práticas envolvendo profissionais de saúde, em particular médicos, inseridos em diferentes situações profissionais.

A segunda premissa foi a de que a análise dos laudos teria um pilar no conhecimento conhecimento interdisciplinar e o outro no conhecimento técnico específico de anatomia, fisiologia e mecanismos de lesões e desgastes do sistema musculoesquelético.

⁷³ <http://www.trtsp.jus.br/institucional/conheca-o-trt-2?id=1415> > acesso em 26/12/2017.

A terceira premissa foi a de que não se pretendia generalizar os achados para todos os laudos do país. Espera-se que, com a leitura do que foi encontrado, outras pessoas possam refletir sobre as suas realidades regionais.

E a última premissa foi a de que se trata de uma pesquisa cuja análise é qualitativa, valendo-se de alguns recursos quantitativos na sua parte descritiva.

Procedeu-se assim, à leitura dos processos físicos fornecidos pela Coordenadoria da Gestão Documental e Memória do Tribunal nas dependências do TRT-2 e à seleção apenas daqueles processos de interesse para esta pesquisa, isto é, os que continham petições iniciais mencionavam a existência de doenças musculoesqueléticas relacionadas às LER/Dort.

Por meio de um formulário eletrônico disponível no portal do Tribunal⁷⁴, foram solicitados arquivos digitais das folhas dos autos referentes às petições iniciais feitas pelos advogados dos reclamantes, aos laudos periciais, às sentenças de primeira instância e aos acórdãos, que foram, assim, disponibilizados por meio de um *link* durante um período de 15 dias.

Chegou-se a 83 laudos de 74 processos distintos; sendo que nove processos continham dois laudos cada um, por designação judicial da primeira instância, de uma segunda avaliação pericial. Onze processos foram iniciados na justiça comum dos estados, antes da Emenda Constitucional nº 45 (BRASIL, 2004). Todos foram considerados da mesma forma neste estudo.

Em cada laudo, por meio de várias leituras e marcações feitas pela pesquisadora, procurou-se por trechos indicadores da abordagem e dos fundamentos utilizados pelos peritos em relação aos grandes temas de interesse desta pesquisa.

A busca foi dirigida para elementos que permitissem a construção de respostas a três perguntas, que se espera estejam contempladas nos laudos periciais:

- Qual foi o raciocínio clínico conduzido pelo perito para que se concluísse pela existência ou não de uma doença musculoesquelética?
- Como foi o processo de investigação para que se concluísse pela existência ou não de relação causal de um determinado tipo de adoecimento com a atividade de trabalho, de forma direta ou indireta?
- Quais foram os elementos considerados pelo perito para considerar uma pessoa apta para o trabalho ou incapacitada parcial, total, temporária ou permanentemente?

Para organizar essa busca, foram utilizados três recursos de sistematização de informações:

1. Organização dos laudos periciais em planilha *excel*, com referência aos seguintes

⁷⁴ Formulário de solicitação de cópias – Arquivo Geral. Disponível em http://www.trtsp.jus.br/serv-sol_cop-autos-arq > acesso em 23/07/2017.

dados:

- a) reclamantes, identificados por nome e número de processo, organizados quanto às datas de nascimento, ao gênero, à ocupação predominante exercida na reclamada, às datas de admissão e desligamento (mais de um período de vínculo, dependendo do caso), à situação empregatícia por ocasião da perícia, antecedentes ocupacionais quanto a funções e ramos econômicos das empresas em que tivessem trabalhado por mais de um ano;
- b) empresas reclamadas, identificadas pelo nome e organizadas quanto à atividade econômica, segundo a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE); grau de risco segundo o Risco Ambiental do Trabalho (RAT);⁷⁵ existência ou não de nexo causal presumido, segundo a lista C do anexo II do Decreto 3.048/99, um dos critérios utilizados pela perícia do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)⁷⁶;
- c) datas das petições iniciais, dos laudos periciais, das sentenças de primeira instância, dos acórdãos;
- d) nomes dos peritos e dos assistentes técnicos de ambas as partes;
- e) conclusões periciais quanto à existência ou não de adoecimento, de nexo causal e de incapacidade, de forma simplificada;
- f) reconhecimento do nexo causal durante o(s) período(s) de vínculo empregatício com a reclamada;
- g) identificação de serviços ou tipo de profissionais procurados pelos reclamantes durante o(s) período(s) de vínculo empregatício com a reclamada;
- h) utilização do laudo pericial para embasamento da sentença judicial em primeira instância;
- i) procedência ou improcedência do pleito em primeira instância, no tocante aos agravos à saúde, um dos objetos do processo;

⁷⁵ Segundo a Receita Federal, o RAT representa a contribuição da empresa, prevista no inciso II do artigo 22 da Lei 8212/91, e consiste em percentual que mede o risco da atividade econômica, com base no qual é cobrada a contribuição para financiar os benefícios previdenciários decorrentes do grau de incidência de incapacidade laborativa (GIIIL-RAT). A alíquota de contribuição para o RAT será de 1% se a atividade é de risco mínimo; 2% se de risco médio e de 3% se de risco grave, incidentes sobre o total da remuneração paga, devida ou creditada a qualquer título, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos. Disponível em <http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/gfip-sefip-guia-do-fgts-e-informacoes-a-previdencia-social-1/fap-fator-acidentario-de-prevencao-legislacao-perguntas-frequentes-dados-da-empresa#o-que-e-rat> > acesso em 27/09/2017.

⁷⁶ A lista C do anexo II do Decreto nº 3.048/99 foi alterada pelo Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009, Diário Oficial da União de 10/09/2009. Disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/23/1999/ANx3048.htm> > acesso em 30/10/2017.

- j) manutenção ou reforma da sentença judicial na segunda instância;
- k) atributos dos laudos que se referem aos conteúdos no tocante aos “grandes temas”, que se espera encontrar, quais sejam, a existência ou não de doença, denexo causal com o trabalho e de incapacidade relacionados no item 3, a seguir. Esses atributos estão detalhados no item 3, a seguir.

Parte da planilha, a título de ilustração, encontra-se disponível nas páginas 393 e 394 desta tese (Anexo 1).

2. Elaboração de uma síntese de cada laudo após a leitura, com dados cadastrais do reclamante e da reclamada e seleção de trechos que pudessem expressar o pensamento do perito em relação aos grandes temas da tese, quais sejam, do adoecimento, dos seus determinantes causais e da incapacidade para o trabalho (Anexo 2 - Síntese do Laudo, disponível na página 395 deste texto). Essa síntese foi utilizada como forma de organizar ideias dispersas pelos laudos, pois a maioria deles não tinha uma estrutura que facilitasse o leitor a seguir um raciocínio de explanação de possibilidades e argumentação e que conduzisse a uma determinada conclusão sobre a existência ou não de uma doença, de relação ou não com trabalho e em que grau e de existência ou não de incapacidade. Foi feito um trabalho de pinçamento de informações que ora estavam espalhadas no corpo do laudo pericial ora estavam especificamente nas respostas a quesitos das partes. Não foi estabelecido limite de tamanho da síntese.
3. Avaliação e descrição da qualidade da informação do laudo e dos conceitos prevalentes no tocante aos determinantes do adoecimento e de incapacidade dos reclamantes. Os atributos do conteúdo dos laudos foram escolhidos visando à uma descrição e explicitação dos elementos relacionados às categorias de análise, tendo sido codificados por códigos alfanuméricos. Os códigos foram criados de forma a permitirem uma classificação dos atributos para posterior descrição. São eles:
 - a) a existência ou inexistência de descrição e análise da atividade de trabalho, além dos elementos valorizados na descrição e análise (ATr1, ATr2, ATr3);
 - b) a existência ou inexistência de uma história clínica e uma gradação de suficiência dessa história clínica (ANM1, ANM2, ANM3);
 - c) a existência ou inexistência de uma abordagem mais ampla de questões envolvidas no processo de adoecimento, quais sejam situações de piora ou melhora, evolução do quadro clínico, ampliação do comprometimento de saúde e do sistema musculoesquelético para a esfera psíquica (AD1, AD2, AD3);
 - d) a consideração e valorização ou não de conceitos de multicausalidade (MT1, MT2, MT3, MT4), concausalidade (CO1, CO2, CO3, CO4);

- e) a consideração do trabalho, em suas múltiplas dimensões, em particular, a física/ biomecânica e a organizacional; como elemento de contribuição para o agravamento do processo de adoecimento (AG1, AG2, AG3, AG4) e cronificação (CR1, CR2, CR3, CR4);
- f) o uso e valorização ou não de achados de exame físico (EF1, EF2, EF3), de exames complementares (EC1, EC2, EC3), de correlações físicas e biomecânicas (BMEC1, BMEC2, BMEC3) e uso de critério epidemiológico (Ep1, Ep2, Ep3) para estabelecer ou não nexos causais com o trabalho;
- g) o uso do conceito ou não de processo degenerativo (DEG1, DEG2, DEG3) e de fibromialgia (FI1, FI2, FI3) na descaracterização do nexo causal;
- h) o uso de conceito mais restrito ou mais amplo na abordagem da incapacidade (I1, I2, I3, I4).
- i) a consideração do laudo na sentença judicial no tocante ao nexo causal (SEJ1, SEJ2, SEJ3).
- j) a informação de acolhimento do pleito no tocante ao nexo causal pelo juízo (ACO1, ACO2).
- k) a informação de pedido de dano moral na petição inicial ou não (SIM, NÃO).

Esses atributos e informações foram codificados e registrados na planilha *excel* (Anexo 1, nas páginas 393 e 394)

O roteiro dessa codificação e o significado de cada código estão disponíveis nas páginas 396 a 399 desta tese (Anexo 3 - Preparação do material/ Laudos periciais para análise: codificação dos atributos”).

Esses três recursos de sistematização do conteúdo dos laudos permitiram que fossem identificados eixos de análise referentes às categorias que compõem o objeto de estudo. São eles:

Valorização, no processo de estabelecimento ou descarte do nexo causal entre o trabalho e o adoecimento e da incapacidade laboral:

- das queixas dos reclamantes;
- do exame físico e dos exames complementares;
- da atividade de trabalho;
- do critério epidemiológico;
- da concausa;

- do processo degenerativo;
- da cronificação e agravamento do quadro clínico;
- do conceito individualizante do adoecimento e da incapacidade laboral.

Procurou-se analisar as palavras e expressões utilizadas nos laudos periciais, assim como as “zonas de silêncio,” que por vezes podem se mostrar extremamente significativas.

Quanto à eticidade desta pesquisa, não houve envolvimento direto de seres humanos, apenas a análise de documentação de caráter público, não se enquadrando, portanto, nos quesitos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, para que fosse submetida ao sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa e Conselho (BRASIL, 2012). Os documentos estudados são públicos, mas mesmo assim, informações de caráter pessoal foram preservadas.

CAPÍTULO 8

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como informado no capítulo 1 desta tese, os resultados e análise foram dispostos em dois capítulos desta tese. O capítulo 8 contém um panorama dos laudos e a síntese de cada laudo com os comentários de temas considerados relevantes e no capítulo 9, os resultados referentes aos temas centrais da tese são apresentados e discutidos.

A primeira impressão após a leitura dos laudos foi a de que, além de pouco consistentes e mal escritos, nada trariam de novo que já não se soubesse empiricamente. Em princípio, constatou-se que não obedeciam ao determinado no parágrafo primeiro do artigo 473 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015b): “... o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerências lógica, indicando como alcançou suas conclusões.” Contudo, as leituras sucessivas permitiram revelar como são tratados os aspectos do adoecimento ocupacional e incapacidade, bem como identificar as lacunas existentes. A apresentação e discussão foram feitas em três partes.

O item 1 deste capítulo, denominado “Panorama dos laudos”, tem o objetivo de dar uma visão geral dos processos, com a apresentação de algumas características dos reclamantes, das empresas reclamadas e dos tempos de etapas do rito processual, mais precisamente, entre a petição inicial e o laudo pericial, entre o laudo pericial e a sentença de primeiro grau, entre a sentença de primeiro grau e o acórdão e entre a petição inicial e o acórdão.

No item 2, denominado “Adentrando os laudos” e mais especificamente no item 2.1., “Laudo a laudo”, apresenta-se o conteúdo dos laudos estudados, heterogêneos em sua forma, apresentados um a um, com destaque para os temas com interface com o objeto da pesquisa, mas também para temas transversais que também serão objeto de discussão, conforme explicitado nos capítulos 5 (Objeto de Estudo) e 7 (Material e percurso metodológico).

Para identificação das partes nos processos, serão utilizados os termos “reclamantes” e “empresas reclamadas” ou simplesmente “reclamadas”.

1. PANORAMA DOS LAUDOS

Para descrever o panorama dos 83 laudos periciais de 74 reclamantes, optou-se por utilizar quadros e tabelas, uma vez que possibilitam apresentar dados extensos de forma resumida, facilitando a visualização e a compreensão mais geral das questões estudadas.

A tabela 1 mostra os processos estudados, conforme o ano das petições iniciais. Destaque-se que 51 processos, portanto, quase 70% tiveram início entre 2005 e 2009, década em que se identificou um declínio do movimento que deu visibilidade social às LER/Dort na década de 1990, quando os quadros clínicos, objeto dessas ações, tiveram início.

Tabela 1: Número e proporção dos processos, segundo ano da petição inicial, TRT-2.

Ano	N	%
1999	2	2,70
2000	3	4,06
2001	2	2,70
2002	4	5,40
2003	4	5,40
2004	5	6,76
2005	17	22,97
2006	6	8,11
2007	10	13,51
2008	6	8,11
2009	12	16,22
2010	0	0,00
2011	3	4,06
Total	74	100,00

A Emenda Constitucional 45/2005 (BRASIL, 2004), introduziu, entre outros, o inciso VI no artigo 114 da Constituição Federal, que passou a atribuir à Justiça do Trabalho a competência para processar e julgar as “ações de indenização por dano moral ou patrimonial, decorrente da relação de trabalho”, anteriormente de competência da Justiça Comum dos Estados. Quaisquer causas envolvendo empregados e empregadores, ainda que fundados em direito extratrabalhistas, desde que o fato fosse relacionado ao trabalho, passariam a ser de sua competência. É nesse inciso que se enquadram os casos de reclamações trabalhistas envolvendo acidentes e doenças do trabalho.

Apesar dessa Emenda ser de dezembro de 2004, acontecimentos posteriores causaram incertezas, que foram dirimidas somente após meio ano. Em sessão plenária de 9 de março de 2005, ao julgar o Recurso Extraordinário interposto por uma empresa⁷⁷, a maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal entendeu que a Justiça Comum era competente para instruir e julgar as ações indenizatórias decorrente do acidente do trabalho. Por meio de artigos doutrinários e manifestações públicas de juízes do trabalho e suas associações e de uma visita a todos os ministros do Supremo Tribunal Federal, este órgão alterou sua decisão sobre o assunto e em sessão plenária de 29 de junho de 2005, definiu o conflito de competência suscitado pelo Tribunal Superior do Trabalho⁷⁸. Por unanimidade, revisou o entendimento anterior e concluiu que a competência em questão era da Justiça do Trabalho. OLIVEIRA (2010) relata com detalhes os fundamentos dessa decisão e o processo de revisão até o julgamento histórico e a publicação da ementa do acórdão.

Esse contexto explica as diferentes origens dos processos; 11 dos 74 processos tinham tido início na justiça comum dos estados e também alguns dos laudos estudados (8) tinham sido solicitados pelos magistrados daquela justiça. Por outro lado, observou-se que mesmo antes da EC-45, alguns processos apresentaram as reclamações na Justiça do Trabalho.

⁷⁷ Recurso Extraordinário n. 438.639, interposto pela Mineração Morro Velho Ltda.

⁷⁸ Conflito de Competência n. 7.204-1, suscitado pelo Tribunal Superior do Trabalho em face do extinto Tribunal de Alçada do Estado de Minas Gerais.

Do total dos processos estudados, 9 tiveram dois peritos distintos cada um durante o decorrer do processo, por determinação judicial, cada um deles com produção de laudos sobre o mesmo caso.

Os 83 laudos periciais foram elaborados por 48 peritos, sendo 42 homens, todos médicos e 6 mulheres, das quais, 5 médicas e uma fisioterapeuta, configurando-se um universo predominantemente masculino.

É interessante notar que a distribuição por gênero dos peritos médicos não obedece a mesma proporção entre médicos e médicas do país. SCHEFFER e col. (2013) mostraram que a partir de 1991, quando o percentual de mulheres médicas atingiu 30,55% do total desses profissionais, ano a ano, esse percentual vem crescendo, passando a 35,83% em 2001, 40,39% e, 2011 e 44,26% em 2016.

Mais de 73% dos laudos foram produzidos entre 2006 e 2010. A tabela 2 mostra os laudos periciais conforme o ano em que foram emitidos e incluídos nos processos.

Tabela 2: Número e proporção dos laudos periciais, segundo ano de emissão, TRT-2.

Ano	N	%
2001	2	2,41
2002	0	0,00
2003	6	7,23
2004	3	3,61
2005	5	6,03
2006	12	14,46
2007	16	19,29
2008	15	18,07
2009	11	13,25
2010	7	8,43
2011	3	3,61
2012	3	3,61
Total	83	100,00

1.1. Sobre os Reclamantes

Nas tabelas 3 a 9, apresentadas a seguir, pode-se ter um panorama descritivo dos 74 reclamantes quanto ao gênero, faixa etária, funções ocupadas na reclamada e situação empregatícia no momento da perícia.

Quanto ao gênero, há uma predominância do feminino, em conformidade com a maior frequência desse segmento em outros estudos que envolvem LER/Dort, como mostra a tabela 3.

LINDMAN e col. (1991) desenvolveram um estudo que associou a maior proporção de fibras musculares do tipo I que as mulheres têm no músculo trapézio à maior frequência de síndrome miofascial no gênero feminino. Outros estudos encontraram associação entre características da fisiologia muscular feminina à maior frequência de afecções de pescoço e

ombros (SRINIVASAN e col, 2016; CÔTÉ, 2012).

A despeito de estudos desse tipo, que tentam compreender a fisiopatologia da fadiga e do adoecimento musculoesquelético, as diferenças nas inserções profissionais são determinantes para o desenvolvimento de LER/Dort.

HIRATA (1998) chama a atenção para as transformações do trabalho, utilizando dados das pesquisas sobre condições do trabalho na França, realizadas pelo Ministério do Trabalho daquele país.

Entre 1984 e 1993, o percentual de assalariados que declarou ter tido o seu ritmo de trabalho determinado pela demanda dos clientes ou do público passou de 39,0% para 58,0%. Já o percentual daqueles para os quais o ritmo de seus movimentos estava sendo determinado pelo deslocamento automático de um produto ou de uma peça passou de 3,0% para 6,0%; pela cadência automática de uma máquina, de 4,0% para 7,0%; por normas ou prazos de um dia ou de menos de 24 horas, de 19,0% para 44, 0%; e, enfim, por controle da hierarquia, de 17,0% para 24,0% (GOLLAC e VOLKOF, 1996, apud HIRATA, 1998, p.9).

Os inúmeros estudos analisados pela autora mostravam que no setor industrial brasileiro os postos de trabalho que exigiam mais responsabilidade continuavam destinados aos homens, e as operárias continuavam sob controle *taylorista*, com cadências impostas por máquinas, linhas de montagem, normas disciplinares ou demandas de clientes. Apenas para se ter uma ideia dessa divisão sexista do trabalho, até aquela ocasião, segunda metade da década de 1990, não havia mulheres em postos de equipamentos programáveis, como “comandos numéricos” (CNC), concepção e fabricação assistidas por computador (CAD/CAM), controladores lógico-programáveis (CLP). (HIRATA, 1998, p.13).

As pesquisas do Ministério do Trabalho francês, desde 1978, também mostravam realidade similar naquele país. Assim, tanto no Brasil como na França, nas décadas de 1980 e 1990, as atividades operacionais eram destinadas às mulheres, que ficavam expostas a condições propiciadoras de doenças como as LER/Dort. Era diferente na segunda metade do século XIX, quando a grande maioria dos casos de câibras do escrivão ocorria em homens, em conformidade com a predominância de trabalhadores do gênero masculino, entre os que trabalhavam em funções de escritório (DEMBE, 1996, p. 31).

OLIVEIRA e BARRETO (1997) discutem as diferenças entre homens e mulheres em relação à inserção no mercado de trabalho, à forma como eles e elas sentem demandas laborais e não laborais, à forma como essas demandas são percebidas nos ambientes de trabalho e doméstico em diferentes momentos ao longo do processo de adoecimento e ao impacto na esfera psíquica.

Tabela 3: Número e proporção dos reclamantes, segundo gênero, TRT-2.

Gênero	N	%
Feminino	44	59,46
Masculino	30	40,54
Total	74	100,00

Quanto às faixas etárias dos reclamantes, a tabela 4 mostra que as idades registradas tiveram como referência as datas das avaliações periciais e nos 9 casos em que houve uma segunda avaliação, foi utilizada como referência a data da primeira delas. Das mulheres, 45,45% se situavam na faixa etária mais jovem, dos 20 aos 39 anos, enquanto entre os homens, a faixa etária predominante foi a dos 40 a 49 anos (46,67%). Do total, 40,54% tinham menos de 40 anos de idade.

Tabela 4: Número e proporção dos reclamantes, segundo faixa etária e gênero, TRT-2.

Faixa etária (anos)	Gênero feminino		Gênero masculino		Total	%
	N	%	N	%		
20-39	20	45,45	10	33,33	30	40,54
40-49	13	29,55	14	46,67	27	36,40
50-64	11	25,00	6	20,00	17	22,97
Total	44	100,00	30	100,00	74	100,00

As designações formais das funções atribuídas aos reclamantes e registradas nos laudos, em muitos casos, não davam ideia da atividade real que exerciam. Assim, para que se possa associar a função de registro, mesmo que a grosso modo, à atividade de trabalho real, outras informações foram integradas e são a seguir apresentadas por gênero, classificadas por grupos mais gerais, para que se constatem as diferenças de inserção dos homens e das mulheres no tocante à atividade laboral.

A tabela 5 mostra que, do total de 44 reclamantes do gênero feminino, 17 (38,64%) trabalhavam em funções que exerciam a escrita ou digitação ou uso de teclados de forma geral, com manuseio de papeis, nas quais não havia exigência de força física rotineiramente e 27 delas (61,36%) trabalhavam em funções que exigiam o uso de força física, particularmente localizada, seja na indústria, comércio ou serviços. Das 17, que trabalhavam em serviços de escrita ou digitação ou com uso de teclados de forma geral, com manuseio de papeis, 9 eram bancárias, 3 eram teleoperadoras e as outras 5 faziam serviços e escritório em geral, como se pode ver na tabela 5.

Tabela 5: Número e proporção de reclamantes do gênero feminino, segundo funções ocupadas, sem exigência de força física, nas empresas reclamadas, TRT-2.

Funções	N	%
Bancária	9	52,94
Teleoperadora	3	17,65
Auxiliar de serviços administrativos em geral	5	29,41
Total	17	100,00

Das demais 27 reclamantes, que trabalhavam com exigência de força física, 8 eram

montadoras de componentes eletrônicos ou pequenas peças, 5 eram operadoras de máquinas, 5 haviam trabalhado em linhas de embalagem/ acabamento/ envasamento, 2 haviam sido passadeira e costureira de empresa de confecção e as demais, uma vendedora comercial de loja física, uma ajudante de empresa química, uma atendente de balcão de frios, uma cuidadora de instituição para idosos, uma caixa de supermercado, uma copeira, uma varredora de rua, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6: Número e proporção de reclamantes do gênero feminino, segundo funções, com exigência de força física, ocupadas nas empresas reclamadas, TRT-2.

Funções	N	%
Montadora/ auxiliar de montagem	8	29,63
Operadora de máquina	5	18,53
Passadeira e costureira	2	7,41
Embaladora/ acabamento/ envasamento	5	18,53
Vendedora de loja física	1	3,70
Ajudante de produção/ química	1	3,70
Atendente de balcão de frios	1	3,70
Cuidadora de instituição para idosos	1	3,70
Caixa de supermercado	1	3,70
Copeira de hospital	1	3,70
Varredora de rua	1	3,70
Total	27	100,00

Diferentemente do perfil das reclamantes, entre as quais havia 9 bancárias, dos 30 reclamantes do gênero masculino, apenas um era bancário. Os demais tinham atividades que exigiam algum grau de força física, e se dividiam em operadores de máquinas ou que utilizavam equipamentos para sua atividade laboral cotidiana (13), trabalhadores que usavam força física para a atividade-fim, como coletor de lixo, ajudante de construção civil, estoquista e “trabalhador braçal” (4), trabalhadores de manutenção (6), motoristas (2) e os demais, um cozinheiro, um promotor de produtos, um tecelão, um embalador/ conferente, um montador de para-brisas, como se vê na tabela 7.

Tabela 7: Número e proporção de reclamantes do gênero masculino, segundo as funções ocupadas nas empresas reclamadas, TRT- 2.

Funções	N	%
Operador de máquinas/ uso de equipamentos	13	43,34
Trabalhador de manutenção	6	20,00
Trabalhador braçal	4	13,34
Motoristas (um de caminhão e um de ônibus)	2	6,67
Cozinheiro	1	3,33
Promotor de produtos	1	3,33
Embalador/ conferente	1	3,33
Montador de pára-brisas	1	3,33
Bancário	1	3,33
Total	30	100,00

Como se pode observar nas tabelas anteriormente apresentadas, as funções dos reclamantes de ambos os gêneros tinham forte componente operacional, com ou sem exigência de força física, o que era compatível com as petições iniciais que reclamavam entre outros tópicos, o reconhecimento da existência de LER/Dort. As funções ocupadas pelos homens exigiam mais força física do corpo todo e não só localizada em segmentos dos membros superiores. A atividade de ambiente de escritório era mais frequente entre as reclamantes do gênero feminino (38,64%) em comparação aos do gênero masculino, dentre os quais havia apenas um “trabalhador de escritório”, um bancário.

Observa-se também que o número de auxiliares, assistentes, ajudantes ou auxiliares era expressivo, 18, correspondente a aproximadamente 24% do total. A existência de “auxiliares” em geral pressupõe a existência de titulares com funções mais complexas ou adicionais. No entanto, parece não ser o caso e sim um recurso de depreciação salarial por parte das empresas.

As atividades laborais eram compatíveis com a ocorrência de LER/Dort, não havendo nenhuma função que causasse algum tipo de estranheza ou indagação.

Dos 74 reclamantes, apenas 8,11% estavam trabalhando com registro no momento da avaliação pericial, 35,13% estavam desempregados, 20,27% estavam aposentados por invalidez ou recebendo benefício temporário do INSS. Apenas 6,76% haviam conseguido se aposentar por tempo de contribuição, como apresentado na tabela 8.

Tabela 8: Número e proporção dos reclamantes, segundo a situação empregatícia no momento da perícia, TRT- 2.

Situação empregatícia	N	%
Trabalhando com registro	6	8,11
Aposentado por tempo de contribuição	5	6,76
Apos. por invalidez ou recebendo benefício temporário do INSS	15	20,27
Desempregado	26	35,13
Trabalhando esporadicamente sem registro	7	9,46
Sem informação	15	20,27
Total	74	100,00

É sabido que a maioria dos trabalhadores propõe processo reclamando direitos trabalhistas após o desligamento da empresa, o que se confirmou nesta pesquisa. Do total de 74 reclamantes, apenas 7 propuseram processo antes do desligamento da empresa e 67 depois. Desses 67, a maioria (41) o fez com menos de um ano depois do desligamento, 21 entre 1 e 2 anos, 4 entre 2 e 3 anos e apenas 1 depois de mais de 8 anos. Na tabela 9, tem-se a distribuição dos reclamantes por tempo de vínculo empregatício com a empresa reclamada. Do total de 74 reclamantes, 38 (51,35%) haviam tido menos de 10 anos de vínculo. Em um extremo, 3 (4,05%) tinham tido menos de 1 ano de vínculo e em outro extremo, 10 (13,51%) tinham trabalhado mais de 20 anos na empresa reclamada.

Tabela 9: Número e proporção dos reclamantes, segundo tempo de vínculo nas respectivas empresas reclamadas, TRT-2.

Tempo de vínculo (anos)	N	%
< 1 ano	3	4,05
1 < 5	22	29,73
5 < 10	13	17,57
10 < 15	12	16,22
15 < 20	14	18,92
>=20	10	13,51
Total	74	100,00

1.2. Sobre as Empresas Reclamadas

Uma verificação das empresas reclamadas permite constatar que apenas 2 das 74 eram de pequeno porte. Uma delas era uma locadora de vídeos e fitas e a outra uma escola de ensino médio. A maioria era constituída por empresas de grande porte, conhecidas, muitas delas de capital estrangeiro, de abrangência nacional.

As 74 empresas reclamadas foram classificadas de acordo com o seu código na Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). As razões sociais constantes nos laudos foram buscadas na *internet* assim como o CNAE. Pode haver imprecisões, pois muitas grandes empresas têm múltiplas atividades e vários CNAE e além disso, o código é autodeclarado. Utilizando o CNAE com nível de desagregação apenas de dois dígitos, segue uma lista para que se tenha um panorama das empresas implicadas (quadro 4). Foram discriminados apenas os CNAE de dois dígitos que correspondiam a mais de uma razão social. Destacam-se o CNAE 20 (fabricação de produtos químicos) com 5 empresas, o CNAE 29 (fabricação de veículos automotores, reboques e carrocerias) com 6 empresas e o CNAE 64 (atividades de serviços financeiros) com 10 empresas. Treze razões sociais foram agrupadas, com seus respectivos CNAE, no item “outros” do Quadro 4 a seguir.

Quadro 4: Número de empresas reclamadas, segundo CNAE de dois dígitos, TRT- 2.

CNAE (2 dígitos)	N
10 – Fabricação de produtos alimentícios	2
13 – Fabricação de produtos têxteis	3
14 – Confeção de artigos do vestuário e acessórios	2
20 – Fabricação de produtos químicos	5
21 – Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos	2
22 – Fabricação de produtos da borracha e de material plástico	4
24 – Metalurgia	3
26 – Fabricação de equipamentos de informática, produtos eletrônicos e óticos	3
27 – Fabricação de máquinas, aparelhos e materiais elétricos	4
28 – Fabricação de máquinas e equipamentos	2
29 – Fabricação de veículos automotores, reboques e carrocerias	7
46 – Comércio por atacado, exceto veículos automotores e motocicletas	4
47 – Comércio varejista	2
49 – Transporte terrestre	2
64 – Atividades de serviços financeiros	10
82 – Serviços de escritório, de apoio administrativo e outros serviços prestados principalmente às empresas	2
87 – Atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares	2
94 – Atividades de associações organizativas	2
Outros*	13
Total	74

*25 – Fabricação de produtos de metal, exceto máquinas e equipamentos; 35 – Eletricidade, gás e outras utilidades; 38 – Coleta, tratamento e disposição de resíduos; recuperação de materiais; 41 – Construção de edifícios; 52 – Armazenamento e atividades auxiliares nos transportes; 56 – Alimentação; 59 – Atividades cinematográficas, produção de vídeos e de programas de televisão, gravação de som e edição de música; 73 – Publicidade e pesquisa de mercado; 77 – Aluguéis não imobiliários e gestão de ativos intangíveis não financeiros; 78 – Seleção, agenciamento e locação, de mão-de-obra; 84 – Administração pública, defesa e seguridade social; 85 – Educação; 86 - Atividades de atenção humana.

Para verificar quantas empresas reclamadas pertenciam a ramos de atividade que tinham uma frequência de LER/Dort significativamente maior do que os demais ramos juntos, segundo estudo da Previdência Social, fez-se uma busca de seus CNAE de 4 dígitos, no anexo II do Decreto 3.048/99, no qual constam aqueles que têm associação estatística com afecções musculoesqueléticas. Os resultados se encontram na tabela 10. Constatou-se que 49 (66,22%) das 74 empresas reclamadas pertenciam a ramos de atividade cujos adoecidos do sistema musculoesquelético tinham nexos causais presumidos com o trabalho, segundo critério epidemiológico.

Tabela 10: Número e proporção das empresas reclamadas, segundo existência de associação epidemiológica entre o ramo de atividade (CNAE de 4 dígitos) e doenças com CID M, como consta no anexo II do Decreto 3.048/99, TRT- 2.

Associação do CNAE com afecções musculoesqueléticas, como consta no anexo II do Decreto 3.048/99	N	%
Sim	49	66,22
Não	25	33,78
Total	74	100,00

Quanto aos denominados indicadores de risco à saúde dos trabalhadores, foram

considerados o risco ambiental do trabalho (RAT), cuja lista pode ser vista no anexo V do Decreto 3.048/99⁷⁹ e o grau de risco do Ministério do Trabalho, que pode ser visto no Quadro I da NR 4⁸⁰.

As diferenças entre esses indicadores, RAT e grau de risco são decorrentes de seus diferentes significados e formas de cálculo.

O RAT é uma alíquota fixa recolhida pelas empresas, de acordo com o seu ramo de atividade (CNAE). Varia de 1 a 3% e incide sobre a folha de salários das empresas. Desde 2007, foi implementado um fator multiplicador, denominado Fator Acidentário de Prevenção (FAP), implementado por decreto (BRASIL, 2007), que varia de 0,5 a 2,0, e é aplicado sobre essas alíquotas de 1 a 3%. Incide sobre cada empresa dentro do seu ramo de atividade e varia anualmente. As empresas que registram maior número de acidentes ou doenças ocupacionais têm FAP maior e pagam mais do que as demais do seu ramo de atividade. Como exemplo, um banco, de CNAE 6422 tem um RAT 3, que representa a alíquota fixa para esse ramo de atividade. O FAP do ano, que varia de 0,5 a 2,0, é multiplicado pelo RAT, que é 3, e assim, a alíquota pode variar de 1,5 a 6%. Supostamente o FAP representa a acidentabilidade de cada empresa.

O grau de risco do Ministério do Trabalho é definido também por ramo de atividade e varia de 1 a 4, e tem o objetivo de se constituir na base de dimensionamento do SESMT. O método de classificação dos ramos de atividade não é explicitado.

Segundo a classificação do RAT, das 44 reclamantes do gênero feminino, 13 (29,54%) haviam trabalhado em empresas cuja alíquota era de 1%, 18 (40,92%) em empresas cuja alíquota era de 2% e 13 (29,54%) em empresas cuja alíquota era de 3%. Das 13 que trabalhavam em empresas cuja alíquota era 3%, nove eram bancárias. Dos reclamantes do gênero masculino, 5 reclamantes (16,67%) haviam trabalhado em empresas cuja alíquota era 1%, 16 (53,33%) cuja alíquota era de 2% e 9 (30,00%) cuja alíquota era de 3%, demonstradas na tabela 11, a seguir.

Tabela 11: Número e proporção dos reclamantes, segundo RAT* das empresas reclamadas e gênero, TRT-2.

RAT	Gênero feminino		Gênero masculino		Total	%
	N	%	N	%		
11%	13	29,54	5	16,67	18	24,32
22%	18	40,92	16	53,33	34	45,95
33%	13	29,54	9	30,00	22	29,73
Total	44	100,00	30	100,00	74	100,00

*RAT: risco ambiental do trabalho, alíquota fixa por CNAE, a ser recolhida pelas empresas.

Considerando-se o grau de risco do Ministério do Trabalho, 18 reclamantes trabalharam em empresas de grau de risco 1, sendo 16 do gênero feminino e 2 do gênero

⁷⁹ O anexo V do Decreto n. 3.048/99, que contém a lista de CNAE e seus respectivos RAT, está disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm > acesso em 04/10/2017.

⁸⁰ O Quadro I da NR 4 se encontra disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/05/mtb/4.htm> > acesso em 04/10/2017.

masculino; 12 pessoas trabalharam para empresas de grau de risco 2, sendo 7 mulheres e 5 homens; 39 pessoas trabalharam para empresas de grau de risco 3, sendo 21 mulheres e 18 homens e finalmente, 4 pessoas trabalharam em empresas de grau de risco 4, sendo todas do gênero masculino, como se pode ver na tabela 12. Não foi possível identificar o grau de risco de uma empresa cujo código de atividade era 2049.

Tabela 12: Número e proporção dos reclamantes, segundo grau de risco das empresas reclamadas segundo classificação do Ministério do Trabalho e gênero, TRT- 2.

Grau de risco	Gênero feminino	%	Gênero masculino	Total	%
	N		N		
1	16	36,36	2	18	6,67
2	7	15,91	5	12	16,67
3	21	47,73	18	39	60,00
4	0	0	4	4	13,33
Sem informação	0	0	1	1	3,33
Total	44	100,00	30	74	100,00

1.3. Sobre os Tempos do Andamento Processual

O levantamento dos períodos de tempo entre as diferentes etapas dos processos estudados, desde a data da petição inicial até a data do acórdão referente ao julgamento em segundo grau, pode ser visto nas tabelas 13 a 18.

Foge ao escopo da pesquisa analisar os tempos nos aspectos da complexidade da causa, da conduta dos litigantes, do contexto em que se desenvolveu cada processo, a atuação das autoridades judiciais e a importância do litígio para os demandantes (NICOLITT, 2006 apud RAMOS, 2012).

Constatou-se que em 27 (36,49%) dos 74 processos, o período entre a petição inicial e a emissão do laudo pericial foi menor que um ano e em 51 deles (68,92%) foi menor que 2 anos. Por outro lado, em dois casos (2,70%) o período foi igual ou maior que 5 anos, como se vê na tabela 13.

Tabela 13: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data da emissão do laudo pericial*, TRT- 2.

Período (anos)	N	%
< 1	27	36,49
1 < 2	24	32,43
2 < 3	12	16,22
3 < 4	4	5,41
4 < 5	5	6,76
>= 5	2	2,70
Total	74	100,00

*Nos 9 casos em que houve dois laudos periciais, foi considerada a data do primeiro.

O período entre a data de emissão do laudo pericial e a data em que foi proferida a sentença de primeiro grau foi menor que um ano em 38 casos (51,35%) e menor que 2 anos em 64 casos (86,49%), conforme se vê na tabela 14.

Tabela 14: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da emissão do laudo pericial e a data da sentença de primeiro grau*, TRT- 2.

Período (anos)	N	%
< 1	38	51,35
1 < 2	26	35,14
2 < 3	4	5,41
3 < 4	1	1,35
4 < 5	2	2,70
>= 5	3	4,05
Total	74	100,00

*Nos 9 casos em que houve dois laudos periciais, foi considerada a data do primeiro, TRT-2.

O período entre a data do laudo pericial e a data do acórdão foi menor que 3 anos em 47 (70,15%) dos 67 processos em que foi emitido acórdão, como consta na tabela 15. Em 7 processos houve acordo antes de chegarem ao julgamento em segunda instância ou não houve recurso após a sentença da primeira.

Tabela 15: Número e proporção dos processos em que houve acórdãos, segundo período entre a data do laudo pericial e a data do acórdão, TRT- 2.

Período (anos)	N	%
< 1	6	8,96
1 < 2	21	31,34
2 < 3	20	29,85
3 < 4	9	13,43
4 < 5	3	4,48
>= 5	8	11,94
Total	67	100,00

O período entre a data da sentença de primeira instância e a data do acórdão foi menor que 3 anos em 62 (92,54%) dos 67 processos em que houve julgamento na segunda instância, como consta na tabela 16, TRT- 2.

Tabela 16: Número e proporção dos processos em que houve acórdãos, segundo período entre a data da sentença de primeira instância e a data do acórdão, TRT- 2.

Período (anos)	N	%
< 1	24	35,82
1 < 2	28	41,79
2 < 3	10	14,93
3 < 4	3	4,48
4 < 5	1	1,49
>= 5	1	1,49
Total	67	100,00

O período entre a petição inicial e a data da sentença de primeiro grau foi de menos de 5 anos em 64 casos (86,49%). Em 26 casos (35,14%), esse período foi menor que 2 anos, conforme se vê na tabela 17, TRT- 2.

Tabela 17: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data

da sentença de primeiro grau, TRT-2.

Período (anos)	N	%
< 1	5	6,76
1 < 2	21	28,38
2 < 3	21	28,38
3 < 4	10	13,51
4 < 5	7	9,46
>= 5	10	13,51
Total	74	100,00

Conforme a tabela 18, o período entre a petição inicial e a data do acórdão foi de 5 anos ou mais em 24 casos dos 67 casos em que houve acórdão (35,82%), mas em 7 processos (10,45%) esse período foi menor que 2 anos. A maioria, 43 (64,18%) teve a duração até 5 anos.

Tabela 18: Número e proporção dos processos, segundo período entre a data da petição inicial e a data do acórdão, nos casos em que houve julgamento na segunda instância, TRT- 2.

Período	N	%
< 1	0	0,00
1 < 2	7	10,45
2 < 3	11	16,42
3 < 4	19	28,36
4 < 5	6	8,95
>= 5	24	35,82
Total	67	100,00

2. ADENTRANDO OS LAUDOS

Segundo o Código de Processo Civil (BRASIL, 2015b), a prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação e o perito especializado no objeto da perícia é nomeado pelo juiz. O laudo pericial deve conter (BRASIL, 2015b, art. 473):

- a) a exposição do objeto da perícia;
- b) a análise técnica ou científica realizada pelo perito;
- c) a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;
- d) resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

Os laudos analisados tinham estruturas diversificadas, o que não se configuraria em um problema, se abrangessem as informações sobre os casos, as discussões sobre os aspectos referentes ao adoecimento, nexos causal e incapacidade, de forma que os juízes pudessem ter uma referência para julgar cada caso. Adiante, no item 2.1 deste capítulo (“Laudo a Laudo”),

cada um dos laudos foi sintetizado e analisado em aspectos que foram considerados relevantes.

Dos 83 laudos analisados, 56 (67,47%) foram elaborados por médicos do trabalho, 13 (15,66%) por médicos sem especificação de especialidade, 9 (10,84%) por médicos com especialização em perícia ou legistas, 4 por ortopedistas e 1 (1,21%) por fisioterapeuta, como mostra a tabela 19.

Tabela 19: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a formação/ especialização dos peritos, TRT-2.

Formação/especialização dos peritos	N	%
Médicos do trabalho	56	67,47
Médicos legistas ou vinculados ao IMESC ou com especialização em perícia	9	10,84
Médico sem especificação de especialidade	13	15,66
Ortopedista	4	4,82
Fisioterapeuta	1	1,21
Total	83	100,00

2.1. Laudo a Laudo

Optou-se por manter a síntese dos conteúdos dos laudos no corpo do texto e não em anexo, por três motivos principais: a) os laudos constituem o material estudado; b) a síntese foi feita com comentários na sua maior parte; c) alguns aspectos conceituais e informativos foram neles destacados.

As sínteses dos laudos foram elaboradas com destaques das questões mais importantes suscitadas em cada um, e ao final deste capítulo, haverá o quadro com palavras ou expressões-chave sobre esses temas, de forma que facilite ao leitor a busca opcional de assuntos que mais interessem.

Os primeiros 9 processos aqui arrolados têm 2 laudos cada um, por determinação do juízo, geralmente porque não se sentiu suficientemente esclarecido do ponto de vista técnico.

Processo número 01024-2005-021-02-00-9 - Possui dois laudos (6 e 7)

Reclamante: gênero feminino, 55 anos, vinculada por 29 anos e 8 meses à empresa reclamada, entidade filantrópica de grande porte, de janeiro de 1973 a agosto de 2002, como auxiliar de serviços administrativos, digitadora.

Reclamada: SECONCI – entidade filantrópica de grande porte, de abrangência estadual (SP), com atividades sociais a trabalhadores e familiares da construção civil. Administra vários serviços de saúde do Sistema Único de Saúde na condição de organização social.

Laudo 6 - 26/03/2008

Perito 1 – médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença relacionada ao trabalho, com ausência de incapacidade para o trabalho, desde que desenvolvido com restrições.

Este laudo se refere a uma pessoa cujas atividades eram de escritório e consistiam em manuseio, organização e preparação de papeis, com exigência de digitação, em jornadas de 8 horas diárias.

O perito relatou as alterações de funções e setores pelos quais a reclamante havia passado durante os quase trinta anos em que trabalhou na reclamada e fez uma relação temporal do início das dores nos membros superiores quando foi transferida para um determinado setor e passou a digitar o que antes fazia manualmente.

Na folha 275 do processo, o perito imputou à digitação peso importante como causa da ocorrência e evolução do quadro clínico, mas sustenta que mesmo que a reclamante não fosse digitadora e realizasse outras tarefas concomitantemente, o papel da digitação no adoecimento teria que ser considerado como fator contribuidor. Destaque-se que o perito considerou vários aspectos da atividade de trabalho para justificar a ocorrência de quadro do sistema musculoesquelético, assumindo multifatorialidade na gênese do quadro clínico. Relacionou a mudança de setor ao aparecimento das dores, embora não entre em detalhes sobre as diferenças entre os processos de trabalho:

A pericianda refere que iniciou a digitação entre os anos de 1993-1994, antes refere que fazia tudo manualmente. (Processo 01024-2005-021-02-00-9, folha 270)

A pericianda refere que no ano de 1994, ao ser transferida para o setor de filiação, passou a apresentar dores no braço, dor que se estendia do cotovelo até a ponta dos dedos, refere dormência noturna que começa no cotovelo e desce para a mão. (Processo 01024-2005-021-02-00-9, folha 271).

Pelo registro do perito, a reclamante relatou que:

[...] o médico do trabalho fazia visitas ao local de trabalho, alegava que mudaria as mesas dos computadores, no entanto, nada foi mudado e a mesma continuou a trabalhar com os moveis inadequados sem nenhuma melhora. (Processo 01024-2005-021-02-00-9, folha 271).

A pericianda relatou ao perito que, enquanto esteve vinculada à empresa reclamada, só passava pelo médico da empresa. No entanto, uma vez, quando os sintomas tiveram início, em 1994, foi avaliada por um ortopedista do Seconci, que diagnosticou síndrome do túnel do carpo, mas não estabeleceu nexos causais com a atividade de trabalho na empresa reclamada. Somente depois de seu desligamento, quando se consultou com um médico de convênio, teve confirmação do diagnóstico de síndrome do túnel do carpo e o nexos causal com o trabalho foi estabelecido (folha 271 dos autos).

Na discussão do caso, o perito constata a cronificação e a piora dos sintomas.

[...] a documentação médica apresentada nos permite avaliar que o quadro apresentado foi evoluindo com o passar do tempo e tornou-se crônico, as repercussões foram crescentes; segundo o histórico da pericianda, o quadro foi se estabilizando com a diminuição das

tarefas, e ainda refere dor por causa dos serviços domésticos. (Processo 01024-2005-021-02-00-9, folha 275)

Na discussão que fez sobre o caso, o perito destacou a importância de uma intervenção rápida quando um trabalhador apresenta quadro de tendinite e desenvolve atividade de trabalho, que está entre as suas causas, para que não haja piora. Destacou a piora documentada em exames eletroneuromiográficos realizados em 1998 e em 2002.

O perito explicitou, portanto, sua opinião sobre a evolução e piora de um quadro clínico musculoesquelético quando não há um afastamento das situações que contribuem para a ocorrência, como foi o caso, em sua opinião, imputando uma responsabilidade grande ao médico do trabalho nesta situação, que segundo a reclamante fazia visitas ao local de trabalho, sem que mudanças fossem promovidas, embora anunciadas.

Destaque-se que o perito correlacionou as mudanças do processo de trabalho com o início das dores nos membros superiores.

Assim como em outros países, também no Brasil, a introdução da digitação teve um papel importante no perfil de adoecimento de trabalhadores de escritório. A NR 17, voltada para trabalhadores de vários ramos de atividade, foi impulsionada pelo movimento dos digitadores, como visto na introdução desta tese, e contém algumas restrições visando à regulação da atividade de digitação, entre as quais a proibição de sistemas de avaliação dos trabalhadores baseados no número individual de toques, estipulação do número máximo de toques, tempo máximo diário de efetivo trabalho de entrada de dados, realização de pausas (BRASIL, 1990).

Um aspecto que chamou a atenção neste laudo e em outros, foi o fato do perito mencionar em três momentos a ausência de equipamentos de proteção individual (EPI), as duas primeiras imprimindo um sentido negativo à sua ausência. Essas menções não detalham qual equipamento de proteção individual teria um suposto papel de proteção.

Atividade realizada na reclamada: Digitação de documentos com visitas do médico do trabalho sem disponibilizar qualquer tipo de Equipamentos de Proteção Individual e realização das alterações prometidas. (Processo 01024- 2005- 021-02-00-9, folha 272)

Equipamentos de Proteção Individual: nega qualquer tipo de equipamento de proteção. (Processo 01024-2005-021-02-00-9, folha 272)

Sexto quesito: Não temos como avaliar o fornecimento de EPI; se os mesmos foram fornecidos, não evitaram o acometimento da reclamante. (Processo 01024-2005-021-02- 00-9, folha 272)

Essas menções à ausência de EPI são indicadores da cristalização do conceito de que o adoecimento e particularmente o adoecimento no trabalho pode ser prevenido individualmente, seja com a manutenção da atenção, seja com a informação do perigo e dos riscos, seja com o uso de uma proteção individual. Essas questões serão retomadas e discutidas no item 4 do capítulo 10 desta tese.

Um último aspecto a ser abordado neste laudo é a ausência de discussão sobre incapacidade laboral. O perito apenas concluiu na folha 276 do processo que a reclamante “encontra-se capaz para o trabalho com restrições para evitar o agravamento do seu quadro de tendinite,” sem explorar os motivos pelos quais essas restrições não foram concedidas enquanto a reclamante esteve vinculada à empresa reclamada, considerando-se que o médico do trabalho tinha conhecimento da situação da reclamante e a manutenção da digitação foi um elemento que contribuiu para a cronificação do quadro clínico. Teria sido possível a reclamante ter um tratamento diferenciado em face do seu adoecimento? Seria só ela a adoecida? Uma situação que a diferenciaria dos demais poderia ter também um potencial para gerar segregação social dentro do ambiente.

Laudo 7 - 20/07/2009

Perito 2 – médico cardiologista com especialização em medicina do trabalho, pós-graduado em saúde pública, administração hospitalar, acupuntura, medicina do tráfego e vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia – IMESC.

Conclusão: indefinição sobre existência de doença relacionada ao trabalho, com ausência de incapacidade para o trabalho.

Este laudo se refere também ao processo número 01024-2005-021-02-00-9. Apresenta quatro páginas, sendo que a primeira consiste na identificação do perito e da reclamante. A única menção à função da reclamante na empresa reclamada se encontra na folha 317 do processo, quando foi feito o registro de que fora atendente de 1973 a 2002 e depois auxiliar administrativo III.

Não há, no laudo, qualquer descrição dos afazeres da reclamante durante os quase 30 anos em que esteve vinculada à empresa reclamada.

O perito incluiu algumas informações sobre o quadro clínico, que teria tido início em 1988, sem descrever fatores de melhora ou piora, tampouco a evolução ao longo dos anos. Baseado no diagnóstico feito por terceiros e exame físico em que nada constatou de alteração, concluiu pela não caracterização de incapacidade laboral.

Não explicitou suas considerações sobre a existência de doença ocupacional no momento da avaliação pericial.

No tocante ao nexo causal com o trabalho, a sentença judicial se baseou e seguiu o laudo 6, o primeiro dos dois laudos. A ação foi julgada procedente e mantida em segunda instância.

Processo número 03093-2000-047-02-00-5 – Possui dois laudos (20 e 21)

Reclamante: 36 anos, gênero feminino, vínculo de 6 anos e 9 meses com a reclamada, uma instituição filantrópica de grande porte, como copeira, de janeiro de 1994 a setembro de 2000.

Reclamada: Associação Congregação de Santa Catarina – Hospital Santa Catarina – entidade filantrópica de grande porte, que oferece serviços de gestão nas áreas de saúde,

educação e assistência social.

Laudo 20 – 20/05/2001

Perito 1 – médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: inexistência de doença ocupacional e de incapacidade.

O perito iniciou o seu laudo com uma extensa lista de documentos constantes nos autos do processo em item denominado por ele “histórico médico-ocupacional”.

Sem a pretensão de reproduzi-la na íntegra, segue a citação de alguns desses documentos: comunicação de resultado de exame médico do INSS de 22/11/1996, estabelecendo incapacidade para o trabalho até 09/12/1996; declaração de reumatologista de 30/01/1997 atestando síndrome do túnel do carpo e fibromialgia; relato sobre acidente do trabalho em 04/02/1997, com diagnóstico de tendinite de punho direito, indicando alta por “não haver tratamento ortopédico possível para o caso”; comunicação de resultado de exame médico INSS de 10/04/1997, estabelecendo incapacidade para o trabalho; ficha de atendimento médico de 10/03/1998, com diagnóstico de tendinite de punho direito, sem melhora com tratamento instituído, “indicando alta ou afastamento definitivo”; comunicação de resultado de exame médico do INSS, de 03/06/1998, estabelecendo incapacidade até 29/06/1998; várias receitas médicas datadas de 1998/1999 com prescrição de antiinflamatórios, relaxantes musculares e corticoides; ficha de atendimento ambulatorial de 10/03/1999, com diagnóstico de tendinite de punho direito; referência a investigação por reumatologista, que solicitou exame ultrassonográfico de mãos, punhos e antebraços direito e esquerdo, para avaliar a hipótese diagnóstica de tendinopatia de membros superiores, em abril de 2000; relatórios médicos atestando tendinite e sinovite em diferentes datas de 2000; emissão de comunicação de acidente do trabalho em agosto de 2000 pelo empregador e assinada pelo seu médico do trabalho; comunicação de resultado de exame médico do INSS, de setembro de 2000, atestando inexistência de incapacidade laboral; atestado de saúde ocupacional de retorno ao trabalho, considerando a reclamante apta para o trabalho, com recomendação para evitar movimentos repetitivos.

No laudo pericial, não se considerou a longa história clínica da reclamante, com múltiplos afastamentos constatando alterações de exame físico e de exames complementares.

A leitura de alguns trechos não causou indagação ou dúvidas por parte do perito. A título de exemplo, deveria causar estranheza a reclamante ter um relatório do médico assistente recomendando “(...) alta em 10/07/97 sob a alegação de não haver tratamento ortopédico possível para o caso (folha 123 do processo)”. Diante de uma situação de suposta inexistência de tratamento, a alternativa então teria sido a alta? O ortopedista que fez diagnóstico de tendinite de punho direito e diante da ausência de melhora com o tratamento instituído, indicou “alta ou afastamento definitivo (folha 123 do processo)”. São procedimentos diametralmente opostos, pois a alta pressuporia melhora do quadro e recuperação da capacidade laboral e o afastamento definitivo, incapacidade laboral definitiva.

A sequência dos documentos revelou uma história comum entre as pessoas que

passam a ter dores musculares e diagnósticos de alterações tendíneas, desencadeadas ou perpetuadas pela atividade de trabalho, com afastamentos, uso de medicamentos e busca de ajuda em diferentes serviços de saúde, de uma solução que de fato não se encontra em seu corpo e sim em mudanças de condições de trabalho.

No tópico “discussão” de seu laudo, o perito chamou a atenção para esse mesmo fato, atribuindo à reclamante o motivo pelo fracasso de um plano de tratamento mais eficaz (folha 136 do processo), compatível com a visão de que o trabalho nada tem a ver com o adoecimento e que não seria a causa da cronificação e piora. Segue o trecho:

A reclamante apresentou numerosos documentos originados por várias instituições médicas em espaços curtos de tempo, impedindo um plano de tratamento mais eficaz (...) (Processo 03093-2000-047-02-00-5, folha 136).

Chama a atenção o último afastamento pelo INSS, quando foi emitida CAT pela reclamada. Submetida à perícia do INSS, foi considerada com capacidade para trabalhar em 14/09/2000. Na mesma data, foi avaliada em exame de retorno ao trabalho, conforme determina a norma regulamentadora número 7 – NR 7 (BRASIL, 1994), e considerada apta ao trabalho, com recomendação de “evitar esforços repetitivos”.

Não se mencionou o exame demissional, fato que levanta a suspeita de que o exame de retorno ao trabalho possa tê-lo substituído, baseado em uma interpretação polêmica do inciso 7.4.3.5 da NR 7, que determina a obrigatoriedade do exame demissional, desde que o último exame ocupacional tenha sido realizado há mais de 135 dias para as empresas de grau de risco 1 e 2 e de mais de 90 dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, tendo como referência o Quadro I da norma regulamentadora número 4. No caso, o grau de risco da empresa é 3. Por outro lado, a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943) determina no seu artigo 168 a obrigatoriedade dos exames admissional, demissional e periódicos.

A sintomatologia e o quadro clínico registrados pelo perito se resumem à perda de força na mão direita, períodos de fraqueza generalizada e episódios de dores nos tornozelos, com irradiação para a perna esquerda, formigamento no dedo polegar direito e irradiação para a região tenar e hipotenar, com duração de 4 anos, e irradiação para punho e antebraço direitos com duração de 3 anos.

Há uma afirmação equivocada do ponto de vista conceitual e normativo brasileiro, pois o perito afirmou em mais de uma ocasião que o termo Dort teria substituído o termo LER (folhas 128 e 136). No entanto, LER e Dort, como já visto, são considerados sinônimos pelas normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e do INSS (INSS, 2003). Mesmo na época da elaboração do laudo pericial, a ordem de serviço⁸¹ então vigente, que introduziu o termo Dort, embora propusesse uma nova nomenclatura, do ponto de vista conceitual não trouxe mudanças significativas e em vários momentos a ordem de serviço se refere às LER como sinônimo de Dort.

⁸¹ INSS/DSS n. 606, de 05/08/1998. Aprova norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort).

Ao fazer avaliação do local de trabalho, no Serviço de Nutrição do Hospital da entidade, o perito ressaltou que, de 1997, quando supostamente começaram as dores na mão direita, a 2000, quando foi demitida, a reclamante trabalhava na separação de sobremesas e frutas nas baixelas, que seria para executar menos movimentos repetitivos e fazer menos esforço físico.

O perito registrou a sua opinião de que “há uma incidência muito baixa de movimentos repetitivos,” sem no entanto, descrever os movimentos necessários para executar sua função ou dar informações sobre quantidade, variabilidade durante a jornada de trabalho, exigências de cumprimento de horários, dificuldades vencidas para cumprir esses horários.

Destaque-se que, enquanto o perito referia que o início do quadro havia ocorrido em 1997, a documentação constante dos autos e citada por ele, atestava que em 1996 a reclamante já havia tido afastamento pelo INSS. A partir de então, pela lista exposta pelo perito, é possível constatar que a reclamante teve avaliações médicas de forma amíúde, com vários afastamentos pelo INSS.

Na folha 134 do processo, o perito afirma que a “ocorrência dos DORT ou LER está relacionada a movimentos repetitivos, típicos das linhas de produção, ou em tarefas específicas como digitação ou manuseio de instrumentos musicais”. Essa afirmação pode ser contraditada por vasta literatura já citada, por exemplo nos capítulos 3 e 4 desta tese, sobre sobrecarga do sistema musculoesquelético associada a inúmeras funções laborais, que não necessariamente sejam de linhas de produção ou digitação ou manuseio de instrumentos musicais

As fotos, estáticas e limitadas por natureza para que revelassem movimentos, não contam com relato que contextualize cada etapa do trabalho para que leitor consiga dimensionar carga, tempo e ritmo, como por exemplo, na fotografia I, na folha 130 do processo. Na referida foto, uma trabalhadora limpa uma bandeja, segundo o perito, função considerada leve. Essa informação e essa foto nada revelam, se não se souber quantas bandejas havia para serem limpas e em quanto tempo, qual era a velocidade necessária para atender à demanda, local onde eram empilhadas, como eram transportadas e utilizadas posteriormente. Eram bandejas de inox e portanto mais pesadas? Ou eram de material mais leve?

A fotografia II, na folha 131 do processo, sequer inclui o ser humano. Mostra apenas uma máquina de lavar bandejas com várias delas e a legenda registra a seguinte observação: “Observa-se que o equipamento é bem conservado e moderno. As tarefas não exigem grande esforço físico nem repetição de movimentos manuais.” Essa frase se refere às características do trabalho da máquina, o trabalho humano não é descrito, no preparo das bandejas antes de serem colocadas na máquina, na colocação e na retirada das bandejas.

Estaria a foto I retratando um momento do preparo das bandejas antes que fossem colocadas na máquina? O laudo não permite ao leitor a visualização de um filme e sim de fotografias estanques, sem um fio condutor.

Na foto IV, uma trabalhadora aparece com a coluna fletida para colocar materiais nos carros de transporte, que segundo o perito, são deslocados por pessoas do gênero masculino. Faltam informações como o número de vezes durante a jornada em que a trabalhadora flexiona a coluna durante a jornada, quanto pesa o material, que é colocado nos vãos inferiores dos carros e também é elevado para aos vãos superiores, qual é a velocidade dos movimentos, o que vem antes e depois dessa etapa.

De fato, não foi realizada uma análise da atividade de trabalho.

Estudos mostram que o trabalho de fornecimento de alimentos a pacientes internados em unidades hospitalares apresenta características que podem acarretar na ocorrência de LER/Dort.

Estudo conduzido por GLINA e col. (2008) em um serviço de nutrição de uma unidade hospitalar de São Paulo, teve como foco cinco postos de trabalho da lavagem de louças, quais sejam, descarregamento dos carrinhos, pré-lavagem de louças com bucha e detergente e retirada de restos alimentares e descarte no triturador, abastecimento da máquina de lavar louças, retirada das louças e empilhamento, secagem e armazenamento, que correspondem à parte das atividades executadas pela reclamante.

Por meio de entrevistas e observação das atividades de trabalho, algumas das conclusões do estudo se referiram à exigência de

[...] esforço físico e muscular estático, movimentos repetitivos, trabalho em pé e posições incômodas, sobrecarga de trabalho, ritmo corrido e faltas dos colegas. Além disso, a observação do trabalho mostrou que podem ter contribuído para a presença de dor: a adoção de posturas extremas, viciosas e anti-naturais, falta de apoio para os membros superiores (...) (GLINA e col., 2008, p. 205).

ISOSAKI e col. (2011) desenvolveram um estudo de prevalência de quadros musculoesqueléticos em um serviço de nutrição de um hospital público, por meio do questionário nórdico (KUORINKA e col., 1987), respondido por 115 trabalhadores, que representavam quase 90% do total. Verificou-se, entre outros achados, uma alta prevalência de pessoas que referiram dor ou desconforto relacionados ao trabalho no último ano em membros inferiores (65%), ombros (55%), região lombar (39%), região cervical (37%), mãos, punhos, dedos (29%).

Na folha 129 do processo, há referência ao não fornecimento de EPI “adequado para as tarefas.” Não se especifica qual EPI seria adequado para a atividade de trabalho da reclamante no tocante à prevenção de LER/Dort.

O laudo pericial conclui pela inexistência de doença ocupacional e de incapacidade sem discussão ou fundamentação.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial feito posteriormente por outro perito, laudo 21, julgando a ação procedente. A segunda instância confirmou a sentença.

Laudo 21 – 15/04/2003

Perito 2 – médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença relacionada ao trabalho e de incapacidade para o trabalho.

O laudo contém informação sobre a duração de jornada de trabalho, de 8 horas e 20 minutos diárias, com início às 6 horas ou 13 horas. Esses horários diferentes implicavam mudança de ritmo? A jornada iniciada às 6 horas teria diferenças substanciais com a jornada iniciada às 13 horas? O laudo não traz essas informações.

O laudo descreve as atribuições da reclamante, que eram de pré-lavar pratos, xícaras, bandejas e baixelas, colocá-los na máquina, tirar, lavar e puxar carrinhos, encher baixelas, montar saladas e sobremesas, colocá-las no carrinho, preparar bandejas e distribuí-las nos quartos, similares às atribuições descritas por GLINA e col (2008). Segundo o perito, a reclamante era responsável por aproximadamente 120 montagens de refeições por dia. O perito conclui que a reclamante executava atividades repetitivas, esforços repetitivos, configurando-se onexo causal para a moléstia diagnosticada.

Também este laudo refere que não eram distribuídos EPI, sem especificar quais EPI seriam necessários para a função da reclamante para prevenir LER/Dort. De fato, não existem.

Quanto à história clínica, o perito registrou que a reclamante passou a sentir dor em punho direito e no primeiro e terceiro dedos após 2 anos de trabalho na reclamada, aproximadamente em 1996 e que após ter diagnóstico de síndrome do túnel do carpo feito por médico do hospital ficou 3 anos afastada pelo INSS “como acidente de trabalho”.

Após esse período, a reclamante teria retornado à mesma função, inicialmente durante a noite e depois durante o dia. Como o quadro persistia, o médico do hospital a teria afastado novamente do trabalho encaminhando-a ao INSS, que concluiu pela ausência de incapacidade. Ao retornar, teria sido submetida ao exame de retorno ao trabalho e logo em seguida demitida.

No momento da perícia, segundo registro do laudo, referia dor no braço, formigamento e dor em punho direito e não conseguia fazer nada, não trabalhava e morava com o pai na Bahia (folha 175 do processo).

Os registros de benefícios apresentavam algumas informações conflitantes quanto à espécie dos benefícios, mas coincidiam na informação de que a reclamante havia tido o caráter ocupacional reconhecido pelo INSS durante o período em que esteve vinculada à empresa reclamada.

O perito encontrou alterações de membros superiores ao exame físico e concluiu pela existência de tenossinovite de extensores e flexores em punho direito, e como hipóteses diagnósticas secundárias, a síndrome do túnel do carpo e fibromialgia. Sua referência principal foi a Ordem de Serviço do INSS vigente à época da perícia, que diferenciava o nexo técnico do nexo causal. No capítulo 4, encontram-se definições legais e reflexões por parte de

juristas.

O nexu causal correlaciona a clínica com a etiologia, enquanto o nexu técnico relaciona o diagnóstico com o trabalho. A caracterização pericial do nexu técnico não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a afecção e a execução do seu trabalho. (Processo número 03093-2000-047-02-00- 5 – folha 180).

O laudo concluiu pela existência de doença ocupacional e de incapacidade.

No tocante ao nexu causal, o juiz de primeira instância seguiu este laudo pericial. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 02195-2004-048-02-00-3 – Possui dois laudos (23 e 24)

Reclamante: gênero feminino, quase 48 anos, vinculada à empresa reclamada, concessionária de energia elétrica do estado de São Paulo, por quase 27 anos, de julho de 1976 a maio de 2003, como auxiliar de escrita.

Reclamada: Eletropaulo – concessionária de energia elétrica do estado de São Paulo.

Laudo 23 - 28/03/2006

Perito 1 – médico especialista em medicina do trabalho.

Conclusão: inexistência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial traz uma história de dor na mão direita, com irradiação para cotovelo e ombro direitos, desde 1999, 23 anos depois do início do vínculo com a reclamada.

Segundo o laudo, ao consultar ortopedista, com resultado de eletroneuromiografia normal, a reclamante teve recomendação de tratamento medicamentoso e fisioterapia, esta última não efetivada para não faltar ao trabalho.

Esta prática é comum entre os trabalhadores, que acabam trabalhando doentes, na mesma atividade de trabalho, o que acaba contribuindo para a cronificação e piora do quadro clínico. Trata-se de ocorrência de presenteísmo, que será discutido no item 3 do capítulo 10 desta tese.

No laudo há registro da piora da dor após a demissão, devido as atividades domésticas e nenhum afastamento do trabalho. Somente após a demissão há registro de procura pelo INSS, com CAT emitida pelo sindicato de classe. Conseguiu concessão de auxílio-doença não acidentário por dois anos, até a aposentadoria por tempo de contribuição, em fevereiro de 2005.

No laudo não há análise do caso, sequer do ponto de vista clínico, quanto à sua duração e evolução. Uma das afirmações do perito demonstra sua descrença na existência das LER/Dort como expressão de desgaste físico por exigências do trabalho e pela precariedade da regulação das relações de trabalho.

Embora o perito não faça referência, a frase a seguir, por ele utilizada, é a reprodução

literal de um parecer do Conselho Regional de Medicina em 1997.⁸² Embora não explicitamente, imputam uma conotação negativa aos “fatores sociais, culturais, disputas trabalhistas em relação a indenizações e aposentadorias,” como se a busca de “vantagens”, que nada mais são que direitos fosse o motor da eclosão da epidemia.

É uma das versões brasileiras da teoria da iatrogenia social, já discutida no capítulo 3 desta tese.

A LER ainda hoje é um tema polêmico e que pode ser avaliado por diferentes prismas. Além dos fatores biomecânicos e ergonômicos, muitos outros contribuem fortemente para a chamada “Epidemia de casos”: fatores sociais, culturais, disputas trabalhistas em relação a indenizações e aposentadorias. Estes aspectos dificultam a sua avaliação precisa dentro do contexto médico e de sua real prevalência. (Processo 02195-2004-048-02-00-3, folha 169).

É necessário destacar, que grande parte das chamadas LER são afecções mais frequentemente encontradas na prática reumatológica diária, muitas vezes sem nenhuma relação com atividades repetitivas ou alterações posturais, podendo ser responsável por até 40% das consultas ambulatoriais. (Processo 02195-2004-048- 02-00-3, folha 170).

Sobre as atividades laborais da reclamante, não há uma palavra sobre os quase 27 anos como auxiliar de escrita vinculada à reclamada.

A conclusão do laudo pela inexistência de doença e de incapacidade não tem qualquer fundamentação por parte do perito, e os sintomas referidos pela reclamante são explicados ou discutidos. A inexistência de incapacidade é naturalmente decorrente da ausência de doença.

Laudo 24 - 13/03/2008

Perito 2: médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

No laudo pericial, no tópico denominado “histórico clínico-epidemiológico”, o perito fez um breve relato da trajetória da reclamante, que trabalhou de 1976 a 2003 na empresa reclamada. Auxiliar de escrita de concessionária de energia, passou por várias agências da companhia localizadas em vários municípios, em atividade de atendimento ao público e em atividades internas que o perito não detalha, com exceção de uma delas, agência de Itupeva, onde após 2 ou 3 anos de trabalho, na década de 1990, a reclamante começou a apresentar dores no punho direito. Segundo o perito, a reclamante chegou a atender até 120 clientes por dia e todas as atividades eram digitadas.

Até sua demissão, não procurou médico ou tratamento. Só depois, avaliada por médico e com diagnóstico de tendinite do cotovelo direito e síndrome do túnel do carpo, recebeu auxílio-doença do INSS por um período e foi aposentada por tempo de contribuição.

⁸² CREMESP. Parecer n. 76034. Ementa: responsabilidade do diagnóstico da LER ser do médico do trabalho do médico clínico geral assistente. Aprovada em reunião da plenária de 21/01/1998 e homologada em reunião da plenária de 27/01/1998.

Relatou ao perito persistência da dor em punho direito e cotovelo direito, com piora à digitação e à escrita, com limitações para afazeres domésticos, fazendo uso de medicamentos.

Ao exame físico, o perito registrou vários sinais de alterações em punho e cotovelo direitos (folha 309 do processo). Registrou também uma lista de vários exames complementares com alterações compatíveis com os diagnósticos feitos, todos com data entre 2004 e 2008. O único exame realizado antes da demissão é uma ultrassonografia de maio de 2002, que não tinha alterações.

O perito concluiu pela existência de vários diagnósticos vinculados às LER/Dort, portanto, com existência denexo causal com o trabalho, com existência de incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas.

O perito imputou o adoecimento ocupacional às condições de trabalho na agência de Itupeva. A escrita excessiva e rápida era relacionada ao trabalho desde RAMAZZINI (2000), que no século XVIII descrevia os secretários de príncipes e notários como vítimas de dores nos membros superiores.

A digitação era a atividade dos pioneiros que conquistaram na década de 1980 o reconhecimento do caráter ocupacional dos quadros de dor pela Previdência Social brasileira. Assim, nenhum espanto causa a conclusão deste laudo pericial.

Destaque-se a ocorrência de presenteísmo neste caso, em que a reclamante, mesmo com dor, só procurou ajuda médica depois da demissão, quando teve então, o quadro de dor em membros superiores diagnosticado.

A sentença judicial de primeira instância se baseou neste laudo. A segunda instância reformou a sentença.

Processo número 01504-2005-034-02-00-6 – Possui dois laudos (26 e 27)

Reclamante: 51 anos por ocasião da primeira perícia e 55 por ocasião da segunda, gênero feminino, vinculada à empresa reclamada por 9 anos e 4 meses (outubro de 1991 a fevereiro de 2001), como operadora de *telemarketing*.

Reclamada: Unibanco – União de Bancos Brasileiros S/A.

Laudo 26 – 20/11/2003

Perito 1 – médico vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC).

Conclusão: indefinição quanto à existência de doença e/ou nexo causal com o trabalho, inexistência de incapacidade.

Este laudo pericial contém duas páginas e não definiu sequer a existência de doença.

O perito expõe a tríade de informações, sem chegar a uma conclusão: há uma história de dor em membros superiores, porém com exame físico sem alterações e por outro lado, com

exames complementares alterados.

Quanto aonexo causal, o perito, sem solicitar qualquer informação sobre a atividade laboral da reclamante, diz que seria necessária vistoria local, que o IMESC não faz.

Concluiu pela inexistência de incapacidade, demonstrando considerar que o seu conceito de incapacidade para o trabalho pressupõe que haja necessidade de supervisão ou ajuda de terceiros:

[...] não caracterizado comprometimento para realizar as atividades de vida diária, tem vida independente, não necessitando de supervisão ou assistência de terceiros para o desempenho de tais atividades, como alimentação, higiene, locomoção, despir-se, vestir-se, comunicação interpessoal, entre outras. (Processo 01504-2005-034-02-00-6, folh 245)

Laudo 27 – 24/07/2007

Perito 2: ortopedista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo pericial contém as principais informações necessárias para que se tenha uma avaliação do caso.

O perito realizou uma história clínica e ocupacional detalhadas, com vistoria no local de trabalho, registrando as mudanças das características do trabalho na época em que a reclamante era vinculada com a situação por ocasião da investigação *in loco*. Registrou a história de dor iniciada em 1993/1994, que redundou em dois afastamentos do trabalho, de 11 meses, com CAT emitida pela reclamada, em 1994/1995 e as tentativas de readaptação para setores que supostamente tinham menor grau de exigência de movimentos repetitivos, tendo passado pelo INSS, em processo de reabilitação profissional.

Registrou a existência de sintomatologia por ocasião da perícia, realizada 4 anos após a primeira perícia e inúmeras tentativas de reinserção no mercado de trabalho após a demissão, seja no setor privado seja no setor público, por meio de concursos.

Segundo o perito, a reclamada teria referido que em todas as tentativas, a reprovação ocorria no exame médico admissional, situação discutida no capítulo 5 desta tese.

No tópico “discussão clínica e estudo retroativo do nexocomo trabalho”, o perito referiu a existência de movimentos de prono-supinação de punhos, flexoextensão de cotovelos e eventuais movimentos de abdução com elevação de membros superiores, mas não caracteriza a atividade laboral da reclamante com “excessiva movimentação repetitiva de um segmento corporal.”

Utilizou o conceito de que para se caracterizar repetitividade de movimentos é necessário que o ciclo seja menor do que 30 segundos e que para que se caracterize o risco para a ocorrência de doenças musculoesqueléticas, a atividade repetitiva ocupe mais do que cinquenta por cento do tempo total do ciclo de trabalho.

O perito ainda é de opinião de que há uma predisposição genética para a “aquisição de LER”, sem qualquer referência bibliográfica. Tampouco fica claro a que ele se refere. Seria uma predisposição a quadros musculoesqueléticos de forma geral?

O perito ainda incluiu na pergunta sobre antecedentes familiares se a reclamante teria algum parente com LER. E se algum primo ou irmão da reclamante tivesse quadro clínico compatível com LER/Dort e fosse bancário também? Afinal, é notório que algumas atividades de trabalho, como a do bancário predispõe a ocorrência de doenças musculoesqueléticas. Essa presunção se dá por estudos epidemiológicos e pela existência de pesquisas de diferentes aspectos das situações de trabalho. Apesar da abordagem em uma linha de busca de fatores hereditários, o perito assume a tese de que o achado de fatores predisponentes individuais não é suficientemente forte para descartar a possibilidade de estabelecer nexos causais. Deu como exemplo a existência de costela cervical⁸³ que mesmo presente, não descaracterizaria um caso de síndrome do desfiladeiro torácico ocupacional (folha 459 do processo), considerando a concausa antecedente, discutida nos itens 4 e 5 do capítulo 4 desta tese.

No caso, a reclamante era operadora de teleatendimento em um estabelecimento bancário. VENCO (2009a) relata o processo da organização do trabalho em telemarketing nos bancos no final da década de 1990, período em que a reclamante trabalhou na empresa reclamada. Detalha, em sua pesquisa, os recursos tecnológicos que viabilizaram essa atividade de trabalho, com a racionalização do trabalho e aumento da produtividade, e ao mesmo tempo, amplificando as formas de controle sobre os trabalhadores. Cita uma das tecnologias específicas, a unidade de resposta audível (URA), que distribuía automaticamente as ligações recebidas entre os trabalhadores que estavam há mais tempo ociosos, gravava na íntegra todos os atendimentos, decodificava a digitação feita pelos clientes, permitindo a identificação de números de contas e senhas, para acessar saldo, extratos, reconhecia a voz convertendo-a em dados e vice-versa. Possibilitava-se avaliar de maneira detalhada o desempenho dos trabalhadores, que seguiam *scripts*, roteiros orientadores e podiam ser avaliados em todos os aspectos, quais sejam, de produtividade, pausas realizadas, taxa de “realização de negócios”, a capacidade de ter “um sorriso na voz.” Constituiu-se num dos pilares para a agilização dos negócios bancários, para a transformação dos bancários em vendedores de produtos, com estabelecimento de metas individuais e coletivas e para um enxugamento intenso do contingente de trabalhadores nas décadas de 1980, 1990 e 2000.

O perito relatou também a existência de crise depressiva da reclamante, como um dado isolado, sem discutir a possibilidade de comorbidade, isto é, de processos de adoecimento inter-relacionados, tanto em decorrência do quadro físico como pelas transformações do trabalho bancário anteriormente delineado.

Mas destaque-se, por outro lado, que a maioria dos outros laudos sequer contém essa informação, embora haja vários estudos sobre determinadas condições adversas correlacionadas à ocorrência de LER/Dort e ao mesmo tempo de transtornos psicoemocionais

⁸³ Costela cervical é uma costela anômala (não existente na maioria das pessoas), que tem origem no processo transverso de C7 (7ª costela cervical) ou uma primeira costela extranumerária que tem origem no processo transverso de T1 (1ª costela torácica). O corpo humano possui 32 vértebras, sendo 7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 coccígeas.

associados do processo de trabalho. BORGES (2010) em estudo de caixas bancários correlaciona esses dois grandes grupos de adoecimento a ritmo de trabalho acelerado, grande volume de trabalho, jornada extensa, ausência ou pausas insuficientes. Estados depressivos em decorrência da dor crônica e suas consequências sociais e laborais são também estudados. Há 30 anos atrás, BAMMER e BLIGNAULT (1988) levantaram a necessidade de se aprofundar a compreensão das consequências físicas, psicológicas, sociais e legais das LER/Dort.

Assim, embora não tenha buscado uma associação entre o quadro físico e o quadro psicológico da reclamante, este laudo tem o mérito de, ao menos, ter considerado a esfera psicológica da reclamante.

Este laudo contém várias páginas de reprodução literal da norma OS 606 (BRASIL, 1998), já substituída pela IN 98 (BRASIL, 2003a) à época da elaboração do laudo, com descrições de quadros clínicos alheios ao processo em pauta.

A conclusão do laudo é pela existência de doença ocupacional e de incapacidade para o trabalho, parcial e permanentemente.

A sentença de primeira instância se baseou neste laudo, confirmada na segunda instância.

Processo número 02150-2005-024-02-00-0 – possui dois laudos (43 e 44)

Reclamante: gênero masculino, 51 anos, tendo trabalhado por mais de 25 anos na empresa reclamada, de setembro de 1979 a outubro de 2004, como operador de ponte rolante.

Reclamada: Gerdau Açominas S/A.

Laudo 43 – 28/09/2008

Perito 1: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e incapacidade laboral.

O laudo pericial registra dor em região cervical e lombar, além de membros superiores com início 15 anos antes da avaliação pericial, portanto, em 1993. O perito registra persistência da dor mesmo com tratamento.

Ao exame físico, o perito registra indicadores de afecções em região cervical, região lombossacra e ombro direito. Lista adicionalmente exames de imagem evidenciando afecções nessas localizações.

O reclamante relatou ao perito que nunca falou sobre os sintomas na empresa reclamada pois seria demitido, tendo trabalhado, assim, onze anos com sintomas de dor, um exemplo de presenteísmo.

Passou a receber auxílio-doença do INSS desde sua demissão e desde então não

consegue ser admitido por outras empresas pois não consegue passar pelo exame admissional. Situações semelhantes foram discutidas no capítulo 5 desta tese.

Sobre a atividade de trabalho, em vistoria, o perito constatou que a atividade de trabalho do reclamante exigia um grande esforço físico e execução de movimentos repetitivos com os membros superiores, tronco e coluna. O reclamante suspendia rodas da ponte rolante que pesavam 200 quilos a cada 30-60 dias, fazia troca de cabos de aço de 2 ou 6 metros, montava e trocava relês magnéticos na elevação e translação de pontes rolantes, ajudava na troca de motor fazendo translação, elevação e nos *troller* (carros), fazia trocas de diversas peças. Todas as operações exigiam força e movimentos repetitivos.

Assim, baseado na história, nas características da atividade de trabalho, no exame físico, exames complementares, o perito conclui pela existência de bursite e tendinite de ombro direito, síndrome do impacto do ombro direito e cervicalgia crônica por degeneração discal cervical e osteoartrose cervical e do ombro direito, além de lombalgia crônica suscitada por hérnia discal lombar e artrose lombar. Confere a todas as entidades mórbidas encontradas a etiologia ocupacional.

Conclui também pela incapacidade permanente e total ao trabalho que exercia na reclamada.

A sentença judicial não se baseou no laudo pericial e julgou a ação improcedente. A segunda instância manteve a decisão da primeira.

Laudo 44 – 18/09/2009

Perito 2: médica com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional, sem avaliação de incapacidade laboral.

A história clínica registrada no laudo pericial se resumiu a quadro de dor em ombro direito e coluna lombar com início após 18 anos de trabalho na empresa reclamada, com piora progressiva.

Na avaliação pericial, o reclamante referiu ruptura de tendão de ombro direito com indicação cirúrgica. A perita registrou a busca de ajuda médica por parte do reclamante no início do quadro, a ausência de melhora do quadro e apesar disso a sua manutenção no trabalho. Mesmo com piora do quadro clínico, o reclamante não retornou ao médico. Não houve qualquer investigação por parte da perita dos motivos pelos quais o reclamante, mesmo com piora da dor, não teria retornado ao médico. No entanto, na discussão do caso, apresenta essa informação, acrescentando que o reclamante teria procurado ajuda médica somente após a demissão. No exame físico, a perita registrou indicadores de afecção em ombro direito.

Observe-se que a perita não teceu qualquer comentário diante do fato de que o reclamante, ao procurar ajuda na época em que estava vinculado à empresa reclamada, nada conseguiu no tocante à prevenção de agravamentos e incapacidade. No entanto, insinua um julgamento moral ao relatar que o reclamante só voltara a pedir ajuda médica depois da

demissão.

Sobre a atividade laboral, o registro é pobre e o leitor permanece sem saber o que o reclamante de fato fazia na empresa reclamada.

Na conclusão, a perita assumiu a existência de discopatia degenerativa da coluna lombar e tendinopatia com ruptura de tendão, “patologias não relacionadas ao trabalho, de acordo com o acima descrito.” O “acima descrito” se trata de entendimento de que a discopatia teria decorrido de um processo degenerativo pela idade. Em 1997, quando foi feito esse diagnóstico, o reclamante tinha 39 anos de idade. No caso da tendinopatia do supraespinhoso com ruptura de tendão, onexo causal com o trabalho foi descartado com o argumento de que “as atividades habituais do reclamante na reclamada, descritas por ele mesmo, não exigiam elevação com abdução dos ombros associada à utilização de força.”

Dois aspectos chamam a atenção nesse argumento. Em nenhum momento do laudo pericial, há uma descrição da atividade de trabalho do reclamante, de modo que o leitor não tem acesso ao que supostamente ele teria descrito como sua atividade habitual. E outro aspecto é o fato da perita descartar o nexo causal da afecção de ombro e a atividade de trabalho, registrando a ausência de uma condição, no caso a abdução do ombro associada à utilização de força, como fundamento para o descarte do nexo causal com o trabalho. Na instrução normativa 98/2003 do INSS, citada pela perita, essa condição é referida como um exemplo e não como condição única de causa da tendinite. Sobre o equívoco do perito ao fundamentar a ausência de nexo causal pela condição de inexistência de abdução do ombro sem utilização de força, no capítulo 4 e 9 há referências bibliográficas sobre o tema. Não se registrou qualquer alusão a possível concausa.

A avaliação de incapacidade laboral não foi registrada.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e julgou a ação improcedente. A segunda instância manteve a decisão da primeira.

Processo número 01584-2005-316-02-00-2 – Possui dois laudos (53 e 54)

Reclamante: gênero feminino, 44 anos por ocasião da primeira perícia e 46 na segunda perícia, tendo trabalhado mais de 15 anos e meio para a reclamada, como montadora, no período de setembro de 1988 a maio de 2004.

Reclamada: Visteon Sistemas Automotivos Ltda.

Laudos 53 – 25/04/2006

Perito 1 – médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional, sem avaliação de incapacidade.

Este laudo pericial possui uma história clínica com informações esparsas, sem uma linha condutora. O que se depreende é que a reclamante começou a sentir dores nos ombros e

na mão direita, assim como na coluna em 1999 e parte posterior do membro inferior direito. O perito informa que a reclamante tem 8 pinos, sem mencionar o local e data da cirurgia, mas provavelmente na coluna.

Vários exames foram listados, todos com alterações patológicas: ultrassonografia de abril de 2001 de punhos e ombros (tenossinovite bilateral dos extensores superficiais e profundos dos punhos e tendinopatia do supraespinhoso crônico à direita, respectivamente), eletroneuromiografia de agosto de 2002, revelando síndrome do túnel do carpo, ultrassonografia de ombros e punhos (tendinopatia de ombro direito e tendinopatia dos extensores, respectivamente), assim como uma eletroneuromiografia de novembro de 2004, acusando síndrome do túnel do carpo. Ao exame físico registrado sumariamente, o perito identifica várias manobras positivas indicadoras de afecções de punhos e ombros.

Da atividade laboral na reclamada o laudo pericial registrou também informações fragmentadas, como a exigência de posição em pé, “braços suspensos e movimentos dos membros superiores” com uso de parafusadeira, classicamente associada a afecções de ombros.

Registrou que no momento da vistoria as condições eram mais favoráveis do que na época em que a reclamante havia trabalhado na reclamada e que as atividades consistiam em montar carcaças de rádios, inserir componentes, com uso de soldadores e parafusadeiras.

O laudo não contém discussão sobre aspectos biomecânicos, ergonômicos ou de organização do trabalho, que possam compor um cenário das condições de trabalho na empresa.

Concluiu pela existência denexo causal com o trabalho a tendinite do supraespinhal bilateral e a tendinite dos extensores bilateral e pela inexistência denexo causal a síndrome do túnel do carpo.

Estranhamente descaracterizou o caráter ocupacional da síndrome do túnel do carpo, quadro frequentemente associado com atividades que exigem repetitividade de movimentos com dedos e força localizada. Poderia ser associada à empunhadura da parafusadeira suspensa.

Dentre as atividades laborais associadas à ocorrência de síndrome do túnel do carpo, PUTZ-ANDERSON (1988) incluiu trabalhadores de linha de montagem. SILVERSTEIN (1987), em estudo de 652 trabalhadores cujas atividades laborais foram classificadas em 4 grupos, quais sejam, de baixa repetitividade e pouca força, de grande força e baixa repetitividade, de pouca força e alta repetitividade e de grande força e alta repetitividade, encontrou associação de síndrome do túnel do carpo com atividades que exigiam grande força e alta repetitividade em 4 a 15 vezes mais, e em 2 a 5 vezes mais quando as atividades exigiam apenas alta repetitividade de movimentos.

Não foi feita avaliação de incapacidade.

Laudo 54 – 19/05/2008

Perito 2: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: inexistência de doença e de incapacidade.

O laudo pericial traz uma breve descrição da atividade de trabalho de montagem, citando cada uma das etapas, provavelmente por informação da reclamante: limpar display, colocar lâmpadas, colocar a placa de circuito no *Housing*, soldar parafuso no mecanismo do CD ou cassete (7 peças), colocar os botões e a frente do rádio, parafusar e posicionar as tampas laterais, realizar o teste do rádio, apertar o botão lateral, rubricar a etiqueta e colocar na esteira para saída do rádio. Registrou a produção média de 50 rádios por hora.

O perito destaca que em função do setor estar desativado por ocasião da perícia, descaracterizava-se a análise ergonômica, afirmação que revela um conceito de análise ergonômica baseada somente na observação.

Neste laudo, a história clínica fica mais clara do que no laudo anterior sobre o mesmo caso. A história colhida pelo perito, também breve, revelou que a dor no ombro e punho direitos surgiram depois de sete anos de trabalho na reclamada, mostrando-se rebelde a tratamento, mas não tendo gerado nenhum afastamento do trabalho, caracterizando situação de presenteísmo e possível cronificação.

Após mais 9 anos de trabalho foi demitida e 8 meses após a demissão foi submetida a uma cirurgia de coluna lombar, com artrodese, permanecendo em auxílio- doença por quase 3 anos.

Na avaliação pericial, segundo o perito, referiu piora da dor no ombro direito, mantendo a dor na coluna lombar.

O exame físico, considerado soberano pelo perito, consistiu basicamente na realização de algumas manobras clínicas referentes a punhos e ombros. Ele nada constatou.

O perito concluiu pela inexistência de LER/Dort, baseado no fato de que nada encontrou no exame físico e que após 4 anos da demissão, caso as dores fossem decorrentes do trabalho, já deveriam ter-se atenuado e não recrudescido. Essa premissa, aparentemente lógica e coerente, não é necessariamente verdadeira. O perito ignora a possibilidade da existência de dor crônica, cujos aspectos clínicos são discutidos no item 4.6 do capítulo 4.

Concluiu também que não existe nexos de causalidade com o trabalho. Aqui reside uma incongruência, pois ao mesmo tempo em que se afirma não existir doença discute-se nexos causal.

E finalmente, concluiu-se pela inexistência de incapacidade laboral, sem qualquer discussão ou fundamentação. Se o perito desconsiderou afecções em membros superiores ou nexos de causalidade com o trabalho, não poderia desconhecer uma lesão grave de coluna lombar, cujo tratamento havia incluído cirurgia e que por si só poderia ser causa de incapacidade.

A sentença judicial de primeira instância se baseou neste laudo. A ação foi julgada improcedente e a segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 00183-2006-018-02-00-4– Possui dois laudos (59 e 60)

Reclamante: gênero feminino, 43 anos por ocasião da primeira perícia e 47 na segunda perícia, tendo trabalhado mais de 15 anos para a reclamada, no período de maio de 1988 a agosto de 2003, como escriturária.

Reclamada: Banespa/ Banco Santander S/A.

Laudos 59 – 29/08/2003

Perito 1 – médico vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

Conclusão: possível existência de doença ocupacional no passado, existência de incapacidade parcial e permanente.

Este laudo contém uma história curta, factual, sem descrição de características dos sintomas ou da evolução do quadro clínico. A história registrada se resume em dor na região cervical com irradiação para ombros e membro superior direito desde 1990 e história de cirurgia de cotovelo e punho realizada em 1993. O laudo possui 3 páginas.

Em contraposição a essa lacônica história clínica, há detalhes de informações que não têm qualquer relevância no contexto do laudo pericial:

Antecedentes familiares e pessoais: não há relato de problemas gestacionais e perinatais. Teve as vacinações sem intercorrências de fatores complicantes. Início da fala e deambulação, bem como os controles de esfíncteres se deram em épocas normais. (Processo 00183-2006-018-02-00-4, folha 289).

Não há uma linha sequer sobre a atividade laboral da reclamante.

O perito registra a informação de que a reclamante recebeu auxílio-acidente em 1995, pecúlio concedido pelo INSS a quem é avaliado com restrição laboral parcial e permanente. Em 1999 foi aposentada por invalidez.

Em exame físico, o perito identificou sinais positivos de alterações em punhos e anota que “apresenta também um exame físico alterado compatível com suas queixas e com exames complementares apresentados nos autos.”

Apesar disso, não caracterizou a existência de doença e aventou a possibilidade de ter tido no passado doença ocupacional, afirmando que a vistoria do local de trabalho seria imprescindível para o estabelecimento do nexo causal de um adoecimento com o trabalho. Tampouco há qualquer menção à atividade laboral, com exceção do cargo de escriturária exercido no banco.

O perito conclui pela existência de “incapacidade parcial permanente para serviços repetitivos, podendo ser readaptada para serviços de menor complexidade”, sem que haja

qualquer explanação de informações a não ser a definição de incapacidade, que seria comprometimento para realizar as atividades de vida diária, sem vida independente, com necessidade de supervisão ou assistência de terceiros para o desempenho de atividades como alimentação, higiene, locomoção, comunicação interpessoal, entre outras.

O juízo concordou com a conclusão pericial, mas registrou que tendo tido doença ocupacional no passado a reclamante fazia jus ao pleito, que incluía dano moral. A sentença foi mantida em segunda instância.

Laudo 60 – 01/10/2007

Perito 2: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional no passado, inexistência de incapacidade.

A história clínica registrada no laudo pericial é factual e sem descrição sobre sintomas e evolução do quadro clínico.

Resumiu-se a registrar que a reclamante é destra, tem fibromialgia e a negar outras doenças. Registrou cirurgias para tratamento de síndrome do túnel do carpo e epicondilite medial em 1993 e que estava sem tratamento com ortopedista por ocasião da perícia.

O registro sobre a atividade laboral exercida por 11 anos se resumiu a uma lista de atribuições: atendimento ao público, operação de telex, digitação de grande volume de documentos, principalmente movimentos das agências e postos. Trabalho nos setores de cheque especial e jurídico. Não há qualquer análise das exigências laborais, sejam físicas, biomecânicas e tampouco cognitivas ou psicológicas.

Nas “considerações sobre as patologias encontradas”, o perito ponderou que o quadro clínico teria tido início em 1990, ocasião da última gestação da reclamante e que portanto, além dos fatores ocupacionais, deveriam ter sido consideradas as alterações hormonais existentes na gestação e que “podem colaborar com quadros de tendinite, bem como as atribuições em cuidar de duas crianças pequenas.” (folhas 409 e 410 dos autos). Ponderou também que deveriam ter sido investigadas causas degenerativas e que a persistência de sintomas após “quase 15 anos de afastamento do suposto agente causal” (folha 410 dos autos) não se justifica. A reclamante tinha 43 anos de idade por ocasião da perícia.

O perito registrou ainda que “ao exame físico não encontramos alterações clínicas que cursem com incapacidade ou limitação funcional dos membros superiores.”

O estabelecimento do nexos causal do quadro clínico com o trabalho no passado se deu no laudo de forma administrativo-burocrático:

[...] colocamos que o nexos com as atividades exercidas foi estabelecido na abertura de CAT pela reclamada, supostamente por envolver atividades que requeriam uso dos membros superiores no desempenho das suas atribuições. Não só os fatores de esforço muscular devem ser considerados, como também os antecedentes próprios a reclamante, principalmente a gestação (...) Processo número 00183-2006-018-02-00-4, folha 409.)

Mas essas atribuições que ele levanta, não seriam dele, perito, para apresentar ao juízo? Demonstra também um entendimento de unicausalidade do adoecimento.

O juízo concordou com a conclusão pericial, mas registrou que tendo tido doença ocupacional no passado a reclamante fazia jus ao pleito, que incluía dano moral. A sentença foi mantida em segunda instância

Processo número 0938-0060-2002-5020-316– Possui dois laudos (61 e 62)

Reclamante: gênero feminino, 50 anos por ocasião da primeira perícia e 56 na segunda perícia, tendo trabalhado quase 10 anos para a reclamada, como operadora de máquina.

Reclamada: Kolinos do Brasil Ltda.

Laudos 61 – 29/12/2003

Perito 1 – médico vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

Conclusão: existência de doença, sem avaliação de relação causal com o trabalho, com incapacidade da mão acometida.

Trata-se de uma reclamante, aposentada por invalidez em junho de 1997.

Segundo o perito, sua história de dor em punho direito começou em 1992, tendo sido operada pela primeira vez por síndrome do túnel do carpo nesse mesmo ano e reoperada 7 vezes no período de 5 anos, incluída uma enxertia de nervo.

O perito encontra sinais positivos ao exame físico, indicativos de existência de síndrome do túnel do carpo, com cicatrizes cirúrgicas em punho direito e em perna esquerda. Registra “transpiração excessiva na mão direita.”

Este achado deveria ter suscitado uma investigação diagnóstica direcionada para a possibilidade de existência de síndrome da dor complexa regional, condição dolorosa incapacitante, contínua, que tem entre outras características, alterações de sensibilidade, mudança de coloração, de temperatura e sudorese excessiva. Sua ocorrência tem associação com cirurgias relativamente simples e comum, como a de síndrome do túnel do carpo (SATTESON e col., 2017). LUNDEN e col. (2016) estudaram 27 pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas realizadas tardiamente. Após a cirurgia, 22 relataram piora e 17 foram diagnosticadas com síndrome da dor complexa regional, que não tinham antes da intervenção. COSTA e col. (2011) estudaram o pós-cirúrgico de 301 pessoas com síndrome do túnel do carpo e encontraram 8,3% de síndrome complexa de dor regional. A reclamante não foi submetida apenas a uma cirurgia, foi submetida a sete!

O perito concluiu pela existência de “problemas em membro superior direito e cirurgias realizadas para liberação de nervo, inclusive com enxertia de nervo”.

Concluiu, com base em exame físico que havia “alterações graves e incapacitantes para serviços que necessitem usar a mão direita,” (folha 315 dos autos) chegando a usar a expressão “amputação funcional desta mão.” (folha 317 dos autos).

Mas, apesar dessa condição de “amputação funcional da mão”, ressalva que não havia comprometimento para realizar atividades da vida diária, mantendo a reclamante vida independente, não necessitando de supervisão ou assistência de terceiros para o desempenho de atividades como alimentação, higiene, locomoção, entre outras.

Usou a tabela da SUSEP, que pela “perda total do uso de uma das mãos” atribui percentual de 60% de incapacidade. No item 6 do capítulo 4 e no item 2 do capítulo 9 serão discutidas questões relacionadas a conceitos de incapacidade.

Destacou que para o estabelecimento denexo causal entre o quadro clínico e o trabalho, seria obrigatória a vistoria e o IMESC não realiza. Observe-se que o laudo não fornece nenhuma informação sobre a atividade laboral da reclamante, que não dependeria de vistoria.

Diante de tantas lacunas, o perito registrou fatos irrelevantes para o propósito do laudo, antecedentes da primeira infância, como controle de esfíncteres, início da fala e deambulação.

Laudo 62 – 30/08/2009

Perito 2 – médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e incapacidade.

O laudo pericial trata de uma reclamante que trabalhara como operadora de máquina da reclamada, no setor de litografia, na produção de bisnagas.

Segundo registrado no laudo, a reclamante permanecia sentada, retirava as bisnagas com a mão esquerda e colocava em outro cilindro, com outra cor, com a mão direita. O perito registrou uma produção estimada de 32 caixas contendo 80 bisnagas por hora.

O perito registrou história de acidente de trabalho, que consistiu em traumatismo da mão direita, quando esta foi prensada entre os cilindros das máquinas em junho de 1990, sem existência de fratura, mas com afastamento do trabalho de 18 dias. Após 6 meses, começou a sentir dor na mão direita, e com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, foi submetida a uma cirurgia em 1992, mantendo-se afastada do trabalho por 2 meses.

Segundo o laudo pericial, a reclamante foi orientada pelo INSS a não retornar à mesma atividade, porém, com medo de demissão, a reclamante continuou na mesma atividade.

Em março de 1994, com agravamento das dores, a reclamante foi afastada do trabalho, com emissão de CAT pela reclamada, permanecendo em auxílio-doença acidentário por 3 anos. O perito registrou as queixas no momento da perícia, quais sejam, “dor em punho direito com formigamento dos dedos da mão, com dificuldade para atividades do lar em lavar e passar roupa, pentear o cabelo, etc”, (folha 535 dos autos) com uso de medicamento e acompanhamento médico.

O perito não menciona qualquer indício de existência de síndrome complexa de dor regional, como no laudo 61, no qual havia constatação de sudorese excessiva. Como há uma diferença de 6 anos entre a primeira avaliação pericial e a segunda, é possível que o quadro houvesse regredido ou controlado.

Aposentada por invalidez desde 1997, a reclamante foi considerada pelo perito judicial incapacitada para o trabalho, “em grau médio de forma permanente”, 30% pela tabela da SUSEP, para as atividades anteriormente executadas. Considerou decisiva para esta conclusão, a diminuição severa da força muscular em membro superior direito constatado ao exame físico. Embora se refira à Organização Mundial da Saúde no tocante à definição de deficiência ou disfunção, usou a tabela da SUSEP para dimensionar a incapacidade.

Quanto aonexo causal, foi estabelecido com base na história da reclamante e da anamnese ocupacional, uma vez que a empresa já estava desativada, e o acidente de trabalho tipo foi considerado agravante do quadro de síndrome do túnel do carpo. Destaque-se portanto, que a ausência da vistoria não impossibilitou o estabelecimento donexo causal entre a atividade de trabalho e o quadro clínico.

A sentença de primeira instância se baseou neste laudo. Na segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 02904-2006-084-02-00-6 - Possui dois laudos (65 e 66)

Reclamante: gênero feminino, 37 anos por ocasião da primeira perícia e 41 na segunda perícia, tendo trabalhado para a reclamada durante dois períodos, o primeiro com duração de quase 16 anos e o segundo por pouco mais de um ano e meio, nos períodos de setembro de 1980 a julho de 1996 e de novembro de 1998 a junho de 2000, como maquinista conicaleira.

Reclamada: Companhia Nitroquímica Brasileira.

Laudo 65 – 05/07/2003

Perito 1 – ortopedista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença, sem relação causal com o trabalho, com existência de incapacidade.

Este laudo pericial contém duas páginas.

A perita fez uma breve descrição da atividade de trabalho: “Trabalhava na produção olhando 10 máquinas, virando cones. Movimentos de se abaixar, levantar, pegando peso para abastecer as máquinas. Colocava na máquina e batia os mesmos.” (folha 350 dos autos).

Sobre a história clínica, informou que a reclamante começou a ter dores no punho direito, sem informar a época do início do quadro, quando teve constatada lesão por eletroneuromiografia, tendo sido afastada por acidente do trabalho, período durante o qual fez tratamento multidisciplinar. Após passar pelo serviço de reabilitação profissional do INSS retornou ao trabalho, como analista. Segundo a perita, a atividade de trabalho era a mesma,

evidenciando a inexistência da reabilitação profissional de fato.

A perita na conclusão, afirma que a reclamante tinha quadro de dor miofascial, e logo em seguida faz menção também à fibromialgia, segundo ela, diagnóstico feito por um outro médico. A perita parece ter utilizado a dor miofascial como sinônimo de fibromialgia, pois ao responder os quesitos, só se referiu à fibromialgia.

Não explicou os motivos pelos quais ignorou resultados de exames realizados um ano e quatro meses antes da data do laudo pericial, quais sejam, respectivamente, uma ultrassonografia e uma eletroneuromiografia, ambos com resultados alterados e não relacionados à fibromialgia, eleita como diagnóstico principal pela perita.

Sem referência bibliográfica alguma, ao responder um quesito da reclamante, afirma que “fibromialgia não se relaciona diretamente com movimentos repetitivos mas, talvez, com a organização de trabalho” (folha 387 dos autos). Essa frase carece de significado, pois a repetitividade de movimentos é determinada pela forma como se dá a produção, como o trabalho é organizado na empresa.

Para calcular a incapacidade utilizou a tabela da SUSEP, mas considerou somente o punho. Chegou à conclusão de que havia 5% de incapacidade.

Sobre as diferenças entre a fibromialgia e a síndrome da dor miofascial, serão abordadas no item 1.4. do capítulo 9 desta tese.

A sentença não se baseou no laudo pericial e o pleito foi considerado procedente, mantida pela segunda instância.

Laudo 66 – 01/05/2007

Perito 2 – médico com especialização em medicina do trabalho e em medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial contém uma lista de benefícios previdenciários recebidos pela reclamante, uma lista dos setores nos quais a reclamante havia trabalhado na empresa reclamada, paralelamente aos sintomas e diagnósticos ao longo do tempo e, finalmente uma lista de 37 exames de imagem, a grande maioria com resultados alterados em ombro direito e punhos.

O perito registrou as queixas da reclamante no momento da perícia, de dores no ombro e no cotovelo direito, com dor ao levantar o braço. Registrou várias manobras clínicas positivas ao exame físico e concluiu pela existência de LER/Dort, com tendinite do supraespinhal em ombro direito, tenossinovite de extensores e flexores e síndrome do túnel do carpo em punho direito, com incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas, sendo que o exame físico e exames complementares foram compatíveis com os diagnósticos das afecções citadas e consideradas pelo perito.

O perito não fez menção à existência de síndrome de dor miofascial e tampouco de

fibromialgia, como a perita anterior. Mas observe-se que há um intervalo de 4 anos entre a perícia anterior e a outra, que gerou este laudo.

A sentença judicial de primeira instância se baseou neste laudo pericial. A segunda instância manteve a sentença.

A partir deste ponto, os processos judiciais têm apenas um laudo pericial cada um.

Processo número 00310-2002-020-02-00-8

Reclamante: gênero masculino, 46 anos, tendo trabalhado por 15 anos na empresa reclamada, de julho de 1986 a julho de 2001, como operador de máquina.

Reclamada: Mahle Metal Leve S/A.

Laudo 2 - 18/07/2004

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de seqüela de acidente de trabalho, ausência de incapacidade.

Trata-se de um laudo que não fornece qualquer informação sobre a atividade de trabalho do reclamante. Sendo operador de máquina, teria trabalhado sempre na mesma máquina? No que consistia sua atividade de trabalho? Quais eram as metas exigidas? Como era o ritmo de trabalho? Quais movimentos e posturas eram exigidos para que o reclamante pudesse desenvolver a atividade? Sequer o nome da máquina foi registrado. Seria uma prensa, uma laminadora, uma parafusadeira?

Sabe-se contudo, que pelo menos em 1993 ele trabalhava em uma máquina que apresentava partes móveis sem aparato de proteção, pois sofreu em 25 de abril desse ano, um acidente que lhe custou a amputação da metade da falange distal do 4º quirodáctilo direito.

O perito tampouco apresenta uma história clínica do reclamante. Há apenas três informações. Sabe-se que, além do acidente traumático citado, o reclamante foi afastado do trabalho por outro acidente que resultou em distensão do ombro. Não se tem informações adicionais sobre esse acidente e sequer se o ombro distendido era o direito ou esquerdo. E a terceira informação é a de que o reclamante apresentou dois cistos sinoviais na região dorsal do punho direito, que foram cirurgicamente retirados em 18/09/2000, gerando um afastamento de 16 dias. Não há informações de repercussões funcionais dos cistos ou da cirurgia. No exame físico, há registro de “aumento de sensibilidade doloroso no 4º quirodáctilo direito.”

Aos quesitos feitos pela reclamada e pelo reclamante, tampouco as informações eram menos pobres. Como exemplos, cite-se a solicitação da reclamada para que o perito descrevesse todas as funções exercidas durante o período de vínculo. O perito informa que o reclamante “operava, ajustava e preparava máquinas operatrizes para a produção de peças.” Essa resposta não consiste na descrição de atividade e muito menos em análise da atividade laboral.

A conclusão do laudo se resumiu no seguinte trecho:

[...] aumento da sensibilidade do coto amputado do 4º quirodáctilo direito que não o incapacita para o trabalho mas causa uma mínima diminuição em sua capacidade laboral, pois existe a possibilidade de ao executar um serviço manual bater ou tocar este coto que causará dor. (Processo número 00310-2002-020-02-00-8, folha 263).

Apesar de afirmar que seus procedimentos consistiram em: avaliação dos autos no que se refere à queixa do autor e defesa apresentada, avaliação dos exames e documentos juntados nos autos, avaliação do local de trabalho e das funções desempenhadas pelo autor, resultados obtidos na avaliação clínica e funcional, avaliação dos exames subsidiários, de fato, o laudo pericial não contém o registro sobre os procedimentos citados.

Aos quesitos feitos pela reclamada e pelo reclamante, as respostas se mostram inconsistentes. Seguem alguns exemplos.

No quesito 3, o reclamante perguntava sobre a irreversibilidade das queixas e males encontrados pela perícia: “Quesito 3: Em caso positivo, são irreversíveis? Vide corpo do laudo.” (Processo número 00310-2002-020-02-00-8, folha 160).

O perito remete o leitor ao corpo do laudo, que não contém a resposta. O laudo não discute em nenhum momento esse aspecto.

Ao quesito 4 do reclamante, o perito não responde ao solicitado, que se refere ao papel das condições de trabalho na evolução ou agravamento do quadro clínico. O perito apenas cita uma definição de cistos sinoviais que julga conveniente, sem qualquer relação com a pergunta feita.

Quesito 4: No caso do cisto sinovial, as condições de trabalho do autor foram fatores determinantes para a evolução e/ou agravamento de sua moléstia?

R.: Conforme o item que trata das doenças relacionadas ao trabalho o aparecimento de cistos sinoviais é um sinal inflamatório localizado. (Processo número 00310-2002-020-02-00-8, folha 160).

Ao quesito 11 da reclamada, o perito se refere somente à hipersensibilidade do coto decorrente do acidente típico de trabalho. Ignora os cistos sinoviais, que são objeto do quesito.

Quesito 11: Queira o senhor perito num último momento informar, se não está totalmente descaracterizado qualquer nexos causal entre eventual lesão decorrente das atividades exercidas. Roga-se justificar.

R.: Existe nexos em virtude do AT. (Processo número 00310-2002-020- 02-00- 8, folha 133).

Assim, o laudo pericial considerou apenas a seqüela de acidente do trabalho que amputou parte da falange distal do 4º quirodáctilo direito, ignorando as repercussões clínicas e funcionais dos cistos sinoviais e de sua retirada cirúrgica.

Quanto à avaliação de incapacidade, o perito registra o seguinte trecho: “o

reclamante para desenvolver suas tarefas anteriores apresenta uma maior dificuldade em executar um serviço manual, pois qualquer toque neste coto causará dor.” (Processo número 00310-2002- 020-02-00-8, folha 294). Apesar disso, considera o caso de incapacidade mínima.

A dor pós-amputação é um quadro conhecido há muito tempo e é de origem neurológica. Pode ser a dor fantasma, quando há uma percepção por parte do paciente de dor no membro amputado e pode ser a dor de coto, quando a origem se encontra no coto, isto é, no membro residual. Há uma outra entidade, que não se traduz em dor propriamente dita, mas em uma sensação de que o membro amputado continua a fazer parte do corpo da pessoa. DEGNI e NASSER (1937) já dissertavam sobre os diferentes quadros possíveis pós-amputação, o mecanismo fisiopatológico dos quadros e os tratamentos recomendados. Esses autores incluíam uma outra modalidade da dor pós-amputação, a grande hiperestesia dolorosa do coto, que teria sido criada por René Leriche, cirurgião e especialista em dor francês, nascido no século XIX. Para exemplificar a magnitude que os sintomas podiam tomar, citaram o caso de um soldado relatado por René Leriche, que não conseguia se vestir lentamente, tamanha era a dor que sentia no coto do membro superior amputado. Tinha que se vestir de um golpe só.

No caso do reclamante o perito não explorou as características da dor que ele reconheceu existir, incorrendo em duas das atitudes que o médico não deveria ter, diante da dor de coto, segundo DEGNI e NASSER (1937, p. 23): “desconsiderar as queixas do paciente” e “não fazer um estudo cuidadoso do mecanismo e tipo de dor”.

Dores decorrentes de uma amputação poderiam ter levado o reclamante a modificar sua forma de trabalhar, penalizando estruturas inicialmente não comprometidas. Pode-se fazer um paralelo com uma pessoa que em princípio tenha dor no pé, o que a faz pisar de uma maneira que comprometa com o tempo o joelho ou a coluna, situação conhecida dos profissionais de saúde.

A sentença judicial em primeira instância não se baseou no laudo pericial, que ignorou os cistos sinoviais e suas eventuais repercussões clínicas e funcionais.

O juízo, estranhamente, citou trechos da contestação do assistente técnico da reclamada como fundamento de sua decisão:

[...] o cisto sinovial não tem como concausa a atividade laborativa do reclamante. (Processo número 00310-2002-020-02-00-8, folha 256).

[...] não há nexos causal entre o aparecimento do cisto sinovial do punho e o trabalho que o reclamante realizava na reclamada. (Processo número 00310-2002-020- 02-00-8, folha 257).

A ação foi julgada improcedente e em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 02263-2003-035-02-00-7

Reclamante: gênero masculino, 39 anos, tendo trabalhado por quase 13 anos para a reclamada, de novembro de 1989 a agosto de 2002, uma grande empresa multinacional fabricante de produtos de borracha, inicialmente como ajudante de produção mas durante 10

anos como operador de empilhadeira.

Reclamada: Goodyear do Brasil Produtos de Borracha Ltda.

Laudo 3 – 20/10/2004

Perito: médica com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo contém a descrição minuciosa das atividades de trabalho exercidas pelo reclamante nas diferentes funções assumidas na empresa reclamada, além de considerar a época em que os fatos haviam ocorrido, com registro de mudanças, dando voz ao reclamante:

À época do pacto laboral do Reclamante, realizava-se o carregamento manual de peso: o Reclamante, com as mãos, agarrava e retirava os sacos pesando cerca de 40 kg que estavam a seu lado e os levantava, fletindo e torcendo a coluna lombar repetidamente, centenas de vezes por dia para encher as gaiolas.

Após o ano de 2000, o material deixou de ser carregado manualmente para as gaiolas, utilizando-se somente o transporte mecanizado com a empilhadeira.” (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 146)

Cada uma das atividades foi descrita com o dimensionamento das cargas e de repetições de movimentos exigidos, com fotos demonstrativas.

O reclamante colocava-se ao lado do material empilhado, segurava o material com os membros superiores, elevava o peso com as mãos e braços e depositava o material nas gaiolas, repetia esta tarefa centenas de vezes por dia, cada fardo de matéria prima pesava cerca de 30 a 40 kg.

Realizava movimentos de extensão e flexão dos dedos, extensão e flexão do carpo, prono-supinação dos punhos, flexão e extensão dos cotovelos, adução e abdução dos braços, elevação dos braços acima de 45 graus, flexão, torção e extensão da coluna lombar. (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 172)

Do ponto de vista clínico, há um registro detalhado dos sintomas, com início em 1990 e sua evolução, com explicitação de fatores de piora, modalidades de tratamento utilizadas e resultados. O exame físico é sintético, dirigido para o aparelho locomotor.

A perita concluiu pela existência de várias afecções do sistema musculoesquelético relacionadas a LER/Dort. Sobre a lombociatalgia à esquerda, lumbago com ciática, escreveu a perita:

Tratam-se de doenças diretamente relacionadas ao trabalho de transporte e carregamento manual de peso, foram desencadeadas e agravadas ao desempenhar a função de servente de pátio, auxiliar na produção, entregador de matéria, e operador de empilhadeira, durante o período de 13 (treze) anos de trabalho no Reclamado, onde o Reclamante realizava diariamente tarefas que exigiam esforços repetitivos com os membros superiores e posições forçadas com a coluna lombar no carregamento manual de fardos de

borracha e outras matérias-primas, pesando cerca de 30 a 40 kg, levantando a carga com os braços, sustentando acima dos ombros e depositando em gaiolas, posteriormente realizando repetidamente movimentos de torção da coluna lombar ao dirigir a empilhadeira em marcha ré, sendo possível afirmar que forma adquiridas e agravadas no Reclamado.

Existe nexos causal direto entre as lesões diagnosticadas e a atividade profissional desempenhada pelo Reclamante na Reclamada, havendo coincidência anatômica e temporal entre os movimentos e posturas realizados e as patologias diagnosticadas durante o pacto laboral. (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 159).

A perita considerou também o agravamento e a aceleração do desgaste natural da coluna vertebral lombar (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 166) e considerou o conjunto do quadro clínico para a conclusão de incapacidade definitiva para o trabalho de carregamento de peso e operação de empilhadeira, portanto, permanente e parcial (folha 168 do processo). Respondendo a um quesito da reclamada, registrou o relato por parte do reclamante de “episódios depressivos relacionados a sua incapacidade física.” (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 169).

Utiliza, em outro momento do laudo, uma inversão da lógica para reafirmar o estabelecimento do nexos causal, ao responder à contestação, que:

[...] ao verificarmos que o Reclamante na atividade laboral diária utilizava os mesmos grupamentos musculares relacionados com as queixas de dor e impotência funcional em membros superiores, não é possível deixar de caracterizar a relação direta entre os movimentos e posturas no levantamento manual de cargas realizados repetidamente centenas de vezes ao dia e as lesões tendíneas identificadas.” (Processo 02263-2003-035-02-00-7, folha 265).

Destaca que a empresa deveria ter emitido a CAT.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, considerando a ação procedente. A segunda instância confirmou a sentença.

Processo número 01630-2007-030-02-00-7.

Reclamante: gênero feminino, 25 anos, tendo trabalhado por pouco mais de 3 anos numa das unidades de uma rede de supermercados, de maio de 2005 a julho de 2008, como atendente de balcão de frios.

Reclamada: Mercadinho Barbosa Ermelino Ltda.

Laudo 4 – de 22/07/2008

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial registra a história da reclamante, que começou a sentir dores no punho em janeiro de 2005, após quase dois anos de trabalho sem registro. As dores foram se

agravando atingindo também os ombros e foram motivo de afastamento do trabalho até outubro de 2007, seguido de mais dois afastamentos de dois meses e um mês.

No momento da perícia judicial, a reclamante percebia benefício do INSS, e havia solicitado prorrogação da duração desse benefício.

O perito estabeleceu uma correspondência entre a evolução do quadro clínico e a atividade de trabalho, que consistia em fatiamento de frios, abastecimento do balcão colocando os frios fatiados e atendimento ao público. Por dia, tinha que entrar na câmara de refrigeração de 12 a 15 vezes, durante cinco minutos cada vez.

Na vistoria ao local de trabalho, o perito constatou essas condições.

O perito registrou que embora a admissão formal da reclamante tenha sido em maio de 2005, de fato, ela trabalhou durante dois anos sem registro.

O laudo pericial traz uma lista de exames complementares, todos acusando alterações de imagem de punhos e ombros. Foram registrados também alterações de exame físico em punhos e ombros.

A compatibilidade entre as queixas, o exame físico, os resultados dos exames complementares e as condições de trabalho fizeram o perito concluir pela existência de LER/Dort. Da atividade de trabalho, registrou o perito:

Durante a vistoria ambiental/ operacional, caracterizamos ainda o risco ergonômico para a LER/DORT dos punhos e ombros, tendo em vista que a Autora habitualmente elevava os braços acima da linha dos ombros para fatiar os frios no balcão, no atendimento de balcão, e na colocação de preço, e ainda, pela repetitividade também no fatiamento quando empurrava a máquina com os braços elevados e com a outra mão realizava a retirada de fatias uma a uma e colocava em bandejas, com movimentos frequentes de flexoextensão e pequena aplicação de força, desta forma, configura-se onexo causal laboral para a moléstia diagnosticada. (Processo número 01630-2007-030-02-00-7, folha 121).

Quanto à incapacidade, o perito concluiu pela redução da capacidade laboral em grau moderado (50%) para as atividades anteriormente executadas, utilizando a tabela da SUSEP.

Embora não tenha sido destacado no laudo pericial, a baixa temperatura ambiental e/ou o uso de luvas são fatores que podem contribuir para a ocorrência de afecções musculoesqueléticas (KUORINKA e FORCIER, 1995, p. 145).

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, considerando a ação procedente. A segunda instância confirmou a sentença.

Processo número 01726-2005-051-02-00-4

Reclamante: gênero feminino, 36 anos, tendo trabalhado por 17 anos na empresa reclamada, grande banco brasileiro, de fevereiro de 1988 a fevereiro de 2005.

Reclamada: Banco Itaú S/A.

Laudo 5 - 07/12/2005

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo pericial trouxe uma descrição da atividade de trabalho de cada função ocupada pela reclamante, de forma detalhada.

As funções registradas foram as de escriturária, durante curto período; caixa, função que exercia quando começou a ter os primeiros sintomas de dor em braços e ombros, motivo pelo qual foi afastada do trabalho após várias tentativas de se manter trabalhando.

Chegou a ser encaminhada para o Centro de Reabilitação Profissional em novembro de 1997, retornando a uma outra função do ponto de vista formal, de pré-caixa, mas de fato fazendo algumas das mesmas coisas que fazia como caixa – arquivamento de documentos e talões de cheques e autenticação.

Segundo o perito, a reclamante foi transferida para várias agências em outras funções, mas sempre com piora do quadro clínico.

Numa das agências, onde ficou no autoatendimento, ficava em pé o dia todo, ajudando os clientes. Passou a ter dor na coluna também.

Permaneceu anos sendo transferida de agência em agência, passando a sofrer situações de humilhações e desrespeito, o que resultou em depressão. Foi demitida em fevereiro de 2005.

Destaque-se que a história registrada pelo perito, após o adoecimento da reclamante, é comum entre trabalhadores nas mesmas condições. Portadores de uma doença epidêmica relacionada ao trabalho, com orientações de restrições no retorno ao trabalho determinadas pelo INSS, encontram, no retorno de um afastamento, um ambiente laboral com as mesmas características que desencadearam ou agravaram o adoecimento e a incapacidade laboral. Esses trabalhadores passam a representar um grande problema para seus colegas e chefias imediatas, pois não conseguem contribuir para atingir as metas e representam um “estorvo” para o desempenho considerado adequado pela empresa. Frequentemente sofrem humilhações e assédio moral, o que contribui para o desencadeamento ou agravamento do adoecimento psíquico (PAPARELLI, 2011; MAENO, 2001; LIMA e col., 2014). Foi um dos poucos laudos analisados a explorar essa trajetória comum e conhecida por quem presta assistência aos trabalhadores.

O perito fez exame físico detalhado e lista vários exames alterados relatos médicos e atestados compatíveis com achados do exame físico pericial, quais sejam, afecções em ombros, punhos e cotovelos.

O perito considerou aspectos diversos do trabalho para estabelecer o nexu causal,

aspectos biomecânicos, de correspondência entre cargas e movimentos com as afecções clínicas, aspectos organizacionais, como “cobranças de produção” rigorosas e critério epidemiológico, incluindo dentre as categorias que mais estão sujeitas a ter LER/Dort, os “digitadores, bancários, escriturários, secretárias, metalúrgicos, etc.” (Processo número 01726-2005-051-02-00-4, folha 169). É um dos poucos laudos periciais que de fato consideraram o critério epidemiológico no estabelecimento do nexos causal entre o quadro clínico e o trabalho.

Sobre a incapacidade, o perito é econômico nas palavras e diz apenas que a “incapacidade laborativa é a perda ou ausência da qualidade física, mental ou psíquica para a execução de uma atividade profissional. Portanto a Reclamante apresenta incapacidade laborativa para a função de escriturária, digitadora.”

A sentença judicial de primeira instância não se baseou no laudo pericial a ação foi julgada improcedente. A segunda instância seguiu a primeira.

Processo número 01287-2007-036-02-00-9.

Reclamante: gênero feminino, 38 anos, tendo trabalhado por pouco mais de 11 anos na empresa reclamada, do ramo financeiro, no período de dezembro de 1989 a janeiro de 2001, como escriturária, na compensação.

Reclamada: Banco Bradesco S/A.

Laudos 8 - 18/12/2008

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial trouxe o caso da reclamante, aposentada por invalidez em meados de 2000, depois de ter ficado afastada do trabalho de 1995 a 1998, depois de ter passado pelo Centro de Reabilitação Profissional e percebido auxílio-acidente até quando foi aposentada.

O laudo pericial contém algumas informações sobre o processo de adoecimento, destacando um acidente traumático na agência onde trabalhava, quando caiu sobre o braço direito. Nessa ocasião teria tido o diagnóstico de LER, com emissão de CAT. Foi submetida a tratamento de várias modalidades, sem melhora, tendo permanecido afastada do trabalho por 3 anos. Retornou ao trabalho por breve período de tempo tendo sido afastada novamente, até que foi aposentada por invalidez.

Sobre a atividade de trabalho na reclamada, o perito destacou que o computador foi introduzido em 1994 e seus sintomas tiveram início em 1995. Descreveu o uso da mão direita digitando o teclado da máquina de calcular e mão esquerda pinçando o cheque de uma pilha com o dedo indicador e o polegar. Os movimentos foram descritos como similares aos que a reclamante fazia em uma outra máquina “post-marcação”, sendo avaliados como rápidos e repetitivos. Menciona metas a serem alcançadas, “porém, sem punição, com controle de produtividade feito pela própria máquina.”

Pelo fato da reclamante raramente realizar movimentos de abdução e elevação dos membros superiores acima da linha do ombro, o perito descartou possibilidade denexo causal entre tendinite de ombros e a atividade de trabalho. Essa presunção de que somente nos casos em que há movimentos de abdução e elevação dos membros superiores acima da linha dos ombros podem ocorrer afecções de ombros não é verdadeira. O perito cometeu um equívoco, como pode ser constatado no item 1.3. do capítulo 9 desta tese.

Concluiu pela existência denexo causal entre afecções de punhos, cujos sinais de acometimento encontrou no exame físico, ao contrário de afecções em ombros e cotovelos, que segundo o perito estariam em “fase sub-clínica” para justificar a incompatibilidade entre o exame físico e os exames de imagem positivos para ombros e punhos.

Sobre a incapacidade, chegou à conclusão que estava presente, considerando não só o quadro ocupacional como o de articulação coxo-femoral decorrente de epifisiólise detectada aos 11 anos de idade, sem nexo com o trabalho, portanto.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. A segunda instância seguiu a primeira.

Processo número 01459-2007-033-02-00-5

Reclamante: gênero masculino, 49 anos, tendo trabalhado por quase 12 anos na empresa reclamada, do ramo de transportes, no período de maio de 1995 a fevereiro de 2007, como motorista de ônibus.

Reclamada: Transportes Americanópolis Ltda.

Laudo 9 – 23/12/2007

Perito: urologista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial e temporária.

Este laudo pericial trouxe uma história sucinta de um motorista de ônibus que, após 2 anos de trabalho dirigindo ônibus com caixa de direção mecânica, começou a sentir dor no joelho esquerdo e ombro direito inicialmente, para depois ter também o ombro esquerdo acometido.

O laudo pericial não registrou descrição da atividade laboral.

Ao exame físico, o perito constatou importante limitação de movimentos e manobras clínicas positivas para afecção em ombros, compatíveis com exames de imagem apresentados.

O perito concluiu pelo estabelecimento donexo causal entre a afecção de ombros e a atividade laboral, assim como concluiu pela incapacidade parcial e temporária, sem expor critérios para essa conclusão. Na ocasião da perícia o quadro clínico tinha 10 anos. Apesar de emissão de CAT pela empresa reclamada e pelo sindicato da categoria posteriormente, o INSS não reconheceu o caráter ocupacional do quadro clínico.

Estudos têm demonstrado associação entre a atividade de dirigir ônibus com maior

prevalência de problemas musculoesqueléticos. SZETO e LAM (2007) estudaram 481 motoristas de ônibus, 404 homens e 77 mulheres, por meio de um questionário com abordagem de aspectos do trabalho, queixas do aparelho locomotor e percepção de fatores de risco associados a cada desconforto e exame físico. A prevalência de problemas de pescoço, costas, ombros e joelhos foi de 35% a 60% e 90% do desconforto foi relacionada ao ato de dirigir. WINKLEBY e col. (1988) fizeram uma revisão de 22 estudos epidemiológicos e verificaram que havia uma alta mortalidade e morbidade por três grupos de adoecimento, entre os quais afecções musculoesqueléticas.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente.

Processo número 00391-2008-049-02-003

Reclamante: gênero masculino, 49 anos, tendo trabalhado por 6 meses como pintor em uma grande empresa do ramo da confecção, de janeiro a julho de 2006.

Reclamada: Ellus Indústrias e Comércio Ltda.

Laudo 10 – 25/08/2008

Perito: ortopedista e ultrassonografista do sistema musculoesquelético com pós-graduação em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial evidenciou a exigência de esforço dos membros superiores em atividade laboral de pintura de paredes em várias lojas da empresa reclamada, das 22 às 6 horas, geralmente com entrega do serviço em uma noite. Folgava nos finais de semana.

Pintou lojas em vários shoppings tais como: SP Market, Villa Lobos, shopping Iguatemi, Ibirapuera, Morumbi. Primeiro lixava paredes com lixas, manualmente. Em seguida, executava a pintura interior nas paredes e teto. Ao término da pintura, efetuavam a limpeza com aguarrás e *tinner*. (Processo número 00391-2008-049-02-003, folha 125).

As atividades relatadas são efetuadas utilizando-se os membros superiores, mais o dominante, com elevação dos mesmos em movimentos circulares para lixar as paredes e de flexão, com força de prensão nas mãos. Quanto a atividade é realizada no teto aumenta bastante o grau de elevação dos braços. (Processo número 00391-2008-049-02-003, folha 126).

O perito destacou que o reclamante sentia mais dor quando lixava a parede e o teto. Também observou que o reclamante havia passado em consulta médica durante o período em que estava empregado e quando recebeu o resultado de ultrassonografia já havia sido demitido.

Tendo encontrado afecções de ombros no exame físico e exames complementares, o perito estabeleceu nexos causais com a atividade laboral, e considerando a limitação de movimentos do ombro direito, considerou o reclamante incapacitado por tempo

indeterminado, “uma vez que não há perspectivas no momento de tratamento especializado e reabilitação em entidade pública”. Esta é uma consideração que revela um conceito mais amplo de incapacidade, incluindo o aspecto de suporte social do reclamante.

Em resposta a um dos quesitos da reclamada, o perito argumenta que as “atividades realizadas na reclamada pelo reclamante funcionavam como agente agressor para as estruturas anatômicas acometidas, de modo a desencadear ou no mínimo contribuírem para agravamento da patologia apresentada pelo mesmo.” Demonstrou levar em conta a concausalidade, quando o trabalho, embora não seja a única causa da lesão ou da doença, tem um determinado papel na sua ocorrência.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial, e a ação foi julgada procedente.

A segunda instância manteve a decisão da primeira.

Processo número 00466-20070314-02006

Reclamante: gênero feminino, 39 anos, tendo trabalhado por quase 19 anos em empresa do ramo metalúrgico, de fevereiro de 1987 a dezembro de 2009, como montadora.

Reclamada: Visteon Sistemas Automotivos Ltda.

Laudo 11 – 29/04/2008

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial e temporária.

A reclamante era montadora de rádios e sua história clínica teve início 8 anos após a admissão na reclamada, tendo sido submetida a uma acromioplastia em ombro direito 2 anos depois do início do quadro clínico.

Teve CAT emitida pela reclamada, tendo permanecido afastada do trabalho por 4 meses (janeiro de 1998 a maio de 1998), por tendinite de ombro direito, retornando ao trabalho em outra atividade, a de inspeção visual das peças, na qual permaneceu até a demissão.

O laudo pericial descreve as atividades laborais exercidas pela reclamante e informa que o setor se encontrava já desativado: “Na posição sentada, retira o rádio da esteira e coloca no dispositivo onde colocava o *deck*, com alicate fazia o encaixe de 11 fios, virava o dispositivo, soldava os fios e cortava o sobressalente. Após acomodar os fios, enrolava e retirava do *deck* do dispositivo com ...” (redação *ipsis litteris*). Embora não haja informações sobre produção, ritmo e produtividade, tem-se ideia de que se trata de uma atividade típica de montagem, com várias operações rápidas e repetitivas. A linha de montagem há muito tempo é considerada de risco para dores de membros superiores (MAEDA, 1975).

Da função para a qual a reclamante retornou após afastamento do trabalho, sabe-se apenas que se tratava de inspeção visual, mas não como se dava, em que contexto do sistema

produtivo estava essa função ou se havia exigência de rapidez.

O perito diferenciou onexo técnico e causal da forma que se segue:

O nexo técnico deve ser entendido como o vínculo entre a afecção e o ambiente de trabalho. O nexo causal correlaciona a clínica com a etiologia, enquanto o nexo técnico relaciona o diagnóstico com o trabalho. A caracterização pericial do nexo técnico não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correção entre a afecção e a execução do seu trabalho.”

Como esses conceitos são oriundos de confusões normativas, no item 4.5 do capítulo 4 desta tese, são discutidos.

Na ocasião da perícia, a reclamante referiu dor em ombro direito sem irradiação e fazia uso de medicamento. Estava em tratamento com o ortopedista.

O perito estabeleceu o nexo causal entre o quadro clínico e as atividades laborais, pelo exame físico que mostrou diminuição força do membro superior direito e testes indicativos positivos para tendinite de ombro e pela descrição das atividades de trabalho. Não menciona na conclusão, o critério epidemiológico, embora em item denominado “Dissertação sobre a patologia diagnosticada”, tenha mencionado a maior frequência de LER/Dort entre algumas funções, como digitadores, caixas de banco e comércio, trabalhadores de linha de montagem, telefonistas, entre outros.

Quanto à incapacidade, o perito concluiu que “existe incapacidade laboral parcial e temporária, para as atividades desenvolvidas na reclamada onde necessitem movimentos repetitivos constantes com os membros superiores.” Não há discussão do significado de incapacidade parcial ou total e os motivos pelos quais o perito julga a incapacidade temporária e não permanente para atividades que exijam movimentos repetitivos constantes.

A sentença judicial de primeira instância se baseou na perícia, julgando o pleito procedente. A segunda instância manteve a decisão.

Processo número 00006-2004-070-02-00-9

Reclamante: gênero feminino, 40 anos, tendo trabalhado por 13 anos em empresa nacional do ramo metalúrgico, fabricante de chuveiros, no período de junho de 1989 a julho de 2002.

Reclamada: Fame Fabrica de Aparelhos e Material Elétrico Ltda.

Laudo 12 – 01/04/2005

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial e permanente.

O laudo pericial trouxe uma história clínica sucinta de dores em coluna e braços após cinco anos de trabalho em montagem de campainhas musicais residenciais, que consistia em várias operações de inserção e manuseio de peças, repetitivas, de 1000 campainhas por dia,

além da realização de testes, que também exigiam movimentos repetitivos.

Após afastamento de cinco meses e tentativa de manutenção no trabalho, com agravamento do quadro clínico, foi afastada por 3 anos e meio, período durante o qual permaneceu em tratamento. Após passar pela reabilitação profissional do INSS, retornou ao trabalho na seção de embalagem, na qual não havia controle de produtividade, mas exigia a elevação dos braços acima do nível dos ombros, pela altura da bancada, segundo o lado pericial.

Há exames de imagem com alterações em punhos e ombros, datados de antes e depois da demissão.

O perito concluiu que a reclamante tem doença ocupacional, após discutir as correlações entre as afecções dos punhos e ombros e a atividade de trabalho (“realiza movimentos repetitivos com os punhos fletidos, aliados a ausência de pausas laborativas, agilidade manual na montagem e abdução do braço acima de 45 graus”). Quanto à incapacidade, vinculou o fato do estabelecimento do caráter ocupacional à existência de “diminuição de capacidade laboral em quantidade e qualidade de trabalho” e agregou o aspecto da existência de desvantagem competitiva no mercado de trabalho, demonstrando uma visão mais ampla da incapacidade laboral.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, concluindo pela procedência da ação. A sentença foi reformada pela segunda instância.

Processo número 00424-2008-472-02-00-5

Reclamante: gênero feminino, 50 anos, tendo trabalhado por mais de 10 anos em empresa multinacional do ramo metalúrgico, montadora de carros, de agosto de 1996 a novembro de 2006, como montadora.

Reclamada: General Motors do Brasil Ltda.

Laudo 13 – 11/01/2010

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: inexistência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial não traz qualquer informação contextualizada sobre a atividade de trabalho. Após a leitura, se sabe que a reclamante havia trabalhado em vários setores, sem que se tenha informações fundamentais sobre a atividade de trabalho. O perito, em um determinado ponto do item “descrição das atividades” passou a citar somente partes dos veículos sem qualquer menção aos motivos pelos quais o fez:

[...] trabalhou no chicote limitador a maior parte do tempo. No limitador utilizava parafusadeira que tinha que ficar com ela na mão parafusando os limitadores. Alguns anos depois começou a fazer revezamento e foi treinada para parafusar retrovisor.

Setor HG 36 – Setor de colocação de portas – colocava retrovisores, chicotes nas portas,

limitadores e plásticos das portas. Utilizava parafusadeira pneumática e espátulas para acabamento, desde o início até o desligamento.

Veículos de todas as marcas: Vectra, Astra, Corsa, entre outros. Supervisor: Marcos.

A Reclamante trabalhou inicialmente no período noturno das 16h às 01h20min com 1 h para refeição, por aproximadamente 4 anos. Após foi transferida para turno das 6h às 15h no mesmo setor de trabalho

Montagem – DOOR OFF/ Chicote para auto-falante/ Alimentador/ Limitador/ Vidros/ Mecanismo elétrico para levantamento da porta/ Portas/ Plásticos de forração/ Pannel interno (...) (Processo número 00424-2008-472-02-00-5, folha 186).

Sobre o quadro clínico, o perito relatou que as queixas de dores e adormecimento no punho direito tiveram início em 2001, tendo a reclamante sido afastada do trabalho. Mantendo-se a queixa e tendo dores também no ombro direito, teve o diagnóstico de tendinite.

A reclamante associou as suas dores no ombro ao uso da parafusadeira, mas o perito não se manifestou sobre as queixas.

Relatou o perito que a reclamante não apresentava queixas nos exames periódicos e não foi submetida a exame demissional. Novamente, como no laudo 20, a ausência do exame demissional deve ter sido decorrente de dispositivo da norma regulamentadora número 7, que determina a obrigatoriedade do exame demissional somente na ausência de exame ocupacional de mais de 90 dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, que é o caso da reclamada. Como já discutido, a CLT, por outro lado, determina a obrigatoriedade dos exames admissional, demissional e periódicos.

No item discussão, o perito referiu que no prontuário da reclamante constava diagnóstico de hipotireoidismo a partir de 2005. Ressalte-se que esse dado consta dos autos do processo. O perito imputou a patologia de ombros, dores articulares e mialgia ao hipotireoidismo, que estava controlado, argumentando que “há sabidamente na literatura uma correlação entre dores musculares e tendinopatias com o hipotireoidismo.” Ignorando a literatura sobre a relação entre atividades de montagem, trabalho com chicote de automóveis e LER/Dort e também a concausalidade, o perito descartou a existência de doença ocupacional.

Sobre a incapacidade, considerou que a “Reclamante não tem nenhuma limitação objetiva que possa incapacitá-la ao labor que exercia na Reclamada.” (Processo número 00424-2008-472-02-00-5, folha 202).

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, julgando a ação improcedente. A segunda instância manteve a decisão da primeira instância.

Processo número 01715-2009-443-02-00-6

Reclamante: gênero masculino, 34 anos, tendo trabalhado por quase 4 anos em empresa do ramo frigorífico, abate e industrialização de carnes, de fevereiro de 2005 a janeiro de 2009, como auxiliar de manutenção.

Reclamada: Independência S/A.

Laudo 14 – 05/10/2012

Perito: médica, com especialização em perícia médica.

Conclusão: inexistência de doença ocupacional e de incapacidade.

O reclamante trabalhou informalmente dos 10 aos 27 anos, como ajudante de pedreiro do pai, fazendo massa, quebrando parede, carregando massa em carrinho de mão e fazendo serviços de pintura. Foi contratado pela empresa reclamada em agosto de 2006, como pintor, mas de fato, fazia “de tudo,” isto é, retoque de pintura e manutenção onde fosse necessário, manutenção de carrinhos, montagem, desmontagem e manutenção esporádica na câmara frigorífica.

Segundo a perita, após um ano de trabalho, o reclamante começou a sentir dor no ombro esquerdo, que servia de apoio para a pintura com o membro superior direito. Teve diagnóstico de bursite de ombro esquerdo em 2008, tendo ficado afastado do trabalho por 3 meses. Referiu a perita que após a demissão, o reclamante chegou a trabalhar em outra empresa, por 6 meses, em 2010, como pintor. Sobre a atividade laboral, nada mais foi averiguado pela perita, que tampouco foi feita vistoria técnica pois a empresa “encerrou suas atividades no local sede onde o reclamante laborou.”

No item “discussão/comentários”, a perita começou o texto afirmando que na população geral a prevalência de dor no ombro varia de 5 a 47%, sem citar a fonte desse dado. No entanto, independentemente da ausência da informação sobre a fonte, há dois problemas nessa afirmação.

Um deles é a referência da população geral para um sintoma que atinge sobretudo a população adulta, e a atinge de diferentes formas dependendo das faixas etárias na fase da vida adulta. Portanto, estudos epidemiológicos que tenham como objetivo estabelecer prevalência de doenças na população geral, que tenham grande variabilidade por faixa etária, por gênero ou outra característica, devem estabelecer estratificações. Fácil compreender essa necessidade, ao se pensar em câncer de mama, que pode ocorrer em homens e mulheres, sendo, no entanto, muito mais frequente entre a população feminina, a partir da quinta década de vida. Assim, desenvolver um estudo de prevalência de câncer de mama na população geral tende a ser sem serventia, se não se tiver estratificação por gênero, faixa etária, uso de contraceptivos, por exemplo.

O segundo problema é a grande variação no dado citado, de 5 a 47%. VAN DER HEIJDEN (1999) em revisão sobre afecções de ombros, cita estudos realizados com populações do Reino Unido, Finlândia, Suécia e Estados Unidos. Apenas para se ter uma ideia, o autor cita um estudo realizado na população sueca cuja prevalência de problema nos ombros variou de 7% para a faixa etária de 30 a 35 anos a 25% para a faixa etária de 56 a 60 anos. Já no Reino Unido, o estudo citado encontrou uma prevalência de aproximadamente 15% na população adulta e uma prevalência mais alta, de 20%, para a faixa etária acima dos 70

anos. Na Holanda, um estudo populacional realizado em 1998, envolvendo 3664 pessoas, com mais de 25 anos, que responderam a um extenso questionário, 74,5% disseram ter tido dor muscular nos últimos 12 meses e as regiões do corpo mais frequentes eram pescoço, ombros e coluna cervical/ torácica (PICAVET e SCHOUTEN, 2003). Portanto, a afirmação contida no laudo não poderia ter sido sequer considerada devido a sua falta de precisão e utilidade.

Continuando, a perita atribuiu a dor no ombro a uma degeneração tendínea, como parte de um processo de envelhecimento progressivo do tendão, que pode levar à ruptura do manguito rotador. Afirmou que no passado se pensava que “fossem causadas por lesões por esforços repetitivos, mas, hoje em dia, o conceito de *impingement* é a unificação de um espectro de distúrbios.” Essa afirmação carece de um aprofundamento. Em primeiro lugar, o reclamante tinha 34 anos de idade na ocasião da perícia, portanto, jovem para que se possa considerar processos degenerativos por idade com repercussões clínicas. Pode-se afirmar que ele possa ter tido uma aceleração de um processo degenerativo natural com o passar dos anos, mas não se pode atribuir à idade esse quadro apresentado.

Também é importante ressaltar que as LER/Dort não se contrapõem a *impingement* ou impacto, como traduzido no meio médico brasileiro, e nem se restringe a ela. São terminologias de naturezas distintas; as LER/Dort incluem afecções musculoesqueléticas relacionadas a desgaste ocorrido por determinadas situações no ambiente laboral, tratando-se de uma expressão convencional, no caso, pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, por seu caráter ocupacional. O *impingement* ou impacto, também convencional pela literatura médica, se refere a um mecanismo fisiopatológico de ocorrência de determinada doença do ombro, que pode ser relacionada a situações do trabalho ou não. Portanto, nem todas as síndromes de impacto são ocupacionais e nem todos quadros clínicos de LER/Dort incluem a síndrome de impacto.

Sobre doenças musculoesqueléticas ocupacionais, a perita afirma que se confundem com doenças de causa não identificável, interpretadas como idiopáticas, ou seja, “também ocorrem comumente em indivíduos que estão fora do panorama ocupacional.” Por outro lado, destacou que há uma maior prevalência das patologias dolorosas de ombro nas profissões de “costureira, cabeleireiro, construção civil e trabalhador doméstico.” De fato, há doenças ainda não desveladas, mas a dor e as afecções de ombros são associadas a determinados grupos de trabalhadores, entre os quais os citados pela perita, que ignorou as atividades laborais do reclamante, que era pintor, mas fazia de tudo, incluindo manutenção de máquinas. Além disso, há previsão dessa situação na classificação de *Schilling* (BRASIL, 2001b), no tipo II, tendo o trabalho como fator contributivo, mas não necessário para a ocorrência da lesão ou doença.

Destacou a predisposição individual que aumenta a possibilidade de um trabalhador desenvolver um distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho e também os fatores contribuintes para o seu aparecimento, entre eles, “diversas variações congênitas do aparelho locomotor, enfermidades associadas, estresse, distúrbios psicológicos, sedentarismo, estilo de vida, atividades esportivas ou outras atividades paralelas.”

Se por um lado, a perita demonstrou buscar como causa única a atividade de trabalho para considerar o caráter ocupacional da afecção, desconsiderando o conceito de concausa

preexistente, por outro, admite condições predisponentes individuais como contribuidoras para a ocorrência de quadros musculoesqueléticos, listando algumas delas.

Se no seu julgamento, alguma das condições extra-laborais apresentadas por ela tinha um peso relevante na ocorrência do quadro apresentado pelo reclamante, deveria ter demonstrado no laudo pericial. Tinha o reclamante variações congênitas do aparelho locomotor que justificassem a ocorrência do quadro clínico apresentado? Tinha o reclamante alguma doença que pudesse contribuir para a ocorrência do quadro clínico apresentado? Sofria o reclamante de distúrbios psicológicos que pudessem ter contribuído para a ocorrência do quadro clínico apresentado? Praticava o reclamante algum esporte que pudesse ter contribuído para a afecção de ombro? Era ele sedentário? E o sedentarismo poderia ter contribuído para a ocorrência das queixas apresentadas? Não há uma linha sequer no laudo pericial que elucide a frase solta de que determinadas condições listadas poderiam ter contribuído para a ocorrência do quadro clínico. A pergunta seria: essa premissa de que existem fatores predisponentes a determinados adoecimentos, que pode ser utilizada generalizadamente, se aplica ao reclamante?

Adicionalmente, a perita imputou um papel importante à atividade como ajudante de pedreiro que o reclamante tivera dos 10 aos 17 anos, em idade de crescimento, ressaltando que o trabalho na construção civil se encontra entre aqueles que mais acarretam patologias dolorosas em ombro. De fato, a atividade na construção civil é de risco para o desenvolvimento de dor e afecção em ombros, como também o é a atividade de manutenção. Não foi analisado o conjunto do quadro clínico e não foi considerado o fato de que, quando contratado como auxiliar de manutenção, ele se encontrava apto para o trabalho. O fato é que após o exercício dessa atividade é que foi diagnosticada uma afecção de ombro.

O laudo pericial discutiu os achados em exames ultrassonográficos, um deles feito meses antes da demissão que havia tido como resultado sinais de tendinose leve do supra/infraspinhal em ombro esquerdo, o outro, feito uma semana antes da demissão, que teria se mostrado sem alterações e um terceiro, feito 6 meses após a demissão, quando foram constatadas alterações semelhantes a aquelas encontradas anteriormente. Esses resultados foram interpretados pela perita como ratificação de que “o processo inflamatório existente não foi decorrente de sua atividade na reclamada, pois como dito acima, por ocasião de sua demissão o mesmo exame se encontrava normal.” Considerando que há dois exames de imagem mostrando alterações e um normal, é possível que o único resultado dissonante pudesse ter um erro. Diferentemente de uma radiografia ou de um exame de sangue, o exame ultrassonográfico é operador- dependente, isto é, se trata de um exame em que a visualização e a análise são feitas em tempo real, durante o procedimento. Assim, o que é visto depende da qualificação e da experiência do profissional e não é passível de contestação quando o resultado é normal, pois o registro fotográfico é feito pelo médico operador e foca as regiões que ele julgar pertinentes. Na dúvida, o procedimento correto é repetir o exame em serviço confiável. Uma outra questão se refere ao objetivo de um exame complementar como a ultrassonografia, que é útil sobretudo para comprovar o(s) achado(s) clínico. Não tem qualquer papel no estabelecimento do nexos causal do quadro clínico com a atividade laboral.

A conclusão pericial foi pela inexistência de LER/Dort e de incapacidade laboral, e o pleito foi considerado improcedente. Houve acordo neste caso, de forma que o processo não chegou a ser apreciado na segunda instância.

Processo número 02154-2005-051-02-00-0

Reclamante: gênero feminino, 45 anos, tendo trabalhado por quase 11 anos em empresa de comércio atacadista de equipamentos e suprimentos de informática, de novembro de 1994 a julho de 2005, como atendente de serviços.

Reclamada: Vision Sat Sistemas Especiais Ltda.

Laudo 15 – 01/08/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial revelou a história clínica da reclamante, que exerceu a função de atendente por um ano, quando realizava atendimento telefônico e escrita, período durante o qual não teve quaisquer sintomas.

Quando passou a exercer outra função, de baixa de materiais de almoxarifado, iniciada em meados de 1995, na qual passava a maior parte da jornada digitando numerários com uso de *mouse*, começou a sentir dores no braço esquerdo após aproximadamente dois anos. Com afastamento de 3 meses obteve melhora e retornou ao trabalho por 3 anos, quando, em meados de 2000, começou a sentir dores novamente agora no antebraço direito, resistente a tratamento e a curtos afastamentos, até que em outubro de 2003 foi afastada do trabalho até maio de 2005. Após reabilitação profissional do INSS, com perda da mobilidade dos dedos da mão direita e dor, passou a uma outra função não especificada no laudo pericial.

Há uma lista de exames ultrassonográficos de outubro de 2005 e de janeiro de 2006, cujos resultados revelaram alterações em punhos e cotovelos. Duas eletroneuromiografias realizadas nas mesmas ocasiões revelaram síndrome do túnel do carpo⁸⁴ bilateralmente.

Utilizando como fundamento a Instrução Normativa 98 do INSS (BRASIL, 2003a), que especificamente associa a síndrome do túnel e a tenossinovite de punhos com a digitação e uso de *mouse*, o perito estabeleceu nexos causais com as afecções diagnosticadas na reclamante e sua atividade laboral na reclamada. A categoria dos que digitam foi a que obteve o reconhecimento do caráter ocupacional para suas dores de membros superiores, à época denominadas “tenossinovite do digitador,” como já relatado nos itens 2 e 3 do capítulo 3.

O perito concluiu pela incapacidade parcial definitiva, destacando dois aspectos, o de que havia sido reabilitada para “função compatível”, porém havia continuado com quadro

⁸⁴ Esta síndrome é causada pela compressão do nervo mediano que passa por um canal estreito no punho chamado de túnel do carpo. A compressão é causada pelo aumento das estruturas que passam pelo túnel ou pelo seu espessamento.

doloroso e o de que teria desvantagem competitiva no mercado de trabalho.

A ação foi julgada procedente em primeira instância e mantida em segunda.

Processo número 02199-2--0-039-02-00-4

Reclamante: gênero feminino, 31 anos, tendo trabalhado por quase 2 anos em entidade filantrópica, de novembro de 2004 a outubro de 2006, como auxiliar de acabamento.

Reclamada: Laramara - Assoc Bras Assist Def Visual.

Laudo 16 – 28/06/2010

Perito: urologista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade temporária.

O laudo pericial trouxe uma história clínica associada à atividade laboral, pontuando as tentativas de minimização de agravamentos ocorridos durante o tempo em que a reclamante trabalhou para a empresa reclamada:

Trabalhou para a reclamada na função de Auxiliar de revisão de bulas de remédios, durante os quatro meses iniciais.

Após quatro meses foi ensinada a juntar as bulas dobradas pela máquina, que fazia a fachaeta nas bulas que estavam previamente cortadas. Fachaeta é passar papel envolvendo o bloco das bulas, trabalho feito com um operador e um auxiliar.

Tanto na revisão como nas dobras (fachetas) colocavam em caixa de 5 a 12 quilos (nº 1, 2 e 4). Pesava, etiquetava a caixa e colocava no palete. Com carrinho hidráulico levavam palete para estoque ou outra área.

Ficou nesse local mais ou menos seis a sete meses, realizando as duas atividades descritas. O líder da produção intercalou os serviços porque a reclamante estava com muita dor. Após nove meses de trabalho começou a sentir dor no ombro esquerdo. Procurou médico do convênio, fez exame de Ressonância Magnética, diagnosticou tendinose do supraespinhal, com início de ruptura de ombro E. (Processo número 02199-2--0-039-02-00-4, folha 373)

Após o diagnóstico, a reclamante foi afastada por cinco dias e manteve tratamento por 4 meses, sendo demitida na vigência de dor e tratamento, evidenciando a existência de presenteísmo.

Durante a vistoria, acompanhado pela reclamante e por prepostos da empresa reclamada, identificou na atividade de revisão de bulas de remédios, com verificação de defeitos, separação por volume e colocação de fachetas, movimentos repetitivos dos membros superiores, com movimentos acima do nível dos ombros para retirada dos blocos de bulas do pacote que ficava sobre a mesa de trabalho. Foram anexadas fotos ilustrativas dessa atividade de trabalho.

No item “discussão”, o perito explicitou sua visão sobre a relação entre a anatomia do acrômio⁸⁵ e a intensidade do atrito previsto entre o úmero⁸⁶ e o acrômio. O perito afirmou que quando o acrômio é curvo ou espesso há um aumento do atrito nas situações em que há uma diminuição do espaço articular, como ocorre quando “dormimos, trabalhamos com o braço acima da cabeça ou, quando abduzimos o braço (movimento de abrir o braço para o lado)”. Outras situações elencadas pelo perito para que esse atrito aumente seriam envelhecimento com formação de esporões, que não é o caso da reclamante, de 31 anos de idade, diminuição da força e resistência dos tendões, além de movimentos repetitivos.

Em resposta a um dos quesitos feitos pela reclamante, disse que havia trabalho “executado de forma acelerada”, mas não sob pressão dos superiores hierárquicos (quesitos 10 e 14, folha 384 do processo), não explicitando o motivo portanto, do trabalho executado de forma acelerada. A um outro quesito da reclamada, que evocou o laudo pericial da justiça estadual, que concluiu pela inexistência de incapacidade e tampouco denexo causal, o perito se contrapõe dizendo que tampouco aquele perito da justiça estadual foi ao local de trabalho.

Com base na história, exame físico, exames complementares, anamnese ocupacional e vistoria, concluiu pela existência de tendinite do supraespinhal esquerdo e existência de relação com o trabalho. Sobre a incapacidade, concluiu pela redução da capacidade laboral total e temporária para atividades as quais está capacitada. Em resposta a um quesito (folha 382 do processo), estimou em 180 dias o tempo necessário para a melhora da afecção.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial, considerando a existência de nexocausal entre o adoecimento e o trabalho, mas julgou improcedente ação no tocante a danos morais e materiais por inexistência de incapacidade, pelo fato da reclamante ter trabalhado após a demissão da reclamada por um ano em outra empresa. O perito, no entanto, havia registrado que o desligamento da empresa em que a reclamante trabalhara após a demissão da reclamada se dera por baixa produtividade. Há portanto, um indicador de presenteísmo também na empresa com a qual a reclamante manteve vínculo após a reclamada. Manteve-se a sentença na segunda instância.

Processo número 0239800-30-2005-5-02-0314

Reclamante: gênero masculino, 53 anos, tendo trabalhado por 21 anos na empresa reclamada, grande fabricante de máquinas de escrever, no período de agosto de 1976 a agosto de 1997, como retificador de cilindro.

Reclamada: Olivetti do Brasil S/A.

Laudo 17 – 28/05/2010

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

⁸⁵ Acrômio é um osso que se localiza na parte externa do ombro onde se prende o músculo deltoide. Contribui para dar o contorno do ombro e se articula com a clavícula.

⁸⁶ Úmero é o osso mais longo do corpo humano e é revestido por músculos que dão forma ao segmento conhecido como braço (do ombro ao cotovelo).

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

Este laudo pericial contém história lacônica, de dor em punho e ombro direito, além de dor no joelho direito que impedia o reclamante de se abaixar, desde o período em que trabalhava para a empresa reclamada, sem especificar a época de início, evolução do quadro, fatores que possam ter contribuído para o quadro clínico.

Não foi registrada nenhuma informação sobre a atividade de trabalho do reclamante.

Aposentado por tempo de serviço, o reclamante trabalhou por nove anos em empresa de varejo após ter sido demitido pela empresa reclamada. Não há informações sobre as características da atividade laboral posterior à empresa reclamada.

Sem ter encontrado alterações ao exame físico, o perito concluiu pela inexistência de doença e de incapacidade.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente no tocante à existência de nexos causal entre o adoecimento e o trabalho e à indenização por danos morais. Manteve-se a sentença na segunda instância.

Processo número 01982-2005-463-02-00-4

Reclamante: gênero feminino, 27 anos, tendo trabalhado por quase dois anos na empresa reclamada, fabricante de medicamentos, no período de novembro de 1997 a setembro de 1999, como auxiliar de embalagem.

Reclamada: Laboratórios Klinger do Brasil Ltda.

Laudos 18 – 10/04/2001

Perito: médico vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

A história clínica contida no laudo pericial é lacônica, limitando-se a relatar que em 1999 a reclamante teve dor no 2º dedo direito com irradiação para todo o membro superior, sob controle de procedimentos caseiros. O perito não registra como se deu a evolução do sintoma e quais seriam as queixas da reclamante por ocasião da perícia. Como no exame físico o perito não identificou qualquer alteração, se deu por satisfeito para concluir que não havia doença, sem considerar que a atividade de embalagem é descrita como uma das que propiciam o adoecimento musculoesquelético.

Quanto à incapacidade, ao mesmo tempo em que declarou não constatar alterações sequelares morfológicas e tampouco comprometimento da função dos membros superiores, com movimentos preservados e sem limitações, referiu acreditar ser necessária uma vistoria à empresa para analisar as funções exercidas e a complexidade de movimentos para que pudesse emitir parecer sobre a potencialidade da reclamante manter o desempenho na mesma atividade.

Não há uma palavra sobre a atividade de trabalho realizada pela reclamante e tampouco sobre os sintomas no momento da perícia.

Em contraposição à economia de palavras sobre o caso, informações aleatórias tomaram mais espaço no laudo. No item “antecedentes familiares e pessoais”, o perito incluiu as seguintes informações, a maioria delas de nenhuma relevância:

Não há relato de problemas gestacionais e perinatais. Teve as vacinações sem intercorrências de fatores complicantes. Início da fala e deambulação, bem como os controles de esfíncteres se deram em épocas normais. Nega TCE, desmaios, convulsões, cefaleias resistentes a analgésicos comuns, malária, sífilis, diabetes, infecções graves ou prolongadas, tuberculoses, alergia, uso de aminoglicosídeos e doenças heredofamiliares. (Processo número 01982-2005-463-02-00-4, folha 150).

O perito negou a existência de uma doença sem ter feito a primeira pergunta que um profissional médico e de saúde em geral deve fazer diante de uma pessoa: qual é a sua queixa? O que você sente?

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, julgando a ação improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 0802-2005-007-02-00-6

Reclamante: gênero masculino, 44 anos, tendo trabalhado por dois períodos: de 1990 a 1992, por um ano e 9 meses e de 1996 a 2003, por 6 anos e 8 meses, como auxiliar de rolo.

Reclamada: Mecfil Industrial Ltda/ Filsan Engenharia Mecânica Ltda.

Laudo 19 – 22/06/2006

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: inexistência de doença ocupacional, sem avaliação de incapacidade.

A história clínica registrada no laudo pericial é sucinta, fornecendo informações esparsas e fragmentadas. O perito se baseou no prontuário médico da época e informou que em 05/08/1997 o reclamante se queixou de dor no ombro esquerdo, depois de trinta dias de trabalho na montagem de rolos. Teve diagnóstico pelo ortopedista de tendinite de ombro esquerdo, sendo que o médico do trabalho da empresa registrou o caso como “história de luxação de ombro esquerdo há vinte e cinco dias, atualmente sente melhora, sente que o trabalho não o incomoda.” (folha 228 dos autos).

Após mais ou menos um ano, o médico do trabalho registrou a ocorrência de uma subluxação da articulação escapuloumeral e o reclamante foi submetido a uma cirurgia para correção de luxação recorrente em ombro esquerdo em setembro de 1998. De queixas clínicas na avaliação pericial, o perito registrou dor no pescoço, omoplata e cotovelo. O exame físico, sucinto, no entanto, não incluiu esses segmentos do corpo, apesar das queixas

clínicas.

Na vistoria à empresa, o perito constatou que:

[...] para exercer suas funções, o reclamante utilizava em uma das etapas de um martelo que pesava 800 gramas, dando leves marteladas no labirinto para um ajuste final. Essa atividade não era contínua e sim, com pausas. (Processo número 0802-2005-007-02-00-6, folha 228).

O perito concluiu pela inexistência de nexo causal entre o quadro clínico e a atividade laboral, utilizando os argumentos de que o reclamante havia tido subluxações recorrentes e elas poderiam ter sido resultado de trauma, “mecanismo violento em pacientes com estrutura óssea e cápsulo-ligamentar previamente íntegros.” (folha 228 dos autos). Outra causa possível, argumentou o perito, seria referente a alterações preexistentes que favoreceriam a luxação e a subluxação. No entanto, se essa segunda hipótese do perito fosse verdadeira, seria esperado que na adolescência ou juventude o reclamante tivesse tido episódios de luxação ou subluxação, informação que o perito não forneceu.

O perito descartou nexo causal pelo fato do reclamante não ter tido trauma direto sobre o ombro esquerdo durante o contrato laboral. Por outro lado, não deu qualquer informação que induzisse à existência de alterações preexistentes. Tampouco realizou qualquer discussão sobre a atividade de trabalho como fator agravante, no caso de alterações preexistentes. Teria sido o caso certamente de analisar o caso sob o prisma da possível concausalidade preexistente ou antecedente.

O perito afirma que:

[...] o exame atual de ultrassonografia de ombros não guarda nexo com sua atividade, em virtude de que já se passaram oito anos desde sua atividade laboral, o que sugere que essa moléstia não seja de etiologia ocupacional. (Processo número 0802-2005-007-02-00-6, folha 228).

Nenhum exame ultrassonográfico pode ter a finalidade de estabelecer o nexo de um quadro clínico com a atividade laboral. Essa não é a finalidade de um exame complementar. A finalidade de um exame complementar é clínica, no caso de reforçar ou não a hipótese clínica feita depois de coletada a história e o exame físico.

Embora o reclamante seja aposentado por invalidez, o perito não fez menção à incapacidade laboral em sua avaliação. Assim, a conclusão pericial foi pela inexistência de doença ocupacional, sem avaliação de incapacidade laboral.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e julgou a ação improcedente no tocante ao pedido de indenização por danos morais, tanto porque segundo o juízo, o laudo pericial foi satisfatório como pelo fato de não se ter demonstrado de culpa ou dolo por parte das empresas reclamadas. A segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 00025-2004-039-02-00-3

Reclamante: gênero feminino, 45 anos, tendo trabalhado por 11 anos, de maio de 1991 a

junho de 2002, em uma empresa de comércio atacadista de medicamentos de uso humano, como operadora de máquina.

Reclamada: Virtu's Representação Comercial Ltda.

Laudo 22 – 08/01/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial traz uma descrição das atividades de trabalho que a reclamante desenvolvia na empresa reclamada, em revezamento semanal. Uma delas era de envasar adoçantes em recipientes plásticos de 200 ml, um a um, retirando-os de uma caixa, encaixando-os no bico da máquina envasadora e colocando-os na mesa após cheios. A outra era de abastecer máquina pingadeira, com forminhas plásticas, sobre esteira e a outra era de embalar gelatina em pó, abastecendo o maquinário com pó a cada 30 minutos, em funil, retirando a gelatina embalada em papel e colocando em cartucho de papelão. Nessas atividades, embora não tenha números, o perito avaliou que os ciclos eram excessivamente curtos.

Segundo o laudo, os sintomas tiveram início em 1999, 8 anos após sua admissão na empresa reclamada. Passou a ter dor e inchaço nos punhos e no ombro esquerdo, o que a motivou a procurar médico do convênio, que a afastou do trabalho por 5 dias e prescreveu anti-inflamatório. Os sintomas foram se agravando progressivamente, resultando em queda de sua produtividade, com afastamentos de curta duração, até que em fevereiro de 2000 foi afastada do trabalho por mais de dois anos. Foi demitida quando retornou ao trabalho, ainda com sintomas, e depois da demissão submeteu-se a duas cirurgias, por tendinite de *De Quervain* e por síndrome do túnel do carpo, com resultados não satisfatórios.

O perito refere uso regular de EPI, mencionando luvas de PVC, máscara de papel, uniforme de brim e protetor auditivo de inserção. Destaque-se que o uniforme de brim não é considerado EPI e nenhum dos equipamentos mencionados tem papel protetor para as LER/Dort.

Baseado na história clínica, exame físico e exames complementares, fez o diagnóstico de tendinite do supraespinhoso bilateralmente e síndrome *De Quervain*, e com base na análise das condições de trabalho, estabeleceu nexos causais entre as entidades patológicas e a atividade de trabalho. Embora no exame físico tenha encontrado evidências de síndrome do túnel do carpo, não a incluiu entre os diagnósticos (folha 273 dos autos).

Quanto à incapacidade, concluiu pela redução da capacidade laboral para o exercício de suas funções na reclamada.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e julgou pela procedência do pleito pelo reconhecimento de nexos causais entre o adoecimento e o trabalho e indenização de 12 meses de estabilidade e participação nos lucros. A petição inicial não

pleiteou reparação por danos morais e materiais. A segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 01440-2005-3140-2003

Reclamante: gênero feminino, 24 anos, tendo trabalhado por pouco mais de um ano, em locadora de vídeo, um dos dois estabelecimentos de pequeno porte deste estudo, de dezembro de 2003 a janeiro de 2005, como recepcionista.

Reclamada: Line Vídeo Comércio Locação Ltda.

Laudo 25 – 03/09/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: ausência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial é lacônico. A empresa reclamada não faz parte de uma cadeia produtiva importante e nem pertence a uma corporação conhecida. Tratava-se de uma das tantas locadoras de vídeo que existiam profusamente na década de 2000, e essa seria uma das razões adicionais pelas quais a atividade de trabalho da reclamante teria que ser exaustivamente descrita em suas exigências.

No entanto, a única referência a alguma característica do trabalho se encontra no item “histórico clínico-epidemiológico”, no qual o perito registra apenas que a reclamante:

[...] digitava recebimento de fita, verificação e limpeza de DVD; começou com dores no começo de setembro/outubro de 2004 em membro superior direito; procurou o posto de saúde e foi orientada a procurar o convênio; até a demissão só passava em consulta no posto de saúde; só fez exames após a demissão, quando tinha convênio; continuou com dores no membro superior direito desde o ombro até o punho. (Processo número 01440-2005-3140-2003, folha 196).

Não há qualquer menção a aspectos epidemiológicos que façam jus ao título dado ao tópico.

No momento da avaliação pericial a reclamante continuava com dores no membro superior direito desde o ombro até o punho. O perito requisitara ultrassonografias de punho, cotovelo e ombro direitos, realizados pela Prefeitura de Guarulhos em setembro de 2006, cujos resultados não mostraram alterações.

No item da discussão, oportunidade em que o perito poderia conduzir o leitor a determinada linha de raciocínio com base na clínica e nas características da atividade de trabalho, não há menção a qualquer aspecto do caso concreto.

Há referências a dois dispositivos legais fora de vigência à época da avaliação pericial, o Decreto nº 357/91⁸⁷ e o Decreto nº 611/92⁸⁸, ambos revogados pelo Decreto nº

⁸⁷ BRASIL, 1991. Decreto n. 357 de 07/12/1991. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social,

3.048/99 (BRASIL, 1999). O outro decreto mencionado é o de nº 611/92, que havia sido revogado pelo Decreto nº 2.172/97⁸⁹. Além disso, o texto citado e atribuído aos Decretos nº 357 e nº 611, de fato, está, com pequenas alterações, na Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991): “Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II (relação que constituem o Anexo II do Decreto), resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.”

Não há qualquer demonstração da pertinência ou impertinência da aplicação desses fundamentos legais ou outros no caso concreto.

Quanto à avaliação de incapacidade, na folha 199 dos autos, o perito afirma que “leva em conta cada caso em particular, dependendo das queixas clínicas e dos achados incapacitantes do exame físico, em relação à função exercida pelo segurado.” Transcreveu partes de textos, sem que tivesse demonstrado no caso concreto como aplicou ou deixou de aplicar certas afirmações, como por exemplo:

A caracterização pericial do nexa não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a lesão e a execução do seu trabalho, sendo evidente a excessiva solicitação funcional/ laboral do grupo muscular comprometido, e clara a ação do trabalho como fator desencadeante da lesão. (Processo número 01440- 2005-3140-2003, folha 199).

A definição de doença do trabalho assumida no laudo pericial demonstra a desconsideração ao conceito de multicausalidade ou nexa concausal; “são doenças que se originam do exercício de determinadas profissões e podem ser comprovadas pela relação causa-efeito.” (Processo número 01440-2005-3140-2003, folha 199).

Dessa forma, o laudo pericial concluiu pela inexistência de doença ocupacional e de incapacidade sem ter realizado análise da atividade de trabalho e considerado paralelamente a evolução do quadro clínico desde o seu início até o momento da perícia.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e julgou a ação improcedente no tocante à existência de nexa causal entre o adoecimento e o trabalho. A petição inicial não incluía dano moral ou material. A segunda instância manteve a decisão da primeira.

Processo número 00963-2005-462-02-00-4

Reclamante: gênero masculino, 42 anos, tendo trabalhado por mais de 19 anos, de janeiro de

revogado pelo Decreto n. 2171/97. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0357.htm > acesso em 28/08/2017.

⁸⁸ BRASIL, 1992. Decreto n. 611 de 21/07/1992. Dá nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 357, de 07/12/1991, e incorpora as alterações da legislação posterior, revogado pelo Decreto n. 2171/97. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0611.htm > acesso em 28/08/2017.

⁸⁹ BRASIL, 1997. Decreto n. 2172 de 05/03/1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, revogado pelo Decreto n. 3.048/99. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2172.htm > acesso em 28/08/2017.

1987, como operador de estamperia, aposentado por invalidez em setembro de 2005.

Reclamada: Volkswagen do Brasil Ltda Ind de Veic Automóveis.

Laudo 28 – 13/03/2006

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

No laudo pericial foram registradas observações da vistoria e informações sobre diferenças entre as condições de trabalho no momento da diligência em relação à época em que o reclamante trabalhou. O reclamante era operador de prensa de grande tonelagem que produzia portas, laterais e tetos de automóveis, entre outras peças.

O perito descreveu a atividade de operador de estamperia – operar prensas de grande tonelagem, através de botoeira bimanual em 4 ou mais funcionários:

Trabalhava abastecendo com chapas de aço ou com peças semi-prontas ou ficar do outro lado retirando as peças e colocando em bancadas ao lado.

Durante a diligência foi observado que existe bancada com as chapas de aço e para as peças semi-trabalhadas, todavia segundo informação, prestada pelo líder, no período de trabalho do reclamante as peças chegam em caixas e ficavam do lado da prensa sendo necessário abaixar cada vez mais para pegar as peças que pesavam entre dois e sete quilos e meio. A produção variava entre 110 e 300 peças por hora. Foi observado que trabalham em pé com inclinação que varia de 30 graus ou mais no momento de colocar ou retirar as peças do dispositivo da prensa. Por volta de 1993 o reclamante foi transferido para o setor de prensas leves, por determinação médica, atuando com peças pequenas, cerca de 200 gramas e produção de cerca de 500 peças por turno. Também trabalham em pé com inclinação de cerca de trinta graus com o tronco. (Processo número 00963-2005-462-02-00-4, folha 115).

O perito registrou a informação de que, em função da agressividade das tarefas, devido ao peso e à quantidade de peças, além dos movimentos realizados, principalmente por esforço com os punhos e flexão do pescoço, o reclamante passou a sofrer de dores nos punhos, desde 1989 e na coluna cervical, desde 1995. Informou que o reclamante havia sido submetido a cirurgias em punhos direito e esquerdo, respectivamente em 1992 e 1995 e que era acompanhado pelos médicos da reclamada, devido às dores nos punhos e pescoço, sem melhora dos sintomas. Em 05/09/1998 havia sido afastado pelo INSS e não mais retornou ao trabalho. Foi encaminhado por diversas vezes ao Núcleo de Reabilitação Profissional, mas sem sucesso. O reclamante foi aposentado por invalidez em 25/09/2005.

Observe-se que o reclamante tinha 42 anos de idade quando foi aposentado, tendo trabalhado por quase 20 anos, portanto, desde muito jovem na mesma empresa, multinacional de grande porte, que contava com serviço especializado de segurança e medicina do trabalho, tendo sido acompanhado em sua piora pelos médicos da reclamada. Com essa história, a empresa teria considerado o reclamante um forte indicador de falha do sistema de prevenção de doenças ocupacionais?

Há uma informação nos antecedentes pessoais de fratura de escafoide do punho direito entre 1991 e 1992, relacionada ao trabalho e três fraturas do cotovelo esquerdo em 1987, em intervalos curtos entre uma ocorrência e as demais. Não houve registro de maiores detalhes.

O perito listou exames complementares com datas de 1995 a 2000, com alterações em nervos periféricos, tendões e sinóvias de membros superiores e discos cervicais, além de relatórios médicos compatíveis com esses resultados.

O perito constatou em exame físico alterações em coluna cervical e punhos.

Concluiu pela existência de cervicalgia e síndrome do túnel do carpo, mais à esquerda, com estabelecimento de nexos causais, considerando o tipo II da classificação de *Schilling*, isto é, tendo o trabalho como fator contributivo, mas não necessário para a ocorrência da lesão ou doença. Isso significa que a doença referida poderia ou não ser relacionada ao trabalho, mas à luz de elementos considerados relevantes pelo perito, essas encontradas no reclamante foram consideradas ocupacionais.

Quanto à incapacidade, considerou que o reclamante tinha dificuldade para realizar esforços ou movimentos com os punhos, caracterizando uma incapacidade leve do punho direito e moderada à esquerda. A incapacidade da coluna foi considerada leve. Usou a tabela da SUSEP, concluindo que a incapacidade do reclamante era de 50%. No item 6 do capítulo 4 desta tese foi apresentado um conceito baseado na impossibilidade de se definir incapacidades por segmentos corporais.

Citou como referência a Ordem de Serviço do INSS 606/1998, que já havia sido revogada na época da perícia pela Instrução Normativa 98/2003.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente no tocante à existência de nexos causais entre o adoecimento e o trabalho e à indenização por danos morais. A segunda instância manteve a decisão.

Processo número 00387-2007-030-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 42 anos, tendo trabalhado por 16 anos, no período de dezembro de 1990 a dezembro de 2006, na empresa reclamada, grande atacadista de produtos alimentícios, como cozinheiro.

Reclamada: Ajinomoto Interamericana Ind. e Com. Ltda/ GR S/A.

Laudo 29 -18/06/2008

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

No laudo pericial constam informações sobre a atividade laboral do reclamante quando trabalhava na empresa reclamada, como único cozinheiro. Contava com mais 4 pessoas que o ajudavam.

O reclamante informou ao perito que sua jornada de trabalho era das 7 às 16h48, com uma hora de intervalo para almoço e que além de preparar os pratos quentes e frios, ainda lavava panelas e cubas, preparava saladas, cortava carne, enchia cubas e as entregava para o ajudante colocar no balcão térmico, lavava o fogão Eram 160 refeições no almoço. O reclamante relacionava o quadro clínico com as operações de corte e transporte de caixas de 20 a 30 quilos e panelas de até 20 quilos. Durante a vistoria, houve uma divergência de informação, pois o preposto da empresa reclamada informou que o reclamante preparava apenas os pratos quentes.

Quanto à história clínica, o perito registrou janeiro de 2006 como data de início das dores no punho direito e dois meses depois em punho esquerdo. No entanto, há registro de recebimento de auxílio-doença acidentário em janeiro de 1998, sem especificação de diagnóstico e outro auxílio-doença, de agosto de 2005 a novembro de 2006, com diagnóstico de tendinite. O perito registrou a cessação de benefício com solicitação de mudança de função, tendo sido avaliado em exame de retorno ao trabalho de 17/11/2006. O reclamante foi demitido em 04/12/2006, menos de um mês depois do retorno ao trabalho.

No momento da avaliação pericial o reclamante se queixou de manutenção de dores no punho direito e formigamento em membro superior do mesmo lado, com despertar durante o sono noturno pelos sintomas, além de dor localizada em punho e antebraço esquerdo.

Com esse conjunto de informações, o perito concluiu pela existência de tenossinovite dos extensores nos punhos relacionada ao trabalho. Tradicionalmente, desde o reconhecimento do caráter ocupacional de afecções musculoesqueléticas no Brasil, o trabalho na cozinha tem sido incluído dentre as ocupações que expõem os trabalhadores a condições e situações propiciadoras ao adoecimento (BRASIL, 1991; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2012). Outros estudos brasileiros, confirmam essa exposição e adoecimento. LIMA e col. (1997) realizaram um estudo ergonômico e psicossocial em um restaurante universitário, contemplando os diversos setores e etapas, entre as quais, a do pré-preparo e preparo dos alimentos, setor salada, setor açougue, setor de catação de grãos, setor cozinha, distribuição em três, em sistema de esteira e de balcão. As exigências de produção, de quantidade e de tempo, a variabilidade anual, mensal, semanal e diária, as exigências de qualidade foram também analisadas. Tratou-se de um estudo em profundidade dos mais variados aspectos do processo de trabalho de um restaurante universitário. CASAROTTO e MENDES (2003) estudaram as condições de trabalho e de saúde de 257 trabalhadores de cinco cozinhas industriais e encontraram alta prevalência de queixas musculoesqueléticas, em particular referentes a afecções enquadradas como LER/Dort e de coluna, assim como condições laborais propiciadoras da ocorrência desses quadros clínicos. Indicador do amplo reconhecimento dessas condições nas diversas operações no preparo de alimentos é a redução de LER/Dort como argumento de venda de equipamentos, que facilitam essas múltiplas operações de uma empresa do Reino Unido:

The system consists of carton bottom flap, Automatic Carton sealer, Automatic Carton Corner sealer and Conveying Frame and has the function of continuous Automatic Carton sealing. It's provides you with more space for other functions and reduces the packing cost. It also removes the repetitive movement that comes with manual labour, and reducing the risk of RSI's. It is automatically controlled and reliable, convenient in operation and is simple to maintain whilst the individual parts can be used separately."⁹⁰ (grifo nosso)

Ele (o sistema) remove os movimentos repetitivos advindos do trabalho manual e reduz o risco de LER/Dort. (livre tradução).

Sobre a incapacidade, sem fundamentar método e critério de avaliação, concluiu-se pela existência de redução de capacidade laboral em grau moderado (50%), sem exposição de critérios para a conclusão.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial no tocante à existência denexo causal entre a doença e o trabalho e a ação foi julgada procedente. A segunda instância manteve a decisão.

Processo número 00177-2009-311-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 38 anos, tendo trabalhado por mais de 15 anos, de novembro de 1992 a março de 2008, na empresa de coleta de resíduos não perigosos, como coletor de lixo.

Reclamada: Empresa Quitaúna Serviços LTDA.

Laudo 30 – 23/09/2009

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

No laudo pericial, lacônico, há registro de dor em ombro esquerdo com início seis anos antes da avaliação pericial, realizada em 2009. Apresenta o resultado de uma ultrassonografia que demonstrou tendinopatia bilateral em março de 2006. O quadro clínico é resumido somente ao trecho que segue:

Refere que começou a apresentar no ombro esquerdo há aproximadamente 6 anos sensação de que o ombro estava estalando. Depois de um mês começou a sentir dor no referido ombro. Procurou médico e fez raio X que apresentou como resultado normal e posteriormente fez RNM do ombro esquerdo. Fazia uso de AA e fisioterapia porém sem melhora do quadro. Atualmente sente dores no ombro E e faz uso de AA. (Processo número 00177-2009-311-02-00-0, folha 136).

O perito relaciona os procedimentos que teria seguido para chegar à conclusão pericial, quais sejam: “avaliação dos autos, avaliação das funções desempenhadas pelo (a)

⁹⁰ [Empresa The Food Machinery Company Ltd . Disponível em https://www.foodmc.co.uk/apl-cs09](https://www.foodmc.co.uk/apl-cs09) > acesso em 10/10/2017.

autor (a), avaliação dos exames e documentos juntados nos autos, exame físico pericial.” (folha 142 dos autos). No entanto, o laudo pericial não mostra esse processo de análise declarada.

No item “descrição da função”, por exemplo, se lê apenas o que se segue: “Refere o reclamante que trabalhava na função de coletor de lixo. Trabalhava na coleta normal em locais alternados 2ª, 4ª e 6ª em um local no Jardim Aracília e 3ª e 5ª e sábado no Bonsucesso.”

O título não condiz com o conteúdo, pois não há descrição sobre o que o reclamante de fato fazia na empresa reclamada. Qual era a jornada cumprida diariamente? No que consistia ser coletor de lixo? Havia diferenças entre o trabalho no Jardim Aracília e no Bonsucesso? Durante os mais de 15 anos de trabalho na empresa reclamada fez o mesmo trabalho e do mesmo jeito?

Do ponto de vista do desgaste físico, sequer se considerou a diferença de capacidade e resistência aos 21 anos, idade em que o reclamante começou a trabalhar na empresa, e aos 37 anos, após 15 anos de trabalho braçal.

Assim, sem dedicar uma linha sequer à descrição da atividade de trabalho e tampouco à discussão do caso clínico em pauta, concluiu que “o (a) Autor (a) não é portador (a) de moléstia sendo ela do trabalho ou não conforme exame médico pericial realizado.”

Seguem alguns quesitos do reclamante e as respostas fornecidas pelo perito. Chamam a atenção o laconismo das respostas e a falta de compromisso com o leitor do laudo. Seguem exemplos de repostas a quesitos feitos pelo reclamante.

A resposta ao quesito 1, que solicitou “definir minuciosamente quais as funções do obreiro,” o perito remeteu o reclamante ao corpo do laudo, onde não há sobre o solicitado.

A mesma coisa é feita na resposta ao quesito 2, quando se requereu o período integral da jornada de trabalho do reclamante. O perito remeteu o reclamante ao corpo do laudo, onde não consta essa informação.

A resposta ao quesito 3, foi sobre repetitividade de movimentos para na atividade de recolhimento e remessa dos sacos de lixo para a caçamba do caminhão. O perito respondeu com um simples “não,” em contraposição a um “filme” real, extremamente conhecido de todos os moradores das grandes cidades, em particular, São Paulo, que consiste em imagens de trabalhadores correndo atrás do caminhão, recolhendo sacos pesados de lixo das calçadas e arremessando-os na caçamba.

A resposta do perito ao quesito 4, contém duas características: uma delas, de equívoco do ponto de vista biomecânico e a outra, além do seu laconismo, um certo cinismo. Ao responder ao quesito se o reclamante fazia uso das duas mãos, antebraços e ombros para recolher os sacos de lixo, o perito responde que fazia uso das mãos. Como seria possível usar as mãos somente sem usar os antebraços e ombros ao carregar sacos de lixo com certo peso?

No quesito 7, sobre a existência de pausas na jornada de trabalho, não teria sido fundamental o perito explicitar como se davam essas pausas durante a jornada de trabalho?

Segue a transcrição literal dos quesitos e respostas citados:

1. Definir minuciosamente quais as funções do obreiro.

R.: ver corpo do laudo.

2. Qual era o período integral da jornada de trabalho do Reclamante?

R.: ver corpo do laudo.

3. Se havia movimento repetitivo para o recolhimento e remessa dos sacos de lixo para a caçamba do caminhão.

R.: não.

4. Se fazia uso das duas mãos, braços, antebraço e ombro para recolher os sacos de lixo.

R.: para recolher o lixo fazia uso das mãos.

7. Se havia algum intervalo na jornada de trabalho. Caso positivo o intervalo era de quantos minutos e por quantas vezes.

R.: sim

(Processo número 00177-2009-311-02-00-0, folhas 137 e 138).

O mesmo fez o perito em relação aos quesitos da reclamada e do juízo, com respostas monossilábicas, entre o sim e o não, ou remetendo o solicitante ao corpo do laudo.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial, acatando a conclusão de que não havia doença. Não houve julgamento em segunda instância.

Processo número 0100-2009-432-02-0008

Reclamante: gênero masculino, 41 anos, tendo trabalhado por dois períodos na empresa reclamada, de montagem de estruturas metálicas, por 4 meses em 2005 e por pouco mais de um ano em 2007/2008, como eletricista montador.

Reclamada: Montcalm Montagens e Indústria S/A.

Laudo 31 – 25/01/2011

Perito: fisioterapeuta.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial traz informações fragmentadas e pouco claras sobre a atividade laboral do reclamante na empresa reclamada, sugerindo que havia elevação de braço e carregamento de peso, ao informar que após episódio de dor por carregar peso, o reclamante retornou ao trabalho, com diagnóstico de tendinite e recomendação médica de mudança de função, para que não elevasse o braço e tampouco carregasse mais de 5 quilos. Chegou a ocupar uma função no “planejamento, olhando desenhos, indo ao almoxarifado, fazendo conferência. Depois de vinte dias voltou para a mesma função. Seu turno era das 7h30 às 17h30, com uma hora de almoço. Muitas vezes trabalhava até as 19h.” (Processo número 0100-2009-432-02-0008, folha 4 do laudo pericial).

Depreende-se que houve uma tentativa de mudança de função com recomendação médica, sem informações sobre o preparo do reclamante para as novas atribuições, que exerceu por vinte dias. Os motivos pelos quais ele retornou à atividade original não são mencionados. As jornadas prolongadas além do horário contratado são mencionadas no laudo pericial.

O exame físico realizado pela perita sugere acometimento de supraespinhal, compatível com o resultado de ultrassonografia de março de 2008 e assim, a perita discorre sobre a tendinite de supraespinhal, chamando a atenção para as alterações degenerativas a partir dos 50 anos e para o fato de que a partir da sexta década de vida seriam universais. Essas considerações não se aplicavam ao reclamante, que tinha 41 anos à época da perícia.

Por outro lado, a perita chamava a atenção para a ocorrência dessa afecção em ocupações:

[...] que exigem o uso prolongado dos membros superiores em postura inadequada ou viciosa, isto é, elevação (flexão do ombro) e abdução do ombro acima de 90 graus, durante longos períodos de tempo, associada a atividades que necessitam uso de força e /ou repetitividade. (Processo número 0100-2009-432-02-0008, folha 7 do laudo pericial).

Descreveu várias situações que predisõem à ocorrência de afecções de ombros, como a que encontrou no reclamante, e na conclusão explícita a existência de “nexo concausa entre as atividades laborativas executadas na reclamada e as alterações encontradas em membro superior direito do reclamante.”

O laudo pericial discute também a degeneração tendínea como fator predisponente para a ocorrência de tendinite de ombro e o papel de posições exigidas pela atividade de trabalho, de forma adequada.

Tal degeneração pode ser causada por uma alteração da circulação do tendão, que interrompe o metabolismo. Também o estresse mecânico pode ser causa. Quando se altera a circulação sanguínea. Como ocorre com a compressão e o peso estático dos tendões do ombro, a degeneração pode se acelerar, uma vez que a manutenção do organismo não funcionará de melhor forma. Quando se eleva o braço se produz com pressão dos tendões, porque o espaço entre a cabeça umeral e o apertado arco coracoacromial é estreito. A circulação do sangue até o tendão também depende da tensão muscular. No tendão, a circulação é inversamente proporcional à tensão. Com tensões muito altas a circulação pode cessar por completo. Devido a estes efeitos biomecânicos, não é surpreendente encontrar alto risco de lesões em pessoas que realizam atividades que requerem contrações estáticas do músculo supraespinhal ou flexões para frente ou abduções repetitivas do ombro.” (Processo 0100-2009-432-02-0008 – p. 7 a 9 do laudo pericial).

Concluiu assim, pela caracterização do caráter ocupacional da afecção de ombro, pelo critério da concausa, pela:

[...] sobrecarga mecânica nos membros superiores exigidas pelas tarefas, aumento de tensão muscular, aos riscos expostos pelas atividades, não só realizadas na reclamada, mas também pelas atividades laborais anteriores. Essas também exigiam sobrecarga muscular e gestões

repetitivos de membros superiores. (Processo número 0100-2009-432-02-0008, folha 9 do laudo pericial).

Quanto à capacidade de trabalho, a conclusão foi pela existência de:

[...] incapacidade laboral parcial e temporária, estando incapaz de exercer a função laboral exercida na Reclamada, bem como qualquer outra função que lhe exija adoção de posições anti-ergonômicas, sobrecarga muscular e gestões repetitivos para membro superior direito. O reclamante deve realizar tratamento para recuperação de sua capacidade funcional para o trabalho. O tratamento deve ser seguido completamente e sistematicamente. (Processo número 0100-2009-432- 02-0008, folha 9 e 10 do laudo pericial).

A sentença judicial de primeira instância destaca o fato do laudo pericial ter imputado a ocorrência das lesões às atividades laborais anteriores à empresa reclamada, quando de fato, o laudo pericial aponta a concorrência de atividades laborais na empresa reclamada e também nas empresas anteriores. Uma outra questão levantada pelo juízo foi considerar que não houve demonstração de culpa da empresa reclamada. Assim, a ação foi julgada improcedente na primeira instância. Na segunda instância a sentença foi mantida, porém houve registro de voto discordante de um dos desembargadores.

Processo número 0064400-34-2004-5-02-0056

Reclamante: gênero masculino, 36 anos, tendo trabalhado por mais de 9 anos e meio, na empresa reclamada, fabricante de peças e acessórios para automóveis, de outubro de 1993 a junho de 2003, como operador de máquina. No momento da avaliação pericial estava vinculado a outra empresa, aguardando perícia do INSS.

Reclamada: Roberto Bosch Ltda.

Laudo 32 – 31/07/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Trata-se de um laudo pericial de um reclamante que trabalhou como operador de máquina durante 9 anos e meio na empresa reclamada. A função se encontra na lista daquelas associadas à ocorrência de LER/Dort (BRASIL, 2012).

Trabalhava no setor de rotores, das 22h às 6h e realizava balanceamento de rotores, o que consistia no recebimento dessas peças em esteira, colocação um a um na máquina e balanceamento. Balanceava 3000 rotores por jornada, o que equivalia a pouco mais de 6 rotores por minuto. Não há referência ao peso dos rotores.

Quanto ao quadro clínico, embora o perito tenha registrado que o reclamante referiu "que 4 horas antes da demissão começou a sentir dor no ombro direito", presume-se que ele tenha querido se referir a 4 anos antes da demissão, pois a seguir relata que o reclamante permaneceu por mais dois anos fazendo uso de analgésico, antes de procurar o médico da

empresa.

Com o agravamento das dores procurou médico sem especificar de onde, que solicitou exame complementar, mas seis dias antes de realizá-lo, foi demitido. Os resultados desses exames ultrassonográficos mostraram sinais ecográficos de afecções inflamatórias no ombro direito, nos tendões dos extensores do antebraço e punho direito. Resultados posteriores de inúmeros exames ultrassonográficos, realizados entre 2005 a 2007, mostraram sinais de afecções de ambos os ombros.

No momento da avaliação pericial, estava vinculado à outra empresa, mas afastado pelo INSS recebendo auxílio-doença, com início da percepção do benefício após 6 meses de trabalho. Persistia com queixa de dor em ambos os ombros. O exame físico foi compatível com as queixas e exames complementares e também foi detectado um acometimento de punho direito.

Assim, o perito concluiu pela existência de tendinite de supraespinhal de ambos os ombros e tenossinovite dos extensores e flexores de punho direito relacionados ao trabalho.

No item fundamentação legal, conceitos e definições, o perito trouxe definições imprecisas denexo causal, aplicadas ao acidente típico, que não é o caso do reclamante em tela.

Quanto à incapacidade laboral, concluiu pela existência de redução da capacidade laboral para as atividades anteriormente executadas.

A sentença judicial de primeira instância seguiu a conclusão pericial quanto ao nexo causal e julgou a ação procedente, ação que requeria pagamento do período de estabilidade após afastamento do trabalho pelo INSS. A petição inicial não pediu indenização por dano moral e físico. A sentença foi mantida pela segunda instância.

Processo número 000209-46-2011-5-02-0472

Reclamante: gênero feminino, 57 anos, tendo trabalhado por 14 anos, de julho de 1996 a julho de 2010, para a empresa reclamada, fornecedora de mão de obra, como varredora de rua.

Reclamada: TB Serviços TR Lim. Ger. RH Ltda.

Laudo 33 - 17/06/2011

Perito: médica ortopedista, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença não ocupacional com existência de incapacidade total.

A história clínica registrada se resume a achado em ressonância magnética de tendinite de ombro direito em agosto de 2003, com início de dor em coluna cervical e lombar logo depois e afastamento por cinco anos a partir de 2005, sem melhora.

A reclamante, demitida logo depois da cessação de benefício do INSS, não mais trabalhou. Não há outras informações sobre as queixas clínicas.

Sobre a atividade de trabalho não há qualquer informação, a não ser uma breve menção retirada do Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT):

Ao chegar na base coloca os EPI, luvas de algodão emborrachadas, boné ou chapéu, bota de couro, colete reflexivo. O funcionário caminha varrendo cerca de 2800 m lineares de guias e sarjetas durante o turno de trabalho. Com uso de vassoura tipo escovão, junta o lixo sendo colocado em saco plástico ou funcionário do sexo masculino que ensaca e coloca no carrinho deixando-o na calçada para ser retirado pelo caminhão de lixo. Usa vassoura tipo escovão com 30 cm de comprimento. (Processo número 000209-46-2011-5-02-0472, folha 101).

A perita utilizou um documento produzido pela empresa e não investigou, como parte da avaliação pericial, a real atividade de trabalho e em que condições era realizada.

Reforçou esse uso quando ao responder ao quesito 4.1 (folha 103 dos autos), que se referia a materiais transportados pela reclamante durante a atividade laboral, remeteu a busca da resposta ao LTCAT.

A perita incluiu o item “exame mental”, com informações genéricas. Segue a transcrição, por ser uma das únicas menções à saúde psíquica encontradas nos lados estudados.

Comparece ao exame com vestes e higiene adequadas. Consciência lúcida e atento (sic) à entrevista. Orientado (sic) no tempo, no espaço e circunstâncias.

Tem suficiente noção da natureza e finalidade deste exame. Postura e atitudes convenientes à situação. As diferentes funções mentais não mostram alterações. Memórias de fixação e evocação se mostram indenadas. Não relata distúrbios sensoperceptivos atuais, nem sua conduta ou atitude os faz supor. Pensamento normal quanto à forma, curso e conteúdo, não evidenciando atividades delirantes ou deliroides. Inteligência dentro dos limites da normalidade. Ideação razoável, egosintônico. Humor eutímico. Contato interpessoal superficial, fala despreziosa e espontânea. Nexos afetivos conservados. Vontade e pragmatismo sem distúrbios. Crítica consistente. Demonstra compreensão adequada dos assuntos abordados, ressonância afetiva congruente. (Processo número 000209-46-2011-5-02-0472, folha 99).

No exame físico, a perita registrou apenas a identificação de 18 *tender points*, além de aumento de tônus da musculatura dos ombros (folha 100 dos autos). Todas as manobras clínicas referentes a afecções de punhos, cotovelos e ombros foram avaliadas como ausentes. Por outro lado, quando questionada sobre a existência de espondiloartrose dorso-lombar, síndrome do impacto em ombro direito e tendinite do supraespinhal nos quesitos 3.2, 3.3 e 3.5, respectivamente, a perita responde positivamente, embora não estabeleça nexos causais com a atividade de trabalho. O quesito-raiz 3 menciona que essas afecções teriam nexos causais estabelecidos pelo critério epidemiológico.

Uma lista de vários exames complementares de coluna e ombros foi registrada no

laudo pericial, com resultados alterados. Um deles, uma eletroneuromiografia, de julho de 2008, revelou síndrome do túnel do carpo, cujos sintomas não foram mencionados no laudo pericial.

Na discussão e conclusão, a perita concluiu pela existência de afecções na “coluna cervical, diagnosticada em novembro de 2005, na coluna lombar, diagnosticada em março de 2008 e no ombro direito diagnosticada em janeiro de 2008, decorrente da idade.”

Sem realizar a anamnese ocupacional ou mesmo uma vistoria, optou por aproveitar a informação do LTCAT, que não revelou “risco potencial capaz de agravar a doença degenerativa.”

Concluiu também pela existência de “dor miofascial crônica sem relação de causa ou concausa com o labor, responsável pelas dores generalizadas” (folha 102 dos autos). Pergunta-se neste aspecto, se a perita teria considerado fibromialgia sinônimo de síndrome miofascial, pois ora se refere a uma ora a outra, sendo que apenas a fibromialgia teve uma investigação parcial registrada no laudo pericial, por meio de pesquisa de *tender points*. Para maiores detalhes sobre as duas entidades clínicas, foram discutidas nos comentários sobre o laudo 66 e no item 1.4. do capítulo 9.

Quanto à incapacidade, concluiu-se pela existência de incapacidade total e temporária para qualquer atividade.

Questionada sobre a influência da jornada de trabalho, direta ou indiretamente, na ocorrência da moléstia, a perita responde negativamente (quesito 4.6).

Em síntese, a perita reconhece a existência de várias afecções musculoesqueléticas, que epidemiologicamente se associam ao ramo da atividade da empresa reclamada, mas nega a relação causal sem justificar seus motivos.

Chama a atenção o fato de que em nenhum momento do laudo pericial há menção a uma descrição da atividade de trabalho realizada pela perita. A breve descrição contida na folha 101 dos autos foi copiada do LTCAT, documento produzido pela empresa reclamada no qual a perita se apóia para responder a quesitos da folha 103 dos autos, demonstrando crer na veracidade de um documento produzido pela parte reclamada. Fica clara a falta de percepção da perita de que a sua palavra seria fundamental em uma ação em que há uma disputa de versões antagônicas entre duas partes.

A perita reconhece a incapacidade total e temporária para qualquer atividade devido ao quadro de dor crônica miofascial (folha 102 dos autos), mas não reconhece o nexo causal entre esse quadro e a atividade de varrição. A dor crônica miofascial faz parte das doenças que podem ser enquadradas entre as LER/Dort (BRASIL, 2012).

A sentença da primeira instância se baseou no laudo pericial e, como a perita, também o juízo considerou a empresa reclamada como fonte de informação isenta no tocante a algumas das condições de trabalho.

O acórdão não apreciou o mérito da sentença pela intempestividade do recurso ordinário da reclamante.

Processo número 00668-2009-461-02-00-5

Reclamante: gênero feminino, 43 anos, tendo trabalhado por mais de sete anos e meio, de outubro de 1999 a junho de 2007, como auxiliar de secretaria em um estabelecimento de ensino. Esta empresa é uma das duas empresas reclamadas de pequeno porte deste estudo.

Reclamada: Colégio Escola Normal Dona Leonor Mendes Barros SC.

Laudo 34 - 02/03/2010

Perito: médico cardiologista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional, sem avaliação de incapacidade laboral.

O laudo pericial traz uma história de dor de forte intensidade em todo o membro superior direito, com início em dezembro de 2006, motivo pelo qual a reclamante procurou ajuda médica um mês depois. Com diagnóstico de tenossinovite e cisto sinovial, fez tratamento medicamentoso e de imobilização, com curtos afastamentos, até a demissão, aproximadamente meio ano depois do início do quadro clínico.

Após ter sido demitida da reclamada, chegou a trabalhar por um mês como operadora de *telemarketing*, por um ano como telefonista e se encontrava vinculada a um escritório da advocacia como auxiliar de escritório havia sete meses.

O perito fez um breve relato da atividade laboral da reclamante na empresa reclamada, que incluía atendimentos telefônicos de pais, alunos e outras pessoas que queriam falar com seu chefe ou com alguém do setor de recursos humanos, digitação de provas para aproximadamente dez professores, preparação de carnês de pagamento e digitação de outros documentos, além de recebimento de mensalidade de duzentos alunos, prestação de contas e controle.

Como se trata de uma atividade de trabalho não arrolada especificamente em listas daquelas que mais comumente estão associadas às LER/Dort, teria sido muito importante que o perito tivesse buscado detalhes sobre as características do trabalho exercido na empresa reclamada. Informações adicionais ajudariam a compor o cenário de forma mais clara: jornada de trabalho real por dia e por semana, sazonalidade, número de pessoas que trabalhavam junto à reclamante, como era feito o controle das mensalidades, providências referentes aos inadimplentes, em suma, maiores detalhes sobre as atribuições que lhe eram conferidas em todo o funcionamento do estabelecimento.

Ressonâncias magnéticas de punho direito realizadas em 2007 e em 2010 mostravam alterações de imagem compatíveis com cistos ósseos e tenossinovite.

Com uma história clínica pobre, sobretudo no tocante à evolução do quadro e

também sem discussão sobre fatores de melhora e piora sejam relacionados à atividade de trabalho ou não, o perito assume o diagnóstico já feito, e afirma se tratar de processo degenerativo e constitucional, sem qualquer fundamentação.

Sem investigar as atividades laborais da reclamante, seja na empresa reclamada, seja nas empresas posteriores, particularmente naquela a qual estava vinculada no momento da perícia, sem detalhar o quadro clínico, o perito não se pronuncia explicitamente sobre a incapacidade laboral. Teria sido importante que ele explorasse os aspectos clínicos e laborais e tivesse investigado possível relação causal ou concausal.

Embora não haja uma avaliação da capacidade de trabalho, o laudo pericial aponta alguns aspectos que sugerem minimização das repercussões do quadro clínico sobre sua vida:

[...] estava em plena atividade laborativa quando em 04/06/2007 foi demitida após o qual foi laborar num escritório de advocacia.

Nega que tenha recebido qualquer benefício do INSS decorrente deste quadro. Nega que esteja fazendo qualquer tratamento.

Nega que em seus empregos posteriores à reclamada tivesse tido qualquer afastamento do labor decorrente de suas lesões. (Processo número 00668-2009-461-02-00-5, folha 105).

Apesar desses registros, não há qualquer indício de uma exploração dos motivos pelos quais a reclamante não teria buscado tratamento ou não teria sido afastada. A frase “Refere que até os dias atuais apresenta quadro doloroso.” (folha 105 dos autos) fica perdida no meio de tantas outras, sem que tivesse despertado no perito o interesse de investigar as características da dor. Em que medida essa dor interferia no seu cotidiano e quais recursos a reclamante tinha que utilizar para se manter no trabalho?

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada improcedente no tocante ao pleito de indenização por danos morais e materiais. A segunda instância manteve a decisão.

Processo número 01767-42-2011-5-02-0023

Reclamante: gênero masculino, 27 anos, tendo trabalhado por onze meses na empresa reclamada, de maio de 2010 a março de 2011, como ajudante geral de construção civil.

Reclamada: Galvão Engenharia SA/ Companhia de Gás de São Paulo Comgas.

Laudo 35 - 19/09/2012

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade laboral.

O laudo trata de queixas do reclamante relacionadas ao sistema musculoesquelético e perda auditiva. Os comentários a seguir se restringem apenas aos aspectos das queixas musculoesqueléticas.

O perito não chega a dedicar duas páginas à descrição e apreciação do caso. Nas demais nove páginas, em item denominado “fundamentação científica”, reproduz fragmentos de textos de outros autores, sobre aspectos clínicos e legais, sem no entanto, integrar essas considerações com as informações sobre o caso concreto, que por sua vez, são exíguas.

No caso concreto, teve-se às queixas de dor em coluna lombar, cervical e nos membros superiores desde as primeiras semanas de trabalho na empresa reclamada, persistindo durante o período de vínculo, sem que tivesse feito tratamento.

O perito não registrou exame físico do reclamante, parte imprescindível da avaliação clínica.

Sobre a atividade laboral, conhecida por ser braçal e penosa, registrou informações genéricas como transporte de material, preparação de massas e ajuda aos pedreiros, sem investigação de jornada, de exigência de esforço físico e de posturas para o cumprimento de suas tarefas.

O laudo pericial afirma que as LER/Dort são uma:

[...] denominação tipicamente sindrômica como sendo igual a diagnóstico, ou seja, ao invés de se diagnosticar uma epicondilite, passou-se a diagnosticar LER. A síndrome dolorosa do membro superior é composta de uma série de lesões, cada uma com tratamento e prognóstico específico, o que é anulado quando se afirma o diagnóstico de LER. Repetitividade é apenas um de um conjunto de quadro fatores biomecânicos causais e outros tantos fatores psicofísicos e sociológicos da realidade do trabalho, contribuindo assim para causar a síndrome dolorosa. (Processo número 01767-42-2011-5-02-0023, folha 355).

Contrariamente ao que preconiza, destaque-se que o perito não discriminou sequer a localização precisa das queixas do reclamante, limitando-se a dizer que as dores estavam na coluna lombar, cervical e nos membros superiores.

Uma leitura nos documentos normativos sobre as LER/Dort do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012) e do INSS (BRASIL, 2003a) permite diferenciar quais são os diagnósticos de entidades mórbidas, a maioria delas claramente codificadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme lista especificada no item 1 do capítulo 4. O perito ainda se refere a uma norma técnica do INSS revogada (BRASIL, 2003).

Diferentemente de doenças como por exemplo, a silicose, doença pulmonar decorrente da exposição à sílica que só ocorre nos ambientes laborais, essas entidades mórbidas podem ser relacionadas ao trabalho ou não. Cabe a quem analisa cada caso, considerar os elementos do processo e da organização do trabalho que possam causar ou contribuir para o desgaste do sistema musculoesquelético, didaticamente divididos em fatores de risco relacionados a exigências da atividade de trabalho que levem o trabalhador a adotar posturas ou métodos de trabalho que causem ou agravem afecções musculoesqueléticas, exposição ao frio, vibrações e pressões localizadas sobre os tecidos moles e trajetos de nervos periféricos, exigência de repetitividade e rapidez de movimentos, emprego de força

localizada, manutenção de determinadas posturas por tempo prolongado, como por exemplo, ombros elevados, braços suspensos, preensão com emprego de força ou com desvios do eixo, tensão muscular, invariabilidade das tarefas, impossibilidade de descansos para recuperação fisiológica, dentre outros.

Portanto, devem ser desenvolvidas duas vertentes de investigação no caso de pessoas como o reclamante: a investigação clínica, buscando os diagnósticos de quadros musculoesqueléticos e outros e a investigação do que pode ter causado ou contribuído para a ocorrência desses quadros. O laudo pericial em tela não contempla nem uma e nem outra.

Contrariando vasta literatura existente afirma que “a exposição aos fatores de risco extrínsecos, por si só, não determina o aparecimento de uma lesão ou o início dos sintomas associados às LER/Dort.” Entra em contradição, quando afirma que o:

[...] acometimento de partes moles representa cerca de metade da procura dos atendimentos médicos na área de reumatologia, tendo como um dos principais desencadeantes o trauma decorrente de acidente, lesão por esforço repetitivo, movimentos não usuais e atividade física excessiva. (Processo número 01767-42-2011-5-02-0023, folha 356)

Está presente também um conceito de que as doenças existem pela ausência de adaptação ao trabalho, expressando uma perspectiva individualizante, isentando a empresa da responsabilidade pelo adoecimento e apontando uma “falha de adaptação” do trabalhador. O texto a seguir explicita sem dúvidas esse conceito:

Para que a doença se instale, é necessário que a resposta biológica e emocional da pessoa exposta tenha características que configuram falha de adaptação à situação criada pelo trabalho que realiza. São exemplos a incapacidade funcional para desempenhar tarefa que exija força, limitação funcional para a execução de gestos repetitivos, posturas viciosas e compressão mecânica. (Processo número 01767-42-2011-5-02-0023, folha 356).

Opõe-se diametralmente ao direito ao trabalho e à saúde, assegurado no artigo 6º da Constituição Federal, com “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.” (inciso XXII do artigo 7º da Constituição Federal). Também a norma regulamentadora 17 “visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.”

A premissa do laudo pericial é a de que as exigências de força, gestos repetitivos, posturas viciosas e compressão mecânica estão dados no trabalho e a doença ocorre pela “falha” de adaptação.

Aos sete quesitos referentes aos tópicos das LER/Dort feitos pela reclamante, em cinco o perito remeteu a resposta ao conteúdo do laudo, que não continha as respostas. O mesmo ocorreu com os quesitos da reclamada.

Assim, em um laudo com muitas contradições, equívocos conceituais e lacunas procedimentais, o perito concluiu pela ausência de comprometimento clínico de coluna

lombar e membros superiores, segundo ele, baseado em “documentos acostados nos autos, do histórico pessoal e ocupacional, da história clínica pericial, do exame clínico pericial”. No entanto, não há qualquer indício e registro desse processo de análise e fundamentação para apreciação do leitor.

Uma observação a ser feita é a ausência de uma folha, a de número 10, do laudo pericial. A numeração dos autos se deu na sequência (folhas 356 e 357), sem uma folha do laudo, cujo trecho discorria sobre doenças musculoesqueléticas genericamente.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e o pleito foi julgado improcedente. Não houve julgamento na segunda instância, pois foi feito acordo entre as partes.

Processo número 00254-2008-471-02-00-2

Reclamante: gênero masculino, 25 anos, tendo trabalhado por um ano, de fevereiro de 2005 a fevereiro de 2006, como estoquista.

Reclamada: Apetece Sistemas de Alimentação Ltda/ TB Serv Transp Limp Gerenciamento e Rec Humanos Ltda (seleção de pessoal).

Laudos 36 - 03/05/2008

Perito: médica ortopedista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade laboral.

O laudo pericial trouxe informações sobre a atividade de trabalho do reclamante, cujas fontes foram o reclamante, trabalhadores entrevistados e a vistoria ao local de trabalho, com detalhamento de pesos carregados pelo reclamante e frequência durante a sua jornada de trabalho, como estoquista, no armazenamento de mercadorias, incluindo atividade em câmara fria.

A perita utilizou como complemento à visita a aplicação de dois *checklists*.

Um deles, intitulado “Avaliação dos riscos de DORT,” cujos elementos supostamente avaliados foram sobrecarga física, força com as mãos, postura, posto de trabalho, repetitividade e ferramentas de trabalho, com perguntas cuja resposta pode ser positiva ou negativa, com gradações cujos extremos não foram citados pela perita. Esse *checklist* resultou numa pontuação de 80 pontos, traduzida como “baixo risco para LER/Dort”.

O outro *checklist* utilizado foi o de MOORE e GARG (1995), cujos parâmetros são medidos em seis fatores: a intensidade do esforço, a duração do esforço por ciclo de trabalho, a frequência do esforço por minuto, a postura da mão e do punho, o ritmo de trabalho/ velocidade de execução e a duração da tarefa medida por horas/dia, que a perita registrou com erro, repetindo o parâmetro “duração de esforço”. Segundo sua avaliação, chegou ao índice

0,125, que se traduz, segundo o método, em baixo risco. Esse método possui os seguintes critérios de interpretação, conforme o índice obtido: trabalho seguro (menor ou igual a 3,0), duvidoso, questionável (3,0 a 5,0), risco de lesão da extremidade distal do membro superior (5,0 a 7,0) e alto risco de lesão – tão mais alto quanto maior o número obtido (maior que 7,0). A perita usou três critérios: índice menor que 3, baixo risco; entre 3 e 7, duvidoso e maior que 7, risco. (folha 254 dos autos).

A história clínica colhida pela perita é de dor no ombro direito depois de 9 meses de trabalho na empresa reclamada, tendo sido o reclamante tratado com infiltração e afastamento de menos de 15 dias. Após demissão, o reclamante trabalhou sem registro como polidor fazendo uso de máquina politriz de 7 quilos. Como não há descrição dessa atividade laboral, não fica claro por qual motivo a perita teria dado ênfase ao peso da politriz, uma vez que, com esse peso, se trata de uma máquina que deve ser portátil, porém o funcionamento se dá com sua base fixa no piso.

O registro do exame físico demonstrou ausência de alterações. Há uma foto do ombro do reclamante na qual se indica o ponto doloroso e o comentário da perita é que “neste ponto está a articulação acrômio-clavicular, não compatível com sua queixa.” O laudo pericial registrou como única queixa dor no ombro. No item discussão, se esclarece a que ela se referiu. De fato, ela considerou uma suposta tendinite de supraespinhal à direita, conforme mostrava uma ultrassonografia realizada dois meses antes da demissão do reclamante. Dessa forma, afirma que não há compatibilidade entre o local da dor e a imagem da ultrassonografia. Também ela descarta qualquer possibilidade denexo causal entre a atividade de trabalho e o quadro clínico, pelo fato do reclamante ser sinistro e a queixa referida ser à direita. Cita também o resultado do *checklist*, indicando “*baixo risco de LER/Dort.*”

Registrou o não atendimento da NR 17 pela reclamada pelo fato do reclamante carregar peso de 60 kg “mesmo que eventual.” (folha 253 dos autos).

Quanto à capacidade laboral, levou em conta o fato do reclamante ter tido afastamento de menos de 15 dias enquanto estava vinculado à empresa reclamada, o exame físico sem alterações, o fato do reclamante não fazer uso de medicação e tampouco fazer tratamento. Concluiu pela ausência de incapacidade laboral, utilizando a tabela SUSEP.

O ponto central do laudo pericial é a conclusão de inexistência de doença musculoesquelética. Os *checklist* utilizados podem parecer objetivos, livres de “vieses”. No entanto, o preenchimento dos *checklist* é feito com observações da atividade de trabalho e a avaliação de cada questão, na maioria delas, é interpretativa. Exemplos:

Força com as mãos	Sim	Não
1. Aparentemente as mãos fazem pouca força?		
2. A posição de pinçar/ pulpar é utilizada somente para movimentos de precisão, e nunca para fazer força?		
3. Quando usado para apertar botões ou componentes, ou para montar ou para inserir, a força de compressão dos dedos é pequena?		
Postura	Sim	Não
1. O trabalho pode ser feito sem flexão ou extensão do punho?		
2. As ferramentas do trabalho podem ser usadas sem flexão ou extensão do punho?		
3. O trabalho pode ser feito sem o desvio lateral do punho?		
4. As ferramentas de trabalho podem ser usadas sem desvio lateral do punho?		
5. O trabalhador tem flexibilidade na sua postura durante a jornada?		
6. A tarefa pode ser desenvolvida sem a elevação dos braços ou abdução dos ombros?		
7. Inexistem outras posturas forçadas do membro superior?		

(Processo número 00254-2008-471-02-00-2, folha 253).

Além disso, as questões relacionadas à organização do trabalho, referentes aos tempos e ritmo de trabalho não são contempladas nesses *checklist*.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada improcedente.

Processo número 02247-2008-064-02-00-4

Reclamante: gênero masculino, 51 anos, tendo trabalhado por quase 17 anos, de dezembro de 1989 a setembro de 2006, como tecelão

Reclamada: Goodyear do Brasil Produtos de Borracha LTDA.

Laudo 37 - 25/05/2009

Perito: médico cirurgião geral, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral.

O perito relata que o reclamante foi contratado na função de tecelão em 1989 e como tal, operava máquina de tecido de lonas de caminhões. O reclamante alimentava a máquina, tirando as espulas⁹¹ de uma caixa, colocando-as nos magazines e acionando o funcionamento. Trocava-as e as retirava depois do produto pronto. As espulas ficavam em caixas que se localizavam sobre a cabeça do reclamante, o que o obrigava a permanecer com os membros superiores elevados para manuseá-las. Permaneceu nessa atividade até 1997, quando foi transferido para o Departamento de Correias.

⁹¹ Espulas são peças nas quais os fios depois de prontos se enrolam para depois serem passadas para as bobinas pelas conicaleiras.

A atividade laboral nesse departamento consistia em vulcanizar correias e depois cobrir com lona passando o conjunto em máquinas. A vulcanização consiste em produzir borracha com certas características desejadas como alta resistência, por meio de calor intenso, pressão e enxofre. Nessa atividade realizava movimentos de subida e descida dos membros superiores de forma contínua.

O relato é de quadro clínico de dor no ombro esquerdo do tipo queimação, com irradiação para a mão esquerda, com início em 1998, tendo sido afastado nessa época e assim permanecendo até 2004. Percebeu benefício do INSS durante esses seis anos. Em 2002 passou pelo Centro de Reabilitação Profissional do INSS, e no retorno ao trabalho, mudou de função, tendo sido realocado para o Almoxarifado de Marcas, onde recebia material para *silk screen*.

Permaneceu nesse setor até sua demissão em 2006.

Há referência à depressão que teria tido início em 1996, sem maiores informações sobre esse quadro.

No momento da perícia apresentava dor nos membros superiores em menor intensidade do que na época em que trabalhava para a empresa reclamada.

O perito identificou no exame físico sinais positivos para afecção de ombro esquerdo e atribuiu a sua ocorrência à sobrecarga estática e dinâmica dos membros superiores nas atividades laborais. Concluiu pelo estabelecimento denexo causal entre o quadro de ombro e as atividades de trabalho na empresa reclamada e pela existência de uma redução leve da sua capacidade laboral, por não poder voltar às suas funções anteriores.

O laudo registra inúmeros resultados de exames de imagem alterados, em particular, ultrassonografia com sinais de tendinopatia do supraespinhal esquerdo, compatível com o achado de exame físico. O exame ultrassonográfico mais antigo é de agosto de 1998, quando o quadro de dor teve início e o último é de agosto de 2006.

Embora a empresa de vínculo seja de fabricação de pneumáticos e de câmaras-de-ar (CNAE 2211), de fato, o trabalhador durante nove anos trabalhou em atividade típica da indústria têxtil, conhecida por exigir dos trabalhadores a execução de movimentos repetitivos e rápidos na produção dos fios, por expô-los a altos níveis de ruído. MELZER (2008) fez um estudo em dois setores de uma empresa do ramo têxtil, concentrando-se no setor de produção de espulas, semelhante ao setor no qual trabalhava o reclamante. Sua atividade laboral consistia em remendar fios que se cortavam no processo de fiação, o que exigia a execução de movimentos repetitivos em grande quantidade e rapidez. Também faziam a troca de maçarocas, o que exigia manter-se com os membros elevados acima da cabeça. A maioria dos trabalhadores, 88% dos que eram do setor modernizado e 100% do setor antigo consideraram o trabalho repetitivo; 60% dos que eram do setor modernizado e 76% disseram sentir dor ou desconforto.

Durante um ano, antes do afastamento em 1998, o reclamante trabalhou no setor de vulcanização, típico da empresa de vínculo. O perito concluiu que nesse caso também havia sobrecarga musculoesquelética pela repetitividade de movimentos com os membros superiores

que o reclamante executava.

Embora não tenha sido explicitado, provavelmente por determinação do Centro de Reabilitação Profissional do INSS, o reclamante retornou ao trabalho, em função de recepção de material para *silk screen*. Não há detalhes sobre essa função.

Embora tenha apenas citado, o perito mencionou a depressão de 13 anos, portanto, com início pouco antes das queixas musculoesqueléticas. Seria comorbidade?

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente.

A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 0021600-41-2007-5-02-0070

Reclamante: gênero masculino, 62 anos, tendo trabalhado por dois períodos na empresa reclamada, o primeiro, de novembro de 1986 a maio de 1991 e o segundo, de abril de 1996 a setembro de 2006, no total, por mais de 15 anos, como operador de impressão.

Reclamada: Cinecolor do Brasil Ltda.

Laudo 38 - 15/07/2009

Perito: médico, com pós-graduação em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral.

Segundo o laudo pericial, o reclamante tinha como atividade copiar filmes para cinema, trabalhando em pé, em câmara escura, carregando rolos de filmes de 3,5 a 8 quilos. Copiava de 10 a 14 rolos por hora. Retirava os rolos que ficavam empilhados no chão, colocando-os em bancada, retirando os rolos das embalagens, colocando-os na máquina; após o término, cortava a fita e emendava no rolo seguinte. Em visita técnica acompanhado do reclamante, dentre outros, fez um rol dos procedimentos que o reclamante seguia nas cópias.

O reclamante começou a ter dor lombar e em ombro direito após 3 anos da admissão, tendo tido diagnóstico de tendinite e bursite de ombro direito, com atrofia do tendão do 4º dedo da mão direita.

Em exame físico minucioso foram encontradas evidências de tendinite de supraespinhal à direita.

Na discussão, o perito justificou o estabelecimento donexo causal do quadro clínico com o trabalho: o reclamante era hígido antes de ser admitido pela reclamada, o reclamante tinha sinais de afecções musculoesqueléticas, e durante a vistoria, disse ter constatado compatibilidade entre os movimentos e posturas que o paradigma assumia com o quadro clínico. Os exames complementares reforçaram o diagnóstico clínico, evidenciando contratura de *Dupuytren* e bursite do tendão do bíceps.

A conclusão pericial foi pela existência de lombalgia crônica, tendinite do supraespinhoso em ombro direito e moléstia de *Dupuytren*. Cotejando os achados clínicos, os atestados médicos, exames complementares, a vistoria ao local de trabalho e textos teóricos sobre as doenças citadas, o perito estabeleceu nexos causais com a atividade de trabalho.

Concluiu também pela incapacidade laboral, pela possibilidade de agravamento do quadro clínico. As fotos de posições assumidas na atividade laboral são elucidativas ao leitor. Chama-se a atenção para o fato da empresa reclamada não ter emitido CAT e nem ter encaminhado o reclamante ao INSS. Há uma evidência de presenteísmo e de agravamento do quadro clínico.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e o pleito foi considerado procedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 0220900-82-2009-5-02-0047

Reclamante: gênero feminino, 38 anos, tendo trabalhado por mais de 7 anos e meio na empresa reclamada, de novembro de 2001 a julho de 2009, como caixa de supermercado.

Reclamada: Companhia Brasileira de Distribuição.

Laudo 39 - 10/11/2011

Perito: médico ortopedista.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral parcial e temporária.

O laudo pericial traz uma descrição sucinta da atividade de caixa, que exercia na empresa reclamada antes de começar a sentir dores na mão e punho direito, no final de 2003, com irradiação para cotovelo e ombro.

Com diagnóstico de tendinite de ombro, punho e mão direita, foi submetida a várias modalidades de tratamento e afastada do trabalho de novembro de 2003 a abril de 2007.

Sugerida readaptação ao trabalho, retornou ao setor de frutas, legumes e verduras, fatiando esses produtos dentro da câmara fria, sendo que no final do expediente fazia a limpeza do setor.

Com piora do quadro clínico, foi afastada novamente do trabalho e novamente tentou a readaptação no setor da padaria, onde pegava os pães da câmara fria e os levava ao forno, atendia clientes e fazia a limpeza do setor.

Mais uma vez foi afastada do trabalho e retornou ao setor de perfumaria, no qual pegava as caixas de perfumes e com a ajuda de um carrinho, as transportava até as gôndolas, onde abria as caixas e colocava os produtos nas gôndolas. As caixas pesavam, em média, 25 quilos. Limpava as gôndolas uma vez por semana.

Após a demissão da empresa reclamada, chegou a trabalhar por 5 meses, como vigilante na Faculdade de Medicina, função na qual conferia os crachás dos transeuntes.

No momento da avaliação pericial referiu persistência da dor em ombros, estando em tratamento em unidade básica de saúde. Ao exame físico, o perito identificou sinais de acometimento de ombros, compatíveis com alguns exames de imagem.

O trabalho em supermercado, particularmente de caixa, é considerado de risco para a ocorrência de dores em membros superiores. HARBER e col. (1992) entrevistaram 124 caixas de supermercado e verificaram que horas de trabalho de caixa nas duas semanas anteriores e a carga de trabalho por anos cumulativos ponderados foram associados com dores em membros superiores.

Na folha 221 dos autos, há uma relação de funções exercidas por trabalhadores avaliados pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do INSS de Minas Gerais, entre as quais a de caixa.

Os fatores de risco clássicos para a ocorrência de LER/Dort, como repetitividade de movimentos, carregamento de peso em posição desfavorável para a coluna e membros superiores, pressão para aumentar o ritmo de trabalho, além de vários outros aspectos organizacionais estão presentes no trabalho de caixa de supermercado, de tal forma, que há um regulamentação de 2007, referente a “trabalhadores dos operadores de *checkout*” (BRASIL, 2007), explicitamente, de supermercados, hipermercados e comércio atacadista. O anexo II do Decreto 3.048/99 também inclui o CNAE do comércio varejista incluindo supermercado, ao qual a empresa reclamada pertence como fonte presumida de adoecimento do sistema musculoesquelético (BRASIL, 1999).

O laudo pericial concluiu pela existência denexo causal entre o quadro clínico e o trabalho e também pela existência de incapacidade laboral para atividades habituais, parcial e temporária. O perito não explica os motivos pelos quais a incapacidade seria reversível, uma vez que a história mostrou as várias tentativas de retorno ao trabalho durante o vínculo com a empresa reclamada.

As três atividades referidas como aquelas em que se tentou o retorno ao trabalho apresentavam elementos desfavoráveis ao sucesso, pois além da exigência de movimentos repetitivos em todos eles (setor de legumes, verduras e frios, setor de pães, setor de perfumaria), havia ainda fatores como contato com frio ambiental em dois deles, quais sejam, na câmara fria no fatiamento de frutas, legumes e verduras, na câmara fria de pães e carregamento de peso no setor de perfumaria. Uma melhor investigação desse processo de tentativa de retorno teria sido útil na avaliação da possibilidade de reabilitação profissional efetiva da reclamante e aprofundamento do processo de agravamento do quadro clínico.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. Houve reforma da sentença na segunda instância.

Processo número 01193-2006-431-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 41 anos, tendo trabalhado por mais de 6 anos na empresa reclamada, de junho de 1999 a agosto de 2005, como gestor de linha, operador de máquina.

Reclamada: Borlem Alumínio Ltda.

Laudo 40 - 22/11/2007

Perito: médico ortopedista.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral.

O laudo pericial trouxe um relato de vistoria técnica minucioso, no qual foram descritas várias atividades de trabalho executadas pelo reclamante, que na função de líder de um grupo de 15 a 25 trabalhadores, ocupava vários postos, o de vazamento de alumínio, preparação de máquinas, tratamento térmico de rodas de alumínio, avaliação radiológica das peças, pintura e operação de empilhadeira a gás.

Pela descrição das atividades de trabalho, é possível se perceber a execução de múltiplas tarefas em ritmo intenso e tempos pré-determinados, ora com esforço e ciclos curtos, ora não. Com exceção da atividade de operador de empilhadeiras, as demais atividades foram consideradas como de risco de danos à saúde dos trabalhadores.

O perito destacou a interação dos diversos fatores de risco laborais e discutiu a sua presença ou ausência em cada posto de trabalho. Na atividade de injeção de alumínio, observou que os ciclos eram longos mas o ritmo de trabalho intenso, com ativação de três máquinas simultaneamente por um operador somente. Embora tenha negado a exigência de posturas viciosas, destacou a necessidade de sustentação das rodas, que pesavam entre 20 e 22 quilos, distante do corpo, para transferi-las de um local para o outro. Observou a exigência de movimentação repetitiva de coluna, ombros, cotovelos, punhos, com ciclos inferiores a 30 segundos, com realização de esforço na atividade de inspeção ao raio X. Referiu-se a um “risco inespecífico que contribui para o desconforto no trabalho caracterizado por ruído excessivo e calor excessivo, contribuindo para o risco emocional.” Considerou também o ritmo intenso como contribuinte do “risco emocional”.

O histórico clínico se resumiu à dor nas costas com início um ano após a admissão do reclamante, com história de várias quedas por escorregar no óleo do piso. Referiu-se a um acidente 3 anos depois da admissão, quando o reclamante não foi afastado do trabalho, mas passou a fazer uso de medicamentos de tempos em tempos, quando sentia necessidade. Não se referiu à dor nos membros superiores referida na petição inicial.

O exame físico realizado pelo perito nada evidenciou de alterações, a não ser dor referida à flexão da coluna lombar. Há uma tomografia computadorizada de coluna lombossacra, realizada em janeiro de 2006, que evidenciou abaulamento discal global de L4-L5.

No item “discussão” vários aspectos da lombalgia foram abordados, entre os quais as causas, fatores agravantes e fatores protetores.

O perito chamou a atenção para o fato de que a presença de um processo degenerativo não resulta necessariamente em sintomas, mas que “a sobrecarga e o esforço físico com a coluna são fatores de risco para as doenças degenerativas da coluna.” (folhas 224 e

225 dos autos). Destacou que a lombalgia ocupacional é multifatorial, atingindo mais trabalhadores que são submetidos a grande sobrecarga física, somada a uma postura inadequada ao esforço. Informa que a “ergonomia cognitiva propõe que a lombalgia não levará à incapacidade se este fator não estiver associado a uma falta de motivação no trabalho e sabendo-se que as emoções estão envolvidas na percepção da dor, sugere-se envolvimento de outros aspectos na influência da dor ocupacional.” (folha 225 dos autos).

Estabeleceu relação de concausa entre o quadro clínico degenerativo e a atividade de trabalho, e considerou a atividade laboral uma das causas junto com outras, tendo antecipado um processo degenerativo em curso, com sintomatologia por ter tido uma evolução mais rápida.

Embora tenha destacado que o reclamante trabalhara dos 12 aos 18 anos de idade, ajudando o pai na zona rural, não utilizou esse fato como mais um elemento pelo desgaste precoce da coluna, com sintomatologia, ou como argumento para descartar onexo causal com o trabalho.

Concluiu pela existência de incapacidade parcial e temporária para a atividade de gestor de linha, podendo realizá-la com restrições, embora não tenha especificado quais seriam as restrições. Destacou a necessidade de mudanças dos postos de trabalho para que o reclamante pudesse retornar ao trabalho sem restrições, condição hipotética, pois o reclamante se encontrava demitido havia mais de dois anos e estava em auxílio-doença pelo INSS.

Foi um dos poucos laudos que levantou a necessidade de mudanças das condições de trabalho como premissa para o sucesso de um processo de reabilitação profissional, conferindo uma dimensão coletiva e não individualizante para o retorno ao trabalho.

A sentença não se baseou no laudo pericial e julgou a ação improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 02123-2006-314-02-00-5

Reclamante: gênero masculino, 60 anos, tendo trabalhado por 8 anos e meio na Prefeitura, de setembro de 1996 a março de 2005, como trabalhador braçal.

Reclamada: Prefeitura Municipal de Guarulhos.

Laudo 41 - 01/03/2005

Perito: médico vinculado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade laboral.

O laudo pericial é lacônico. De histórico clínico há apenas a informação de que o reclamante que havia sido operado da coluna lombar por quadro de hérnia discal, em 1982, ao ingressar na prefeitura como trabalhador braçal começou a ter novamente dor em região lombar, com dor nos cotovelos também. O perito não identificou qualquer alteração em

exame físico, não citou exames complementares e tampouco os solicitou.

Concluiu pela inexistência de quadro relacionado a LER/Dort e pela existência de “lombalgia aos esforços por osteoartrose vertebral compatível com sexo e faixa etária.” Não levou em conta bibliografia, desde há muitos anos existente, sobre a relação entre ocupações em que se exige força física e processos degenerativos de coluna (KELLGREN e LAWRENCE, 1952; WARIS, 1980).

Sobre a atividade de trabalho não há sequer uma linha. A frase a seguir carece de significado. “À entrevista, exame físico e exames subsidiários não constatamos no autor o quadro de LER/Dort ...” Para descartar o quadro de LER/Dort é essencial que seja realizada uma análise da atividade de trabalho, demonstrando os motivos pelos quais o quadro clínico encontrado não poderia ter sido causado ou agravado pelo trabalho, o que não foi feito.

Concluiu também pela inexistência de incapacidade laboral, sem discussão, ignorando o fato de que o reclamante é aposentado por invalidez. Seria aposentado por invalidez por qual motivo? Sequer essa informação é registrada no laudo.

A sentença judicial foi baseada no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a decisão da primeira.

Processo número 02622-2003-030-02-00-4

Reclamante: gênero masculino, 48 anos, tendo trabalhado por pouco mais de 7 anos na empresa reclamada, de dezembro de 1995 a fevereiro de 2003, como ajudante de estocagem pesada.

Reclamada: Armazéns Gerais Columbia - Trata-se de uma grande empresa que pertence ao Grupo Columbia, holding de empresas de comércio, logística, distribuição de matéria prima e energia, que atua no mercado nacional e internacional.

Laudos 42 - 31/01/2005

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral.

O perito, em vistoria ao armazém, constata uma área de mais de 18 mil metros quadrados, com mais de 6 mil metros quadrados divididos em cinco galpões e pátio.

A atividade laboral do reclamante, descrita no laudo pericial, era de carregar e descarregar, e colocar e retirar de prateleiras, tambores, sacarias e bombonas de pesos variados, que chegavam a 40 quilos. A jornada de trabalho era das 8h15 às 18 horas. A história clínica registrada pelo perito é de dor em cotovelo esquerdo com início após 4 anos de trabalho na empresa reclamada, tendo sido afastado por 40 dias pelo INSS.

Apesar do tratamento, mantinha dor e por ocasião do exame demissional ocorrido em fevereiro de 2003 referiu o sintoma, mas foi considerado apto.

Na avaliação pericial apresentava ainda a dor no cotovelo esquerdo, diminuição de força, com dor no ombro do mesmo lado. Ao exame físico, o perito identificou dor à percussão e discreto edema no cotovelo esquerdo, junto ao epicôndilo lateral. Há um exame complementar, ultrassonografia de cotovelos, datado de maio de 2002, menos de um ano antes da demissão, sugerindo epicondilite do cotovelo esquerdo.

A conclusão pericial foi pela existência de LER/Dort e o perito fundamenta a conclusão pela movimentação repetitiva de cargas de até 40 quilos que o reclamante executava, “em condições ergonômicas desfavoráveis”. Concluiu também pela existência de incapacidade laboral.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada procedente. A sentença foi mantida na segunda instância.

Processo número 02286-2005-314-02-00-7

Reclamante: gênero masculino, 38 anos, tendo trabalhado por um ano e meio na empresa reclamada, do ramo da borracha, de outubro de 2001 a março de 2003, como ajudante de cortadeira de lona.

Reclamada: Industrial Levorin S/A – Grande empresa de pneus brasileira.

Laudo 45 - 24/04/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade laboral.

O laudo pericial traz descrição da atividade de trabalho, que exigia esforço físico no carregamento e manuseio de rolos de forro de lona para enrolar o tecido emborrachado, que pesavam de 25 a 30 quilos. Enrolava o tecido emborrachado em bobinas, cortava, etiquetava e devolvia o rolo no carrinho. Embora se tenha a informação de que enrolava até 300 rolos por dia, não há informações sobre os movimentos realizados, sobre quanto tempo se demorava para enrolar um rolo e que parcela consistia no trabalho manual. No entanto as informações são suficientes para que se possa ter uma visualização de que o reclamante exercia uma atividade que exigia grande esforço físico e movimentos amplos de articulações dos membros superiores.

A história clínica registrada é de dores em membro superior direito, do ombro ao punho com início após um ano de trabalho na empresa reclamada. Sem afastamento da atividade laboral, foi submetido a tratamento fisioterápico e medicamentoso. Começou a ter dor na região lombar também. Foi demitido.

Nos autos constam exames de imagem constando afecções de coluna e de punho e cotovelo direito, com datas posteriores à demissão. Ao exame físico, o perito identificou dor de punho direito e indicadores de afecção de cotovelo e ombro direito e comprometimento de coluna com compressão de nervo periférico da perna.

Concluiu pela existência de epicondilite de cotovelo direito, tenossinovite dos flexores e extensores em punho direito e tendinite de supraespinhoso de ombro direito, com nexo causal com o trabalho. Concluiu também pela incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas. Reclamante se encontra recebendo benefício por doença do INSS.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. A segunda instância reformou a sentença da primeira.

Processo número 02694-2005-039-02-00-0

Reclamante: gênero feminino, 55 anos, tendo trabalhado quase 8 anos na empresa reclamada, do ramo de confecção, de fevereiro de 1996 a janeiro de 2004, como passadeira.

Reclamada: Scene Confecções LTDA – Marca do Grupo Malwee.

Laudo 46 - 26/07/2007

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença sem nexo com o trabalho, sem avaliação de incapacidade laboral.

O laudo pericial traz informações sobre o local de trabalho da reclamante, setor de produção, onde ficavam as linhas de arremate, costura, embalagens e passadoria. Nesta última linha, passadoria, havia onze mesas passava ferro a vácuo e em cada uma delas havia um ferro de passar industrial a vapor, marca Continental, que pesava dois quilos.

O perito refere que a reclamante usava somente o membro superior direito, sem detalhar como a reclamante procedia para fixar a peça, ajeitá-la enquanto passava, dobrá-la sem usar o membro superior esquerdo.

Não há informação sobre a quantidade de peças e nem o tempo gasto por roupa, o que seria fundamental para que se possa estimar a carga e o ritmo de trabalho ou sobre as dimensões da bancada de passar. Eram compatíveis com as peças e com as dimensões da reclamante? Diz apenas que a quantidade variava dependendo do tipo de peças. O tecido variava entre moleton, “lycra”, “cotton”. Não ocorreu ao perito perguntar para a reclamante ou para a passadeira que acompanharam a vistoria, entre outros.

No final da jornada, a reclamante fazia a varrição do posto de trabalho. Segundo o perito, eventualmente ela lavava roupas para retirar manchas, operação que demorava de 30 minutos a uma hora. Não há informação sobre quantidade de roupas e detalhes sobre essa operação, como por exemplo, se para retirar as manchas era necessário o emprego de força. O perito se refere ao uso de Semorin (nome comercial) nessa operação, que segundo instruções do próprio fabricante deve ser colocado em tecido seco e depois removido junto com a mancha com a ajuda de uma escova. Havia emprego de força nas mãos e membros superiores para isso? A lavagem da roupa se dava após a retirada das manchas? Como era feita? O perito diz que era operação eventual, isto é, que podia ou não acontecer. Teria sido importante explorar essa informação.

A história clínica é de dor na coluna lombar e região ilíaca direita com início após cinco anos de trabalho na reclamada, em 2001. O início da dor em dedos da mão direita, punho e antebraço não ficou claro, pois na folha 115 dos autos o perito informa que teria sido por volta de 1997, um ano após a admissão e na folha 124 a informação é outra, a dor nessas localizações teria começado em 2002, um ano após o início da dor lombar e região ilíaca.

Além da dor já referida, a reclamante referia formigamento, diminuição da força muscular e rigidez matinal com melhora progressiva durante o dia. O perito informa que a reclamante passou a ter dor no joelho com início 3 anos antes da avaliação pericial. O perito informa que o quadro foi se arrastando até a demissão.

Ao exame físico, o perito identificou sinais de comprometimento de ombro direito e punho esquerdo, corroborado por exames de imagem no tocante ao ombro. Registrou existência de calosidade em palma de mão esquerda, com dor à palpação da região anterior do ombro direito, região dos punhos e região tenar esquerda, flexão e extensão dolorosas de punhos e manobras clínicas específicas indicadoras de comprometimento de punho direito e ombro direito. O perito poderia ter perguntado a que a reclamante atribuía essa calosidade à esquerda, pois a informação descontextualizada carece de sentido, a não ser que se trate de uma insinuação de que a reclamante mantém atividades manuais e de que então, estaria simulando.

Exames complementares de imagem juntados aos autos indicam afecções de ombros, joelhos e coluna lombar. Não há exames complementares referentes a punhos.

Nos itens “discussão” e “conclusão” (folhas 124 e 125), sem explicar o motivo, as queixas e evidências de afecções de punhos foram ignoradas e o perito considerou somente a tendinite de supraespinhal de ombro direito, o problema na coluna e nos joelhos.

Em relação à afecção do ombro direito, o caráter ocupacional foi descaracterizado pois segundo o perito:

[...] as atividades exercidas pela autora, na empresa reclamada não se caracterizam entre as descritas no processo de desencadeamento da referida doença (elevação e abdução dos braços acima dos ombros, associadas ao uso de força durante longos períodos de tempo). (Proc. 02694.2005.039.02.00.0, folha 125).

O argumento de que a afecção ocupacional de ombro só ocorre em situações nas quais há elevação ou abdução acima dos ombros é muito usado, mas equivocado, como discutido no item 2 do capítulo 9 desta tese.

Quanto aos joelhos e à coluna lombar, lhes foi imputada natureza degenerativa, sem relação com o trabalho. Não fica claro a que é atribuída a tendinite de supraespinhoso do ombro direito. A relação entre o processo degenerativo e a tendinite foi detalhada no item 2 do capítulo 9 desta tese.

Considerando-se que a função de passadeira é especificamente citada como de risco para a ocorrência de LER/Dort em protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.14) e que a empresa reclamada pertence a um ramo de atividade no qual a frequência de afecções

musculoesqueléticas é significativamente maior do que em outros ramos, seria imprescindível que a história clínica e ocupacional contivesse elementos fortes o suficiente para se contrapor aonexo causal presumido epidemiologicamente, antes de se descartá-lo.

No entanto, mesmo com a descrição pobre que o perito fez da atividade de trabalho da reclamante, é possível deduzir que a atividade laboral da passageira era similar ao que se conhece dessa função e portanto, oferecia possibilidades de produzir afecções musculoesqueléticas. Adicionalmente se tem o peso do ferro, dois quilos, o que aumenta essas possibilidades.

Nenhum aspecto das características da organização do trabalho foi investigado. Pressão de tempo, complexidade da atividade, velocidade, atenção, concentração e meticulosidade necessárias, iniciativa, quantidade de roupas passadas, possibilidade de cooperação de colegas ou para colegas são considerados elementos importantes a serem avaliados em uma confecção.

O perito não fez avaliação de incapacidade.

Há um registro de que a reclamante se encontrava desempregada e sem benefício do INSS no momento da perícia. Infelizmente os motivos pelos quais estaria desempregada não foram explorados.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 02752-2006-080-02-00-6

Reclamante: gênero masculino, 35 anos, tendo trabalhado por quase 4 anos na empresa reclamada, de promoção de eventos e produtos, de janeiro de 2002 a dezembro de 2005, como promotor de produtos.

Reclamada: Start Promoções e Eventos Ltda.

Laudo 47 - 01/11/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença ocupacional e de incapacidade.

O reclamante trabalhava em supermercados, clientes da reclamada, como promotor de produtos. Nessa função fazia reposição de estoques, abastecia as gôndolas, retirava produtos dos paletes e os colocava no depósito. Percorria várias lojas, deslocando-se por meio de transporte público.

Segundo a história clínica registrada inicialmente pelo perito, no dia 15/10/2004, ao tentar carregar caixas o reclamante teria sofrido um acidente com a queda dessas caixas sobre o seu braço direito. O serviço médico procurado teria feito o diagnóstico de tendinite e o teria encaminhado para afastamento do trabalho até janeiro de 2005. Segundo o perito, ao retornar

às atividades laborais, houve a demissão.

A queixa clínica no momento da perícia, segundo o perito, era de dor em braço direito quando fazia algum esforço. A história clínica possui lacunas e controvérsias importantes.

Uma delas é que a descrição do fato como o perito apresenta, caracteriza a ocorrência de um acidente tipo e não há qualquer menção à emissão de CAT por parte da empresa reclamada.

O perito admite essa controvérsia (folhas 120 e 126 dos autos), reconhece não ter havido emissão de CAT, mas se dá por satisfeito, não aprofundando o ocorrido, que poderia dar pistas clínicas sobre a reconstituição da evolução do quadro e a queixa do reclamante no momento da perícia.

A segunda lacuna é a avaliação da importância desse acidente. As caixas continham o que? Eram pesadas? O reclamante passou a sentir dor a partir desse episódio? Ou já tinha sintomas e esse evento causou a piora, que motivou o afastamento?

A terceira lacuna é sobre o tempo de afastamento. Em primeiro momento o perito refere que o reclamante teria permanecido afastado do trabalho pelo INSS até janeiro de 2005 (folha 114 dos autos), para depois, retificar que o afastamento teria sido até meados desse mesmo ano. No entanto, a petição inicial se refere a afastamento documentado pelo INSS até novembro de 2005, versão mais compatível com a própria sequência referida pelo perito na folha 114 dos autos: “Ficou em auxílio-doença até janeiro de 2005, afastado de suas atividades. Teve alta e quando retornou foi demitido.” A demissão ocorreu em dezembro de 2005. São dúvidas que deveriam ter sido elucidadas pelo perito para sua avaliação, uma vez que o tempo de afastamento pode ser um dos indicadores de gravidade do problema de saúde.

O item discussão merece alguns comentários. Um deles é o fato do perito utilizar como referência critérios de avaliação clínica constantes na ordem de serviço 606 do INSS de 1998, revogada pela instrução normativa 98 de 2003. Mesmo desconsiderando a inadequação desses critérios, o perito fez referência a eles, afirmando ter feito avaliação baseado neles, mas o laudo pericial não traz qualquer registro sobre essa avaliação. O perito reforça essa incongruência, citando situações da atividade de trabalho que poderiam propiciar a ocorrência de LER/Dort (folhas 120 e 121 dos autos), mas não faz qualquer referência a uma avaliação da atividade de trabalho do reclamante.

O outro fato se refere a uma confusão frequente sobre o objetivo de procedimentos. O perito afirma na folha 122 dos autos, que “durante o exame médico- pericial, o autor não apresentou testes positivos para Dort. Alegou que sentia dor à palpação de antebraço (?), não característico de Dort.”

Essa afirmação contém vários erros. Um deles se refere ao fato de que o estabelecimento do nexos causal, que caracterizaria uma afecção do sistema musculoesquelético como relacionada às LER/Dort, só poderia ser feito com a análise da atividade de trabalho, que não foi feita ou com a utilização de critério epidemiológico, que

tampouco foi considerado. Assim, se torna impossível estabelecer ou deixar de estabelecer o nexo de causalidade entre o quadro clínico encontrado e o trabalho, pelo exame físico. O exame físico tem o objetivo de precisar os diagnósticos de entidades clínicas, como as tendinites, tenossinovites, síndromes miofasciais, dentre outras. E por fim, afirmar que a dor à palpação do antebraço não é característico de LER/Dort não tem qualquer fundamentação na prática clínica ou em referências bibliográficas. A dor, consensualmente, é a principal característica dos casos de LER/Dort nos segmentos acometidos ou mesmo de forma difusa.

Na folha 122 dos autos, se comete equívoco da mesma ordem, quando há referência ao diagnóstico: “... exames laboratoriais, raios-X e eletroneuromiografia não se têm mostrado eficazes na detecção de DORT, porém ...” Os exames complementares podem ser considerados úteis ou não na confirmação de tendinites, sinovites ou outros quadros do sistema musculoesquelético, mas o diagnóstico de LER/Dort requer necessariamente a análise da atividade de trabalho, pois o nexo causal é estabelecido somente nessa condição ou por critério epidemiológico, como já dito.

Quanto à incapacidade, o perito anuncia equivocadamente uma definição como sendo da Organização Mundial da Saúde:

Incapacidade (disability), ... é qualquer redução ou falta (resultante de uma “deficiência” ou “disfunção”) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal. (Processo número 02752-2006-080-02-00-6, folha 124).

E ainda acrescenta “Refere-se a coisas que as pessoas não conseguem fazer” (folha 124 dos autos).

Desde 2001, a Organização Mundial da Saúde adota a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, integrando o diagnóstico, às condições de participação social no meio e contexto em que a pessoa vive. Essa definição se contrapõe ao conceito de haver uma maneira “normal” de ser ou de fazer, como afirma o perito.

A conclusão do laudo pericial não consegue ser legitimada pelo seu conteúdo. Afirma que “as atividades laborativas analisadas sob o ponto de vista ergonômico não apresentam fatores que possam desencadear ou contribuir para a eclosão de distúrbio musculoesquelético”, sem que tenha sido feita qualquer avaliação do trabalho. Não há qualquer registro sobre a atividade de trabalho do reclamante.

Adicionalmente, o perito admite a existência de doença, mas descarta o nexo causal com o trabalho sem fundamentação: “A patologia do reclamante não foi considerada doença do trabalho.”

E finalmente afirma que “o autor não apresenta incapacidade para o trabalho que desenvolvia na reclamada,” sem avaliar o reclamante, o seu contexto social e tampouco a atividade de trabalho.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A

segunda instância manteve a sentença.

Processo número 02995-2005-073-02-00-5

Reclamante: gênero feminino, 28 anos, tendo trabalhado por 3 anos e meio na empresa reclamada, de fabricação de componentes eletrônicos, de setembro de 2001 a fevereiro de 2005, como auxiliar de montagem.

Reclamada: Invensys Appliance Controls Ltda – Grande empresa fabricante de termostatos, chaves seletoras, circuitos impressos, temporizadores, etc.

Laudo 48 - 01/04/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo pericial informou, fruto da anamnese ocupacional e de vistoria, que a reclamante trabalhava em uma linha de montagem do “ignotron”, peça de acendimento automático do fogão. Informou sobre a duração da jornada, de 8 horas diárias com 30 minutos de almoço, sem outras pausas, embora não tenha se referido à duração da jornada semanal, a eventuais ou frequentes horas além da jornada contratada.

A produção referida era de 150 peças por hora e a reclamante trabalhava em posto fixo na linha de montagem, pegando a bobina da esteira (3 unidades juntas), inspecionando visualmente, colocando-a em um dispositivo, carrinho de ferro que pesava 320 gramas vazio e 380 gramas com as bobinas, inserindo e devolvendo na esteira. A atividade foi considerada repetitiva, pois envolvia as cinco operações em duas a três montagens por minuto. O perito informou e comparou com o momento em que fez a vistoria, quando a produção era de 190 a 200 bobinas por dia. A reclamante disse que o peso dos carrinhos, informado pelo engenheiro, na época em que trabalhava, era de 800 gramas.

A história clínica registrada é de “dores no cotovelo direito e punho direito, principalmente ao realizar os movimentos para mudar a peça da mesa para a linha de produção,” com início mais ou menos um ano e meio após a admissão e inchaço no braço, motivo pelo qual procurou o médico da empresa e permaneceu afastada do trabalho por 10 meses, período durante o qual fez uso de medicamentos e foi submetida a tratamento fisioterápico e infiltração no cotovelo direito.

Ao retornar à empresa, a reclamante teve recomendação do médico do trabalho de trabalhar em função fora da linha de montagem, em posto no qual não havia exigência de produtividade. Trabalhou por 2 meses nesse posto, saiu de férias, mas depois de uma semana do retorno foi demitida, apesar de estar em tratamento medicamentoso e fisioterápico. O exame médico demissional, realizado em 15/02/2005, a considerou apta, mas registrou “queixas de dor em membro superior direito”, o que comprovava a existência da patologia à época da demissão. (Processo número 02995-2005-073-02-00- 5, folha 175).

O perito destacou a limitação de um serviço especializado em segurança e medicina do trabalho quando respondeu a um quesito da reclamada, dizendo que o fato da reclamada contar com um serviço especializado não interferia na existência de movimentos repetitivos e sobrecarga dos membros superiores, determinantes do adoecimento. (Folha 184 dos autos).

Segundo o perito, no prontuário médico da reclamante havia registro de início dos sintomas em novembro de 2003, com persistência durante os meses subsequentes, antes e depois do afastamento do trabalho, sendo que na ocasião em que teve cessação de benefício, em 23/11/2004, o parecer do ortopedista era de que não apresentava condições de trabalhar. Os exames complementares comprovavam o diagnóstico clínico de epicondilite lateral direita.

No momento da avaliação pericial, referiu manter ainda as mesmas dores em cotovelo e punho direito, com piora aos esforços, tendo necessidade de se manter em tratamento medicamentoso, até injetáveis, com dificuldades para executar afazeres domésticos. Após a demissão permaneceu recebendo benefício previdenciário durante 3 meses.

O perito concluiu pela existência de epicondilite lateral direita e tendinite dos extensores do punho direito, baseado em exame físico e exames complementares de imagem. O nexa de causalidade foi estabelecido após a anamnese ocupacional e a realização de vistoria do local de trabalho.

Quanto à incapacidade laboral, concluiu que a reclamante não tem condições de exercer funções anteriores, mas poderia exercer outras compatíveis com a sua condição, ressalvando que esse fato “coloca a pericianda em posição de desvantagem competitiva no mercado de trabalho.” O perito demonstrou assim, uma visão mais ampla de reabilitação profissional, ao reconhecer a necessidade de se considerar a demanda do mercado de trabalho.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 0959-2009-462-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 56 anos, tendo trabalhado por 19 anos na empresa reclamada, de fabricação de automóveis, de março de 1990 a abril de 2009, como embalador/ conferente.

Reclamada: Mercedes Benz do Brasil Ltda.

Laudo 49 - 29/09/2009

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

O laudo pericial informa que o reclamante havia sido admitido como prático, sem dizer o que o reclamante fazia quando adquiriu “doença de coluna”.

Dois anos após a admissão, em 1992, o reclamante foi transferido para a função de

embalador do conjunto CKD por apresentar doença de coluna, diagnosticada como hérnia discal e protrusão lombar. Em 1994, dois anos depois do diagnóstico referente à coluna, começou a apresentar dor e edema no punho esquerdo com irradiação para o cotovelo e ombro. As dores apareceram também do lado direito. Fez tratamento, porém sem melhora e sem afastamento do trabalho.

O perito refere que o reclamante recebeu auxílio-doença comum por um ano pela coluna, mas não especifica se foi após a demissão. Informa apenas que em 1998 o reclamante foi transferido para conferência e embalagem de importados e em 2003 para embalagem de peças. Informa o perito que o exercício dessas atividades, sem especificar quais, “consistiam em cortar, manualmente ou por pesagem, peças pequenas e leves com menos de 1,5 kg e embalar as peças. O trabalho se desenvolvia em bancada a 80 cm do solo.”(folha 137 dos autos) Não há menção à quantidade e ritmo de trabalho. Menciona também o uso de óculos de segurança, calçado de segurança e protetores auriculares, que não conferem qualquer proteção em relação às LER/Dort.

Além de embalar produtos supostamente diversos, quais eram as diferenças entre os setores citados? Qual era a produtividade exigida? Havia esteira? Quais eram as posições assumidas pelo reclamante para desenvolver suas atividades de trabalho? Quais eram os movimentos?

De fato, não há descrição de nenhuma das atividades de trabalho desenvolvidas pelo reclamante ao longo dos 19 anos, durante os quais permaneceu com vínculo na empresa reclamada, e tampouco um cotejamento com os sintomas do reclamante.

Sem descrever e analisar as atividades de trabalho do reclamante, perito concluiu que não havia repetitividade, nem penosidade e nem exigência de elevação de cargas. O exame físico se resumiu à inspeção visual, na qual não encontrou assimetrias e declarou o exame prejudicado pela limitação imposta pela dor. Admitiu a existência de tendinopatia de supraespinhoso, epicondilite lateral e discopatia em região cervical associada a alterações degenerativas não ocupacionais, sem qualquer fundamentação. Expressamente refuta o trabalho como concausa das “patologias encontradas em exames subsidiários.”

Este laudo não tem informações sobre o caso e tampouco discute qualquer aspecto a ele referente. Faltam elementos para descaracterizar o caráter ocupacional de afecções musculoesqueléticas com nexos presumidos com o trabalho, pelo ramo de atividade ao qual pertence a empresa reclamada, pela lista C do anexo II do decreto que regulamenta a Previdência Social (BRASIL, 1999)

Quanto à incapacidade, não foi feita a avaliação e considerou-se o reclamante apto para o trabalho.

A sentença judicial de primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 01266-2005-316-01-00-1

Reclamante: gênero feminino, 53 anos, tendo trabalhado por 21 anos na empresa reclamada, de montagem de rádios e componentes eletrônicos, de março de 1983 a abril de 2004, como montadora.

Reclamada: Visteon Sistemas Automotivos Ltda.

Laudo 50 - 01/02/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial se refere a uma reclamante que começou a apresentar dores nos braços e ombros em 1989, seis anos depois de sua admissão na empresa reclamada. Sendo afastada do trabalho, retornou ao trabalho após um ano, durante um mês, sendo afastada novamente por 4 anos, retornando ao trabalho em 1995, após passar pelo Centro de Reabilitação Profissional. A partir de então passou a perceber auxílio-acidente, benefício previdenciário destinado a pessoas que apresentam limitação funcional após um acidente qualquer ou uma doença relacionada ao trabalho. Aposentou-se em 2002. Não há informação quanto à espécie dessa aposentadoria, mas provavelmente se tratou de aposentadoria por invalidez.

Ao exame físico na perícia, apresentava evidências de problemas de coluna lombar e de ombros. Vários exames complementares evidenciavam tenossinovite de punhos, de ombros e síndrome do túnel do carpo bilateralmente.

Da vistoria à empresa reclamada, o perito relata as etapas de uma das linhas nas quais a reclamante havia trabalhado, denominada Linha MPX: pegar o rádio na esteira, verificar o acabamento externo, verificar a existência de peças soltas, testar os rádios para verificação da frequência, descartar os reprovados e marcar com caneta ótica os aprovados. As demais linhas haviam sido extintas.

O perito utilizou um *checklist* de situações no trabalho que propiciam a ocorrência de LER/Dort, que ele não apresenta. Trata-se de fato, de um *checklist* de autoria de Hudson Couto, embora não seja explicitado. Cita apenas algumas das questões desse *checklist*, cujas respostas foram positivas, como, por exemplo:

[...] o trabalho não pode ser feito sem que haja contato das mãos ou do punho com alguma quina viva de objetos ou ferramentas; entre um ciclo e outro não há possibilidade de descanso para o grupo muscular solicitado, visto que não se tratam de atividades contínuas; as mãos fazem força excessiva continuamente; há esforço estático da mão ou antebraço na realização do trabalho, em face de existência de repetitividade das atividades realizadas. (Processo número 01266-2005-316-01-00- 1, folha 227).

Enganou-se quando citou, dentre as situações que propiciariam a ocorrência de LER/Dort, algumas que de fato são protetoras, como as que se seguem “o trabalho não exige

uso de ferramentas vibratórias; o trabalho não é feito em condições ambientais de frio excessivo; a tarefa pode ser feita sem a necessidade do uso de luvas.”

Não há informações sobre aspectos de organização do trabalho

Concluiu pela existência de tendinite de supraespinhoso relacionada ao exercício de suas funções na reclamada, e pela redução da capacidade laboral, do ponto de vista quantitativo e de “competitividade de trabalho”.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 0969-2009-069-02-00-7

Reclamante: gênero feminino, 57 anos, tendo trabalhado por 24 anos e meio na empresa reclamada, entidade filantrópica, mantenedora de serviços sociais, de agosto de 1984 a janeiro de 2009, como coordenadora de departamento pessoal.

Reclamada: Mosteiro São Geraldo de São Paulo.

Laudo 51 - 06/09/2010

Perito: médico.

Conclusão: existência de doença não ocupacional, sem avaliação de incapacidade

Este laudo pericial se refere a uma reclamante, que após 12 anos da admissão na empresa reclamada começou a sentir dores nos punhos e mãos que se estenderam para cotovelos, ombros e coluna cervical. O perito referiu posteriormente cansaço, fadiga, “quadro de estresse”, insônia, ansiedade e depressão. Dois anos depois passou a fazer uso de anti-depressivo, tendo diagnóstico de hipotireoidismo.

Ao exame físico, o perito constatou nódulos de Heberden⁹² e Bouchard⁹³, indicadores de osteoartrose e “13 pontos hiperdolorosos dos 18 pesquisados”, indicadores de fibromialgia. Não fez avaliação específica de outros segmentos e articulações sobre os quais havia queixas, como por exemplo, cotovelos, ombros e coluna cervical, contentando-se com o achado dos nódulos de Heberden e Bouchard, que são mais visíveis. Estranhamente, essa deformidade de mãos, que parece expressar uma osteoartrose, não aparece na história da reclamante. Quando teria começado? Quanto tempo depois do quadro inicial de dores nos punhos e mãos, cotovelos e ombros? Pelas informações contidas no laudo pericial, não se consegue ter um cenário integrado dos sintomas e dos sinais clínicos apresentados.

O perito apresenta um texto básico sobre fibromialgia e um texto publicado na Revista Brasileira de Reumatologia sobre a concomitância de fibromialgia em pacientes com

⁹² Nódulos de Heberden são decorrentes do aumento de volume articular de natureza óssea mais comumente nas articulações interfalangeanas distais.

⁹³ Nódulos de Bouchard são decorrentes do aumento de volume articular de natureza óssea mais comumente nas articulações interfalangeanas proximais.

hipotireoidismo e de alterações tireoideanas em pacientes com fibromialgia. A reclamante foi operada por síndrome do túnel do carpo em 2008 e dedo em martelo do segundo quirodáctilo.

Posteriormente questionado quanto à omissão e não consideração de uma lesão extensa do manguito rotador à direita com indicação cirúrgica, admite a existência desse problema em ombro, mas semnexo causal com o trabalho, argumentando se tratar de um processo degenerativo pois supostamente a reclamante não realizava movimentos repetitivos na sua atividade de trabalho, com exceção da digitação, que, segundo ele, não traria problemas no ombro pois nessa atividade essa articulação permanece estática. Ignora o importante papel e o aumento de demanda do pescoço e ombros na estabilização do corpo e particularmente da cintura escapular quando os dedos executam movimentos repetitivos com certo grau de precisão como é a digitação. Essa discussão é retomada no item 2 do capítulo 9.

Um anexo incluído pelo perito sobre as responsabilidades que a reclamante tinha na empresa reclamada se destaca pois são 28 atribuições, que seguem como estão nos autos:

[...] gerenciar e processar folha de pagamento; gerenciar movimentação de pessoal; gerenciar ações trabalhistas; analisar contratos de trabalho; gerenciar e analisar documentos legais (processos de contratações) e encaminhar a gerência para assinaturas; providenciar o recolhimento dos encargos sociais (INSS, PIS, IRRF, SEFIP, FGT, CAGED, contribuição em geral, anuidades sindicais, entre outras); gerenciar e processar custo de mão-de-obra elaborando o rateio mensal das despesas por centro de custos com a folha de pagamento enviando ao financeiro; prestar informações à fiscalização do trabalho; consultar fontes jurídicas, assessorias, consultorias; participar de reuniões com diretorias, gerências e chefias; assessorar na elaboração das metas orçamentárias (orçamento anual da empresa) na parte que diz respeito às despesas da folha mais os encargos; assessorar outras áreas sobre a legislação pertinente à gestão de pessoas; fornecer à diretoria, gerências informações relacionadas aos colaboradores, representar a empresa publicamente em audiências trabalhistas, homologações contratuais junto aos sindicatos; gerenciar convênios médicos junto às corretoras e junto ao próprio convênio efetuando as movimentações (inclusão, exclusões, alterações, conferência das faturas, elaboração da AEP, etc), assessorar na compra dos uniformes para toda a empresa, desde o contato com fornecedores, orçamentos e finalização dos pedidos; emitir todas as AEPs referentes aos pagamentos dos funcionários, encargos, convênios, fornecedores; responsável pelos empréstimos consignados, desconto em folha, conferência e tratamentos nos arquivos enviados pelo banco; coordenar e processar relatórios anuais (DIRF, informe de rendimentos, RAIS) assessorando e prestando as informações aos consultor contratado; coordenar todos os recebimentos e trocas de informações pertinentes a folha de pagamento, entre os departamentos e outras entidades quando existirem funcionários em comum; coordenar e executar toda a rotina de férias dos professores e funcionários; implantar, executar e desenvolver no setor, outros sistemas que auxiliam na rotina (emissão das GOS, cálculo e emissão das DARFs); coordenar e executar toda a rotina do pagamento do 13º SALÁRIO, primeira e segunda parcela, encargos, relatórios, arquivo para o banco; responsável pela emissão dos relatórios gerenciais da folham relatórios das provisões de férias, 13º salário, quinquênio que são enviados à contabilidade; coordenar e executar toda a rotina do pagamento do abono especial (cláusulas sindicais – PLR); coordenar e executar toda a rotina do pagamento do quinquênio, encargos, relatórios; coordenar os processos de aposentadorias, afastamentos por doença, auxílio-maternidade, acidente do trabalho; responder à diretoria pelo setor, quando na ausência da gerência. (Processo número 0969-

2009-069-02-00-7, folhas 434- 436).

Este rol de 28 atribuições, não incluídas as esporádicas, teria merecido uma análise do perito, pois cada uma delas envolve carga mental e física, assim como componente operacional, incluída a digitação. A reclamante contava com quantas pessoas para conseguir o desempenho esperado? Dificilmente seu desempenho teria sido considerado insatisfatório, levando-se em conta que permaneceu junto à empresa reclamada por 24 anos e meio, de segunda a sábado, com 10 minutos de pausa para o almoço e esporadicamente domingo, o que se configura como um excesso na jornada de trabalho. No entanto, o perito argumenta que devido à existência de 28 atribuições, que as atividades eram diversificadas, não repetitivas, sem sequer analisar quais eram os procedimentos necessários para cumpri-las.

Há evidências de presenteísmo, pois durante 12 anos parece ter permanecido trabalhando com dores, o que tampouco foi explorado na avaliação pericial.

O perito concluiu que o quadro é de osteoartrose generalizada, fibromialgia concomitante ao hipotireoidismo, sem relação com o trabalho, não tendo conduzido um raciocínio clínico para essa conclusão. As dores e afecções encontradas em outras regiões, sobretudo ombros, não foram explicadas. Tampouco o quadro de transtornos mentais mencionado foi sequer explorado. Ignorou a possibilidade de ter doenças ocupacionais concomitantemente à osteoartrose, que parece ter se manifestado depois das primeiras dores localizadas.

Quanto à incapacidade laboral, nenhuma palavra.

A sentença seguiu o laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 01221-2005-3140-2004

Reclamante: gênero feminino, 33 anos, tendo trabalhado por mais de 12 anos na empresa reclamada, metalúrgica multinacional, de junho de 1988 a agosto de 2000, como montadora.

Reclamada: Nec do Brasil S/A.

Laudo 52 - 24/07/2004

Perito: médica ortopedista, com especialização em medicina do trabalho, vinculada ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e incapacidade parcial e permanente para atividades remuneradas.

O laudo pericial é bastante lacônico quando se refere às condições de trabalho da reclamante.

Segundo registrado, a reclamante trabalhava como montadora sentada, 8 horas por dia, montando placas de resistores, capacitores, de circuito de telefone, rádio. Utilizava “apenas as mãos com movimentos de pinça”, sem rodizio e sem pausas para descanso. A

partir de 1995 iniciou quadro de dores no punho direito e depois em todo o membro superior. Procurou atendimento em 1996, mudou de função a pedido do médico, passou para a função de separadora de material. A perita refere que a reclamante foi afastada do trabalho em 1996, “pelo acidente de trabalho”. Supõe-se que não houve um acidente de trabalho traumático e provavelmente ela se refere a um auxílio-doença acidentário pelo quadro de dor. Segundo a perita, a reclamante referia dores no punho direito no momento da avaliação.

Ao exame físico, a perita refere que a reclamante acusou dor à abdução contra resistência além de 90 graus e apresentou 12 *tender points* positivos. Embora se refira a 12, de fato, explicita 6, quais sejam, cervical à direita, costela à direita, cotovelo à direita, joelhos direito e esquerdo, quadril direito. As localizações pesquisadas pela perita não coincidem com a localização dos *tender points* preconizados pelo Colégio Americano de Reumatologia, no diagnóstico de fibromialgia, que são 18, sendo que um dos critérios diagnósticos é a positividade em 11 deles. São eles, à direita e à esquerda: a) Região occipital, b) Borda médio-superior do trapézio, c) Músculo supraespinhoso, d) Quadrante superior-externo do glúteo, e) Grande trocanter, f) Região equivalente entre os espaços vertebrais de C5-C7, g) Junção da segunda costela, h) Dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral i) Borda medial do joelho. Estranhamente a reclamante não havia feito referência a queixas de dores nos pontos identificados pela perita na sua história.

Em um laudo de 4 páginas, na qual a primeira foi utilizada para identificação da pericianda e da perita, no item “antecedentes pessoais e familiares”, há um registro, dentre outros, de que a reclamante não teve problemas gestacionais e perinatais, “teve as vacinações sem intercorrência de fatores complicantes, início da fala e deambulação bem como os controle esfinterianos se deram em épocas normais.”

Não há uma palavra sequer sobre a atividade de trabalho da reclamante por mais de 12 anos na empresa reclamada.

Quanto à avaliação de incapacidade, a perita concluiu que havia incapacidade parcial e definitiva para atividades remuneradas, mas que não havia “comprometimento patrimonial físico sequelar” (folha 205 dos autos).

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Não houve acórdão.

Processo número 03490-2008-203-02-00-6

Reclamante: gênero feminino, 41 anos, tendo trabalhado durante dois períodos na empresa reclamada, do ramo químico, o primeiro, de mais de 6 anos, de fevereiro de 1994 a abril de 2000 e o segundo período, de mais de 8 anos, de agosto de 2000 a outubro de 2008, como ajudante de produção.

Reclamada: Lumobrás Lubrificantes Especiais Ltda.

Laudo 55 - 13/08/2009

Perito: médico ortopedista, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

O laudo pericial relata um caso de cisto em punho direito em 1996, dois anos depois da admissão na empresa reclamada, tendo sido submetida à ressecção com afastamento de 15 dias. Permaneceu na empresa até 2000 quando pediu demissão. Não há informação sobre eventuais ocorrências nesse período.

Foi contratada novamente pela empresa 4 meses depois. Começou a sentir dor nos ombros, cotovelos e punhos em 2002, dois anos após a recontração. Com a intensificação das dores foi afastada do trabalho de janeiro a agosto de 2007. Foi demitida em 2008 e mesmo sem trabalhar referiu persistência das dores na avaliação pericial.

Ao exame físico, o perito constatou crepitação nos dois ombros.

A história clínica, extremamente lacônica, não dá elementos sequer para compreender por quais motivos os exames complementares ora eram do lado direito ora eram do esquerdo. Em 18/10/2007 foi feita apenas ultrassonografia em antebraço direito, mesmo lado no qual havia sofrido uma ressecção de cisto sinovial e o resultado foi positivo para tendinose do tendão extensor comum dos dedos. Já em 11/06/2008, a ultrassonografia foi no punho esquerdo. O resultado foi de formação cística na face ulnar do punho esquerdo. O exame foi repetido dois meses depois e o resultado foi o mesmo. Em 13/11/2008, foi feita ultrassonografia dos dois punhos e o resultado foi de cisto na face dorsal e ulnar do punho esquerdo. Referente ao ombro, apesar de queixa bilateral na história clínica, os exames ultrassonográficos foram feitos somente à direita, em 2007 e 2008, todos com alteração em tendão do supraespinhoso. No último exame, feito em 13/11/2008, logo depois da demissão, além da tendinite do supraespinhoso, houve evidência de bursite subacromial subdeltóide.

Sobre a atividade laboral, não há sequer uma linha, apesar do perito referir ter feito uma vistoria do local de trabalho.

O perito concluiu que havia apenas um cisto sinovial em punho direito e mialgia, não justificando os motivos pelos quais não considerou as queixas da reclamante referentes aos ombros, crepitações nessa articulação constatadas por ele e exame complementar positivo à direita.

Quanto aonexo causal, optou pela desconsideração da tendinite de ombro e pela negação donexo causal referente ao cisto sinovial, sem ter feito qualquer discussão cotejando o quadro clínico com a atividade de trabalho, sobre a qual não há sequer uma palavra.

E finalmente, quanto à incapacidade, concluiu pela sua inexistência, sem qualquer justificativa.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 00746-2006-090-02-00-1

Reclamante: gênero feminino, 24 anos, tendo trabalhado pouco mais de 3 anos, de novembro de 2002 a janeiro de 2006, como assistente de atendimento.

Reclamada: New York Station Telemark Serviços Ltda e Banco ABN AMRO Real S/A.

Laudo 56 - 03/11/2006

Perito: médico.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial expõe a história clínica da reclamante, que era operadora de teleatendimento de empresa terceirizada.

Decorridos aproximadamente 2 anos da admissão na empresa reclamada, ao pegar um arquivo no armário, sentiu dor no punho direito, deixando-a cair no chão. A partir de então passou a tratamentos e afastamentos de curta duração. Manteve-se na mesma função até sua demissão.

Após a demissão notou a presença de uma tumoração no punho direito, diagnosticado como cisto sinovial. Ao exame físico, o perito constatou dor em região de trapézio direito (ombro) e tumoração na região dorsal do punho direito. O único exame feito em maio de 2005 foi uma radiografia de punho direito, sem alterações.

A descrição da atividade laboral é a de um operador de teleatendimento típico. Recebia ligações pelo sistema automático de distribuição dos clientes que tinham diferentes demandas: necessitavam de algum serviço ou queriam fazer reclamações, e dependendo do caso, tinha que acessar e consultar dados, preencher formulários, negociar valores. Cada atendimento durava cerca de 120 segundos, isto é, 2 minutos.

VENCO (2009a) analisa com detalhes as expressões de intensificação do trabalho como um aspecto de degradação das condições de trabalho no setor de teleatendimento. Comparando a atividade de teleatendimento em diferentes países, elenca as três principais características desse setor: racionalização do trabalho, pressão por maiores índices de produtividade e significativas taxas de absenteísmo e rotatividade. Pontua diferenças de organização e gerenciamento nos Estados Unidos, França, Alemanha e quanto ao tempo médio de atendimento, refere que estudos apontam uma variação de 3,6 a 9,7 minutos. Fala das variações na França, cuja média varia de acordo com o porte das centrais de atendimento, de 3,2 minutos nos estabelecimentos menores e 5,3 minutos nos maiores. No Brasil, a autora diz que o tempo médio de atendimento é de 3,27 minutos e que sairia dessa média as atividades de cobrança de débitos financeiros, que atingiriam cerca de 4,27 minutos.

BRAGA (2014) discutindo a precarização do trabalho particularmente nesse setor,

destaca também a formação de oligopólios, com empresas como a Contax e a Atento, que contabilizam mais de 75 mil trabalhadores cada uma, diferentemente de países como os Estados Unidos e França. Essa característica, segundo o autor, aliada à baixa qualificação dos trabalhadores do setor e à fragilidade das organizações sindicais, resultam em salários dos mais baixos do mundo, superando apenas os dos indianos.

O perito concluiu pela existência denexo causal entre o cisto sinovial de punho direito e a atividade exercida na empresa reclamada, baseado na instrução normativa número 98 do INSS (BRASIL, 2003a) e pela existência de incapacidade laboral temporária. A possibilidade de ter ocorrido presenteísmo não foi aventada. Adequadamente refutou a radiografia como exame preferencial para casos de acometimento de tecidos moles do sistema musculoesquelético como é o caso do cisto sinovial.

Também concluiu pela incapacidade temporária.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. A segunda instância manteve a sentença.

Processo número 00553-2009-024-02-00-8

Reclamante: gênero masculino, 25 anos, tendo trabalhado quase um ano e meio, de outubro de 2007 a fevereiro de 2009, como operador de fundição.

Reclamada: Voith Paper Máquinas e Equipamentos Ltda.

Laudos 57 - 08/01/2010

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

O laudo pericial revela que o reclamante, ao ser demitido, encontrava-se em tratamento por dor no ombro havia 5 meses, com pontadas, formigamento e cirurgia agendada. Nunca havia sido afastado do trabalho e a empresa não havia emitido CAT.

Uma semana depois da demissão foi operado.

No momento da avaliação pericial referiu que continuava a sentir muitas dores e estalidos no ombro nas mudanças de tempo.

Ao exame físico, o perito constatou crepitação discreta em ombro direito, mais do que no esquerdo.

O perito citou uma ressonância magnética de ombro direito realizada antes da cirurgia, evidenciando lesão de lábio glenoidal, importante na estabilização do úmero, osso que se articula no ombro e uma informação registrada por um médico assistente em abril de 2008. O reclamante tinha luxações de ombro de repetição e um dos fatores de piora da dor era carregar peso, como operador de fundição.

A descrição da atividade laboral foi feita de maneira fragmentada e não demonstrou uma sequência das operações. A vistoria foi feita no laboratório de recuperação de areia (Galpão F2), e o setor onde o reclamante trabalhava era um setor com área de aproximadamente 400 metros quadrados no interior do Galpão F2, onde os equipamentos existentes eram manuseados. As operações citadas foram as seguintes:

Inicialmente dirigia-se ao pátio para descobrir as caçambas de areia para proceder à recuperação, ajudava no posicionamento da patola e colocação de calço. O caminhão basculante realizava o descarregamento total do conteúdo sobre uma mesa vibratória e procedia ao acionamento da mesa por comando manual. Retirava no final do processo os resíduos manualmente e os depositava numa caçamba de resíduos. Tal procedimento demorava em medida aproximada de 30 a 40 minutos, realizando no total de uma jornada. Além do referido, procedia a limpeza dos porões (varrição e recolhimento com pá) depositando em uma caçamba ou no próprio balde. Varrição do silo de areia na parte exterior. Tal atividade era realizada por duas pessoas. Procedia a limpeza do porão aproximadamente 40 minutos, uma vez por dia. A retirada de resíduos de coquilha se dava em aproximadamente 5 vezes por dia, com duração de 15 minutos. (Processo número 00553-2009-024-02-00-8, folha 180).

O laudo pericial não deixou clara a sequência de operações, a conexão entre uma operação e outra, o esforço físico exigido em cada uma delas, existência de sobrecarga de algum segmento do corpo, posições incômodas para a realização das operações, os tempos exigidos e o ritmo de trabalho.

No item denominado “avaliação do aspecto ergonômico da atividade” (folha 182 dos autos), fala-se em ciclo de trabalho que durava aproximadamente 40 minutos, incluindo-se “deambulação até o pátio, colocação de calço, orientação no carregamento, acionamento da peneira, retirava resíduos de forma manual, variação do piso.” “Pesos a serem movimentados de 10 a 14,5 kg de forma esporádica não caracterizando força excessiva.” (folha 182 dos autos).

O uso do termo ciclo de trabalho de 40 minutos não tem sentido no contexto, pois não se trata de uma atividade com homogeneidade e altamente repetitiva como numa linha de montagem. Tratam-se de operações que devem exigir movimentos amplos de articulações de ombros, pega de equipamentos forçando punhos e cotovelos, carregamento e deslocamento de pesos. O perito se refere também a micro-pausas, que tampouco fazem sentido no contexto. Micro-pausas são usadas em situações de movimentos altamente repetitivos e continuados, também como numa linha de montagem.

O perito declara também que não constatou contratura estática da musculatura dos membros superiores, que os movimentos dos membros superiores não ultrapassavam o limite do alcance fisiológico, que a flexão dos braços era feita abaixo da linha média dos ombros e que ocorria vibração quando o peneiramento era acionado. Citadas dessa forma não têm qualquer significado, pois seria fundamental cotejar cada um dos movimentos com as operações citadas. Além disso, o que significa alcance fisiológico dos membros superiores, quando há evidências de que curtas flexões para frente do corpo e abduções do ombro aumentam significativamente a pressão intramuscular, facilitando a ocorrência de afecções de

ombros. No item 2 do capítulo 9 desta tese esta questão é discutida. E a vibração do peneiramento tinha relação com o corpo do reclamante? Como se dava essa relação? Teria sido importante essa informação considerando que a vibração oferece riscos adicionais ao sistema musculoesquelético (CHATTERJEE, 1987; PARK e MARTIN, 1993; KUORINKA e FORCIER, 1995).

Apesar da ausência de uma análise da atividade de trabalho, o perito afirma que não havia fatores que contribuíssem para a ocorrência de LER/Dort para o segmento de ombro.

Um questionamento específico a ser feito se refere a uma lesão mencionada pelo perito. Ele incluiu uma referência sobre a lesão SLAP, pois sua conclusão é a de que o reclamante se encontrava em “pós-operatório de lesão SLAP (ombro direito) não havendo nexo ocupacional para sua origem ou agravo lesional.” (folha 184 dos autos).

E o que é lesão *SLAP* (*superior labrum anterior-posterior*), isto é lesão do lábio superior ântero-posterior? Trata-se de um deslocamento da porção superior do lábio glenoidal, que é um tecido que recobre a cavidade da glenoide e tem a função de aumentar a estabilidade da articulação do ombro. O tendão da cabeça longa do bíceps braquial se insere na porção superior do lábio glenoidal. O bíceps é um dos músculos bem conhecidos pelos fisiculturistas e tem a função de promover a supinação do antebraço e de flexionar o cotovelo. Para se visualizar esse músculo, sempre que se pensar em um pescador puxando uma rede, o bíceps estará sendo bastante solicitado.

O processo de ruptura do tendão do bíceps pode ocorrer em: a) situações de trauma em abdução e flexão do ombro e cotovelo em extensão, como fazem os goleiros no chão; b) quando há um movimentos de desaceleração súbita do movimento de arremessar, quando o bíceps desacelera a extensão do cotovelo, provocando a tração no lábio glenoidal ântero-superior; c) trauma em hiperflexão; d) movimentos repetitivos dos ombros; e) luxações recidivantes.

Assim, uma das causas conhecidas para a ocorrência da lesão de lábio glenoidal do ombro é o movimento de arremesso, mais ainda se for feita várias vezes ao dia e mais ainda se houver emprego de força física, tanto no movimento de arremessar como no movimento de retorno à posição anterior ao arremesso.

Uma das etapas da atividade de trabalho referida pelo perito foi a limpeza dos porões, com varrição e uso de pá, depositando um conteúdo em uma caçamba ou no próprio balde. O uso da pá pode ser o de colocar determinado conteúdo em um balde por exemplo, que pode ficar no próprio piso, o que demanda um movimento que pode ter carga, mas é contido. No entanto, o uso da pá pode ter o objetivo de arremessar um conteúdo quando o destino é uma caçamba que tem a porta de entrada mais elevada. Também, dependendo do que estiver sendo arremessado, quanto maior o peso do conteúdo, maior é o esforço. Portanto, diante de uma lesão específica como aquela diagnosticada, a busca teria que ter sido direcionada para a possível causa aqui aventada. Não foi o que o perito fez, transformando o seu laudo em um documento que não explora aspectos fundamentais da relação trabalho e lesão.

Outra causa conhecida é o carregamento de peso. Tendo o reclamante trabalhado na recuperação de resíduos em uma fundição de metal, embora não esclarecido pelo perito, havia manipulação de material pesado.

Quanto à incapacidade, o perito não fez a avaliação, embora tenha identificado crepitação nos ombros, maior à direita, uma das características da lesão glenoidal.

O juízo seguiu a conclusão do perito e a ação foi julgada improcedente. Na segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 02022-29-2011-5-02-0078

Reclamante: gênero feminino, 36 anos, tendo trabalhado por 14 anos e meio na empresa reclamada, de dezembro de 1996 a maio de 2011, como atendente de crédito.

Reclamada: Banco Itaú Unibanco.

Laudo 58 - 10/11/2012

Perito: médico ortopedista, com pós-graduação em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e ausência de incapacidade.

O laudo pericial, do ponto de vista formal, tem uma estrutura que facilita a compreensão do raciocínio clínico e da conclusão. Inclui a metodologia, os objetivos, a síntese do processo, informações sobre o ato pericial, os procedimentos realizados, o aporte teórico que fundamentaria o laudo, a discussão e a conclusão.

O laudo informa que a reclamante trabalhou na central de créditos e recebia ligações de lojas que queriam financiamento de comprar. Sua função era registrar tudo e depois analisar o perfil da loja para aprovação ou não do crédito. No início, de 1996 a 1998, o registro era feito por meio da escrita manual com uso de *headset*. Segundo o perito, a reclamante passou a ter um “posto ergonômico” adequado em 1998. Sobre a jornada, há um desencontro de informações, pois ao mesmo tempo em que o perito informa que a duração era de 6 horas diárias (folha 283 B dos autos), informa o período, das 8 às 17 horas, que totalizaria 8 horas diárias com uma hora de almoço. Segundo o laudo a jornada era de revezamento 6x1, isto é, 6 dias de trabalho com um dia de descanso. Não tinha pausas durante a jornada de trabalho e fazia horas extras. Tirava férias regularmente. O perito informa que a reclamante caracterizou a atividade de trabalho com exigência de movimentos repetitivos com os membros superiores sem carregamento de peso. Não fica claro se os movimentos repetitivos se referiam à atividade de digitação e portanto, de movimentos dos dedos com sobrecarga estática da cintura escapular ou se fazia movimentos com braços e antebraços.

A história clínica, embora sem detalhes de uma narrativa sequencial, evidenciou o início do quadro com na coluna vertebral, sem citação de localização, em 1997. Posteriormente, o perito registra a queixa atual de dor em todo o corpo, mas ao mesmo tempo com destaque para o ombro esquerdo e membro superior, além dos membros inferiores.

Registrou-se depressão desde 2003, e uso de medicamentos. O perito refere não se sentir suficientemente informado para estabelecer relação entre a depressão e o quadro clínico ortopédico (quesito 6, folha 286 dos autos). Relatou sessões de fisioterapia e cirurgia em ombro direito em 2004. Destaque-se que a sintomatologia atingiu ambos os ombros. Além desses sintomas, a reclamante apresentava outros inespecíficos, como cefaleia constante, zumbidos, escotomas, prisão de ventre, edema de mãos e pés, formigamentos, má qualidade de sono com uso de Fluoxetina⁹⁴ e Diazepam⁹⁵, rigidez matinal, dor no corpo todo e cansaço físico constante. Faz uso de pregabalina⁹⁶ também. Ao exame físico, o perito registrou presença de calosidades nas palmas das mãos, positividade em 11 dos 18 *tender points*. Há ultrassonografias de 20/09/2011, dos punhos, dos cotovelos e dos ombros, todos com evidências de alterações, ou sejam, espessamento do nervo mediano no túnel do carpo direito (punhos), epicondilite lateral bilateral (cotovelos), bursite subacromial subdeltóidea à esquerda e tendinopatia do supraespinhoso bilateral (ombros).

No item das “considerações médico-legais e discussão”, o perito fez uma discussão abrangente do caso. Levou em consideração o longo tempo de exposição a situações propiciadoras à ocorrência de LER/Dort e o quadro clínico e, diante da “mudança radical promovida pelas novas tecnologias no fluxograma de produção de todas as empresas bancárias, o que inclui a reclamada,” (folha 285 dos autos) utilizou-se do estudo epidemiológico realizado pela Previdência Social que correlacionou os diagnósticos feitos na reclamante e o CNAE do ramo de atividade da empresa reclamada. Estabeleceu nexo causal do tipo II da classificação de *Schilling*, isto é, o trabalho foi fator contributivo, mas não imprescindível para a ocorrência do quadro clínico.

Sobre a incapacidade, no item conclusão declara que: “Não há invalidez. Não há incapacidade laborativa do ponto de vista ortopédico. Há redução residual da capacidade laborativa.” (folha 285 dos autos). Na folha 286 dos autos, ao responder o quesito 7, declarou que a reclamante tinha dificuldade para exercer sua função. No quesito 8, ao ser questionado se a reclamante teria necessidade de “adaptação para exercer a mesma atividade que exercia antes”, declara que não há incapacidade. (folha 286 e 287 dos autos). Na folha 286 dos autos declara que “apresenta comprometimento funcional correspondente a 10% do total, de acordo com a Tabela de Invalidez da SUSEP (DPVAT) ...” O que se depreende é que o perito reconheceu a diminuição da capacidade laboral da reclamante para a função exercida antes, mas não a considera incapacitada para o trabalho.

A sentença judicial não se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença da primeira.

Processo número 01695-2005-056-02-00-3

Reclamante: gênero feminino, 50 anos, tendo trabalhado por quase 12 anos e meio na empresa reclamada, do ramo de confecção, de junho de 1991 a setembro de 2003, como

⁹⁴ Fluoxetina: anti-depressivo.

⁹⁵ Benzodiazepínico com efeito calmante.

⁹⁶ Pregabalina: medicamento com vários usos, entre os quais dor neuropática e fibromialgia.

ajudante e costureira.

Reclamada: Sellys Industrial Ltda.

Laudo 63 - janeiro de 2007 (sem especificação de dia)

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

A empresa da reclamante pertence a um ramo de atividade que tem associação estatística significativa com a ocorrência de afecções musculoesqueléticas em relação aos demais ramos, conforme pode se ver na lista C do anexo II do Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999). Também o protocolo do Ministério da Saúde sobre dor relacionada ao trabalho (BRASIL, 2012) lista entre as funções de risco para LER/Dort, a das costureiras. Adicionalmente, há outras referências bibliográficas associando afecções musculoesqueléticas em vários segmentos do corpo com a atividade de costura.

SOKAS e col. (1989) estudaram 144 costureiras, que responderam a um questionário que continha informações sobre a história ocupacional e sintomas do sistema musculoesquelético. Evidenciaram-se queixas de dor e edema dos joelhos, coluna cervical e mãos e dedos.

ANDERSEN e GAARDBOE (1993) estudaram 424 costureiras de uma população de trabalhadores do vestuário que faziam parte de um estudo de coorte, dentre ela 39 passadeiras, 85 cortadeiras e 89 assistentes de embalagem e trabalho de cantina, no total 637 trabalhadores. Compararam-se com dois grupos-controle, 781 mulheres da população geral e um grupo controle interno de 89 mulheres de uma empresa de vestuário. Concluiu-se que a prevalência de dor persistente em pescoço e ombros era mais alta entre costureiras com exposição cumulativa de mais de 8 anos e se encontrou relação dentre o número de anos de trabalho com queixas de dor no pescoço e ombros.

Uma análise ergonômica conduzida em uma empresa brasileira por AMBROSI e QUEIROZ (2004) mostra a repetitividade de movimentos exigidos na atividade da costura particularmente de cotovelos e punhos, além de posturas mantidas por tempo prolongado que sobrecarregam pescoço e coluna cervical, membros superiores, coluna lombar e membros inferiores.

Dessa forma, afecções musculoesqueléticas em trabalhadores da costura têm nexos presumidos com a atividade laboral.

Os comentários sobre este laudo começam por parte de sua introdução e depois por sua conclusão, a seguir transcritas:

Para elaboração do presente laudo, procurou-se nortear as pesquisas no reconhecimento e avaliação dos fatores ambientais ou de tensões nascidos no ou do local de trabalho que possam causar doenças, danos à saúde e ao bem estar, desconforto significativo

e ineficiência entre os trabalhadores ou cidadãos de uma comunidade. (Folha 127 dos autos – processo 01695-2005- 056-02-00-3).

XV. Conclusão

Analisadas as atribuições exercidas pela Autora, bem como baseado nos Antecedente Ocupacionais, História Patológica Progressiva, História Progressiva Familiar, Interrogatório Dirigido, Hábitos, Exame Físico, Exame complementar e conteúdo dos Autos, concluo que a Autora é portadora de patologia degenerativa a nível de coluna lombar que não guarda relação com o trabalho que exercia na empresa.

Concluo ainda que as dores relatadas em articulações são decorrentes de processo inflamatório (artralgia) que não guarda relação com o trabalho que exercia na empresa. (Processo número 01695-2005-056-02-00-3, folhas 136 e 137 dos autos)

A leitura de parte da introdução traz expectativas que não são atendidas no corpo do laudo, e a conclusão induz o leitor a pensar que teria havido embasamento em vários pilares clínicos e ocupacionais.

No entanto, ao retomar o laudo pericial, as lacunas são evidentes. No item “Local de trabalho e estudo da função”, a informação constante do laudo é que a reclamante laborava “como costureira em tipo de máquina reta ou zigue-zague na confecção de artigos do tipo cotoveleiras, caixas, munhequeiras, etc” e que “sua posição era sentada com acionamento do mecanismo da máquina de costura através de pedal.” (Folha 128 dos autos).

Teria sido fundamental, o perito fazer a descrição da atividade, incluindo dados mínimos sobre duração e variação de jornada de trabalho, diária e semanal, existência ou não de pausas, exigência ou não de produtividade, quantidade de peças produzidas por hora e por jornada, existência ou não de prêmios ou bônus, ou ao contrário de descontos, posições e movimentos exigidos para realizar a atividade de trabalho, cadeira com ou sem encosto, com ou sem almofadas e ajustes, informação se o pedal da máquina era automático ou mecânico.

A história clínica registrada possui várias lacunas, o que não permite se obter uma ideia de conjunto, e menos ainda de fazer um cotejamento com os movimentos e posturas exigidas no trabalho, já que na anamnese ocupacional também as informações são bastante econômicas. Uma das queixas é a de dor no corpo, com início em coluna lombar que migrou para a região cervical, 8 anos antes da perícia, portanto aproximadamente 8 anos após a admissão na reclamada. Teve diagnóstico de artrose e bico de papagaio. Revela-se uma imprecisão por parte do perito, quando registra que “a Autora relata que continua apresentando as mesmas dores a nível da região vertebral, inclusive com irradiação para a costela do lado esquerdo (sic).” (Folha 130 dos autos). Merecem destaques alguns aspectos que se seguem. A coluna vertebral é constituída por vértebras, costelas e osso esterno (região anterior do tórax) e as vértebras se dividem em 4 regiões: região cervical (pescoço), com 7 vértebras; região torácica (tronco), com 12 vértebras; região lombar (altura da cintura), com 5 vértebras e região sacral (altura do quadril). Assim, pergunta-se o que o perito teria pretendido dizer com “dores a nível da região vertebral”? Seria em toda a coluna vertebral ou em segmentos da coluna?

Outra queixa registrada pelo perito foi “as mesmas dores a nível de joelho, inclusive com edema quando fica ajoelhada e ao realizar serviços domésticos”, com irradiação para a perna esquerda que a fazia claudicar, com início 6 anos antes da perícia, isto é, 10 anos após sua admissão na reclamada. São queixas compatíveis com a função de costureira, de forma que nesta etapa, se sente a falta da informação de como era o acionamento do pedal da máquina de costura, com qual membro inferior, direito ou esquerdo, era feito esse acionamento, se era necessária força para tal, se havia movimentos de flexão e extensão de tornozelos e sobrecarga estática nos joelhos.

E a terceira queixa registrada foi a de dores no punho, sem explicitar se direito ou esquerdo, com início após 4 anos da admissão. A reclamante relacionava essas dores com a atividade de costura.

Ao exame físico, o perito relata dor à palpação e dígito-compressão em apófises espinhosas, rigidez muscular paravertebral. Dos membros superiores e inferiores, regiões de queixas da reclamante, há somente um registro: “Extremidades: sem alterações.” (Folha 134 dos autos).

Na sua conclusão, o perito considerou por existência de patologia degenerativa de coluna lombar sem relação com o trabalho que exercia na reclamada, sem ter fundamentado por quais motivos teria descaracterizado essa relação, considerando que se trata de uma atividade conhecida por impingir quadros similares ao que a reclamante apresentava. Genericamente se refere às dores relatadas em articulações como decorrentes de processo inflamatório sem relação com o trabalho, sem tampouco explicar quais origens essas dores poderiam ter.

No item 2. do capítulo 9, vários aspectos referentes a processos degenerativos são retomados.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada improcedente.

O caso foi arquivado sem ter acórdão.

Processo número 04229-2009-511-02-00-3

Reclamante: gênero feminino, 29 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por dois períodos, um deles de duração de quase cinco anos e meio, de abril de 1993 a agosto de 1998 e o outro, por determinação legal, iniciado em março de 2001, ainda vigente por ocasião da perícia, mas afastada pelo INSS desde agosto de 2002, como operadora de linha.

Reclamada: Invensys Appliance Controls Ltda.

Laudo 64 - 17/04/2003

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial discorre sobre a atividade de trabalho da reclamante paralelamente ao início e à evolução dos sintomas.

Em 1993, ano da admissão na empresa reclamada, ela trabalhava no setor de montagem de uma peça de máquina de lavar roupas e sua produção era de 2000 peças por dia. Sua atividade consistia em pegar as peças em um magazine à sua frente e com os braços estendidos acima da linha dos ombros, empunhar a parafusadeira e furadeira que ficavam suspensas em balancins. Começou a ter quadro de dor em mão e punho direitos. Teve diagnóstico de tendinite e foi afastada e encaminhada ao INSS por 3 meses.

Retornando ao mesmo setor e atividade, as dores se mantiveram e teve novamente o diagnóstico de tendinite.

Em 1995 passou a ter dor no ombro direito também. Continuou a trabalhar e a manter consultas com médico do convênio até sua demissão em 1998, quando foi considerada apta no exame demissional.

Foi readmitida por determinação legal em março de 2001 e afastada pelo INSS até o momento do exame pericial.

Em 2002 foi reoperada por síndrome do túnel do carpo.

No momento da perícia relatou sentir dores em ombro, punho e mão, à direita. Ao exame físico apresentava sinais de afecção em punho e ombro direitos. Exames complementares ultrassonográficos de 2001 e 2002 mostravam também evidências de afecções em punho e ombro direito, além de eletroneuromiografia com evidências de síndrome do túnel do carpo bilateralmente. O presenteísmo resultou em agravamento do quadro clínico durante os anos em que a reclamante se manteve trabalhando nas mesmas condições, pois, se inicialmente os sintomas se restringiam à mão e punho direitos, após 2 anos, atingiram o ombro direito também.

Trata-se de uma atividade típica de montagem, amplamente conhecida como sendo propiciadora de ocorrência de quadros clínicos relacionados às LER/Dort.

O perito estabeleceu nexos causais entre o quadro clínico de tendinopatia de supraespinhal em ombro direito, tenossinovite dos extensores e flexores em punho direito e síndrome do túnel do carpo bilateral.

Concluiu pela existência de incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas.

A sentença judicial não se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. A segunda instância reformou a sentença da primeira.

Processo número 00720-2009-471-02-00-0

Reclamante: gênero feminino, 36 anos, tendo trabalhado por mais de um ano e meio na

empresa reclamada, do ramo de teleatendimento, de maio de 2007 a janeiro de 2009, como operadora de teleatendimento.

Reclamada: Serviços Nacionais de Teleatendimento ao Cliente Ltda.

Laudo 67 - 28/07/2009

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

Este laudo pericial trata do caso de uma reclamante que trabalhou como teleoperadora, e como tantas outras, permanecia sentada, utilizando *headfone* em frente a um computador.

Fazia ligações para efetuar cobrança, esclarecendo o motivo da ligação, propondo plano para saldar o débito, oferecendo descontos, preenchendo formulário em caso de aceite ou não aceite por parte do interlocutor. Ela fazia pesquisas para a localização de clientes inadimplentes e depois fazia as cobranças referentes a empresas como Finasa, Unibanco, HSBC, Unibanco, Marisa, Casas Bahia, entre outras. Cada ligação durava em torno de 10 a 12 minutos e o perito refere que havia pausas inerentes à atividade, que incluía a realização de proposta para plano para quitação de débito. Não descreveu o que a reclamante fazia durante o tempo em que conversava com o cliente, se usava mouse à procura de tabelas ou informações, se já preenchia o formulário por ele referido, apenas para citar alguns procedimentos comuns, como exemplos.

Refere não ter constatado movimentos repetitivos com ciclos de duração menor de 30 segundos ou menor que um minuto com a utilização de um mesmo grupo muscular. Segundo o perito, a cadeira tinha rodízios, com assento e encosto almofadados, com regulagem de altura e apoio para braços e pés.

Não registrou qualquer informação sobre metas e exigência e produtividade, sistema de remuneração, de premiação e bônus, jornadas semanais, aspectos que devem ser observados na atividade de teleatendimento e que são objeto de regulamentação do anexo II da NR 17,⁹⁷ que também estipula que as pausas devem ser concedidas fora do posto de trabalho, em dois períodos de 10 minutos contínuos, que devem ser usufruídos após os primeiros 60 minutos do início da jornada de teleatendimento e antes dos últimos 60 minutos da jornada. Portanto, as “pausas inerentes à atividade” (Folha 151 dos autos), não poderiam ter sido consideradas pausas, que deveriam ser feitas formalmente, conforme norma existente. Além disso, o intervalo para repouso e alimentação deve ser mantido, conforme o artigo 71 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Esta reclamante é a típica trabalhadora de teleatendimento, cujo setor se formou, na

⁹⁷ Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) do Ministério do Trabalho. Portaria nº 9, de 30/03/2007. Publicada em Diário Oficial da União no dia 02/04/2007.

sua maioria, 96%, segundo BRAGA (2014) após a década de 1990, sendo que 76% após 1998, ano da privatização do sistema Telebrás.

Os antecedentes ocupacionais da reclamante são de trabalho de teleatendimento por curtos períodos de tempo em cada empresa, desde que tinha 21 anos de idade.

VENCO (2009b) registra que a maioria dos trabalhadores do setor, ouvidos em sua pesquisa, haviam começado a trabalhar aos quinze anos de idade no mercado informal. Em relação à reclamante, só foram registrados vínculos empregatícios formais.

FILGUEIRAS e DUTRA (2014) fizeram uma revisão de literatura sobre o setor, chamando a atenção para diversos tipos de adoecimento, entre os quais, LER/Dort, problemas de coluna, obesidade, problemas auditivos e infecção urinária. Tratam de aspectos da regulação do trabalho no setor, cujos trabalhadores são predominantemente mulheres, jovens, pouco qualificadas, sub-remuneradas e inseridas em categorias cuja organização se caracteriza pela fragilidade.

VENCO (2009b) diz que, a despeito desse fato, em suas entrevistas com gerentes, lhe foi relatado que existia uma preferência por mulheres com mais idade para alguns segmentos, particularmente na atividade de retenção de clientes que querem desistir do produto ou serviço adquirido. Também foi dito que mulheres com mais idade dão um certo equilíbrio no grupo, tornando-se exemplos para as mais jovens. Como muitas delas são pessoas que querem sair do âmbito exclusivamente doméstico, fazem de tudo para se manter no trabalho e teriam, supostamente, mais responsabilidade e compromisso com o trabalho. Seria também uma forma de fortalecer a resiliência das mais jovens diante das pressões para alcance das metas, baixos salários e más condições de trabalho?

A história clínica refere o surgimento de um cisto sinovial em punho esquerdo no final de 2007, retirado em cirurgia realizada em março de 2008, tendo ficado 15 dias afastada. Retornou ao trabalho e não mais se afastou. Na avaliação pericial, o perito registrou sintomas de dor no ombro direito, com irradiação para todo o membro superior, sem informar o início e características, assim como fatores de melhora ou piora. Teria sido antes ou depois do surgimento do cisto sinovial?

Ao exame físico, apresentava escoliose dorsal, genovaro (“*pernas de cowboy*,” arqueadas) e nenhum sinal de acometimento de ombros, cotovelos e punhos, segundo o perito. Exames ultrassonográficos de 21/11/2007 evidenciaram apenas cisto sinovial em face extensora do punho esquerdo.

O perito fez uma discussão sobre o caso, justificando o não estabelecimento do nexo causal nos seguintes fatos: 1. Móveis adequados, ausência de repetitividade na atividade de trabalho e número de toques dentro dos parâmetros estabelecidos pela NR 17; 2. Consideração apenas do cisto sinovial, resolvido com sua remoção; 3. Consideração do caráter degenerativo do cisto sinovial, sem relação com o trabalho.

Ignorou a queixa da reclamante de dor no ombro direito com irradiação para todo o

membro superior. O número de toques estabelecido pela NR 17 é de 8000 toques por hora trabalhada e foi normatizado em uma época em que um grande contingente de trabalhadores processava entrada de dados. Na atividade de teleatendimento, há digitação, mas também manuseio de *mouse*, para busca de informações e mudança de tela, que não foi considerado.

Além disso, outros aspectos constantes na NR 17 referentes à organização do trabalho, isto é, normas de produção, modo operatório, exigência de tempos, determinação do conteúdo de tempo e das tarefas, ritmo de trabalho, sequer foram mencionados, como lembrado anteriormente.

O perito concluiu pela ausência de incapacidade e ao responder a um quesito da reclamante, afirma que ela possuía a mesma habilidade e destreza que antes do surgimento do problema de saúde, sem ter registrado qualquer informação sobre esse aspecto anteriormente. Também ao responder a outro quesito da reclamante, refere que o quadro clínico não foi e nem poderia ser agravado pelo desempenho das mesmas atividades, sem fundamentar.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 00325-2004-033-02-00-4

Reclamante: gênero feminino, 30 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por pouco mais de 4 anos, de julho de 1999 a agosto de 2003, como operadora de equipamento.

Reclamada: Consladel Construtora e Laços Detetores e Eletrônica Ltda.

Laudo 68 - 30/06/2005

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial dá informações sobre o posto de trabalho da reclamada. Ela trabalhava como operadora de equipamento, no setor de processamento de imagens de filmes referentes a autuações de trânsito da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET). Eram 8 postos de trabalho, cada um com um microcomputador e um processador de filmes. Em cada posto trabalhavam 2 pessoas, sendo que uma processava o filme e fornecia informações e a outra digitava e conferia informações. Eram cadeiras com regulagem sem braços, sem apoio para punhos e pés. Em dias alternados a reclamante fazia as seguintes atividades: recebia o filme revelado, colocava no visualizador para visualizar as imagens, utilizava-se de zoom para aumentar ou diminuir a imagem, após visualizar a placa, a operadora do equipamento-leitor comunicava à operadora de micro – cada filme tinha 36 poses, analisava 50 filmes por dia, ou seja 1500 poses. Digitava o número de placa, a data e o horário da ocorrência e, a seguir, salvava as imagens a serem digitalizadas. Digitava 1500 placas com 3 letras e 4 números. Eram em média 800 multas por dia.

O perito justificou a não realização de medições de agentes físicos e químicos ambientais por não fazer parte dos riscos referentes ao caso, mas por outro lado, refere que a empresa reclamada não teria a comprovação de entrega de EPI à reclamante. O perito não discriminou qual EPI seria adequado para o caso.

A história clínica é de dores no cotovelo direito e ombros com início em 2001, imputadas pela reclamante à má posição de trabalho. Em fevereiro de 2002 teve o diagnóstico de epicondilite, sendo afastada do trabalho de abril de 2002 a agosto de 2003. Quando teve cessação do benefício ainda sentia dores no cotovelo direito. Não chegou a retornar ao trabalho pois foi demitida. Por ocasião da avaliação pericial referiu manter dor em cotovelo direito, embora em menor intensidade e dificuldades para realizar atividades da vida diária, como afazeres domésticos, lavar e secar cabelo. Ao exame físico, perito identificou dor à dígito-percussão e à flexoextensão em cotovelo direito e em ultrassonografias de cotovelo direito realizadas em agosto e novembro de 2004 identificou-se evidência de epicondilite de cotovelo direito.

Trata-se de um caso no qual os aspectos laborais são claramente relacionados à afecção musculoesquelética encontrada, havendo compatibilidade de queixas, exame físico e exame complementar para epicondilite de cotovelo. Também neste caso, a empresa pertence a um ramo de atividade cujo CNAE está associado a doenças do sistema musculoesquelético (BRASIL, 1999).

O perito concluiu pela existência de epicondilite de cotovelo direito relacionada à atividade laboral de digitação em posto de dimensão não adequada e incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 01452-2009-317-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 45 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 25 anos e meio, de junho de 1983 a dezembro de 2008, como mecânico de manutenção.

Reclamada: Fábrica de Grampos Aço Ltda.

Laudo 69 - 06/04/2010

Perito: médico ortopedista, com pós-graduação em reumatologia e especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

O laudo pericial fornece informações descontextualizadas e insuficientes.

Da atividade laboral se tem somente a seguinte informação: “pegava peso, apertava parafusos, desmontava e montava motores, trocava esteira de fornos, consertava ponte rolante,

carregava caixa de ferramentas.” (folha 172 dos autos).

Segundo o laudo, o reclamante sofreu dois acidentes típicos em 02/05/1984 e em 25/10/1984 com amputação parcial do 2º quirodáctilo direito e amputação da falange distal do 3º quirodáctilo direito, respectivamente. Por ocasião da avaliação pericial referia dor em ombro direito, com irradiação em todo o membro superior e hemitórax direito, com piora aos esforços, havia 8 anos.

Ao exame físico, o perito refere que às manobras clínicas específicas para verificar determinadas afecções ortopédicas em ombro, o reclamante teria apontado dores em locais discrepantes. Exames complementares apontaram em 2006, bursite de ombro direito e em 2009, tendinite do subescapular e do supraespinhoso.

O perito concluiu que a afecção do ombro direito não tem relação com a atividade laboral, afirmando que:

[...] a síndrome de impacto do ombro somente ocorre dentro de uma predisposição constitucional (distúrbios imunológicos, infecciosos, metabólicos, entre outros).

Muitas vezes, existem variações anatômicas locais (alterações da morfologia da articulação acrômio-clavicular, frouxidão ligamentar, hipermobilidade, osteoartrite, esporão de clavícula, esporão de acrômio, hipoplasia/ aplasia de ligamentos glenoumerais, protuberâncias ósseas, acrômios tipo II e III de Bigliani, etc, que determinam uma predisposição constitucional para o desenvolvimento desta tendinite. O autor não descreveu atividade de risco para a enfermidade do ombro. (Processo número 014522-2009-317-02-00-0, folhas 174 e 175).

Essa conclusão pericial merece alguns comentários. O perito considerou como diagnóstico somente a amputação parcial de dois quirodáctilos da mão direita e a síndrome do impacto a que se refere como a causa das afecções evidenciadas nos exames complementares, descartando a importância de se considerar a multicausalidade da bursite de ombro ou da tendinite do subescapular e do supraespinhoso, dependendo das exigências da atividade de trabalho, que por sua vez não foram descritas.

Por outro lado, o perito listou vários fatores predisponentes possíveis, mas não há qualquer registro de investigações dessas condições no caso concreto do reclamante. Assim, não há qualquer referência a uma condição predisponente do reclamante.

Outra questão que se coloca é o fato do perito não ter feito a descrição da atividade laboral, o que não permite ao leitor acompanhar qualquer raciocínio sobre a possibilidade de causa ocupacional.

E finalmente, a função de mecânico de manutenção industrial, como é o caso, exige o emprego de força nos membros superiores e coluna, uso de ferramentas como chaves de fenda e alicates, que exigem movimentos de repetição de punhos, cotovelos e ombros, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, carregamento de peso, como menciona o próprio perito, de forma incompleta.

O fato do reclamante ter tido duas amputações de dedos no mesmo ano é indicador de que as condições de trabalho eram inadequadas.

E a ausência de partes de dedos da mão direita não foi considerada como elemento que adiciona dificuldades para o desempenho da atividade de trabalho.

Um outro aspecto é o teor de cada resposta dada aos quesitos das partes, sem atender ao solicitado. Seguem alguns exemplos.

O quesito 3 da reclamada perguntava se a eventual lesão encontrada fazia parte da relação de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas com o trabalho do Ministério da Saúde. A resposta do perito se limitou aos seguintes dizeres: “Acidentes típicos. Enfermidade do ombro não é ocupacional.” (folha 175 dos autos). Não respondeu à pergunta, pois a resposta correta seria afirmativa, pois a bursite e a tendinite do supraespinhal fazem parte da lista do Ministério da Saúde, mesmo que no entender do perito não tivessem caráter ocupacional. A pergunta era outra, como se pode verificar.

Ao quesito 4 da reclamada (folha 176 dos autos), que solicitava do perito a informação sobre as possíveis causas descritas para a lesão, o perito se limitou a falar sobre as amputações, quando é claro que o reclamante havia solicitado informações sobre causas das doenças do ombro, ou sejam, a bursite e as tendinites de subescapular e supraespinhal.

Ao quesito 2 (folha 177 dos autos) do reclamante que solicita informações e descrição sobre as condições de trabalho proporcionadas pela reclamada, o perito responde: “Sem relação com os diagnósticos.” A mesma resposta o perito dá ao quesito 3 do reclamante (folha 177 dos autos) sobre as características ergonômicas dos postos de trabalho analisados, quando de fato, o perito não realizou análise ergonômica.

Quanto à incapacidade, refere ter usado a tabela da SUSEP, considerando exclusivamente as amputações, declarando que “o dano patrimonial em relação às amputações é de 9%.”

Trata-se de um laudo pericial que não analisou a atividade de trabalho, ignorou evidências de afecções de ombro direito compatíveis com as queixas clínicas e exames complementares, descartou a causa e a concausa no trabalho, sem fundamentar os motivos pelos quais assim procedeu, considerando somente amputações traumáticas de falanges distais do segundo e terceiro quirodáctilos direitos e não respondeu aos quesitos das partes a contento.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 00766-2009-203-02-00-5

Reclamante: gênero masculino, 41 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 3 anos e meio, de junho de 2005 a janeiro de 2009, como motorista de caminhão.

Reclamada: Golden Cargo Transportes e Logística Ltda.

Laudo 70 - 01/12/2009

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional sem avaliação de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a um reclamante com história de dor no ombro direito iniciada 3 anos após a admissão na reclamada, com irradiação para o braço e face anterior do tórax direito. Apesar de ter sido submetido a tratamento fisioterápico e ter se afastado do trabalho por 3 meses não obteve melhora. Essa dor teria sido desencadeada ou agravada, o que não fica claro na história registrada pelo perito, por uma queda que teria ocorrido no Piauí, não tendo procurado auxílio médico na ocasião. O reclamante referiu dor na coluna também.

Sobre as características de sua atividade laboral não há informações. O perito se refere, na folha 122 dos autos, que o reclamante “dirigia em várias partes da capital, assim como em outros estados da União.” Viajava ele com muita frequência para outros estados? Quanto tempo permanecia dirigindo? Quais eram as principais tensões durante essas viagens? Qual era a frequência de pausas para descanso? Carregava e descarregava o caminhão? Se sim, era em cada parada programada? Viajava com ajudante ou só? Como ocorreu a queda referida e em que contexto da história clínica ela ocorreu? Havia sintomas anteriores à queda e como foi a evolução do quadro clínico posterior ao episódio?

Ao exame físico, o perito encontrou dor em ombro direito e limitação dos movimentos de elevação e lateralização do membro superior direito.

O perito conclui pela existência de “patologia degenerativa que lhe compromete a articulação das vértebras da coluna vertebral, condição clínica que não guarda relação com o trabalho que exercia, mesmo porque trata-se de patologia heredoconstitucional”. Essa conclusão não considera sobretudo a alta prevalência de dor de coluna entre motoristas de caminhão, resultado de aspectos laborais dessa categoria profissional. LEMOS e col. (2014) realizaram um estudo transversal em uma população de 460 motoristas de caminhão de uma empresa de transporte de cargas e encontraram uma prevalência de 53,5% de dores musculoesqueléticas, sobretudo de coluna nos doze meses que antecederam a pesquisa, associadas principalmente ao hábito de não cochilar, à restrição de sono, ao medo de assalto, à tensão em dirigir e ao medo de sofrer acidente.

GIROTTTO e col. (2016) estudaram 665 motoristas de caminhão estacionados em um porto do Paraná no tocante ao uso contínuo de medicamentos, condições de trabalho e doenças, e constataram alta prevalência de dores musculoesqueléticas em braços, pernas ou coluna (35,6%).

ANDRUSAITIS (2004) em estudo de 410 motoristas de caminhão que utilizaram as rodovias paulistas Castello Branco, Raposo Tavares e Senador José Ermírio de Moraes em 9

meses de 2003, com mais de um ano de profissão e sem lombalgia prévia, encontrou a prevalência de 59% de lombalgia. Em relação ao ombro direito o perito concluiu também que os sintomas não guardam relação com o trabalho que exercia, “mesmo porque o Autor não laborava com o membro superior direito elevado acima do ângulo neutro do ombro.”

Além disso, a empresa reclamada pertencia a um ramo de atividade associado à frequência estatisticamente significativa de doenças musculoesqueléticas em relação aos demais ramos (BRASIL, 1999). Mais discussões sobre afecções de ombro, caráter degenerativo e ocupação são feitas no item 1.4. do capítulo 9.

A introdução do laudo pericial cria uma expectativa ambiciosa no leitor pois o perito referiu:

[...] nortear as pesquisas no reconhecimento e avaliação dos fatores ambientais ou de tensões nascidos no ou do local de trabalho que possam causar doenças, danos à saúde e ao bem estar, desconforto significativo e ineficiência entre os trabalhadores ou cidadãos de uma comunidade. (Processo número 00766-2009- 203-02-00-5, folha 121)

E ainda afirma que “o risco de dano à saúde em qualquer atividade laborativa será analisado considerando-se a interdependência ou dependência desses dois fatores,” depois de ter mencionado um conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde de “completo bem estar físico, mental e social e não apenas de ausência de doença ou enfermidade”. (Folha 121 dos autos).

No item da conclusão, antes de anunciá-la, o perito também referiu que vários elementos foram analisados antes, entre eles, as tarefas descritas pelo reclamante, os antecedentes ocupacionais, a história da doença atual, o exame físico, os exames complementares e os autos. Definitivamente, essas afirmações não encontram correspondência com o conteúdo do laudo, que tem como principal característica a laconicidade, as informações superficiais e inexploradas tanto sobre a atividade de trabalho do reclamante como sobre sua história clínica.

A avaliação de incapacidade não foi analisada.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Na segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 00690-2006-030-02-00-1

Reclamante: gênero masculino, 42 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 3 anos, de fevereiro de 2002 a abril de 2005, como operador de produção.

Reclamada: Roberto Bosch Ltda.

Laudo 71 - 26/02/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho e medicina legal.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a um reclamante que tinha na empresa reclamada uma função com nome genérico, operador de produção, mas que de fato era um montador de motores para limpadores de para-brisas. Trabalhava na linha de montagem das 14 às 22 horas, com 30 minutos de intervalo para a refeição, inserindo componentes nos motores. A produção da linha era de 300 motores por hora, isto é, 5 motores por minuto. Não trabalhava em sistema de rodízio.

Em novembro de 2002, 9 meses depois da admissão, começou a sentir formigamento em mão e punho direito e na ocasião procurou o médico. Ficou sem diagnóstico com eletroneuromiografia normal, mas foi afastado do trabalho de novembro de 2002 a janeiro de 2003, retornando ao trabalho na mesma função.

Em outubro do mesmo ano, com dor agravada e dessa vez, com eletroneuromiografia alterada, teve o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo em punho direito. Foi afastado novamente por um ano e meio. Uma semana depois de cessado o benefício previdenciário, foi demitido.

Ao exame físico, o perito identifica sinais compatíveis com síndrome do túnel do carpo com redução da força muscular. Exames de eletroneuromiografia realizados em novembro de 2003, dezembro de 2004 e julho de 2005 indicaram síndrome do túnel do carpo em punho direito, de graus muito leve, leve e moderado, respectivamente.

Trata-se de um reclamante que trabalhou em uma típica linha de montagem e o perito concluiu pela existência de síndrome do túnel do carpo em punho direito, relacionado ao trabalho realizado na empresa reclamada e pela existência de incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas. A empresa pertencia também a um ramo de atividade que apresenta frequência estatisticamente significativa de afecções musculoesqueléticas em relação aos demais ramos (BRASIL, 1999).

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada procedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 0818-2006-463-02-00-0

Reclamante: gênero feminino, 30 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por 9 meses, de agosto de 2003 a julho de 2004, como auxiliar de embalagem.

Reclamada: Uci Farma Indústria Farmacêutica Ltda.

Laudo 72 - 01/11/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional sem avaliação de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a uma reclamante, que após 4 ou 5 meses de trabalho, começou a ter fortes dores no punho esquerdo e perda de força na mão. Teve diagnóstico de tendinite, tendo sido afastada por 5 dias sob tratamento fisioterápico e imobilização. Após um mês passou a ter dor também no punho direito, mas trabalhou até ser demitida alguns meses depois.

No momento da perícia apresentava dor em punhos, braços, região da nuca, quadril e joelhos.

Ao exame físico, o perito registrou pesquisa positiva para fibromialgia quando se refere a ombros. No entanto, por definição, a fibromialgia é uma entidade clínica sem delimitação em determinados segmentos do corpo e sim generalizada. Por outro lado, a síndrome miofascial, com certa frequência confundida com a fibromialgia, pode se apresentar somente na região dos ombros. De fato, não existe fibromialgia localizada., pois por definição, se trata de dor disseminada.

Também em nota de rodapé, de número 1, na folha 111 dos autos, o perito faz um esclarecimento equivocado: “Testes de compressão com 18 pontos-gatilho preconizados pela Associação Americana de Reumatologia para diagnóstico clínico de fibromialgia,” sendo que uma das características da fibromialgia é a positividade de 11 de 18 *tender points* à palpação com aproximadamente 4 kgf, localizados nas regiões dos occipitais, cervicais, trapézios, supraespinhais, segundas costelas, epicôndilos laterais, glúteos, grandes trocanteres, joelhos (BRASIL, 2012).

Como se pode verificar, são pontos localizados nas partes acima e abaixo da cintura e em ambos hemisferos, direito e esquerdo e não poderiam ser restritos aos ombros.

Na outra nota de rodapé, de número 2, da folha 111 dos autos, o perito faz referência a 10 pontos positivos listando os *tender points* acima citados e não 11. Dessa forma, ambas as notas de rodapé contêm equívocos técnicos, embora deva-se ressaltar que essa classificação se dá em função de padronização para comparação de estudos populacionais. Na prática clínica são critérios que devem ser relativizados.

Sobre a atividade laboral, inicialmente o perito afirma que a reclamante trabalhava na linha de embalagem de xaropes ou de pomadas. No entanto, se refere a uma encartuchadeira. Seria na embalagem de pomada, já que depois se refere a blister? Na linha de embalagem dos xaropes ocupava um dos postos a seguir, isto é, montava caixas ou embalava vidros ou fechava vidros. Na máquina encartuchadeira semiautomática, que talvez fosse na linha de embalagem das pomadas, não é possível dizer quais operações eram realizadas manualmente.

O perito se refere à alimentação da máquina, colocação de bula e colocação de blister realizadas por 3 funcionários. Refere a produção de 7500 embalagens das 9h às 11h40, sendo que a cada segundo, 1,3 embalagens passam para a montagem para colocação de blister (3 funcionários). Seriam então, aproximadamente uma embalagem a cada 3 a 4 segundos para cada pessoa?

Embora o perito não tenha descrito a atividade de trabalho de forma detalhada, é de amplo conhecimento que as linhas de embalagem exigem movimentos repetitivos dos membros superiores com sobrecarga estática da musculatura da cintura escapular, que garantem a postura e a precisão de movimentos dos segmentos distais, e que podem causar dores e afecções do sistema musculoesquelético (LUOPAJÄRVI e col., 1979; McCORMACK e col., 1990; KURPPA e col., 1991; MAEDA e col., 1982).

Na discussão (folha 113 dos autos), o perito descreve sintomas comuns na fibromialgia, como “pontos dolorosos específicos ou difusos; distúrbios do sono com fadiga e rigidez matinais, relação com mudanças do tempo e situações angustiantes, tendência à cronicidade. Atinge indivíduos de personalidade perfeccionista e deprimidos (...)” Em seguida, afirma que “as fibromialgias são predominantes em certos pacientes de LER como o de telefonista. Nesses profissionais predominam as dores difusas, sem lesões específicas demonstráveis (...)”

Concluiu-se pela existência somente de fibromialgia, sem considerar afecções localizadas.

Trata-se de um laudo pericial referente a uma reclamante que trabalhou em empresa pertencente a um ramo de atividade no qual há maior frequência de afecções musculoesqueléticas em relação a outros ramos (BRASIL, 1999), o que não foi lembrado pelo perito. Além disso, há incongruências técnicas entre as definições de fibromialgia e síndrome miofascial utilizadas pelo perito, conforme apontado, em que não foram registrados sintomas que o perito citou como característicos da fibromialgia, entre os quais, distúrbios do sono com fadiga e rigidez matinais ou personalidade perfeccionista e depressão e que afirma certos pacientes com LER têm fibromialgia concomitante.

Apesar disso, não se estabeleceu nexos causal entre o quadro clínico e a atividade de trabalho, sequer considerou concausa. Estudo de LIN e col. (1997), realizado com 109 pacientes com LER/Dort, que se tratavam na Clínica de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, de 1991 a 1995, mostrou que 94,5% apresentavam quadro de síndrome de dor miofascial, enquanto 21% apresentavam fibromialgia. Há mais uma contradição cometida pelo perito.

O perito ratifica que:

[...] as dores acometendo os membros superiores tinham relação com os movimentos exigidos, porém ressaltou que houve tratamento adequado e afastamento das atividades pelo período de cinco dias, necessário ao restabelecimento da condição de normalidade. Tal episódio ocorreu após quatro, cinco meses de trabalho e não mais se repetiu até a demissão, o que em medicina equivale a dizer cura dos sinais e sintomas. (Processo número 0818-2006-463-02-00-0, folha 124)

Ele admite a relação das dores dos membros superiores com o trabalho mas presume que a cura ocorreu em cinco dias, afirmação que não encontra qualquer referência bibliográfica. Também o fato de ter trabalhado depois não equivale à cura, pois desconsidera o

presenteísmo.

A incapacidade não foi avaliada.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 01458-2007-006-02-00-8

Reclamante: gênero feminino, 39 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por 3 anos, de fevereiro de 2004 a fevereiro de 2007, como auxiliar de serviços gerais.

Reclamada: Apoio - Hospital Geriátrico Ltda.

Laudo 73 - 24/03/2008

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a uma reclamante que, embora fosse contratada como auxiliar de serviços gerais, trabalhava na empresa reclamada das 13 h às 19 h, cuidando de idosos, o que incluía banho, acomodação em cadeira de rodas e na cama que era mais alta, o que exigia que elevasse os braços, fazendo o esforço de acomodar os idosos. Trabalhava também na limpeza, lavando banheiros e fazendo a limpeza da edificação. Não há informações sobre número de idosos sob seus cuidados, sobre o estado geral de dependência dos idosos, sobre os horários a serem obedecidos, sobre disponibilidade de cadeiras de rodas, camas com regulagem e outros dispositivos que facilitam a mobilidade e a manipulação dos idosos. Tampouco há uma avaliação sobre a carga de trabalho com idosos diretamente e com a limpeza da edificação. Essas informações dariam maior precisão à carga física e mental a qual se submetia a reclamante.

A história clínica revela um processo de dor nos ombros, punhos, cotovelos e nos dedos da mão esquerda com início após um ano de trabalho na empresa reclamada, após episódio de dor súbita em ombro esquerdo quando estava transportando e colocando um dos idosos para se deitar. Esse fato foi apenas citado mas não foi explorado de forma aprofundada no laudo pericial, mas a história clínica da reclamante inclui tratamento por tempo prolongado, entre imobilizações de membros superiores, sessões de fisioterapia, uso de medicamentos.

Estava em tratamento quando foi demitida em 15/02/2008. São registrados vários afastamentos com recebimento de auxílios-doença do INSS: de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006, em setembro de 2006, em novembro de 2006. Após a demissão, houve benefícios previdenciários temporários concedidos em fevereiro de 2007, setembro desse mesmo ano a fevereiro de 2008. Tinha perícia agendada pelo INSS para abril de 2008, logo depois da perícia judicial.

Na perícia, referiu manter a dor em ombros, punhos, cotovelos e nos dedos da mão esquerda e estava sob tratamento.

Ao exame físico o perito registrou redução da força em ambos os membros superiores, dor à flexoextensão em ambos os ombros, sinais indicativos de afecção em supraespinhal de ambos os ombros, acentuada atrofia de musculatura do deltoide esquerdo. Exames complementares evidenciaram redução de espaços disciais e osteofitoses anteriores (março de 2005), acentuada atrofia da musculatura deltoide esquerda em exame ultrassonográfico de abril de 2005, afecção radicular cervical crônica em eletroneuromiografia de janeiro de 2006, entre outros problemas.

O perito concluiu que a reclamante tinha:

[...] acentuada atrofia da musculatura deltoide esquerda, ombro esquerdo, moléstias profissionais, de nexo causal com as atividades executadas na ré, tendo em vista que executava atividades repetitivas de transporte de pessoas idosas, caracterizando-se o risco ergonômico, tendo gerado incapacidade laboral para as atividades anteriormente executadas. (Processo número 01458-2007-006-02-00- 8, folha 115).

O trabalho de cuidador de idoso em instituições de longa permanência inclui proporcionar cuidados de higiene, fazer companhia, promover movimento e conforto a idosos de diferentes condições de dependência, incapacidade e saúde. ANDERSEN e col. (2012) em estudo que estimou o risco de absenteísmo prolongados de cuidadores de idosos por dor em diferentes regiões do corpo, acompanharam 8952 trabalhadores por um ano e verificaram que a prevalência de dor crônica foi de 23% atingindo a coluna lombar, 28% atingindo pescoço e ombros e 12% atingindo joelhos. A dor crônica no pescoço, ombros e joelhos se mostrou um fator de risco para afastamentos do trabalho longos.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada procedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 02016-2007-432-02-00-8

Reclamante: gênero feminino, 46 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 7 anos e meio, desde janeiro de 2001, como operadora de injetora e com vínculo por ocasião da perícia, em outubro de 2008.

Reclamada: Gerber Indústria e Comércio Ltda.

Laudos 74 - 20/10/2008

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional sem avaliação de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a uma reclamante que no momento da perícia, em outubro de 2008, se encontrava afastada do trabalho pelo INSS, desde 02/01/2003, pela

doença em pauta no processo judicial.

Ela operava uma máquina injetora de plástico, que produzia estojos para óculos. O perito refere que nessa função, ela realizava as operações de abrir a tampa protetora para retirar um conjunto de dois estojos unidos entre si, separar os estojos com uma lâmina e depositá-los em um cesto. Essas operações eram realizadas 800 vezes por dia.

Não há uma história clínica registrada, a não ser a informação de que a reclamante tinha dores no “corpo, braço, ombro pescoço e na coluna”, sem especificação do lado ou outras características desse sintoma, entre as quais evolução, fatores de melhora e piora.

Ao exame físico, sucinto, há apenas referência à dor em diversos sítios anatômicos à movimentação e à palpação dos membros superiores sem maiores especificações, e à palpação da coluna cervical, que se apresentava com a mobilidade reduzida. Exames complementares apresentavam alterações: tendinopatia do supraespinhoso bilateralmente, com pequena quantidade de líquido em bursa subacromial-subdeltoidea bilateralmente e espondilodiscoartrose da coluna lombossacra na ressonância magnética, ambos de outubro de 2006.

O perito concluiu pela existência de quadro de osteoartrose generalizada, sem relação com o trabalho, pois segundo o perito a doença é degenerativa e o “ambiente laboral em tela caracteriza-se como não gravoso e salubre.” (folha 258 dos autos) Na folha 259 dos autos, o perito afirma, respondendo ao quesito 13 da reclamante, que “o trabalho era inócuo.” Não considera sequer a concausa, A incapacidade não foi avaliada.

A conclusão pericial não resulta de uma linha de raciocínio a partir de elementos registrados no laudo pericial.

A história clínica não foi feita, apenas há uma informação de dor no corpo, braço, ombro pescoço e na coluna, sem outras especificações. O exame físico traz informação genérica de dor em vários pontos dos membros superiores e à palpação da coluna cervical, não fornecendo informações qualquer informação sobre outros segmentos como a coluna lombossacra, que se evidencia com sinais de espondilodiscoartrose à ressonância magnética. A ultrassonografia de ombros mostrou afecção de supraespinhoso bilateralmente, o que foi ignorado pelo perito.

Pergunta-se como o perito concluiu pela existência de osteoartrose generalizada, se o único segmento no qual há evidências desse processo é a coluna lombossacra, que não foi objeto de queixa clínica e tampouco de exame físico alterado.

Há também uma contradição adicional no laudo pericial, pois ao mesmo tempo em que o perito descarta qualquer influência da atividade laboral sobre a osteoartrose, na folha 257 dos autos, ele dá a entender que um dos fatores de aumento de possibilidade de ocorrência dessa doença é se submeter a “cargas maiores do que as atividades diárias normais, principalmente se envolvida com impacto repetitivo ou torção”. Não explicita o que seriam “atividades diárias normais”.

Sobre a atividade laboral descrita pelo perito sucintamente, não se discute porque a atividade não foi considerada repetitiva, se ele refere a repetição do mesmo ciclo 800 vezes em um dia. Supondo uma jornada de 8 horas, excluindo o almoço, seriam 100 ciclos a cada 60 minutos, isto é 1,6 ciclo por minuto.

Ao responder o quesito suplementar 2, na folha 274 dos autos, ele afirma que “as atividades não são repetitivas, uma vez que a reclamante operava o ciclo completo.” Essa frase carece de qualquer sentido pois não há relação entre a definição de repetitividade e a realização ou não de ciclos completos de trabalho por um mesmo operador. Assim, o conteúdo do laudo pericial não só não apóia a conclusão, como contém as inconsistências e contradições citadas.

A incapacidade não foi avaliada.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada improcedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 04391-2005-434-02-00-3

Reclamante: gênero masculino, 34 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 3 anos, de julho de 2001 a setembro de 2004, faqueiro.

Reclamada: Marfrig Frigorífico e Com Alimentos Ltda.

Laudo 75 - 01/10/2007

Perito: médica com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a um reclamante que trabalhou numa das maiores empresas do ramo frigorífico no mundo, que atualmente engloba marcas como Montana, Bassi, Marfrig Angus, entre outras, no Brasil, Uruguai e Estados Unidos. O reclamante trabalhou na unidade localizada em Santo André.

Sobre o processo de trabalho, este laudo pericial traz as seguintes informações:

Laborou na ré no setor de desossa, onde recebia a mercadoria (carne bonina), procedia à desossa da peça e encaminhava as partes para os locais determinados.

Também auxiliava no carregamento e descarregamento de caminhões contendo cargas (quando necessário). Descarregava costelas, picanhas, contra-filet montava paletes. As peças pesavam cerca de 20 a 30 quilos cada e eram retiradas manualmente e colocadas em paletes. Usava EPIs (luvas de malha de aço), bota, avental impermeável, uniforme, calça, gorro. (Processo número 04391-2005-434-02-00-3, folha 116).

Não fez comentários, a não ser no item da conclusão.

A história clínica registrada não deu informações sobre as características dos

sintomas, localização e evolução. Registrou-se dor no antebraço, com início por ocasião de quando passou a trabalhar na atividade de descarregamento, sem especificação de data e nem a informação se era do lado direito ou esquerdo. Teve diagnóstico de tendinite em dezembro de 2003 sendo afastado do trabalho até março de 2004, com dor e edema no braço (não há informação sobre o lado).

Retornou ao trabalho na mesma atividade sendo demitido em setembro de 2004. Não se tem informações das queixas, de eventuais mudanças clínicas por ocasião da perícia.

Ao exame físico, segundo a perita, apresentava somente discreta dor durante manobra em cotovelos, mais à esquerda. Refere que o reclamante referiu dor em cotovelo esquerdo quando feito o teste para verificação de epicondilite.

O leitor não consegue comparar a situação por ocasião da perícia com a época durante a qual o reclamante trabalhava na empresa reclamada, pois não há dados clínicos suficientes.

A perita concluiu que “as atividades laborativas analisadas sob o ponto de vista ergonômico não apresentam fatores que possam desencadear ou contribuir para distúrbios musculoesqueléticos.” E que assim, a doença apresentada pelo reclamante não tem relação com a sua atividade laboral na reclamada. No laudo pericial não consta análise da atividade de trabalho.

As operações citadas pela perita são típicas de operações de trabalho de um frigorífico, dentre outras, e as atividades de trabalho nesse ramo econômico têm sido estudadas amplamente, caracterizando-se como uma das que propiciam alta incidência de várias formas de adoecimento, em particular as afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, entre as quais as LER/Dort.

A alta prevalência de problemas de saúde nesse ramo de atividade foi constatada pela Previdência Social na lista C do anexo II do Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999), que correlaciona o código nacional de atividade econômica dos frigoríficos a doenças dos sistemas gastrointestinal, musculoesquelético, bem como a doenças da pele e da esfera psíquica.

Em 2013, com o objetivo de “estabelecer os requisitos mínimos para a avaliação, controle e monitoramento dos riscos existentes nas atividades desenvolvidas na indústria de abate e processamento de carnes e derivados destinados ao consumo humano, (...)” foi publicada a norma regulamentadora nº 36 – NR 36 (BRASIL, 2013).

A leitura da NR 36 dá ideia das diversas dimensões das situações de trabalho adoecedoras e em particular no que se refere ao sistema musculoesquelético. Estipula a implementação de rodízio de atividades dentro da jornada diária que propicie o atendimento de pelo menos uma das seguintes alterações:

- a) alternância das posições de trabalho, tais como postura sentada com a postura em pé; b)

alternância dos grupos musculares solicitados; c) alternância com atividades sem exigências de repetitividade; d) redução de exigências posturais, tais como elevações, flexões/ extensões extremas dos segmentos corporais, desvios cúbito-radiais excessivos dos punhos, entre outros; e) redução ou minimização dos esforços estáticos e dinâmicos mais frequentes; f) alternância com atividades cuja exposição ambiental ao ruído, umidade, calor, frio, seja mais confortável; g) redução de carregamento, manuseio e levantamento de cargas e pesos; h) redução da monotonia. Embora o laudo pericial seja anterior à publicação da norma regulamentadora, é posterior à divulgação ampla do estudo da Previdência Social, que deu início aonexo técnico epidemiológico e fator acidentário de prevenção (BRASIL, 2006).

HECK (2013, 2017) fez estudos sobre o processo de trabalho do abate de frangos e suínos e a relação com os adoecimentos relacionados à atividade de trabalho, chamando a atenção para a alta rotatividade dos trabalhadores desse setor no Paraná, com expressivo percentual dos desligamentos ocorrerem a pedido do trabalhador, levantando a hipótese de fuga das condições de trabalho penosas.

Informa, que segundo o banco de dados da RAIS⁹⁸/CAGED⁹⁹, de janeiro de 2007 a fevereiro de 2012, no Paraná foram admitidos 128.724 trabalhadores magarefes e abatedores, desligados 117.045, sendo que 66.146 desligamentos ocorreram a pedido do trabalhador.

Cita a cidade de Toledo, cujo número de admitidos no mesmo período foi de 6.828, desligados de 7.003 e desligados a pedido do trabalhador, 2.480. Se no caso do estado do Paraná o saldo foi positivo (11.679 trabalhadores), na cidade citada o saldo foi negativo (-175 trabalhadores).

Em 2013, o Ministério Público do Trabalho (ESQUIVEL, 2013) publicou um livro de fotos com postos de trabalho de um frigorífico. Das páginas 39 a 43, é possível ter uma certa ideia da atividade de trabalho da desossa de bovinos e carregamento.

Produções em diversos tipos de mídia e uma ação nacional do Ministério Público do Trabalho revelam os vários prismas de interesse do mundo do trabalho no setor frigorífico, referentes a irregularidades das relações de trabalho, a condições penosas de trabalho e a adoecimentos em grande escala (ONG Repórter Brasil, 2011, 2013).

Um número da Revista Acta Fisiátrica foi dedicado ao caso de um programa de reabilitação profissional e reinserção de grande contingente de trabalhadores com LER/Dort de uma empresa do ramo frigorífico em Videira, desencadeado pelo Ministério Público do Trabalho por meio de um Termo de Ajuste de Conduta, com participação de várias instituições públicas¹⁰⁰.

A literatura estrangeira já relatava afecções musculoesqueléticas em frigoríficos antes e durante a década de 1990 (ROTO e KIVI, 1984; FALCK e AARNIO, 1988; KURPPA, 1991;

⁹⁸ RAIS: Relação Anual de Informações Sociais, instituída pelo Decreto nº 76.900, de 23/12/1975.

⁹⁹ CAGED: Cadastro Permanente das Admissões e Dispensas de Empregados, , criado pela Lei nº 4.923/65, de 23/12/1965.

¹⁰⁰ Acta Fisiátrica, vol., 16, n. 2, junho 2009. Disponível em http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=107 > acesso em 17/11/2017

HAGBERG e col., 1992). O estudo de FALCK e AARNIO (1983) é particularmente interessante, pois demonstrou que a afecção estudada, a síndrome do túnel do carpo, afetava mais o lado não dominante, por provável estresse mecânico. Enquanto os instrumentos eram manejados com o membro superior direito, o posicionamento das peças e a fixação para o manejo ficam com o esquerdo.

O conhecimento existente sobre as condições de trabalho nos frigoríficos na época em que a avaliação pericial foi feita já permitia a formulação da pergunta: o que a empresa reclamada do ramo frigorífico teria de diferente das demais? Quais aspectos do trabalho seriam diferentes e não agrediriam a saúde do trabalhador?

Também em relação à incapacidade, concluiu-se pela ausência de incapacidade laboral argumentando-se que o reclamante poderia retornar à atividade de faqueiro, “pois para desenvolver suas atividades não executava tarefas que exigiam esforços com repetitividade e força muscular aplicada na região do punho.” (folha 125 dos autos).

Cita um conceito ultrapassado de incapacidade:

[...] qualquer redução ou falta (resultante de uma “deficiência” ou “disfunção”) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal. (Processo número 04391-2005-434-02-00-3, folha 123-124).

Como faqueiro, conforme a perita citou, trabalhava no setor da desossa, onde se separa a carne do osso. Para realizar essa atividade, o faqueiro, empunhando uma faca vai cortando parte por parte da carne, separando-a do osso, seguindo uma técnica que permita posteriormente, fazer os cortes desejados. Com as peças são grandes, no caso dos bovinos, a pega varia e exige do faqueiro que fique em diferentes posições, sempre com a coluna em flexão em diferentes ângulos. O esforço exige de todo o membro superior direito (no caso do destro) força e execução de movimentos repetitivos, sobrecarregando punho, cotovelo e ombro. Com o outro membro superior o faqueiro vai posicionando a peça para a desossa, segurando com firmeza, o que sobrecarrega também todo o membro superior. Dessa forma, teria sido importante a perita justificar o seu parecer de que o reclamante não estaria incapacitado para essa função.

Trata-se assim, de um laudo cujo ponto de partida é o nexa presumido do quadro clínico com a atividade de trabalho, com vasto conhecimento científico sobre o adoecimento e condições de trabalho no setor, várias ações do Ministério Público do Trabalho. Para chegar à conclusão de que não havia nexa causal com o trabalho, o laudo teria que conter necessariamente evidências robustas de que as condições de trabalho seriam diferentes nessa empresa, o que não foi feito.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada improcedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 01754-2005-049-02-00-5

Reclamante: gênero masculino, 48 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por mais de 23 anos, de março de 1982 a abril de 2005, como escriturário compensador.

Reclamada: Banco Bradesco S/A.

Laudo 76 - 01/03/2006

Perito: médico.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial.

Este laudo pericial se refere a um reclamante cujo primeiro empregador foi a empresa reclamada, do ramo financeiro. Embora seu cargo fosse o de chefe de serviço A, de fato, suas atividades eram operacionais. Recebia caixas de cheques de agências diversas, os colocava na máquina, acionava os comandos e os recolhia, organizando-os em maço e lhes passando elásticos em volta. Trabalhava das 20h às 4h15 e o número de cheques compensados variava de 700.000 a 1.500.000. Trabalhava com um colega com quem rodiziava, ora recolhendo os cheques para organizá-lo em grupos e lhes passando um elástico ora na operação de contagem. Nesse posto, para organizar o lote de cheques e alcançar os elásticos que passam em frente, havia necessidade de elevar e abduzir (lateralizar) os braços. Após aproximadamente 20 anos de trabalho começou a sentir dor no ombro direito, recebendo diagnóstico de tendinite calcárea do ombro direito. Foi submetido a uma cirurgia em fevereiro de dezembro de 2004.

O perito estabeleceu nexos causal entre o quadro clínico e a atividade de trabalho, fundamentando o surgimento da lesão em ombro na necessidade que o reclamante tinha de elevar e lateralizar os braços para organizar os maços de cheques e colocar-lhes elásticos. Embora não mencionado pelo perito, o trabalho em banco tem associação estatística com a ocorrência de afecções musculoesqueléticas (BRASIL, 1999).

Sobre a incapacidade, concluiu que o reclamante tinha diminuição da capacidade laborativa e não poderia retornar às atividades que exercia. Poderia sim, ter outras atividades mas estava em posição de desvantagem no mercado de trabalho por sua condição.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e ação foi julgada procedente.

Em segunda instância, foi mantida.

Processo número 00175-2007-021-02-00-1

Reclamante: gênero feminino, 42 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por quase 5 anos, de abril de 2001 a fevereiro de 2006, como assistente de venda.

Reclamada: Textil Rossini do Brasil Ltda - M. Martan.

Laudo 77 - 20/02/2008

Perito: médico cirurgião do aparelho digestivo com especialização em medicina do trabalho, perito do INSS.

Conclusão: existência de doença ocupacional no passado e ausência de incapacidade.

O perito constatou que a reclamante havia trabalhado em uma das lojas da empresa, de cama e mesa e acessórios. Suas funções incluíam atendimento ao cliente, arrumação do setor, organização do estoque e transporte de mercadorias acondicionadas em caixas ao estoque. Havia meta de vendas de cinco itens por dia. O perito destacou a inexistência de levantamento de carga acima dos ombros e a exigência de movimentos de flexão e extensão dos dedos das mãos, com grande repetitividade e movimentação de cargas de pouco peso. Não explicitou no que consistiam essas operações. Havia citado anteriormente as peças manuseadas pelas vendedoras, que seriam jogos de lençol, edredon, fronhas, travesseiros, toalhas.

O quadro clínico descrito se refere a sintomatologia dolorosa no cotovelo direito, porção dorsal, em facada, contínua, que piorava ao levar peso de jogos de lençóis e edredons. A dor persistia à noite com irradiação para o ombro direito. Recebeu auxílio médico na ocasião. Em dezembro de 2001 sofreu uma queda que resultou em lesão do tornozelo direito, ficando dois dias afastada do trabalho. Em novembro, com diagnóstico de epicondilite lateral de cotovelo direito e bursite subdeltoidea, foi afastada do trabalho. Na avaliação pericial a reclamante referiu fazer uso de medicamentos para dor com orientação médica.

Ao exame físico, o perito nada constatou e assim a considerou clinicamente hígida no momento da perícia, sem incapacidade para a função de vendedora. Mas “durante o pacto laboral, ficou evidenciado que a reclamante foi portadora de epicondilite medial e lateral dos cotovelos, além de tendinopatia dos flexores e extensores dos punhos. Houve também o surgimento de bursite bilateral (subacromial e deltoidea).”

Relacionou a epicondilite medial à função de vendedora. No texto que discorre sobre a epicondilite (folhas 218 e 219), afirma que, embora possa surgir de uma alteração inflamatória aguda, em geral decorre de um processo degenerativo, fruto de desgaste das fibras aponeuróticas do cotovelo.

O laudo pericial concluiu pela existência de um quadro musculoesquelético com várias doenças, durante o vínculo empregatício. Uma delas, a epicondilite medial, foi relacionada à atividade de trabalho. As afecções de ombros foram descartadas pelo fato de que segundo sua avaliação, a reclamante não trabalhava realizando movimentos de membros superiores acima da linha dos ombros.

Discussão sobre esse aspecto é feita no item 2 do capítulo 9.

O perito descartou a presença de doenças no momento da avaliação pericial, sem ter registrado a existência ou inexistência de queixas de saúde da reclamante naquela ocasião,

isto é, deixou de registrar um dos aspectos fundamentais em uma avaliação clínica. No entanto, um dos indicadores de que a reclamante continuava a ter sintomas era a permanência do uso de medicações para dor com indicação médica. Esse fato foi ignorado pelo perito.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente embora a reclamante tenha sido considerada apta pelo perito. A juíza considerou que a ação por danos morais foi pedida “pelos prejuízos morais e dor psicológica decorrentes das dificuldades passadas na reclamada pelo trabalho executando serviços com peso excessivo e pela decorrente doença profissional que a lesionou, ainda que temporariamente.” (Folhas 350 e 351 dos autos).

A situação pós-rescisão contratual não foi considerada. A sentença foi mantida em segunda instância.

Processo número 01270-2007-060-02-00-5

Reclamante: gênero feminino, 49 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por quase 29 anos, de abril de 1978 a março de 2007, como escriturária.

Reclamada: Banco Santander Banespa S/A/ Banesprev - Fundo Banespa de Seguridade Social.

Laudo 78 - 04/08/2008

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial e permanente.

Este laudo pericial descreve atividades de trabalho da reclamante na empresa reclamada peculiares a uma bancária de carreira longa, iniciada quando o sistema financeiro ainda não tinha um sistema informatizado.

Quando foi admitida pela empresa, a reclamante fazia recadastramento de CPF para todos os clientes, trabalho este que era por escrita manual. Posteriormente, ainda manualmente, também fazia abertura de contas, com transferência de dados por máquina de datilografia. Posteriormente trabalhou no caixa, por cerca de 4 anos, atendendo clientes, fazendo autenticação de documentos e contagem manual de dinheiro. Trabalhou na retaguarda do caixa, fazendo a separação dos documentos e a somatória dos lotes de mesma natureza (separação, classificação e soma). Voltou a trabalhar na abertura de contas, ainda com escrita manual, realizando transferência dos dados para a ficha do cliente por máquina de datilografia.

A partir de 1995 foram implantados os microcomputadores sendo que todas as atividades citadas passaram a ser realizadas em microcomputadores, com digitação constante. Trabalhou também na abertura e no cadastro de contas pessoa jurídica, com operação intensa de datilografia. Nos últimos 4 anos de vínculo com a empresa reclamada, trabalhara no CL

(Crédito e Liquidação), setor no qual havia exigência de muita digitação dos contratos de acordos com os clientes e montagem de processos.

A história clínica registrada no laudo teve início aproximado em 1994, 16 anos depois da admissão na empresa reclamada, época em que o sistema informatizado no banco começou a se expandir, com dores nos ombros, cotovelos e face anterior dos antebraços. Teve diagnóstico de epicondilite lateral bilateral, tendinopatia do supraesepinhoso bilateral, tendinopatia bicipital esquerda e espessamento sinovial em face extensora dos punhos. Nunca se afastou por esse motivo, pois mantinha tratamento em horários compatíveis com a jornada de trabalho.

O primeiro afastamento do trabalho ocorreu por gravidez de risco, de dezembro de 2001 a julho de 2002, entrando depois em licença-maternidade. Teve depressão pós-parto e passou vários anos afastada do trabalho, até que se aposentou por tempo de contribuição em março de 2007.

Por ocasião da avaliação pericial ainda fazia uso de medicamentos para dor e para a depressão, além de acupuntura, fisioterapia e psicoterapia. O exame físico revelou manobras clínicas indicadoras de afecção de punhos e 18 *tender points* positivos, evidenciando fibromialgia. Há exames de imagem com evidências de afecções de punhos, cotovelos e ombros.

O perito concluiu pela existência denexo causal entre o quadro clínico e o trabalho, pela compatibilidade entre a atividade de trabalho e a história clínica e quadro apresentado, e por evidências epidemiológicas:

É sabido que as funções de digitadora e caixa de banco, executando movimentos repetitivos com solicitação dos mesmos grupamentos musculares, são fatores predisponentes para o surgimento de LER/Dort dos membros superiores, como no presente caso, podendo-se, desta forma, configurar onexo causal. (Processo número 01270-2007-060-02-00-5, folha 347).

Sobre a fibromialgia, sua posição foi a de que sua presença não afastaria onexo causal ou concausal. Observa-se também o presenteísmo neste caso.

Concluiu também pela existência de incapacidade parcial e permanente, ensejando mudança de função, caso quisesse retornar ao mercado de trabalho.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente.

Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 01428-2006-318-02-00-5

Reclamante: gênero feminino, 30 anos, tendo trabalhado na empresa reclamada por quase 5 anos, de outubro de 1997 a julho de 2002, como atendente e caixa.

Reclamada: Banco Bradesco S/A.

Laudo 79 - 24/04/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

O laudo pericial se refere a uma reclamante que trabalhou como atendente a maior parte do período durante o qual foi vinculada à empresa reclamada. Trabalhava no setor de cartão de crédito onde realizava o atendimento telefônico dos clientes, registrava as solicitações em computador, atendendo aproximadamente 20 clientes por hora, digitando dados das solicitações dos clientes. Apenas nos últimos 4 meses de vínculo, a reclamante trabalhou no balcão de serviços fazendo uma triagem das contas que poderiam ou não ser pagas nos caixas. Atendia os clientes no autoatendimento e atendimentos internos da agência. Não realizava serviço de digitação.

O perito não referiu se a atividade de trabalho dos últimos 4 meses em que a reclamante esteve vinculada à empresa reclamada era devido ao problema de saúde, mas pela sequência da narrativa, é provável que seja esse o caso.

A história clínica registrada no laudo pericial era de dor nos punhos com início em julho de 2001, que suscitou uma procura ao ortopedista que lhe receitou medicamentos e afastamento por 7 dias. Passou a se automedicar quando sentia necessidade e só procurou auxílio médico depois da demissão, quanto já tinha dor nos cotovelos e depois em ombros. Encaminhada pelo ortopedista ao INSS, recebeu auxílio- doença de 13/02/2003 a 18/01/2007.

Ao exame físico, o perito nada detectou. Exames complementares, todos posteriores à demissão, evidenciaram tendinite de supraespinhoso e tendinite dos flexores do punho direito (outubro de 2002), tendinite de flexores da mão direita (outubro de 2002), síndrome do túnel do carpo grau leve bilateral (agosto de 2006).

Na discussão, para descartar a existência de doença na ocasião da perícia e qualquer relação com a atividade laboral exercida pela reclamante, o perito ponderou que o exame físico não foi compatível com os achados de exames de imagem. Acrescentou que “as alterações ecográficas encontradas, quando relacionadas ao trabalho, são decorrentes de atividade constante com os membros superiores em elevação a 90 graus com o tronco, ou acima disso, o que Autor não fazia, conforme descrição da atividade.” (folha 150 dos autos). Reforçou que o exame clínico é soberano e deve preponderar sobre os exames complementares. Argumentou também que não havia queixas registradas nos exames periódicos e que a reclamante referiu escrever durante as aulas na faculdade que cursava e que fazia pintura em tela e tecidos, apesar da dificuldade que tinha.

Concluiu pela inexistência de doença osteomuscular relacionada ao trabalho (folha 154 dos autos). Em seguida afirma que não existe nexo de causalidade com as atividades desenvolvidas durante o período laborado na reclamada e que não existe incapacidade laboral

para as atividades desenvolvidas na reclamada.

Seguem alguns comentários sobre este laudo pericial.

Chamam a atenção alguns aspectos na história da vida no trabalho na empresa reclamada. A reclamante como atendente, de fato, exercia uma atividade semelhante ao teleatendimento, com uma média de 20 clientes por hora, o que perfazia 3 minutos para cada um, com digitação.

Nos últimos 4 meses de vínculo, passou à função de caixa, mas que de fato consistia em atividades de pré-atendimento e auxílio no autoatendimento, peculiares dos bancários que têm alguma limitação, particularmente por dor. Reforça essa possibilidade o fato dela não digitar nessa função.

Nos anos 1980, a intitulada “Moça Bradesco”¹⁰¹, diferencial e argumento de *marketing* daquela época, era uma função valorizada, pois representava o “cartão de visita” do banco. Sua função era orientar os clientes, oferecer prestação de serviços como declaração de imposto de renda¹⁰² e emprestar uma face humanizada à instituição.

A partir dos anos 1990, quando já não existia mais a figura da “Moça Bradesco” e com a proliferação dos caixas eletrônicos nas agências, a expectativa era de que a maioria das pessoas tivesse suas necessidades supridas sem entrar nas agências, em particular os não clientes, que utilizavam as agências apenas para pagar contas. Pessoas com limitações decorrentes de problemas de saúde, entre as quais, aquelas que tinham LER/Dort, passaram a ser realocadas, no processo de retorno ao trabalho, nos saguões onde se localizavam os caixas eletrônicos, antes das portas eletrônicas. Distante do *pseudo-glamour* que cercava as moças Bradesco de outrora, essa “função sem nome e sem cargo” foi uma maneira dos bancos incorporarem as pessoas que tinha cessação de benefício do INSS e que não mais tinham condições de se reinserir no processo de trabalho. Não eram postos de trabalho planejados, e essas pessoas, com frequência, tinham restrições para entrar na agência e sequer tinham uma cadeira para se sentar, permanecendo as 6 horas em pé, diariamente.

Teria sido esse o caso da reclamante? Não teria sido ela realocada para essa função pela história de dor com início em julho de 2001? Não haveria fortes indícios de presenteísmo na história da reclamante? O fato de, depois da demissão, ela ter permanecido por 4 anos recebendo auxílio-doença do INSS, sem nunca ter sido afastada do trabalho durante o período em que trabalhou na empresa reclamada, com exceção dos 7 dias por ocasião da única vez em que procurou um ortopedista reforçam essa possibilidade.

Uma outra questão que se destaca é a incompatibilidade entre uma afirmação correta por parte do perito e sua prática. Afirmou ele corretamente que o exame clínico deve ser valorizado.

¹⁰¹ Moça Bradesco, comentários em <http://www.madiamundomarketing.com.br/a-moca-do-bradesco-e-as-comissarias-de-bordo/> > acesso em 29/01/2018.

¹⁰² Propaganda de prestação de serviços pela Moça Bradesco – Disponível em <http://www.propagandaemrevista.com.br/anunciantes/por/B/?page=32> > acesso em 29/01/2018.

Porém, o exame clínico não se resume ao exame físico. Inclui a fase fundamental de coleta de informações sobre o quadro clínico, antecedentes pessoais e familiares, possíveis situações e fatores de risco, etc. E no caso, o perito, ao contrário do que preconiza, ignorou informações fornecidas pela reclamante, que referiu persistência da dor e uso de medicamento, tendo tido passado em consulta ortopédica dois meses ante da avaliação pericial.

Também quando o perito disse que doenças que exames complementares revelaram só seriam decorrentes do trabalho se tivesse havido movimentos extremos de membros superiores. Somente a título de recordação, são elas: tendinite de supraespinhoso, tendinite de punho e síndrome do túnel do carpo, todas constantes nas listas do Ministério da Saúde e da Previdência Social. Maiores detalhes podem ser lidos no capítulo 4 desta tese.

Adicionalmente, qual foi o critério para que o perito tivesse escolhido apenas a afecção de ombro para justificar o motivo pelo qual ele não considerou o quadro clínico relacionado ao trabalho? Não considerou as afecções de punho que se evidenciaram nos exames complementares, da mesma forma que a afecção de ombros. É notório também o fato de que a categoria bancária é uma das mais acometidas por quadros musculoesqueléticos relacionados ao trabalho e que a digitação, que fez parte da atividade laboral da reclamante predispõe à ocorrência de dor e quadros clínicos semelhantes ao apresentado pela reclamante.

Por que esses elementos não foram considerados pelo perito na sua análise? E finalmente, o perito concluiu que a reclamante poderia retornar às atividades desenvolvidas na empresa reclamada. Restaria esclarecer se ela poderia retornar à atividade de teleatendimento com o quadro presente de dor e uso de medicamentos.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 02866-2006-471-02-00-8

Reclamante: gênero feminino, 52 anos, vinculada à empresa por quase 19 anos e meio, de junho de 1988 à data da perícia, estando na ocasião aposentada por invalidez desde 2005, como atendente e caixa.

Reclamada: Banco Santander Banespa SA

Laudo 80 - 14/09/2007

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade.

O laudo pericial se refere a uma reclamante que começou a ter dores e tensão muscular nos ombros e pescoço após 7 anos da admissão na reclamada, de evolução insidiosa, passando a interferir no sono. Procurou auxílio médico e foi submetida a vários tratamentos

incluindo medicamentos, acupuntura, fisioterapia e cirurgia de descompressão por síndrome do túnel do carpo. Teve vários afastamentos do trabalho a partir de 1995; de agosto de 1995 a julho de 1999, de junho de 2000 a agosto de 2000, de agosto de 2001 a julho de 2002, tendo sido aposentada por invalidez em 2005.

Sua atividade laboral incluía operações de abertura de contas correntes, cartão de crédito e poupança, assim como aplicações financeiras dos clientes e vendas de seguros em geral. Fazia a digitação de todos os dados referentes a essas operações.

Ao exame físico o perito encontrou indicadores de afecção de ombro direito, cicatriz em face palmar do punho direito e comprometimento funcional nas articulações do ombro direito, cotovelos, punhos e quirodáctilos e na musculatura anterior dos antebraços.

O perito concluiu pela existência de tendinopatia crônica e síndrome do túnel do carpo, relacionadas ao trabalho, destacando que a agência onde a reclamante trabalhava tinha mobiliário antigo, com mesas com cantos vivos, favorecendo a ocorrência de doenças osteomusculares. Adicione-se a informação de que no momento da perícia, a reclamante estava aposentada por invalidez por acidente do trabalho.

A sentença em primeira instância se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada procedente. Porém, em segunda instância, a sentença foi reformada.

Processo número 0065700-95-2006-5-02-0012

Reclamante: gênero feminino, 53 anos, vinculada à empresa por quase 3 anos, de abril de 1991 a janeiro de 1994, como maquinista arreadeira.

Reclamada: Vicunha S/A Indústrias Têxteis.

Laudo 81 - 28/07/2008

Perito: Médico, especialista em medicina legal.

Conclusão: existência de doença não ocupacional e ausência de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a uma reclamante que no período de 1969 a 1990, trabalhou quase 13 anos e meio em 11 empresas, todas do ramo têxtil. Permaneceu na reclamada por quase 3 anos, e depois da demissão da reclamada, trabalhou ainda em 6 empresas do ramo têxtil, por mais 3 anos e 4 meses, divididos em 6 empresas.

A história clínica registrada no laudo é de dor em ombros e joelhos desde 1992 e dor na coluna desde 1993. Não procurou auxílio médico até 2005, quando então procurou médicos em diversos serviços e fez exames complementares. Desde então, teve diagnósticos de problemas na coluna, ombros e punhos e chegou a solicitar auxílio- doença, solicitações indeferidas pelo INSS.

Trabalhou durante 13 anos em diversas empresas, com sintomas, sem qualquer

tratamento, caracterizando uma situação prolongada de presenteísmo, que provavelmente deve ter agravado seu quadro clínico, fazendo-a procurar auxílio médico após todos esses anos.

Não há registro de descrição da atividade laboral da reclamante quando trabalhava para a reclamada, a não ser a informação de que operava uma máquina denominada *Rings*, tendo cada lado 120 espulas. “Fazia o acompanhamento da máquina, passando o fio ou trançando a espula, retirando a espula cheia e repondo as vazias.” (folha 146 dos autos). Espulas são peças nas quais os fios depois de prontos se enrolam para depois serem passadas para as bobinas pelas conicaleiras. A jornada era das 13h30 às 22 h com uma hora e meia para refeição e das 22h às 5 h com uma hora e meia para refeição de segunda-feira a sábado.

No laudo pericial há uma reprodução de descrição da atividade de trabalho feita por terceiros, segundo a qual a reclamante efetuava o arriamento de 22 máquinas quando as 20 espulas estivessem cheias. Isso significava, que a reclamante carregava caixotes cheios de espulas, de uma seção para a fiação, pendurava os caixotes na máquina e em seguida tirava as espulas cheias da máquina, jogando em um outro caixote maior, recolocando as espulas vazias. Chegava a produzir 430 espulas por vez. Como esse ciclo era feito 4 vezes por dia e eram 22 máquinas, o total de espulas manuseadas era 37.840 por dia. (folha 157 dos autos).

O perito não se posicionou sobre essas informações, não fazendo qualquer discussão sobre a carga de trabalho, a exigência de movimentos e de esforço físico.

No entanto, a indústria têxtil é, de longa data, um ramo de atividade que propicia a ocorrência de acidentes e doenças variadas, incluídas as do sistema musculoesquelético. Adicione-se que estudo da Previdência Social associou o ramo de atividade a vários grupos de doenças, entre os quais, doenças mentais, doenças do sistema nervoso, flebites e tromboflebites, doenças respiratórias, doenças do sistema musculoesquelético. Nos comentários sobre o laudo 37 desta pesquisa, citou-se estudo de MELZER (2008), que se aplica a este da mesma maneira.

O perito citou vários relatórios médicos da área assistencial, com datas próximas à data da perícia, que se referiam, a afecções em ombros, punhos. No entanto, ignorou diagnósticos dessas articulações e concluiu que a reclamante tinha

[...] varizes dos membros inferiores, hipertensão arterial leve, sem tratamento, além de doença osteoarticular degenerativa e constitucional, que não guarda nenhuma relação com o trabalho desenvolvido na reclamada. A reclamante não é portadora de doença do trabalho ou profissional e não está incapacitada ao labor. (Processo número 0065700- 95-2006-5-02-0012, folha 158).

Assim, este laudo, que não fez uma análise da atividade de trabalho, mesmo com relatórios médicos atestando várias afecções associadas às LER/Dort, ignorou algumas delas, sem justificativa e descaracterizou o caráter ocupacional de outras, sem qualquer fundamentação, ignorando também evidências estatísticas e epidemiológicas de relação entre o trabalho no setor têxtil e a ocorrência de doenças do sistema musculoesquelético.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância, a sentença foi mantida.

Processo número 00196-2007-016-02-00-1

Reclamante: gênero feminino, 42 anos, vinculada à empresa por mais de 21 anos e meio, de junho de 1984 a março de 2006, como analista financeiro pleno.

Reclamada: Abn Amro Real S/A.

Laudo 82 - 23/09/2007

Perito: médico ortopedista com especialização em medicina do trabalho

Conclusão: ausência de doença, existência de doença ocupacional no passado e ausência de incapacidade.

Este laudo pericial, que se propõe a “analisar exclusiva e objetivamente do ponto de vista médico se há sinais clínicos ou documentais de doença e dissertar sobre as causas possíveis de sua origem ou agravamento”, resume suas “considerações sobre as patologias encontradas” no seguinte trecho:

Com relação aos quadros de tendinites em membro superior direito reclamados, observamos que durante a época do vínculo foi aberto CAT e a reclamante gozou reversíveis com o tratamento, bem como o cisto sinovial pós-tratamento cirúrgico. Ao exame atual não encontramos alterações clínicas que ocasionem limitações no cotidiano e nas atividades profissionais. (Processo número 00196-2007-016-02-00-1, folha 188).

A atividade de trabalho se resume a informações lacônicas: “(...) realizava a abertura e fechamento dos caixas, elaborava planilha com relatórios e digitava grande parte do tempo.” (folha 187 dos autos)

Extrai-se que o perito admite a existência de adoecimento ocupacional nas formas de tendinites no passado, que no momento da perícia foram consideradas inexistentes, ignorando as queixas na perícia de “dores ocasionais no punho e dificuldade para movimentos repetitivos, como digitar.” Esse nexos causal foi estabelecido pelo fato da empresa reclamada ter emitido a CAT, ignorando as características do trabalho bancário, sobejamente conhecidas como propiciadoras de ocorrências de doenças musculoesqueléticas.

Assim, neste laudo de 4 páginas, a conclusão é de que no passado a reclamante teria tido doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, mas que no momento da avaliação pericial não mais existiam. Essa conclusão de inexistência de doenças foi baseada em exame físico, não tendo sido feita sequer uma anamnese clínica, processo de coleta de informações de sintomas e sinais por ocasião da avaliação pericial

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

Processo número 01269-2005-466-02-00-0

Reclamante: gênero masculino, 44 anos, vinculado à empresa por mais de 18 anos, de setembro de 1985 a dezembro de 2003, como encarregado de manutenção.

Reclamada: Volkswagen do Brasil Ltda.

Laudo 83 - 17/06/2006

Perito: médico com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: existência de doença ocupacional e de incapacidade parcial e permanente.

O laudo pericial se resume, no tocante à atividade de trabalho, a informar que para realizar a manutenção preventiva e corretiva nos equipamentos e na linha de produção, o reclamante utilizava martelões, alavancas, parafusadeiras, macacos hidráulicos, realizando as operações em pé e executando movimentos repetitivos.

Foram constatados, em exame físico, sinais de epicondilite em ambos os cotovelos, corroborados por exames de imagem. Sobre os outros diagnósticos do reclamante, a condromalácia rotuliana e a espondilodiscoartrose das colunas cervical e lombar, foram consideradas de caráter degenerativo e sem relação com a atividade de trabalho.

Concluiu-se pela incapacidade parcial e permanente, o que foi considerado impeditivo do retorno às mesmas atividades que realizava, sob o risco de agravamento.

A sentença judicial se baseou no laudo pericial e a ação foi considerada procedente, tendo sido reformada em segunda instância.

Processo número 00478-2009-025-02-00-1.

Reclamante: gênero feminino, 40 anos, vinculada à empresa por mais de 4 anos e meio, de junho de 2004 a janeiro de 2009, como auxiliar de produção.

Reclamada: Invensys Appliance Controls Ltda.

Laudo 84 - 07/12/2009

Perito: médico, com especialização em medicina do trabalho.

Conclusão: ausência de doença e de incapacidade.

Este laudo pericial se refere a uma reclamante, que sob a função formal de auxiliar de produção, de fato exercia a função de montadora de componentes eletrônicos, revisando-os assim que saíam da esteira. O perito registrou que a reclamante referiu carregar caixas pesadas à época. Não há qualquer informação adicional sobre a atividade de trabalho, quais operações estavam envolvidas, ritmo e produção exigidos, jornada de trabalho, existência ou não de pausas, quais elementos favoreceriam ou não a ocorrência de LER/Dort.

Da história clínica há informação de dores nos punhos, cotovelos e ombros, sem detalhes sobre início, características e evolução. Há também um registro de tendinite no braço direito, com ultrassonografia positiva.

Ao exame físico, sem descrição dos procedimentos realizados, o perito nada encontrou de alterações. Cita, no entanto, que a reclamante estava usando uma órtese no punho, recém-adquirido (folha 209 dos autos). Qual teria sido o objetivo desse comentário? Estava o perito suspeitando que a reclamante pudesse ter adquirido a órtese somente para usá-la na avaliação pericial? Estaria ele suspeitando de simulação? Certamente, uma anamnese clínica adequada teria o condão de dirimir quaisquer dúvidas, o que não foi feito.

O perito concluiu que “a reclamante não é portadora de sintomas objetivos das doenças alegadas.” (folha 209 dos autos). Não citou quais sintomas seriam objetivos, já que por definição sintomas carregam uma carga de subjetividade intermediada por aspectos históricos, culturais, psicológicos. Tratam-se de percepções de alteração e sensação do corpo.

Neste laudo pericial, a conclusão é de inexistência de doença musculoesquelética. No entanto, não há uma fundamentação para essa conclusão. Não há avaliação clínica do caso, sequer informações sobre os sintomas referidos pela reclamante.

No tocante à atividade de trabalho de montagem, considerando-se que existe uma associação com afecções musculoesqueléticas, teria sido fundamental o perito ter feito uma análise da atividade de trabalho, demonstrando os aspectos, no caso, que não colaborariam com a ocorrência ou agravamento de doenças osteomusculares.

O laudo pericial não fornece elementos que permitam ao leitor ter sequer uma ideia das condições de trabalho na empresa reclamada e tampouco do quadro clínico alegado pela reclamante. Trata-se de um laudo tecnicamente inconsistente.

A sentença se baseou no laudo pericial e a ação foi julgada improcedente. Em segunda instância a sentença foi mantida.

2.2. Síntese dos Temas Abordados por Laudo

Os laudos foram numerados de 2 a 84, totalizando 83 laudos e a síntese de cada um com aspectos considerados relevantes podem ser vistos no quadro 5.

Quadro 5: Síntese de tópicos que suscitaram discussão no item 2.1 e influência de cada laudo sobre a sentença judicial, TRT-2.

Laudo	Tópicos que suscitaram discussão no texto	O juízo se baseou no laudo?
2	Sem fornecer qualquer informação sobre a atividade de trabalho, o perito descaracteriza o nexos causal do quadro clínico com o trabalho. Registrou a dor de coto de um dedo amputado, reconheceu a dor ao simples toque, mas sem dar a devida dimensão, considerou a incapacidade mínima.	Não. Menciona o assistente técnico da reclamada. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.
3	Laudo pericial objetivo e de boa qualidade, fornecendo os elementos essenciais referentes ao nexos causal e incapacidade para o juiz. Menção a sintomas depressivos.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
4	Laudo pericial objetivo e de boa qualidade. Existência de trabalho em câmara fria.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
5	Laudo pericial objetivo e de boa qualidade, com considerações sobre a organização do trabalho. Menção a situações de discriminação e assédio moral. Menção à depressão.	Não. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.
6	Laudo de boa qualidade. Ênfase em EPI.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
7	Laudo lacônico. Não se posiciona sobre existência de doença ocupacional e tampouco sobre a incapacidade.	Não. Ação julgada procedente, seguiu o laudo 6. Sentença mantida em segunda instância.
8	Há um equívoco referente à impossibilidade de se ter afecção em ombro na ausência de elevação ou abdução acima da linha dos ombros. São mencionados aspectos da organização do trabalho.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
9	Nexos causal estabelecido em motorista de ônibus.	Sim. Ação julgada procedente. Não foi para a segunda instância
10	Perito demonstrou visão mais ampla de incapacidade, além das características do indivíduo.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
11	Laudo pericial apresenta confusão normativa – nexos causal e nexos técnico. Linha de montagem taylorista.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
12	Há evidências de processo de reabilitação profissional sem sucesso. Perito demonstra visão de incapacidade laboral mais ampla.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância.
13	Perito imputa quadro a hipotireoidismo sem analisar a atividade de trabalho e sem considerar literatura científica. Evidência de demissão sem exame demissional.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.

14	Perita faz afirmações sem fundamentações e não baseada em literatura, sem justificativa. Imputa o quadro clínico à predisposição individual, possíveis variações anatômicas, outras doenças, processos degenerativos, sedentarismo, sem explicitar se alguma dessas condições se aplica ao reclamante. Faz interpretação polêmica de exames complementares.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento em segunda instância.
15	Perito estabelece nexos causais comparando o quadro da reclamante com o descrito em norma técnica do INSS. Demonstra visão mais ampla de incapacidade laboral.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
16	Evidências de presenteísmo. Laudo traz informação de demissão por baixa produtividade no emprego após o desligamento da empresa reclamada. Demissão na vigência de tratamento.	Sim. Ação julgada improcedente por laudo pericial não ter considerado incapacidade permanente. Sentença mantida em segunda instância.
17	Laudo lacônico, quase sem informações. Perito considerou o reclamante sem doença e sem incapacidade.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.
18	Laudo lacônico, com poucas informações sobre o quadro clínico, evolução. Não há informações sobre a atividade de trabalho. Por outro lado, há informações sobre a primeira infância, sem qualquer relevância.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.
19	Laudo com poucas informações sobre o quadro clínico, evolução e atividade de trabalho. O perito descartou o nexo causal por considerar que a condição laboral obrigatória, para desencadear o quadro clínico, não existia. Não aplicou o conceito de concausalidade. O reclamante era aposentado por invalidez, mas o perito não se pronunciou sobre a incapacidade. Atribuiu-se ao exame complementar papel equivocado.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância.
20	Evidências de presenteísmo. Culpabilização da reclamante pelo fracasso terapêutico. Índícios de que o exame de retorno ao trabalho substituiu o exame demissional. Erro conceitual do perito: o termo LER teria sido substituído por Dort. Suposta análise da atividade: acha quem quer e sabe procurar. Imputação de LER/Dort somente em atividades de digitação, linhas de montagem e prática de instrumentos musicais. Ignorou literatura existente sobre adoecimento ocupacional em cozinha de hospital. Não há questionamento por parte do perito sobre o parecer do ortopedista que sugere alta, dado que não haveria tratamento ortopédico. Evidência de demissão sem exame demissional.	Não. Ação julgada procedente, seguiu o laudo 21. Sentença mantida em segunda instância.
21	Menciona ausência de EPI sem dizer quais seriam efetivos para LER/Dort.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.

22	História típica de adoecimento musculoesquelético decorrente do trabalho.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
23	Evidências de presenteísmo. Ausência de menção às atividades laborais exercidas durante 27 anos. Conceito de iatrogenia social presente, considerando-se negativamente os aspectos sociais e culturais do adoecimento e da busca de direitos dele decorrentes.	Não. Ação julgada procedente, baseada no laudo 24. Sentença reformada em segunda instância.
24	Evidências de presenteísmo.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância
25	Laudo lacônico. Pobre na descrição da atividade laboral. Descarta nexos causal sem análise de atividade laboral da reclamante. O perito faz referência a decretos revogados à época da perícia. Desconsideração de multicausalidade e concausalidade.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância
26	Laudo lacônico. Incapacidade laboral como sinônimo de dependência de terceiros.	Não. Ação julgada procedente, baseada no laudo 27. Sentença mantida em segunda instância.
27	Laudo pericial registra que o fato de ter LER/Dort é um elemento de discriminação no mercado de trabalho. Considera concausa antecedente. Menção à existência concomitante de depressão. Teleoperadora	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
28	Laudo pericial se refere a um reclamante aposentado por invalidez aos 42 anos de idade, tendo trabalhado quase 20 anos como operador de estamperia em uma grande multinacional e sendo acompanhado pelos médicos da reclamada. Usou tabela da SUSEP para avaliar incapacidade.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
29	Laudo objetivo, contém análise da atividade de trabalho em cozinha industrial. Prevenção de LER/Dort como argumento de venda de uma empresa britânica.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
30	Laudo lacônico sobre um reclamante que trabalhou mais de 15 anos como coletor de lixo, atividade braçal penosa. O perito responde aos quesitos ou de forma monossilábica (sim ou não) ou remetendo o demandante ao corpo do laudo, no qual a informação solicitada não consta.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento em segunda instância.
31	Laudo objetivo, com informações parciais da atividade de trabalho e do processo de adoecimento. Parecer sobre a incapacidade se reporta à função exercida pelo reclamante na reclamada.	Não. Ação julgada improcedente. Sentença mantida na segunda instância.
32	Laudo referente a um reclamante operador de máquina na empresa reclamada. Reclamante estava trabalhando em outra empresa, mas se encontrava afastado do trabalho, percebendo benefício do INSS.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.

33	Laudo no qual a perita reconhece a existência de doença, mas não o nexo causal, baseada no LTCAT, documento produzido pela empresa. Não há análise da atividade de trabalho feita pela perita. Valorização de EPI, que não protegem das afecções musculoesqueléticas.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância não apreciou o mérito por intempestividade do recurso.
34	Perito não analisa a atividade de trabalho na empresa reclamada, fazendo apenas uma lista das atribuições, sem investigar as exigências cotidianas. A queixa de dor no momento da perícia não desperta qualquer ato investigativo. Não há indício de consideração de concausa tampouco.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
35	Laudo com muitos trechos de diversos autores, que entram em contradição nos conceitos e que contém poucas informações sobre o caso concreto, seja da clínica seja da atividade de trabalho. Explicitamente utiliza o conceito das LER/Dort serem resultado da falta de adaptação do homem ao trabalho da empresa, com tendência a isentar a responsabilidade da empresa.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento em segunda instância.
36	Conclusão pericial é a inexistência de doença e de incapacidade laboral. Uso de <i>checklist</i> para analisar fatores de risco para LER, que não contemplam a avaliação de aspectos da organização do trabalho.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento em segunda instância.
37	Laudo pericial de um reclamante que tinha atividade têxtil, em diversas funções. Caso de reabilitação profissional mal sucedida. Referência à depressão de longa data.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
38	Laudo satisfatório, com análise da atividade de trabalho e cotejamento com o quadro clínico. Evidência de presenteísmo. Copiador de filmes em rolo.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
39	Laudo satisfatório, com análise das atividades de trabalho, desde a inicial até aquelas as quais tentou no processo de reabilitação, mal sucedido. Atividades tentadas inapropriadas. Caixa de supermercado.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância.
40	Laudo satisfatório, com análise da atividade de trabalho bem feita, assim como a discussão do caso, trazendo literatura científica para embasar as conclusões. Estabeleceu concausa de afecção resultante de processo degenerativo. Premissa de que as condições de trabalho devem ser alteradas para que seja possível a reabilitação profissional.	Não. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
41	Laudo lacônico de um trabalhador braçal, descarta o nexo causal com o trabalho, sem fazer análise da atividade laboral.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
42	Laudo satisfatório, faz análise da atividade de trabalho, cotejando com a avaliação clínica.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância

43	Presenteísmo por medo explícito de demissão. Laudo satisfatório.	Não. Ação julgada improcedente com base no laudo 44. Sentença mantida em segunda instância.
44	Julgamento moral pelo fato do reclamante mesmo com história de ruptura de tendão de ombro com indicação cirúrgica só ter insistido no auxílio médico depois da demissão. Não há análise da atividade de trabalho. Conceitos equivocados baseiam o laudo.	Sim. Ação julgada improcedente. Sentença mantida em segunda instância
45	Laudo traz análise da atividade de trabalho e história clínica de um ajudante de cortadora de lona.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância.
46	Laudo usa argumento equivocado de que para se ter afecção de ombro é preciso que haja elevação e abdução acima da linha dos ombros. Não tem análise da atividade adequada. Insinua simulação.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
47	O perito imputa, equivocadamente, o diagnóstico de LER/Dort a exame físico e exames complementares, sem qualquer menção à atividade de trabalho. Confunde diagnóstico de entidades clínicas com o de LER/Dort. Não analisa a atividade de trabalho, mas afirma que suas conclusões se baseiam em análise ergonômica. Descarta nexos causal e incapacidade com essas lacunas graves, que comprometem a qualidade do laudo.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
48	Laudo que faz o cotejamento da história clínica e ocupacional, com a vistoria ao local de trabalho, estabelecendo nexos causal com fundamentação. Há evidências do papel limitado do médico do trabalho da empresa, que havia tentando uma readaptação da reclamante pouco antes da demissão, limitação destacada pelo perito. Demonstrou visão mais ampla de incapacidade laboral.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
49	Laudo registrou exame clínico realizado de forma insuficiente e citou procedimentos da atividade de trabalho, sem uma análise adequada. O laudo não permite uma comparação entre as diversas atividades laborais que o reclamante exerceu com os sintomas clínicos.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.
50	Laudo recorre a um <i>checklist</i> para avaliar a atividade de trabalho e comparando com a história clínica, estabelece nexos causal. Reclamante aposentada, provavelmente por invalidez.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
51	Laudo sobre uma reclamante que apresenta osteoartrose e hipotireoidismo. Embora o perito apresente uma lista de 28 atribuições administrativas exercidas durante 24 anos pela reclamante, não há qualquer investigação a respeito. As queixas específicas de ombros e punhos foram ignoradas pelo perito.	Sim. Ação julgada improcedente. Segunda instância manteve a sentença.

52	Laudo lacônico, dá algumas informações sobre a história clínica, mas não coloca uma palavra sobre a atividade de trabalho que a reclamante exerceu durante mais de 12 anos na reclamada. Conclui pela fibromialgia, com equívocos na demonstração dos “ <i>tender points</i> ”. Descartou nexos causais sem mencionar qualquer característica da atividade de trabalho.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento na segunda instância.
53	O laudo fornece algumas informações sobre a atividade laboral e história clínica, sem uma discussão integradora. Estranhamente, o perito descaracteriza o caráter ocupacional da síndrome do túnel do carpo sendo que a reclamante fazia uso da parafusadeira. O perito caracterizou outras afecções como sendo de caráter ocupacional. Não houve avaliação de incapacidade.	Não. O juízo seguiu o laudo 54. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
54	O perito descarta a possibilidade de fazer uma avaliação da atividade de trabalho, pelo fato do setor onde a reclamante trabalhava estar desativado. Não dá informações sobre as condições de trabalho. Há evidências de presenteísmo e consequente cronificação. A perícia desconhece dor crônica	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
55	Laudo lacônico no qual não há uma palavra sobre a atividade de trabalho. Mesmo assim, o perito desconsidera o caráter ocupacional do quadro encontrado. Mesmo com as queixas da reclamante sobre os ombros, constatação de crepitações nessa articulação e exame complementar alterado, sem justificar, desconsidera afecção nessa região.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
56	Laudo satisfatório, com análise da atividade de trabalho e história clínica. Caso de teleoperadora terceirizada.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
57	Laudo no qual o perito utiliza conceitos inapropriados para descrever e analisar atividades de trabalho que não se comparam a situações de movimentos rápidos e altamente repetitivos como em linhas de montagem. Descaracterizou nexos causais e incapacidade.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença
58	Laudo no qual o perito considera reestruturação produtiva e seus impactos na organização e condições de trabalho na empresa, considera o critério epidemiológico e as condições de trabalho da reclamante. Com base nessas questões e na história clínica estabeleceu nexos causais. <i>Schilling 2</i> .	Não. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
59	Laudo pericial referente a uma reclamante bancária. Perito aventa possibilidade de nexos causais entre o quadro clínico e o trabalho no passado. Concluiu pela inexistência de doença, mesmo a reclamante tendo sido aposentada por invalidez. O laudo pericial não contém análise da atividade de trabalho. O laudo tem 3 páginas e não contém informações sobre o processo de adoecimento, nexos causais e incapacidade. No entanto, contém informações irrelevantes como dados da gestação da mãe da reclamante, sobre o início da fala, do controle de esfíncteres, da deambulação.	Sim. O juízo decidiu pela concessão do pleito da reclamante, incluindo dano moral, pela possibilidade de nexos causais no passado. A ação foi julgada procedente. A sentença foi mantida em segunda instância.

60	Laudo pericial referente a mesma reclamante bancária do laudo 59. Embora estabeleça nexos causais entre o quadro clínico e o trabalho no passado, o faz de forma burocrática: porque a empresa havia emitido CAT. No entanto, sua avaliação é permeada por informações que “insinuam” a inexistência de nexos causais, como por exemplo, existência de fibromialgia, que deveriam ter sido pesquisadas causas degenerativas e gestacionais. Apesar de levantar essa necessidade, ele mesmo, não investiga. Não há qualquer análise da atividade de trabalho. Concluiu pela inexistência de doença.	Sim. O juízo decidiu pela concessão do pleito da reclamante, incluindo dano moral, pela possibilidade de nexos causais no passado. A ação foi julgada procedente. A sentença foi mantida em segunda instância.
61	Laudo de uma reclamante que havia sido operada 7 vezes. Caso grave, com indícios de existência de dor crônica e síndrome complexa de dor regional. Não houve investigação. A conclusão foi pela existência de adoecimento. Não foi feita avaliação de nexos causais com o trabalho. Diante de tantas lacunas o laudo fornece informações irrelevantes da primeira infância como início da fala, da deambulação e do controle de esfíncteres.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância
62	Laudo estabelece nexos causais e seqüela de lesões relacionadas ao trabalho. Refere-se à mesma reclamante do laudo 61. Não se refere aos sinais de exame físico, indícios de síndrome complexa de dor regional, mas há um intervalo de 6 anos entre uma perícia e outra, o que pode ter amenizado o quadro mencionado no laudo 61, embora não diagnosticado.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
63	Laudo sobre uma reclamante costureira, função que exerceu durante 12 anos. As lesões típicas das costureiras estão presentes no caso, mas apesar disso, o perito não estabelece nexos causais com o trabalho, sem sequer apresentar argumentos.	Sim. Ação julgada improcedente. Não houve julgamento na segunda instância.
64	Laudo sobre uma reclamante de uma típica linha de montagem com uso de parafusadeira suspensa, cujo manuseio exigia manutenção de ombros elevados a 90 graus ou mais da linha do corpo. Lesões localizadas em articulações previsíveis. Nexos e incapacidade estabelecidos pelo perito.	Não. Ação julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
65	Laudo referente ao mesmo caso que o laudo 66 tem duas páginas. Perita confunde síndrome miofascial e fibromialgia. Desconsidera a fibromialgia como doença ocupacional. Descaracteriza o caráter ocupacional.	Não. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância
66	Laudo referente ao mesmo caso que o laudo 65. O perito estabeleceu nexos causais. Reclamante de atividade da indústria têxtil.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
67	Laudo referente a uma teleoperadora. O perito descaracterizou o caráter ocupacional, baseado em aspectos biomecânicos e do posto de trabalho, desconsiderando os referentes à organização do trabalho, tais como ritmo e outras exigências. Comete equívocos ao não seguir a Portaria 9, anexo II da NR 17. Discussão sobre processo degenerativo.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

68	Laudo referente a uma operadora de equipamento no setor de processamento de imagens da CET. O perito descreve a atividade de trabalho e correlaciona com o quadro clínico encontrado. Perito menciona a ausência de EPI, sem especificar quais seriam adequados. Terceirizada.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
69	Trata-se de um laudo pericial que não analisou a atividade de trabalho, ignorou evidências de afecções de ombro direito compatíveis com as queixas clínicas e exames complementares, descartou a causa e a concausa no trabalho, considerando somente amputações traumáticas de falanges distais do segundo e terceiro quirodáctilos direitos, decorrentes de AT na reclamada. Não respondeu aos quesitos das partes a contento.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
70	Laudo pericial referente a um motorista, no qual não há qualquer informação sobre a atividade de trabalho, história clínica com lacunas, afirma sem fundamentação que o reclamante tem doença degenerativa, heredoconstitucional.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
71	Laudo referente a um trabalhador da linha de montagem de motores para limpadores de pára-brisas, com STC, clinicamente diagnosticada, com confirmação de eletroencefalografia. Nexos estabelecido. Incapacidade reconhecida para atividades anteriores.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
72	Laudo com equívocos na área clínica, confunde síndrome miofascial e fibromialgia. Afirma que se um paciente não se queixa mais significa que houve cura. Não se posiciona quanto à incapacidade.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
73	Laudo se refere a uma auxiliar de serviços gerais em uma instituição especializada, na qual assumia várias atribuições de um cuidador de idosos. Embora haja lacunas, o perito faz o cotejamento das atribuições da reclamante com o quadro clínico e estabelece o nexos causal e conclui pela incapacidade laboral.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
74	Laudo se refere a uma operadora de injetora. Contém contradições, equívocos e lacunas importantes. O perito descaracteriza o caráter ocupacional do quadro clínico, imputando à reclamante a existência de osteoartrose generalizada, quando há apenas um segmento com esse tipo de desgaste. Não considera concausa. Não se pronuncia sobre a existência de incapacidade.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.

75	Laudo se refere a um trabalhador de frigorífico, que trabalhou por mais de 3 anos como faqueiro. O trabalho em frigorífico é amplamente conhecido, sendo objeto da NR 36, de inúmeras ações do Ministério Público do Trabalho e presumidamente adoecedor, fazendo parte dos ramos de atividade que têm mais adoecimentos musculoesqueléticos em relação aos outros. Os argumentos para descaracterizar o caráter ocupacional teriam que ser muito ricos, o que não foi o caso. Descaracterização do caráter ocupacional sem análise da atividade de trabalho. Conceito ultrapassado de incapacidade.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
76	Laudo referente a um bancário, O perito fez correlação das exigências da atividade de trabalho com o quadro clínico e estabeleceu nexos causal, assim como incapacidade.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
77	Laudo concluiu pela existência de doença ocupacional no passado. Higiene e ausência de incapacidade no momento da perícia, com base no exame físico, ignorando o fato de que a reclamante fazia uso de medicamentos rotineiramente.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
78	Laudo referente a uma bancária. Fibromialgia não afastou o nexo causal ou concausal. Presenteísmo.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença mantida em segunda instância.
79	Laudo referente a suma bancária com evidências de ter afecções musculoesqueléticas relacionadas às LER/Dort e presenteísmo. Teve caráter ocupacional descaracterizado, assim como a incapacidade, sem argumentos consistentes.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença
80	Laudo referente a uma bancária que permaneceu vinculada à empresa reclamada por 19 anos e meio e com história de dor, tratamento, cirurgia, afastamentos a partir dos 7 anos da admissão. Por ocasião da perícia estava aposentada por invalidez. Foi estabelecido nexo casual e incapacidade.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância.
81	Laudo referente a uma reclamante que havia trabalhado muitos anos em empresas têxteis, teve várias afecções musculoesqueléticas associadas às LER/Dort descaracterizadas, sem uma análise da atividade de trabalho e sem argumentos que se contraponham a um nexo causal presumido pelo critério epidemiológico.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença.
82	Laudo com muitas lacunas, referente a uma bancária que trabalhou por 21 anos e meio na empresa reclamada. O perito não fez uma investigação de sintomas e concluiu pela inexistência de doença, baseado no exame físico. Admitiu a existência de doença ocupacional no passado, com base na emissão de CAT pela empresa.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença

83	Laudo referente a um encarregado de manutenção por mais de 18 anos, que fazia uso de várias ferramentas em sua atividade laboral, realizando movimentos repetitivos. As várias afecções musculoesqueléticas foram consideradas ocupacionais, assim como a incapacidade parcial e permanente.	Sim. Ação julgada procedente. Sentença reformada em segunda instância
84	Laudo referente a uma reclamante que trabalhava em linha de montagem, que foi considerada pelo perito hígida, sem doenças musculoesqueléticas. Não foi registrada história clínica e tampouco exame físico. O perito registra o uso de uma órtese recém- adquirida, insinuando simulação.	Sim. A ação foi julgada improcedente. A segunda instância manteve a sentença

2.3. Relação entre Laudo Pericial e Sentença Judicial

Embora não seja objeto de análise desta tese, foi possível verificar o nível de correspondência entre a conclusão do laudo pericial no tocante à existência ou não de uma doença ocupacional e a sentença judicial de primeiro grau. Dos 83 laudos, 70 (84,34%) tiveram sua conclusão pericial acatada pelo juízo de primeira instância, mostrando assim, uma grande aceitação.

Neste aspecto, parece pertinente a lembrança dos conceitos de GIDDENS (1991) sobre o sistema de peritos e a “confiança em sistemas abstratos”. Esse autor diz que há uma confiança geral em sistemas abstratos, nos quais não se conhece o “rosto” das pessoas, mas se confia no sistema. Por confiarem nos sistemas abstratos, as pessoas entram em um prédio, confiando na solidez da construção, sem pensar que ele poderia desmoronar, usando um exemplo do autor. Confiam no sistema de peritos, isto é, na competência de pessoas especializadas, cada qual no seu papel, para conceber e executar um projeto de avião ou de prédio.

No judiciário, por determinação do CPC, o perito é nomeado quando o juízo necessita de avaliações de conhecimento técnico específico e dessa forma a confiança nesse sistema, talvez seja uma das explicações plausíveis para o que foi constatado neste estudo, com o elemento adicional de que é o próprio juiz quem nomeia.

Neste aspecto, parece pertinente a lembrança dos conceitos de GIDDENS (1991) sobre o sistema de peritos e a “confiança em sistemas abstratos”. Esse autor diz:

Por sistema peritos quero me referir a sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. A maioria das pessoas leigas consulta “profissionais” – advogados, arquitetos, médicos, etc. – apenas de modo prático ou irregular. Ao estar simplesmente em casa, estou envolvido num sistema perito, ou um série de tais sistemas, nos quais deposito minha confiança. Não tenho nenhum medo específico de subir escadas da moradia, mesmo considerando que sei que em princípio a estrutura pode desabar. Conheço muito pouco os códigos de conhecimento usados pelo arquiteto e pelo construtor no projeto e construção da casa, mas não obstante tenho “fé” no que eles fizeram. Minha “fé” não é tanto neles, embora eu tenha que confiar em sua competência, como na autenticidade do conhecimento perito que eles aplicam – algo que não posso, em geral, conferir exaustivamente por mim mesmo. (GIDDENS, 1991, p. 30).

Esse autor continua dando exemplo de confiança nesses sistemas que fazem parte da vida de todos e que na sociedade contemporânea não têm rostos ou contato pessoal. Pessoas andam de avião com a expectativa de chegarem ao seu destino em segurança, mesmo sabendo que ele pode cair, mas confiando que o conhecimento técnico minimiza essa possibilidade. Essa confiança se dá, mesmo que a maioria das pessoas não conheça quem projetou o avião e quem participou de cada etapa de sua construção, quem é o piloto ou quem são os controladores de voo, e tampouco saiba qualquer coisa sobre voos. Seriam os sistemas envolvidos merecedores de confiança.

Por outro lado, o autor considera os “rostos” de carne e osso, atores que representam os sistemas e com quem se tem contato, com frequência, como é o caso de médicos e dentistas, ou de forma esporádica ou única, como é o caso dos juízes que proferem uma sentença em um processo judicial.

Considerando que a perícia no judiciário é designada para elucidar questões técnicas específicas sobre as quais não se teria conhecimento, e adicionando-se o elemento de que no caso é o próprio juiz quem nomeia o perito, talvez a confiança que sinta pelo nomeado seja redobrada.

Mas, GIDDENS (1991) alerta também que há “palco” e “bastidores”, e que, o certo sigilo em torno dos elementos que compõem a avaliação ajuda a manter a confiança. Dá como exemplo a atividade médica. Teriam os pacientes tanta confiança se soubessem dos erros ou quase erros cometidos durante uma cirurgia ou procedimento em geral?

Quanto à procedência das ações, dos 74 reclamantes, 35 (47,30%) tiveram seu pleito acatado e 39 (52,70%) improcedentes na primeira instância.

Dos 67 processos que chegaram ao julgamento em segunda instância, em 60 julgou-se pela manutenção da sentença da primeira instância e em 7 houve reforma. Dos que tiveram sentença mantida (60), 28 (46,67%) tinham decisão favorável ao pleito e 32 (53,33%) haviam sido considerados improcedentes. Das sentenças reformadas, apenas uma havia sido considerada improcedente na primeira instância. As outras 6 reformadas tinham tido sentenças favoráveis aos pleitos.

CAVALCANTE (2016) constatou, em acórdãos de 60 ações ajuizadas por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no TRT- 2, a conclusão pela procedência em 46% dos casos. Naqueles considerados improcedentes, a fundamentação em 58% foi a não constatação do nexo causal. Do total dessas ações, 33% eram por LER/Dort.

Dos 9 reclamantes do presente estudo que tiveram dois laudos periciais, 7 tiveram seu pleito acolhido em primeira instância e 2 não. Em segunda instância, os 2 casos improcedentes foram mantidos e um que havia sido considerado procedente, teve a sentença reformada.

CAPÍTULO 9

OS RESULTADOS E O OLHAR DOS PERITOS

Neste capítulo serão apresentados resultados que refletem os conceitos dos peritos sobre os principais temas da tese, expressos nos laudos periciais.

1. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA: É PRECISO TER OUVIDOS E ENTREGA PARA OUVIR

A investigação clínica de um caso de adoecimento exige que se tenha entrega e disposição para ouvir do outro a sua história, independentemente desse outro ser um paciente ou um reclamante.

A diferença mais significativa entre um paciente e um reclamante é que no primeiro caso, a procura de um profissional de saúde se dá por iniciativa do paciente para que receba orientações e ajuda no alívio ou eliminação de sintomas desagradáveis ou dolorosos, e no segundo caso, o reclamante é informado de que para ter alguma chance de sucesso no seu pleito judicial tem que ser avaliado por um profissional nomeado pelo juiz que vai julgar o caso.

Em ambos os casos, o encontro ocorre em um consultório, nos domínios do profissional de saúde, seja da área assistencial seja da área pericial.

No caso de um pleito judicial, cabe ao perito realizar uma entrevista com o reclamante, que consiste na coleta de informações sobre os motivos pelos quais ele pleiteia algum direito que lhe seja devido. Independentemente do que esteja nos autos, esta fase, da anamnese clínica é quando o reclamante deveria ser convidado a contar ao perito, detalhadamente, sobre os sintomas que tem, além de resgatar o início do quadro clínico, a forma como evoluiu, os fatores de piora ou melhora, tratamento feito ao longo do tempo, resultados.

Essa fase exige do perito vontade de dialogar e de interagir com o periciando, de forma que não parem dúvidas sobre quaisquer aspectos do processo de adoecimento. Como não se trata de seguir um *checklist* ou de ter um roteiro rígido, existem possibilidades de se perguntar sobre os diferentes aspectos que eventualmente não estiverem elucidados. Essa interação deve esgotar o quanto for possível a elucidação de eventuais dúvidas e detalhes.

Dessa forma, não caberiam colocações dúbias nos laudos periciais, como as que foram registradas nos laudos 46 e 58, de existência de calos nas mãos, que soam não apenas como uma informação, mas sim, como uma suspeita de simulação, escrita em linguagem cifrada, que não caberia em um laudo pericial. Se essa informação é considerada importante para o perito, seria de se esperar que houvesse um esclarecimento sobre o seu significado, pela via mais direta possível, isto é, pela pergunta direta ao periciando, convidando-o a explicar a existência do achado.

A anamnese clínica, para ser bem realizada exige de quem a faz, a curiosidade e o interesse de encontrar algo. A cada resposta do examinando pode aflorar um fato, uma revelação que pode suscitar uma outra pergunta, não prevista, e as possibilidades de caminhos investigativos são múltiplos. Por outro lado, deve haver um eixo de condução da anamnese para que não se deixe de perguntar questões essenciais. É como se o examinador estivesse em um labirinto com múltiplos caminhos e suas opções dependessem das respostas a cada pergunta. Se as perguntas são mal feitas, as respostas também pouco contribuem para compor o conjunto da história clínica.

Se em uma consulta de saúde de um paciente a investigação começa a partir dos sintomas relatados, no caso dos processos judiciais, frequentemente existem um ou mais diagnósticos mencionados na petição inicial e assim, a condução da avaliação pericial consistiria na busca da compatibilidade entre a história clínica, com todas as suas nuances e o diagnóstico(s) mencionado(s).

A tabela 20 mostra os três níveis de suficiência das anamneses clínicas dos laudos estudados nesta pesquisa. Em 25 (30,12%) dos 83 laudos não havia informações suficientes sobre o processo de adoecimento ou elas inexisiam e o leitor não consegue compor um quadro clínico do reclamante. Em 35 laudos (42,17%) havia informações esparsas, sem integração entre si e em apenas 23 (27,71%), as informações foram consideradas suficientes para se ter uma ideia do quadro clínico.

Tabela 20: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de informações sobre o processo de adoecimento, TRT-2.

Informações sobre o processo de adoecimento	N	%
Inexistem	25	30,12
Há alguns dados clínicos sem integração entre si	35	42,17
Existem informações suficientes para que se compreenda o quadro clínico	23	27,71
Total	83	100,00

Um aspecto importante em uma avaliação clínica é o processamento do raciocínio investigativo, que consiste na análise dos dados coletados na anamnese, agregando os achados de exame físico no momento da avaliação pericial e eventualmente os achados em exames complementares.

BENSENÖR (2013) afirma que há um movimento internacional de valorização da anamnese, da escuta da história relatada e do exame físico na consulta ao paciente, que juntos, seriam responsáveis por alta porcentagem de diagnósticos clínicos, mesmo sem o auxílio de exames complementares.

HAMPTON e col. (1975) fizeram um estudo com 80 pacientes ambulatoriais com doenças do sistema cardiovascular, em Londres. Em 66 desses pacientes, o diagnóstico final foi aquele feito apenas com a história clínica. Em apenas sete pacientes o exame físico foi útil para a realização do diagnóstico.

A conclusão pericial neste quesito deveria responder às seguintes perguntas: os sintomas referidos pelo reclamante são compatíveis com o(s) diagnóstico(s) mencionado(s)

independentemente da elucidação da etiologia? Há outros diagnósticos que poderiam ter sido feitos e não o foram?

Na tentativa de se objetivar uma avaliação desta fase, os laudos foram classificados segundo três critérios expostos na tabela 21. Nela, pode-se constatar que 46 laudos (55,42%), não foram encontradas evidências de qualquer análise do quadro clínico, em 22 (26,51%) identificaram-se alguns comentários e em apenas 15 (18,07%) a análise integrando informações e achados ao longo da avaliação pericial foi considerada satisfatória.

Esses achados são graves, pois a inexistência ou a insuficiência da análise clínica reflete a precariedade do raciocínio clínico na investigação da existência de agravos à saúde, em algum momento ao longo da vida laboral na empresa reclamada, e que pode estar presente ou não no momento da avaliação pericial com maior ou menor impacto sobre a capacidade laboral.

A técnica de coleta da história clínica faz parte do ensino médico e é o eixo central da investigação clínica.

Tabela 21: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de análise do adoecimento, TRT-2.

Existência da análise do adoecimento	N	%
Não	46	55,42
Faz alguns comentários do adoecimento sem análise	22	26,51
Sim	15	18,07
Total	83	100,00

Em dois laudos, não foi possível identificar a conclusão sobre a existência ou inexistência de adoecimento e em outros dois, a conclusão foi de que havia ocorrido adoecimento durante o período de vínculo com a empresa reclamada, mas no momento da avaliação pericial havia se constatado recuperação clínica.

1.1. Exame Físico

O exame físico reflete um outro momento da perícia, diferente da anamnese clínica, que traz um encadeamento de sintomas, sinais e fatos relatados pelo reclamante. É o momento do perito examinar o reclamante.

No entanto, é fundamental que o examinador também queira encontrar, isto é, use de todo o seu arsenal propedêutico e experiência para encontrar alterações de temperatura, de coloração, de consistência muscular e demais partes moles no caso das afecções relacionadas às LER/Dort. Várias manobras clínicas podem ser utilizadas para auxiliar a identificação das estruturas comprometidas.

Nos laudos periciais estudados, com frequência, havia registro de inúmeras manobras positivas ou negativas, porém sem análise da positividade ou da negatividade no contexto do caso.

As manobras clínicas pareciam fazer parte de um *checklist* obrigatório, sem uma

análise que integrasse as informações coletadas. Pareciam constar dos laudos apenas para atender à máxima “a clínica é soberana”.

Para que a clínica seja de fato soberana, é preciso conceber o quadro do paciente como um grande quebra-cabeças.

A fase da coleta de informações do examinando pode ser comparada à uma busca de saída em labirinto, no qual várias luzes piscam sinalizando vários caminhos. O desafio do examinador é encontrar o caminho correto seguindo as luzes, para se tentar explicar os diversos sintomas em um quadro único. O exame físico fornece outras informações que vão se integrar a aquelas existentes e devem ser colocadas nos devidos lugares, como na montagem de um quebra-cabeças, nas quais as peças vão se encaixando, correndo-se o risco sempre de que alguma peça não se encaixe perfeitamente. Nesse caso, a valorização de cada peça depende do olhar do examinador. Assim, dizer que a clínica é soberana pode se tornar um clichê sem valor prático.

Mesmo realizado de forma protocolar na maioria dos casos, o exame físico foi valorizado na conclusão diagnóstica como se pode ver na tabela 22.

Tabela 22: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a consideração dos achados de exame físico na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexos causais, TRT-2.

Uso dos achados no exame físico na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexos causais	N	%
Sim	65	78,31
Não	18	21,69
Total	83	100,00

1.2. Exames Complementares

Outro elemento a ser considerado é a existência de exames complementares. No caso das afecções das quais tratam os laudos desta pesquisa, ganham relevância exames de imagem, geralmente ultrassonografias e ressonâncias magnéticas.

As primeiras são úteis na avaliação da extensão e gravidade das lesões, quando bem integradas ao raciocínio clínico, mas seus resultados dependem do médico operador do aparelho. Trata-se de um exame “ao vivo”, isto é, o médico ultrassonografista analisa enquanto faz o procedimento e sua experiência tem grande importância na interpretação do que vê durante o exame. Essa visualização depende das angulações e posicionamento do sensor do equipamento, da seleção das imagens que podem ter relevância clínica, o que exige qualificação técnica e experiência. Muitas vezes esses exames são utilizados inadequadamente para acompanhamento, pois costumam corresponder melhor ao quadro clínico nos processos inflamatórios, mas não nos casos das entesopatias, de caráter degenerativo, como ocorre no caso das LER/Dort.

Comparando-se com os anos 1980, os aparelhos ultrassonográficos atualmente, e mesmo a partir da década de 2000, apresentam maior poder de resolução óptica e de contraste tecidual, assim como os médicos examinadores são mais qualificados.

As ressonâncias magnéticas apresentam eficácia semelhante às ultrassonografias, porém o custo é muito maior. São melhores para visualização de alterações das estruturas dentro das articulações, inacessíveis às ultrassonografias. Nas síndromes compressivas, como por exemplo, na síndrome do túnel do carpo, os exames de imagem têm papel secundário, e o diagnóstico é feito pela clínica e pelo exame eletroneuromiográfico (BRASIL, 2012).

Nos laudos periciais estudados, os exames complementares se mostraram abundantes, amplamente mencionados pelos peritos, mas não cotejados com a história clínica e exame físico. em 55 laudos dos 83 (66,27%), os achados de exames complementares tiveram influência na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexos causais, como pode ser visto na tabela 23.

Tabela 23: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a utilização dos achados de exames complementares na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexos causais, TRT-2.

Utilização dos achados de exames complementares na construção ou desconstrução do diagnóstico ou nexos causais	N	%
Sim	55	66,27
Não	28	33,73
Total	83	100,00

2. SOBRE O NEXO CAUSAL

2.1. O Trabalho Real Foi o Grande Ausente na Maioria dos Laudos

Tendo como referência os conceitos discutidos no capítulo 4, notou-se nos laudos a ausência de qualquer consideração da reestruturação produtiva e seus impactos sobre a organização e gestão do trabalho, que regem o modo de trabalhar nas diferentes atividades econômicas, embora sejam determinantes da intensificação do trabalho, da diminuição do contingente de trabalhadores nas empresas, da estipulação de metas crescentes e aumento das atribuições a eles conferidas, processo facilitado pela disseminação da informatização e dos sistemas virtuais. Contribuem para a oscilação de produção e do aumento da carga de trabalho a sazonalidade, as exigências específicas de clientes da cadeia produtiva, o aumento da rigidez de procedimentos, as formas de gestão, que primam pela pressão explícita ou implícita para o aumento da produção, instituem o sistema de premiação por produtividade e o aumento da parcela flutuante dos vencimentos, impingem situações de constrangimentos, humilhações e assédio moral, a perseguição por certificações de qualidade, o trabalho à distância, etc.

Do ponto de vista genérico, faltaram algumas perguntas básicas por parte da maioria dos peritos sobre a atividade de trabalho: O que você faz? Como faz? Por que faz assim? Faz sempre assim? E se não fizer assim?

Classificar um quadro clínico como tendo ou não relação com o trabalho sem analisar o trabalho equivaleria a um diagnóstico de uma infecção pulmonar por uma bactéria, sem conhecer os efeitos que essa bactéria pode produzir ou se ela, em, condições normais ou excepcionais, poderia causar infecção em pulmões.

Essa falha dificilmente passaria ilesa em uma reunião clínica em uma faculdade de

medicina, onde certamente o professor chamaria a atenção do aluno se ele levantasse uma suspeita etiológica sem pelo menos descrever o agente supostamente implicado no adoecimento, seu comportamento e efeitos no corpo humano.

No entanto, 34 laudos (40,97%) não tinham qualquer informação sobre as características da atividade de trabalho. Em 30 laudos (33,73%) havia a citação de alguns aspectos biomecânicos e em apenas 19 (25,30%) havia informações sobre jornada de trabalho, sobre ritmo de trabalho e alguns outros aspectos organizacionais, como mostra a tabela 24.

Tabela 24: Número e proporção dos laudos periciais, segundo a existência de referências à análise da atividade de trabalho, TRT-2.

Existência de referências à análise da atividade de trabalho	N	%
Não	34	40,96
Cita alguns aspectos biomecânicos	30	36,15
Sim, considera outros aspectos além dos biomecânicos (organizacionais)	19	22,89
Total	83	100,00

Apesar da multicausalidade ser familiar aos profissionais de saúde, em particular médicos, dos 83 laudos estudados, somente em 13 (15,66%) esse conceito foi plenamente considerado, em contraposição a 69 (83,14%), nos quais foi totalmente desconsiderado, como se vê na tabela 25. Um laudo continha alguns elementos de multicausalidade, embora não de forma plena.

Nessa mesma tabela, pode-se verificar que, dos 13 laudos nos quais o conceito da multicausalidade foi plenamente utilizado, 8 (61,54%) foram elaborados por médicos do trabalho, 3 (23,08%) por médicos sem especificação de especialidade, um com especialização em medicina legal e um por fisioterapeuta. Nenhum ortopedista considerou a multicausalidade.

Por outro lado, dos 69 laudos que desconsideraram a multicausalidade, 47 (68,11%) foram elaborados por médicos do trabalho, 10 (14,50%) por médicos sem especificação de especialidade e 4 (5,80%) por ortopedistas.

Tabela 25: Número e proporção dos laudos periciais, segundo uso ou não do conceito da multicausalidade na ocorrência das afecções relacionadas às LER/Dort e formação/ especialidade dos peritos, TRT- 2.

Formação/ especialidade dos peritos	Uso do conceito de multicausalidade		Não uso do conceito de multicausalidade	
	N	%	N	%
Médicos do trabalho	8	61,54	47	68,11
Médicos legistas ou vinculados ao IMESC ou com especialização em perícia	1	7,69	7	10,14
Médico sem especificação de formação	3	23,08	10	14,50
Ortopedista	0	0	4	5,80
Fisioterapeuta	1	7,69	1	1,45
Total	13	100,00	69	100,00

A tabela 26 mostra que, apesar de amparado legalmente, o conceito de

concausalidade só foi plenamente considerado em apenas 12 laudos estudados, o que representa 14,46% dos 83 laudos e totalmente desconsiderado em 70 laudos periciais, o que totaliza 84,34%. Em um laudo, o uso do conceito de concausalidade foi duvidoso. Houve, assim, uma correspondência com o pouco uso do conceito de multicausalidade.

Na tabela 26 ainda, pode-se constatar que dos 12 laudos nos quais foi utilizado o conceito de concausalidade para firmar o nexos causal, 8 (66,67%) foram elaborados por médicos do trabalho, os mesmos que utilizaram o conceito da multicausalidade, 2 (16,67%) por médicos sem especificação de especialidade, um por médico com vínculo em órgão de perícia e um por fisioterapeuta.

Nenhum ortopedista usou o conceito da concausalidade.

Na mesma tabela, pode-se constatar, que dos 70 laudos em que a concausalidade foi desconsiderada, 47 (67,14%) foram elaborados por médicos do trabalho, 11 por médicos sem especificação de especialidade, 7 (10,00%) por médicos com especialização em perícia, 4 (5,71%) por ortopedistas e um por fisioterapeuta.

Tabela 26: Número e proporção dos laudos periciais, segundo uso ou não do conceito da concausalidade na ocorrência das afecções relacionadas às LER/Dort e formação/ especialidade dos peritos, TRT- 2.

Formação / especialidade dos peritos	Uso do conceito de concausalidade		Não uso do conceito de concausalidade	
	N	%	N	%
Médicos do trabalho	8	66,67	47	67,14
Médicos legistas ou vinculados ao IMESC ou com especialização em perícia	1	8,33	7	10,00
Médico sem especificação de especialidade	2	16,67	11	15,72
Ortopedista	0	0,00	4	5,71
Fisioterapeuta	1	8,33	1	1,43
Total	12	100,00	70	100,00

A multicausalidade e a concausalidade, apesar de importantes no contexto dos laudos periciais, se situam ainda no estreito campo da estrutura tradicional do pensamento médico e do modelo da História Natural da Doença, que desenha, ao longo de um determinado período de tempo, o período de pré-patogênese, o período de patogênese e o período do desenlace, de forma linear e unidirecional.

ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO (2003) explicam que, segundo esse modelo, no período da pré-patogênese coexistem as inter-relações entre os condicionantes sociais e ambientais com o indivíduo suscetível de adoecimento, configurando-se situações de riscos variáveis, dependendo dos fatores presentes. Dão como exemplos a baixa probabilidade de pessoas abastadas adquirirem cólera e a alta probabilidade de usuários de drogas injetáveis compartilhando a mesma seringa se contaminarem com o vírus HIV. Nessa fase são consideradas as interações entre fatores sociais, compreendidos os socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais, com os fatores ambientais e fatores genéticos,

constituindo assim, a multifatorialidade do processo de adoecimento.

O período da patogênese é o estágio seguinte da História Natural da Doença, quando ocorrem as alterações no ser afetado, com perturbações bioquímicas e de outra natureza. A evolução pode se dar com a recuperação ou cura, cronicidade ou morte.

AROUCA (1976) pondera que esse modelo abre caminho para várias incursões, incluindo a possibilidade da prática da prevenção. No entanto, “a noção de “causa” em epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidade de essências.” (AROUCA, 1976, p. 17)

O autor explica que há uma igualação entre “o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico, etc.” (AROUCA, 1976, p.17).

AYRES (2016) detalha o olhar de Arouca sobre o caráter conservador do modelo da História Natural da Doença, que traria apenas “o social,” que se tornaria apenas um “adjetivo e, enquanto tal, apenas se somaria a ele como um “mito”, uma aparente reforma da medicina, mas que deixava intocado seu núcleo substantivo.” E isso seria demonstrado por meio de três aspectos:

a) fatorar os aspectos sociais relacionados no modelo, subordinando-os à explicação dos processos de adoecimento como condições independentes entre si, como se não fossem partes de uma totalidade que os qualifica, integra e hierarquiza segundo modos de produção e reprodução material e culturalmente determinadas (um social naturalizado, portanto); b) manter o padrão causalista dos fenômenos, repetindo o padrão das ciências naturais, apesar de expandi-lo para múltiplos fatores, usando o conceito de redes causais o raciocínio linear e unidirecional das causas eficientes continuava, contudo, intacto; c) manter no espaço tradicional das instituições de saúde o processo de trabalho a ser privilegiado na construção de respostas normativas às exigências de saúde, centralizadas na consulta médica, mantendo então os mesmos sujeitos e valores como detentores do monopólio das decisões normalizadoras sobre a saúde, a doença e o cuidado. (AYRES, 2016, p. 144)

Nos laudos periciais, o único aspecto que fugiria do campo exclusivo da saúde e do conhecimento específico das disciplinas que a compõem seria a análise da atividade de trabalho, que para ser feita, recorre a noções ou conhecimentos maiores de física, de biomecânica, de sociologia, de história, de economia e de recursos da ergonomia.

Mesmo sem a existência de uma análise da atividade de trabalho, e de forma muitas vezes descontextualizada, argumentos biomecânicos foram utilizados para descaracterizar ou caracterizar o caráter ocupacional, como se pode constatar na tabela 27.

Tabela 27: Número e proporção de laudos periciais, segundo a utilização de aspectos biomecânicos para caracterizar ou descaracterizar o caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.

Utilização de aspectos biomecânicos para caracterizar ou descaracterizar o caráter ocupacional do adoecimento	N	%
Não	22	26,51
Sim, direta ou indiretamente	49	57,83
Não se aplica/ não há referência a aspectos biomecânicos	12	15,66
Total	83	100,00

Fundamentos referentes à existência de processos degenerativos como argumento para excluir o caráter ocupacional do quadro clínico foram utilizados, mas não de forma marcante; 19 casos utilizaram esse critério para descartar onexo causal entre o adoecimento e o trabalho, como se vê na tabela 28.

Tabela 28: Número e proporção de laudos periciais, segundo a utilização de argumentos referentes a processos degenerativos para descaracterização do caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.

Utilização de argumentos referentes a processos degenerativos para descaracterizar o caráter ocupacional do adoecimento	N	%
Não	25	30,12
Sim, direta ou indiretamente	19	22,89
Não se aplica/ não há referência à degeneração	39	46,99
Total	83	100,00

Um argumento pouco utilizado para descaracterização do caráter ocupacional de afecções musculoesqueléticas foi a fibromialgia, que constava em 7 laudos (8,43%), como se vê na tabela 29.

Tabela 29: Número e proporção de laudos periciais, segundo utilização de argumentos referentes à fibromialgia para descaracterização do caráter ocupacional das doenças encontradas, TRT- 2.

Utilização de argumentos referentes à fibromialgia para descaracterizar o caráter ocupacional do adoecimento	N	%
Não	21	25,30
Sim	7	8,43
Não se aplica/ não há referência à fibromialgia	55	66,27
Total	83	100,00

Um outro aspecto a ser considerado quando se investiga a relação trabalho e saúde se refere ao peso do trabalho no agravamento de um quadro clínico. Os laudos teriam considerado o agravamento que o trabalho pode provocar em um quadro existente?

Tendo como premissa a multicausalidade de um adoecimento, o trabalho como fator agravador desse adoecimento, estaria na classe III da classificação de *Schilling*, isto é, o trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida.

O trabalho com forte componente operacional, uma das características das atividades laborais dos reclamantes, exige movimentos repetitivos, com exigência de força física

localizada ou de corpo inteiro, impondo também a sobrecarga estática, o que contribui para o agravamento de afecções musculoesqueléticas de forma geral, e particularmente no caso daquelas originadas por essas condições, tratando-se assim, de manutenção da exposição a condições adversas.

Assim, é condição intrínseca a uma história clínica se levar em conta fatores de melhora e piora. Nos casos de LER/Dort, com a instalação de afecções musculoesqueléticas, o relato comum de pacientes inclui piora quando se mantém a exposição ao trabalho quando este se perpetua com as mesmas características, o que é comum.

Atividades de trabalho e aquelas cotidianas da vida, como estender roupa, girar maçanetas de portas, lavar louça, carregar bebês, lavar a cabeça, facilmente executadas antes do advento do adoecimento, passam a se tornar difíceis e penosas. A conhecida associação entre a execução de movimentos repetitivos e a permanência em posturas por tempo prolongado, com a piora dos sintomas, impõe que se evite a exposição às condições adoecedoras e agravantes do quadro clínico.

Dos 83 laudos periciais, 62 (74,70%) não consideraram o trabalho como fator agravante ou sequer se referiram a qualquer aspecto laboral como fator de agravamento do quadro clínico. Apenas 16 (19,28%) consideraram as piores pelo trabalho depois do quadro instalado, como se vê na tabela 30.

Tabela 30: Número e proporção de laudos periciais, segundo a consideração de agravamento do quadro clínico pelo trabalho, TRT-2.

Consideração do conceito do agravamento do quadro clínico pelo trabalho	N	%
Não	37	44,58
Em parte, mesmo que não de forma clara	5	6,02
Sim	16	19,28
Não se aplica ou não é mencionado	25	30,12
Total	83	100,00

No caso das LER/Dort, o conceito de agravamento pela manutenção da exposição às condições provocadoras de desgaste do sistema musculoesquelético caminha paralela e intimamente ligado ao da cronificação, seja em forma de expressões clínicas localizadas ou disseminadas para vários segmentos do corpo.

No caso desses reclamantes a argumentação se fundamentava na cronicidade dos adoecimentos. No entanto, dos 83 laudos, apenas 13 (15,66%) consideraram a cronificação, 64 (77,11%) não o fizeram ou sequer mencionaram esse processo até intuitivo, como se vê na tabela 31.

Tabela 31: Número e proporção de laudos periciais segundo a consideração da cronificação do quadro clínico pelo trabalho, TRT- 2.

Consideração do conceito de cronificação pelo trabalho	N	%
Não	31	37,35
Sim, em parte	6	7,23
Sim	13	15,66
Não se aplica/ não há referência à cronificação	33	39,76
Total	83	100,00

Voltando àquela imaginária reunião clínica de uma faculdade de medicina, teria sido perguntado ao aluno se haveria literatura a respeito e se o paciente acometido estaria inserido na população de risco, segundo estudos epidemiológicos.

No caso dos laudos periciais em pauta, equivaleria responder às seguintes questões: a atividade de trabalho desenvolvida pelo reclamante pode de alguma maneira causar, antecipar agravar ou cronificar uma afecção musculoesquelética em questão, segundo estudos de literatura? Há literatura que apoie uma associação entre a atividade de trabalho de determinadas categorias profissionais e a ocorrência de afecções musculoesqueléticas? Há fundamento epidemiológico para o estabelecimento denexo causal?

Dos 83 laudos, o critério epidemiológico foi lembrado apenas em 8 (9,64%). Em 29 laudos (34,94%), houve menção aos aspectos epidemiológicos, quase sempre em trechos copiados de normas de LER/Dort, mas não foram aplicados ao caso concreto. Mas na maioria dos laudos, 36 (55,42), sequer foram lembrados. Isso pode ser visto na tabela 32.

Tabela 32: Número e proporção de laudos periciais, segundo uso do critério epidemiológico para a construção ou desconstrução do diagnóstico ounexo causal do quadro clínico com o trabalho, TRT-2.

Considerou-se o critério epidemiológico para a construção ou desconstrução do diagnóstico ounexo causal	N	%
Não	29	34,94
Sim	8	9,64
Não foi lembrado	46	55,42
Total	83	100,00

No entanto, levando-se em conta as características das funções desempenhadas pelos reclamantes, todas elas pelo forte componente operacional poderiam ser relacionadas à ocorrência de LER/Dort. Relembrando, pode-se ter um panorama das funções na tabela 7.

Dos 74 reclamantes, 49 (66,22%) haviam trabalhado em empresas cujos ramos de atividade tinham relação causal presumida pelo critério epidemiológico, com a existência de afecções musculoesqueléticas, segundo estudo realizado pela Previdência Social e cujo rol consta da lista C do anexo II do Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999).

Corresponderam a esses 49 reclamantes comnexo causal presumido em estudo epidemiológico, 55 laudos periciais.

Desses 55 laudos com nexos causais presumidos pelo critério epidemiológico, 30 (54,54%) tiveram esse nexo presumido confirmado na avaliação pericial, 15 (27,28%) tiveram nexo presumido descaracterizado, 6 (10,91%) tiveram como conclusão inexistência de doença, 3 (5,45%) não tiveram definição em relação a esse quesito e um (1,82%) com possibilidade de nexo causal no passado, como se vê na tabela 29. Quais teriam sido os fundamentos para que um caso com nexo causal presumido tivesse sido considerado como não relacionado ao trabalho? No item 2.2. deste capítulo faz-se um aprofundamento desta questão.

Se todos os 83 laudos forem considerados, 42 (50,60%) tiveram a conclusão de nexo causal com o trabalho positivo, 25 (30,12%), nexo causal negativo. Em 9 laudos (10,84%), a doença foi considerada inexistente, em 4 (4,82%) não houve definição quanto ao nexo causal e em 3 (3,62%), a conclusão foi a de que haviam tido ou possivelmente teriam tido doença ocupacional no passado, como se pode ver ainda na tabela 33.

A mesma tabela mostra que, se forem considerados apenas os 55 laudos de casos cujo nexo causal era presumido, em 30 (54,54%) o nexo causal foi confirmado e em 15 (27,28%) o nexo não foi estabelecido. Dos 28 laudos de casos, cujo nexo causal não era presumido, 12 (42,86%) tiveram nexo causal estabelecido e 10 (35,71%) não.

Assim, observou-se uma associação entre o fato do reclamante ter nexo causal presumido pelo critério epidemiológico e a positividade do nexo causal pelo perito, e também do fato do reclamante não ter nexo causal presumido pelo critério epidemiológico e a negatividade do nexo causal pelo perito.

Tabela 33: Número e proporção dos laudos periciais, segundo existência de nexo causal presumido pelo critério epidemiológico e conclusão no tocante ao nexo causal, TRT- 2.

Conclusão da perícia sobre nexo causal	Com nexo causal presumido pelo critério epidemiológico, constante no anexo II do Decreto 3.048/099		Sem nexo causal presumido pelo critério epidemiológico, constante no anexo II do Decreto 3.048/099		Todos os laudos	
	N	%	N	%	N	%
Positivo	30	54,54	12	42,86	42	50,60
Negativo	15	27,28	10	35,71	25	30,12
Não se aplica – doença considerada inexistente	6	10,91	3	10,71	9	10,84
Sem definição	3	5,45	1	3,57	4	4,82
Possibilidade de nexo causal positivo no passado	1	1,82	2	7,14	3	3,62
Total	55	100,00	28	100,00	83	100,00

Nesta pesquisa, como já visto na tabela 24, dos 83 laudos periciais analisados, apenas 19 (22,89%), correspondentes a 19 reclamantes, realizaram uma descrição da atividade de trabalho, que ia além da simples citação de movimentos ou posturas que pudessem explicar ou não o quadro clínico constatado. Desses 19 laudos, 18 concluíram pela existência de nexo

causal entre o trabalho e o quadro clínico e um concluiu pela existência de doença ocupacional no passado, como se pode ver na tabela 34, a seguir.

Tabela 34: Número e proporção dos laudos periciais, cujas descrições da atividade de trabalho foram consideradas satisfatórias, segundo conclusão pericial sobrenexo causal, TRT-2.

Nexo causal	N	%
Positivo	18	94,74
Positivo no passado	1	5,26
Total	19	100,00

Desses 19 reclamantes, 13 (68,42%) eram de empresas reclamadas pertencentes a atividades econômicas com prevalência significativamente maior de afecções musculoesqueléticas em relação às demais atividades econômicas. Desses 13 casos, apenas um teve a conclusão pericial pela inexistência de doença no momento da perícia, porém com existência de doença ocupacional no passado. O perito concluiu pela inexistência de doença no momento da perícia, concluindo pela higidez da reclamante com base no exame físico, sem se referir a eventuais queixas clínicas (laudo 77).

2.2. Uma Lupa nos Laudos de Casos com Nexo Causal Presumido pelo Critério Epidemiológico

Constatou-se que 49 (66,22%) das 74 empresas reclamadas pertenciam a ramos de atividade cujos adoecidos do sistema musculoesquelético tinham nexo causal presumido com o trabalho (tabela 10). Essas 49 empresas corresponderam a 55 laudos, dos quais 15 tiveram nexo causal com o trabalho descaracterizado pelo perito, 3 sem definição, 6 sem discussão de nexo causal por terem sido considerados sem doença e um considerado com possibilidade de ter tido nexo causal no passado. Assim, 30 laudos tiveram confirmado o nexo causal presumido, como se viu na tabela 29.

Os 15 laudos que tiveram o caráter ocupacional descaracterizado foram os de números 14, 20, 36, 46, 47, 49, 51, 63, 65, 67, 70, 72, 75, 79 e 81. Dos 15 peritos distintos, responsáveis por esses laudos, 11 tinham formação em medicina do trabalho ou medicina legal ou perícia médica.

Considerando-se que, nos ramos de atividade econômica dessas empresas em questão, o nexo causal de afecções musculoesquelética com o trabalho era presumido, a descaracterização do caráter ocupacional teria que se pautar por fortes elementos expostos no laudo pericial, o que exigiria primordialmente uma análise da atividade minuciosa. E adicionalmente, a expectativa teria que ser de fato alta, considerando-se que os peritos que descaracterizaram o nexo causal tinham formação na área de saúde e trabalho, na sua maioria.

A pergunta a ser respondida pela perícia seria: Quais elementos foram encontrados na análise da atividade de trabalho que pudessem descaracterizar o caráter ocupacional do caso, que tem nexo causal presumido?

Com a frustração da expectativa de que os laudos contivessem o registro e a compreensão do que cada reclamante fazia, como fazia, porque fazia de determinada maneira,

o que levava a fazer diferente e quais eram os desgastes que percebiam física e psiquicamente ao longo do tempo, esperava-se que, nos laudos referentes aos casos que tivessem nexos causais presumidos não confirmados, houvesse robustez de argumentos decorrente de uma sólida análise da atividade de trabalho.

Assim, esses 15 laudos descaracterizados foram analisados buscando-se respostas para as seguintes perguntas: 1. A análise da atividade de trabalho evidenciou a ausência de riscos para o sistema musculoesquelético? 2. Mesmo sem uma análise da atividade de trabalho, elementos biomecânicos foram utilizados como argumentos para a descaracterização do caráter ocupacional? 3. A existência de eventual fibromialgia foi utilizada como argumento para a descaracterizar o caráter ocupacional? 4. A existência de eventual processo degenerativo foi utilizada para descaracterizar o caráter ocupacional?

Mais uma vez, constatou-se a ausência de uma análise da atividade de trabalho, condição necessária para que se justificasse a descaracterização do nexo causal, contraditando a presunção da associação causa e efeito. Em nenhum dos 15 laudos essa análise se fez presente. Apesar dessa ausência, 9 dos 15 laudos utilizaram argumentos biomecânicos para descaracterizar o caráter ocupacional (laudos 20, 36, 46, 49, 51, 67, 70, 72 e 75), 3 utilizaram o argumento de que o reclamante por ter fibromialgia não tinha adoecimento relacionado ao trabalho (laudos 61, 65 e 72), 8 laudos tiveram o nexo causal descaracterizado, com o argumento de que não se tratava de doença ocupacional e sim degenerativa.

Em 2 laudos não foi utilizado nenhum dos critérios citados para descaracterizar o caráter ocupacional das doenças dos reclamantes (laudos 47 e 79). No quadro 6 é possível visualizar esse cenário.

Quadro 6: Laudos de casos com nexo causal presumido pelo critério epidemiológico que não tiveram nexo causal confirmado pelo perito, TRT- 2.

Laudo	Existência de análise da atividade de trabalho	Descaracterização com argumentos biomecânicos	Descaracterização com argumentos referentes à fibromialgia	Descaracterização com argumentos referentes a processo degenerativo
14	Não	Não	Não	Sim
20	Não	Sim	Não	Não
36	Não	Sim	Não	Não
46	Não	Sim	Não	Sim
47	Não	Não	Não	Não
49	Não	Sim	Não	Sim
51	Não	Sim	Sim	Sim
63	Não	Não	Não	Sim
65	Não	Não	Sim	Não
67	Não	Sim	Não	Sim
70	Não	Sim	Não	Sim
72	Não	Sim	Sim	Não
75	Não	Sim	Não	Não
79	Não	Não	Não	Não
81	Não	Não	Não	Sim

2.3. Aspectos Biomecânicos e Processos Degenerativos Não Decorrentes da Idade

Com certa frequência se estabelecem dicotomias inconciliáveis entre metodologias de análise da atividade de trabalho, que têm raízes históricas de como se desenvolveram os campos de conhecimento e a prática nos diferentes países.

As diretrizes da análise da atividade de trabalho dos diferentes ministérios brasileiros, como se viu no item 5.9.1, combinaram recursos de várias áreas, quais sejam, da economia, da sociologia, da administração, da psicologia, da medicina e da biomecânica para que possibilitasse uma análise a mais abrangente possível.

CHAFFIN e col. (1999) discorrem sobre aspectos históricos da biomecânica, lembrando que Galileo Galilei, no final dos anos 1500, usava os princípios do campo de período constante de oscilação para medir a frequência cardíaca com um pêndulo. Reverenciam Leonardo da Vinci, no século XV-XVI, que usava os conceitos da biomecânica para o sistema musculoesquelético do corpo humano e sua forma de funcionamento. RAMAZZINI (2000), no século XVIII, também observava as posturas dos trabalhadores, frequentemente as relacionando com doenças e deformidades físicas, como no caso dos sapateiros que permaneciam o dia todo curvados sobre o tronco, acabavam com gibas nas costas e perfil de macacos.

CHAFFIN e col. (1999) destacam que embora houvesse muitos conhecimentos da biomecânica no século XIX, para que se desenvolvesse como uma disciplina, era necessário que houvesse campo de aplicação nas indústrias. Explicam sobre as fundamentações epidemiológicas, sociais e legais que, em sua visão, apoiariam o uso de avanços do conhecimento da biomecânica, ao longo dos séculos, para prevenir doenças musculoesqueléticas ocupacionais altamente prevalentes e estudadas. Consideram a biomecânica uma atividade multidisciplinar que requer a combinação de conhecimentos das áreas da física e das ciências da engenharia com o conhecimento da biologia e das ciências comportamentais, utilizando recursos da cinesiologia, dos métodos de modelos biomecânicos, dos métodos antropométricos, dos métodos da avaliação da capacidade de trabalho, dos métodos de bioinstrumentação e dos métodos de sistemas de classificação de movimento e previsão de tempo.

Segundo IIDA (1995), a ergonomia tem uma data de nascimento, qual seja, 12 de julho de 1949, quando se reuniram na Inglaterra cientistas e pesquisadores dispostos a formalizar a existência desse novo ramo da ciência de aplicação interdisciplinar. Segundo esse autor, a ergonomia se expandiu a partir do início da década de 1950 no mundo industrializado. Várias publicações abordam esses aspectos (CHAPANIS, 1975; DUL e WEERDMEESTER, 1995; IIDA, 1995; GRANDJEAN, 1998) e trazem conhecimentos com a finalidade de fundamentar projetos para minimizar o desgaste físico dos trabalhadores.

Os laudos que utilizaram alguns recursos da biomecânica, o fizeram no aspecto de apontar a existência ou inexistência de movimentos repetitivos, de posturas que penalizavam ou não o corpo ou segmentos, de pesos suportados ou transportados manualmente. Em geral,

não utilizaram metodologias para análise, apenas usaram elementos de áreas do conhecimento que compõem a biomecânica para descrever partes da atividade de trabalho.

No laudo 20, por exemplo, referente a uma copeira do serviço de nutrição de um hospital, ao fazer a vistoria, o perito referiu ter constatado que a reclamante não realizava atividades que exigiam movimentos repetitivos como em uma linha de montagem, na digitação ou no manuseio de instrumentos musicais. Para essa constatação era desnecessário realizar uma vistoria, pois se sabe de antemão que a linha de montagem tem características peculiares, de movimentos padronizados, repetitivos, com ciclos de até 15 segundos ou 30 segundos ou pouco mais, diferentemente de outras atividades laborais, como aquela exercida pela reclamante. Além das atividades laborais referidas pelo perito como propiciadoras da ocorrência de LER/Dort, há muitas outras e referências bibliográficas foram citadas ao longo desta tese.

O laudo 46 é emblemático do pensamento de muitos médicos do trabalho e peritos em geral. O nexos causal foi descartado pelo perito com o argumento de que durante a atividade de trabalho, a reclamante não elevava os membros superiores acima da linha dos ombros, e por isso não poderia ter uma afecção tendínea nessa região. O mesmo acontece com o laudo 57.

HAGBERG (1998), em enciclopédia da Organização Internacional do Trabalho, contradita essa afirmação tão corrente. Explicando alguns dos mecanismos da degeneração dos tendões, ele explica porque mesmo pequenas elevações e abduções dos ombros podem causar tendinites.

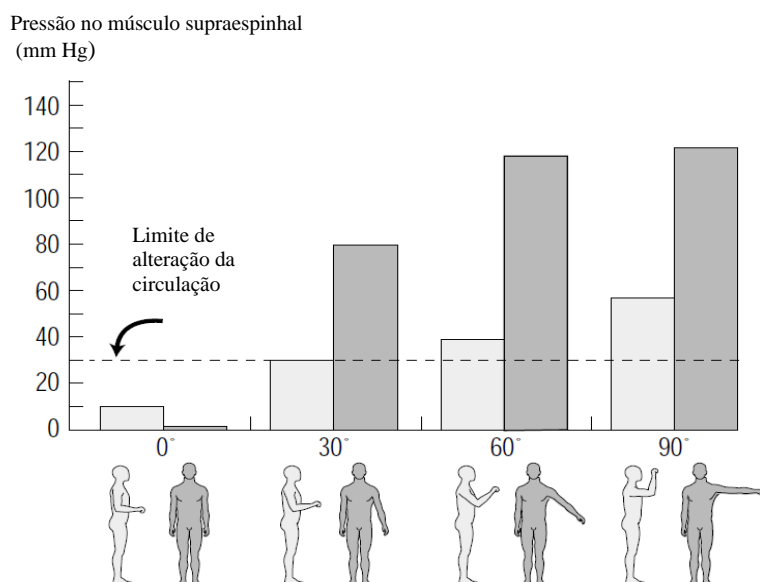
Credita-se a possibilidade de ocorrência de tendinites de ombros à existência de uma degeneração tendínea, que pode decorrer de várias causas, entre elas, uma alteração da circulação do tendão, que interromperia o metabolismo. Uma outra causa de degeneração tendínea é o estresse mecânico. A morte das células dentro do tendão, seriam focos nos quais o cálcio poderia se depositar, e isso talvez esteja na fisiopatologia da forma inicial da degeneração. Os tendões do supraespinhoso, da cabeça longa do bíceps e das porções superiores do infraespinhoso possuem uma zona em que não há vasos sanguíneos e é nessa região que se localizam predominantemente os sinais de degeneração, incluídos a morte de células, os depósitos de cálcio e as roturas microscópicas. Quando se altera a circulação sanguínea, como ocorre com a compressão e na carga estática dos tendões do ombro, a degeneração pode ser acelerada, propiciando a ocorrência de tendinites.

A elevação dos braços produz uma compressão dos tendões, que por sua vez seria uma das causas da degeneração, condição que predisporia a ocorrência de tendinite. No entanto, não é a única condição.

HAGBERG (1998) continua, ressaltando que há demonstrações de que a pressão intramuscular pode superar os 30 mmHg a apenas 30 graus de flexão dianteira ou de abdução da articulação dos ombros, como se vê na figura 3. Para se ter uma ideia do que isso significa, basta lembrar que o ombro fica a aproximadamente 90 graus do eixo longitudinal do corpo.

Esse aumento de pressão altera a circulação e pode até cessá-la completamente, o que seria condição propícia para a ocorrência de processo degenerativo e consequente tendinite.

Figura 3: Relação entre diferentes alturas e ângulos dos membros superiores e pressões no músculo supraespinal.



Fonte: Järvholm e cols., 1988.

Conhecendo esse mecanismo fisiopatológico, é possível compreender que, pessoas que realizam atividades que requerem contrações estáticas do músculo supraespinal ou flexões dianteiras ou abduções repetitivas dos ombros, são vulneráveis à ocorrência de tendinites.

Essas condições são comuns nas atividades de trabalho de soldadores, laminadores de metal, costureiras, trabalhadores de linha de montagem, digitadores, entre muitos outros.

Assim, explicitamente, condições que podem levar a processos degenerativos de ombros e consequentemente a tendinites são:

- a) posturas de trabalho que mantêm sobrecarga estática dos ombros, à elevação para a frente ou lateralmente, a partir de apenas 30 graus do eixo longitudinal, independentemente de movimentos repetitivos dos ombros;
- b) movimentos de elevação repetitiva dos braços em frente ao corpo;
- c) manejo de ferramentas e objetos podem provocar cargas intensas sobre os tendões e músculos dos ombros;
- d) ausência de pausas.

Um dos estudos de referência no capítulo sobre ombro da enciclopédia da OIT (OIT, 2010) é o de JÄRVHOLM e col. (1988), que verificaram a pressão intramuscular do músculo supraespinal com e sem carga. Encontraram alta pressão intramuscular, de 50 mmHg nas

abduções de 30 graus sem carga. Verificaram, à medida em que havia aumento de carga, um aumento significativo da pressão intramuscular em todas as posições de abdução do ombro e que medidas entre 30 e 80 mmHg impedem o fluxo sanguíneo no músculo e entre 20 e 30 mmHg causam fadiga. Estudaram também as diferenças dessa pressão nas posições de diferentes ângulos da abdução com a flexão do cotovelo em 0 (membros superiores estendidos) e 90 graus.

HAGBERG e WEGMAN (1987) analisaram estudos de populações de trabalhadores com diferentes ocupações que apresentavam impacto ocupacional no pescoço e ombros, entre elas, trabalhadores de linhas de montagem, de fábricas de tesouras, trabalhadores que processavam entrada de dados, mineiros, empacotadores, dentistas, açougueiros, caixas, etc.

Ainda sobre o caráter degenerativo das afecções musculoesqueléticas, o “cotovelo do tenista”, conhecido pelos alunos de medicina como um perene exemplo de uma epicondilite lateral, tem caráter degenerativo do tendão extensor lateral e não inflamatório (COHEN e MOTTA FILHO, 2012; TOSTI e col., 2013).

WHITING e ZERNICKE (1998), utilizando o conhecimento adquirido da medicina esportiva, utilizam um critério de classificação dos mecanismos de produção de lesões do sistema musculoesquelético: a) contato ou impacto; b) sobrecarga dinâmica; c) excesso de uso; d) vulnerabilidade estrutural; e) inflexibilidade; f) desequilíbrio muscular; g) rápido crescimento (LEADBETTER, 1994 apud WHITING e ZERNICKE, 1998). Lembram que lesões podem resultar de mecanismos agudos e crônicos e que os crônicos produzem uma progressiva degeneração aos tecidos atingidos.

HAGBERG (1998) destaca a importância da utilização do método da ergonomia participativa, segundo o qual os próprios trabalhadores participam da definição dos problemas e das soluções, assim como das avaliações. Ressalta que a ergonomia participativa começa a partir da visão macroergonômica, que implica a análise de todo o sistema de produção e mudanças, que em sua visão poderiam tanto melhorar as condições de trabalho como a produtividade. Em menor escala e de forma restrita levanta as possibilidades de mudanças no posto de trabalho. Rejeita a seleção pré-admissional como forma de prevenção de doenças musculoesqueléticas.

SEGRE (1985), em artigo sobre perícia em acidentes do trabalho, tratou do desalinhamento existente, por vezes, entre o conhecimento médico e a legislação. Citou os processos degenerativos, como a espondiloartrose¹⁰³ que é mais prevalente entre trabalhadores braçais, tendo claramente um caráter ocupacional. Referia que em suas perícias prevalecia o conhecimento médico, e utilização do conceito mais geral existente na legislação de doenças ocupacionais relacionadas às condições de trabalho especiais, mais agressivas. Não se atinha às artroses, raciocinando da mesma forma para a hipertensão, tuberculose e doenças mentais.

A artrose ou osteoartrite ou doença articular degenerativa consiste no mais frequente dentre os “reumatismos” e se caracteriza pelo desgaste de todas as estruturas de uma

¹⁰³ Espondiloartrose é artrose localizada na coluna.

articulação, incluindo a parte óssea, ligamentos, musculatura periarticular, cápsula e sinóvia, e não somente a cartilagem, como se pensava antes (HUNTER e FELSON, 2006). Entre as alterações ósseas, as mais conhecidas são os osteófitos, amplamente conhecidos por “bico de papagaio”, geralmente associada à idade, não só por leigos, mas também por profissionais de saúde.

No entanto, o fator idade não é o único envolvido no desenvolvimento dessa doença. VINGARD (1996) ao fazer uma revisão sobre os determinantes da atividade e de diferentes ocupações sobre o desenvolvimento de gonartrose¹⁰⁴ conclui que são múltiplos os fatores que atuam para o desgaste dessa articulação tão complexa, que permite o agachamento, o ajoelamento, a modulação do caminhar e do posicionamento para carregar peso. Por exemplo, é de conhecimento da medicina que a condição de joelho valgo¹⁰⁵ ou varo¹⁰⁶, implica diferente distribuição de peso e força sobre a articulação, o que propicia o desenvolvimento de uma artrose. O sobrepeso e a ocorrência de trauma, consensualmente, também têm importância no desenvolvimento da artrose em joelhos.

Assim, a carga mecânica tem um papel importante e foi objeto de estudo de um dos pioneiros na pesquisa sobre o papel da atividade física sobre o desenvolvimento de processos degenerativos (KELLGREN e LAWRENCE, 1952). Esses autores têm inúmeras obras sobre as artroses, mas uma delas, foi a de um estudo comparativo entre aproximadamente 7 mil mineiros e uma população sedentária. O estudo envolveu entrevistas, exame clínico e radiografias, e verificou-se que as degenerações de discos intervertebrais se destacaram entre os mineiros. Sobre os joelhos, verificaram também uma frequência maior entre os mineiros, mas concluíram que não havia sido o ajoelamento o principal determinante do desgaste e degeneração, e sim, o sobrepeso e lesões prévias (JURMAIN, 2011, p. 75).

Outro estudo relevante conduzido por KELLGREN e AITKEN-SWAN (1952), realizado antes do citado de KELLGREN e LAWRENCE (1952), foi o de comparação entre mineiros e não mineiros do sexo masculino. Verificaram que as queixas reumatológicas eram mais precoces entre os mineiros, com maior incidência aos 40 anos, em particular de osteoartrose e degeneração de discos intervertebrais da coluna. Também verificaram que os mineiros perdiam mais dias de trabalho por esse motivo.

Na Suécia, LINDBERG e MONTGOMERY (1987) estudaram 332 trabalhadores de um estaleiro, com média de idade de 66 anos, cuja atividade laboral havia sido, por mais de 30 anos, o trabalho pesado de um estaleiro. Dos trabalhadores do estaleiro, 3,9% tinham gonartrose, enquanto que apenas 1,4% e 1,6% dos grupos-controle interno¹⁰⁷ e externo¹⁰⁸, respectivamente, tinha esse quadro.

¹⁰⁴ Gonartrose: artrose de joelhos.

¹⁰⁵ Joelho valgo: desalinhamento do joelho, de maneira que, em posição neutra, as coxas ficam bem juntas e as pernas se abrem e muitas vezes não se consegue encostar um pé no outro. As pernas ficam em formato de um X.

¹⁰⁶ Joelho varo: desalinhamento do joelho, de maneira que, quando em posição neutra, as pernas são arqueadas, como se estivessem montando um cavalo (pernas de “cowboy”).

¹⁰⁷ Grupo-controle interno: grupo-controle formado por pessoas no desenrolar da pesquisa, comparáveis em relação a sexo, idade, hábitos e outras condições de saúde.

¹⁰⁸ Grupo-controle externo: grupo-controle formado por pessoas das quais se coletaram dados antes daquele que está sendo estudado, comparáveis em relação a sexo, idade, hábitos e outras condições de saúde.

LINDBERG e col. (1993) compararam a ocorrência de coxartrose em 286 homens, jogadores de futebol em Malmö, Suécia, com idade média de 55 anos com um grupo controle. Dos jogadores, a coxartrose estava presente em 5,6% e 2,8% no grupo controle. Entre os jogadores de elite, portanto, mas demandados e com mais horas de treino e jogos, a prevalência foi de 14% e no grupo-controle, 4,2%.

VIKARI-JUNTURA (1998) também discutiu o caráter ocupacional das artroses de mãos e punhos, degenerativas, em trabalhadores que realizam trabalho manual pesado com ou sem exposição à vibração de baixa frequência, associado ao uso de ferramentas e à sobrecarga estática.

Segundo o protocolo de LER/Dort do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a osteoartrose é “uma artropatia decorrente de uma lenta degradação da cartilagem articular, podendo ou não apresentar alguma grande inflamação articular. Está muito relacionada a suporte de carga excessiva pela articulação.”

Classificou-a em duas formas de expressão, quais sejam, uma delas, na

[...] forma generalizada, de natureza genética, que surge após os 45 anos e atinge as mãos em 85% dos pacientes, determinando um alargamento articular de natureza óssea mais comumente nas articulações interfalanganias distas (nódulos de Heberden) e proximais (nódulos de Bouchard), Outra forma é a secundária à hipersolicitação mecânica local, que nas mãos acomete a articulação carpo metacarpiana do polegar, conhecida como sizartrorse, que ocorre em virtude do movimento de pinça do polegar.

NASCIMENTO (1983, p. 74-5) faz uma divisão nos casos das artroses: artrose-estado, situação na qual o processo degenerativo existe, porém, não existem sintomas, o que é comumente observado no cotidiano dos consultórios, e artrose-doença, de caráter ocupacional, quando um trauma ocorrido no trabalho for causa do aparecimento de sintomas. Faz um paralelo com a existência de doenças reumáticas com repercussão articular, que nas condições de exposição ao frio, umidade, microtraumas, poderiam passar a ter agravamento e se configurar como uma mesopatia.

Assim, como se viu, é vasta a literatura que apoia a causa e a concausa do trabalho, dependendo do caso, na ocorrência de processos degenerativos, assim como a antecipação desses processos patológicos, independentemente da idade.

No laudo 3 foi encontrado raro reconhecimento sobre o agravamento e a aceleração do desgaste decorrente da atividade de trabalho, agregado a um processo degenerativo natural.

2.4. Fibromialgia e Síndrome de Dor Miofascial

Apesar de pouco lembrada como argumento nos laudos periciais para descaracterizar o caráter ocupacional de quadros de dor crônica, considerou-se pertinente fazer uma explanação sintética da fibromialgia e sua relação com o trabalho, devido a polêmicas que afloram em determinados meios.

Até 2008, a fibromialgia se encontrava na Classificação Internacional de Doenças (CID) em uma das condições dentro do “reumatismo não especificado” (CID M79.0). Em 2008, com a versão 10 da CID, passou a ter um código próprio, CID M79.7. Assim, se trata de uma entidade mórbida reconhecida recentemente.

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor disseminada, acima e abaixo da cintura, em ambos os hemis corp os, direito e esquerdo, acompanhada com certa frequência de depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, fadiga, alteração do sono, cólon ir ritável. O diagnóstico é clínico e não há alterações de exames complementares.

WOLFE e col. (1990) desenvolveram um estudo com a finalidade de criar a classificação para fibromialgia. A população consistia em 558 pacientes, 293 com fibromialgia primária e 265 com fibromialgia secundária, grupo controle. Entrevistas e avaliações foram feitas por assessores treinados que não sabiam quem tinha a fibromialgia primária e quem tinha a fibromialgia secundária. Ambos os grupos foram pareados por idade, sexo e afecções reumáticas concomitantes. Dor disseminada, na parte superior e inferior à cintura, no segmento esquerdo e direito do corpo, foi encontrada em 97,6% dos pacientes com fibromialgia primária e em 69,1% dos pacientes com fibromialgia secundária. A combinação da dor disseminada e positividade em 11 dos 18 *tender points* resultou em 88,4% de sensibilidade e 81,1% de especificidade, passando a ser critério de classificação para fibromialgia.

Os 18 *tender points* estão localizados bilateralmente nas regiões a seguir: 1) suboccipital, na inserção do músculo suboccipital; 2) cervical baixo, atrás do terço inferior do esternocleidomastoideo, no ligamento intertransverso C5-C6; 3) trapézio, ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo; 4) supraespinal, acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supraespinal; 5) segunda junção costo- condral, lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral; 6) epicôndilo lateral, 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral; 7) glúteo médio, na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio; 8) trocantérico, posterior à proeminência do grande trocanter; 9) joelho, no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.

Muitas são as controvérsias envolvendo esse quadro de dor disseminada sem que se tenha exames complementares para comprovar lesões que até o momento não foram identificadas nessa síndrome.

Polêmicas envolvendo LER/Dort, fibromialgia e uma outra entidade clínica, a síndrome de dor miofascial tiveram lugar entre conhecidos médicos da Austrália na década de 1990.

AWERBUCH (1985) alertava os médicos para o risco de se deixar seduzir pela possibilidade de fazer diagnósticos de fibromialgias e síndromes de dor miofascial, cujos diagnósticos clínicos, prescindiam de exames complementares. Não se conformava com a epidemia de LER ocorrida em seu país, Austrália, na década de 1980. Argumentava que em vez de diagnósticos de tendinites, tenossinovites e outras doenças que podiam ser especificamente

nominadas, haviam testemunhado uma invenção australiana, as LER, cuja nomenclatura havia disso criada lá (*repetitive strain injuries*). Chamava as dores difusas que não correspondiam a uma doença específica de não-doença. Exemplificava até com quadro de parestesia¹⁰⁹, com eletroneuromiografia normal, que seria uma não- síndrome do túnel do carpo. De fato, o diagnóstico da STC é clínico, pois embora a eletroneuromiografia seja um bom exame complementar, há resultados falso-negativos. Neste caso, isto é, de eletroneuromiografia normal e clínica característica de STC, opta-se pelo diagnóstico clínico. Awerbuch criticava particularmente o teste de pressão do plexo braquial para ajuda no diagnóstico de afecções associadas às LER/Dort. QUINTNER (1995) respondeu a Awerbuch, numa posição contrária à tentativa de rotular muitas doenças como não-doenças, e defendia o teste de pressão do plexo braquial, criado por um terapeuta australiano, dizendo que vinha se mostrando com validade para diagnósticos diferenciais de afecções de ombros. AWERBUCH (1985) treplicou, dizendo que, enquanto em outros países havia incidência de aproximadamente 10% de dores no pescoço e membros superiores, na Austrália, em alguns locais de trabalho, havia uma incidência de 80%, o que chamou a atenção das autoridades. Ressaltava, nessa tréplica, que não se tratava de uma epidemia de diagnósticos de tendinites, tenossinovites, compressões de nervo periférico, mas de quadros não reconhecidos pela medicina, de dor difusa que transcendia idade, ocupações, natureza e duração de atividade e padrão de uso dos membros superiores. Dizia que, felizmente para os trabalhadores australianos e para a economia do país, a epidemia, assim como viera, se fora também em meados de 1980.

Comentários e discussão foram registrados por ocasião da apresentação dos laudos 33, 65 e 72 e relembra-se o trabalho de LIN e col. (1997), que ao apresentarem as características clínicas e diagnósticos de afecções de pacientes do ambulatório de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, mostraram que 94,5% dos pacientes tinha síndrome de dor miofascial, 19,3% tinha fibromialgia, 23,9 tinha afecção de ombros, e 23,8% tinham síndrome complexa de dor regional. Analisando os pacientes que tinham *tender points* e *trigger points*, constataram que 32,7% tinham um padrão fibromiálgico. Embora a síndrome de dor miofascial seja muito mais frequente, como mostram as estatísticas do estudo de LIN, foi lembrada em apenas três laudos (33, 65 e 72), nos quais os peritos evidenciam ter se confundido com a fibromialgia.

A síndrome de dor miofascial é uma das causas mais frequentes de dor crônica do sistema musculoesquelético, mas pouco reconhecida pelos profissionais de saúde e o diagnóstico é feito com base na história e exame físico (YENG e col., 2003). Segundo esses autores, a palavra reumatismo foi utilizada pela primeira vez em 1592 e no século XVIII esse termo foi utilizado para descrever pontos dolorosos e endurecidos em pacientes com reumatismo em 1843. Características clínicas foram identificadas ao longo dos anos e há controvérsias sobre quais delas deveriam ser reunidas para definir essa síndrome. YENG e col. (2003) listaram as seguintes: a) dor difusa em um músculo ou grupo de músculos; b) dor regional em peso, queimor ou latejamento, surtos de dor, referência de dor à distância e, às vezes queixas de parestesias sem padrão neuropático; c) banda muscular tensa palpável

¹⁰⁹ Parestesia é uma sensação anormal da pele que pode se expressar de diferentes maneiras: formigamento, dormência, ardor, queimação, coceira, etc.

contendo pontos-gatilho; d) ausência de padrão de dor radicular ou neuropática; e) reprodução das queixas ou alterações das sensações durante a compressão do ponto miálgico; f) ocorrência de reflexo contrátil localizado durante a inserção da agulha ou palpação no sentido transversal do ponto hipersensível da banda muscular; f) alívio da dor após o estiramento do músculo ou após a infiltração do ponto sensível; g) possível limitação da amplitude de movimento; h) encurtamento muscular ao estiramento passivo; i) possível redução da força muscular ao teste manual.

Interessante é o caso apresentado por LIPPEL e LEFEBVRE (2014, p. 8-10), do Tribunal de Recurso do Quebec, que, ao analisar um indeferimento do pleito de uma reclamante de reconhecimento de um quadro de fibromialgia e sua lesão profissional inicial, argumentou que o judiciário colocava o ônus da prova sobre os ombros da reclamante de maneira demasiadamente pesada, uma vez que exigia provas que sequer a comunidade médica seria capaz de produzir. Além desse caso, foram citadas várias outras sentenças dos anos de 2012 e 2013, deferindo reclamações no mesmo sentido.

O diagnóstico da síndrome da dor miofascial é essencialmente clínico e se baseia em critérios maiores (bandas de tensão maiores, dor intensa nos pontos-gatilho em uma banda de tensão com reprodução da dor durante a compressão, limitação da amplitude do movimento) e critérios menores (evocação da reação contrátil visualmente ou à palpação, reação contrátil ao agulhamento dos pontos-gatilho, demonstração eletromiográfica da atividade elétrica característica de nódulo doloroso em uma banda de tensão, dor e anormalidade sensitiva na distribuição dos pontos-gatilho à compressão correspondente). As causas mais comuns são traumatismos, sobrecargas agudas e microtraumas repetidos sobre o sistema musculoesquelético.

Observe-se que ambos os diagnósticos, da síndrome de dor miofascial e da fibromialgia, dependem de uma história clínica e exame físico detalhados, minuciosos, não comumente encontrados na prática clínica e tampouco observados nos laudos periciais estudados nesta pesquisa.

3. AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE NOS LAUDOS PERICIAIS: AUSENTE

A avaliação da incapacidade esteve ausente nos laudos periciais. Nenhum laudo trouxe uma análise do caso em questão, expondo critérios utilizados para a correspondente avaliação e conclusão. Apenas pronunciamentos sem fundamentações foram registrados.

Os laudos foram classificados no quesito da incapacidade, tendo como referência, o uso do conceito de incapacidade que extrapolasse o critério do diagnóstico: a) o perito considerou no máximo o diagnóstico; b) o perito utilizou alguns elementos além do diagnóstico; c) o perito considerou os aspectos clínicos, pessoais, laborais e sociais e d) o perito não se pronunciou sobre a incapacidade.

Nos laudos estudados, o perito considerou no máximo o diagnóstico para se pronunciar sobre a existência ou não de incapacidade em 50 laudos (60,24%), utilizou outros

elementos, além do diagnóstico em 25 (30,12%) e não se pronunciou sobre a incapacidade em 8 laudos (9,64%), como mostra a tabela 35.

Tabela 35: Número e proporção de laudos periciais, segundo critérios utilizados na avaliação de incapacidade, TRT- 2.

Avaliação da incapacidade	N	%
O perito considerou no máximo o diagnóstico	50	60,24
O perito utilizou outros elementos, além do diagnóstico	25	30,12
O perito considerou os aspectos clínicos, pessoais, laborais e sociais	0	0
O perito não se pronunciou sobre a incapacidade	8	9,64
Total	83	100,00

Quanto aos pronunciamentos sobre a incapacidade laboral, 10 laudos nada registraram ou consideraram não existir doença no momento da perícia, 29 concluíram pela ausência de incapacidade e 44 pela positividade, com subclassificações como “para a atividade anterior”, “parcial e permanente”, “parcial e temporária”, “leve”.

Esse cenário demonstra a fragilidade conceitual dos peritos no que tange ao conhecimento, à reflexão e à capacidade de avaliar a incapacidade de uma pessoa. De fato, não se trata de uma tarefa simples.

Trabalhadores e trabalhadoras com LER/Dort têm sido estudados sob vários aspectos. Acometidos por dor prolongada, muitas vezes por formigamento e dormência, passam a ter dificuldades para executar a atividade de trabalho, as tarefas domésticas e familiares. Muitas vezes, a penosidade do trabalho, oculta durante meses ou anos, aflora com força e, à dor física, se somam as dores de todos os tipos, de se perceberem com problema de saúde, de preverem que talvez não deem conta de esperar as próximas férias para poderem ter um alívio, de se sentirem como se estivessem carregando um fardo a cada tarefa simples que antes faziam com facilidade. Assim, pentear o cabelo da filha, girar uma maçaneta para abrir a porta, estender roupas, fazer pequenos consertos domésticos, escrever, abrir uma lata, lavar louça, cortar carnes ou legumes, tudo se lentifica e causa mais dor, porque a dor não se vai, mesmo sem fazer nada disso. Muitas vezes nem se lembram quando não tinham nada.

Paralelamente a essas mudanças na vida diária, tomar medicamentos por conta própria ou receitados por médicos, passa a ser rotina. Além dos gastos, muitos passam a ter “dor de estômago”, fazem fisioterapia e recorrem a outras técnicas terapêuticas que acabam descobrindo no boca-a-boca. Encontram estratégias para continuar a trabalhar, pois precisam do emprego e sabem que se forem demitidos terão dificuldades para encontrar outro emprego. Afinal, conhecem pessoas que estão há bastante tempo tentando voltar ao mercado de trabalho.

Os laudos periciais estudados pecaram, na sua grande maioria, por não trazerem para o papel, a vida que levavam os reclamantes após terem sido vinculados às empresas nas quais trabalharam por pouco ou muito tempo, como já se viu. Na maioria dos laudos, sequer a história das dores estava registrada. O que estava registrado em todos eles era um rol de resultados de exames de sangue ou de imagem.

A maioria dos laudos trazia a opinião do perito sobre a incapacidade, sem qualquer

fundamentação, sem cotejamento sequer das condições clínicas do reclamante. Numa tentativa de classificar conceitos de incapacidade encontrados nos laudos, seguem algumas linhas de pensamento identificadas:

Uma delas se caracteriza por pensar a incapacidade em partes do corpo, isto é, se há falta de um segmento, pragmática e irrealisticamente se pensa em um tipo de incapacidade. No laudo 2, por exemplo, o reclamante havia trabalhado por 15 anos para a empresa reclamada, como operador de máquina. Três fatos foram registrados: uma amputação traumática da falange distal do 4º dedo da mão direita, uma distensão de ombro e dois cistos sinoviais retirados cirurgicamente. Após uma econômica história com muitas lacunas, já comentadas na apresentação do laudo, o perito concluiu que:

[...] o Autor é portador de aumento de sensibilidade no coto amputado do 4º QD e mantemos a nossa opinião de que o reclamante para desenvolver suas tarefas anteriores apresenta uma maior dificuldade em executar um serviço manual pois qualquer toque neste coto causará dor.

Como pode o perito afirmar que o reclamante teria dificuldade de voltar à atividade de trabalho anterior, se não havia sequer descrito o que o reclamante fazia? Também é a única vez no laudo que ele se refere a uma dor no coto, de fisiopatologia ainda não muito bem conhecida, mas que causa incômodo importante, de dor aguda, contundente, como se fosse uma facada, ou agulhada, ou choque desencadeada por estímulos que normalmente não causariam dor. Tecnicamente se chama alodínea, termo pouco popularizado (SAKAMOTO, 1995). Seria esse o caso do reclamante? Quais medos ele teria adquirido após anos de dor? O laudo pericial não faz descrição das limitações que o reclamante tinha em relação ao trabalho e a atividades da vida diária, e tampouco comenta o quanto outras condições clínicas descritas contribuía para a limitação.

No laudo 69, o reclamante tinha várias afecções de ombro e amputações ocorridas em dois dedos diferentes, decorrentes de acidentes do trabalho ocorridos com intervalo de 5 meses. O perito se ateve somente às amputações e à síndrome do impacto, ignorando os demais diagnósticos, tanto para avaliar onexo causal e a incapacidade, ambos negados. Além dos aspectos físicos, em nenhum momento foram discutidas as repercussões psíquicas desse quadro clínico como um todo.

Tratava-se de um trabalhador de 45 anos, que havia sido admitido pela empresa reclamada quando tinha menos de 20 anos de idade, e após mais de 25 anos, havia sido demitido, com várias afecções no ombro e duas amputações de dedos.

Um símbolo da avaliação de incapacidade por segmentos é o escalonamento de percentual de incapacidade da conhecida tabela da SUSEP¹¹⁰, de acordo com perdas anatômicas de partes do corpo humano. No meio dos peritos é conhecida pelo macabro apelido de “tabela do Jack, o estripador”. Nos laudos anteriormente descritos, embora não se

¹¹⁰ Tabela para cálculo de indenização em caso de invalidez permanente nos casos de contrato de seguro privado. Disponível em http://www.susep.gov.br/menuatendimento/seguro_pessoas_consumidor#ac_pessoais > acesso em 10/01/2018.

tenha utilizado a tabela da SUSEP, o conceito é a incapacidade por partes do corpo, como se isso fosse possível.

No laudo 4, por exemplo, a incapacidade foi medida da seguinte maneira:

Pela tabela da SUSEP tem-se que para perda total do uso de um dos membros superiores o percentual de 70%; tendo em vista, que não ficou abolido por completo a função do membro lesado, a indenização parcial deve ser considerada pela redução em grau médio, ou seja, 50% sobre 70%, que totaliza 35%. Como a doença acomete os dois membros superiores, tem-se que $35\% + 35\% = 70\%$.

Esse conceito de incapacidade por perda de segmentos do corpo é baseado na anatomia apenas, sem que se leve em conta a funcionalidade, isto é, uma determinada perda implica perda de funcionalidade em que aspecto e em relação a que? Um violonista que tocasse profissionalmente e tivesse a mesma perda que a reclamante do laudo 4 (70%), seria considerado capacitado para o seu trabalho em 70%? Ou teria que necessariamente procurar outra forma de ganhar a vida?

MELO (2015) aponta a inadequação do uso da tabela da SUSEP na Justiça do Trabalho, argumentando que: a) Trata-se de uma tabela criada e destinada ao mercado de seguros privados, que estabelece um percentual fixo sem levar em consideração as condições peculiares e particulares de cada caso concreto; b) Nos casos de:

[...] defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu. (BRASIL, 2002, artigo 950).¹¹¹

Continua Melo, dizendo que:

A pensão devida à vítima de acidente de trabalho a cargo do empregador deve ser estabelecida pelo juiz no caso concreto, levando em conta não somente a conclusão do laudo pericial, mas, a incapacidade da vítima para o trabalho, as dificuldades para obter e se manter no emprego, o tempo de serviço na empresa, a sua idade, rendimento útil no trabalho, grau de instrução, segurança e risco na prestação de serviço, deslocamento até o local de trabalho e outros fatores relevantes para a situação concreta. Trata-se de um juízo de valor e não de uma mera equação matemática, como se infere da decisão a seguir ementada, do TST:

EMENTA: “PRELIMINAR DE NULIDADE AO DO LAUDO PERICIAL, POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL - INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL - DEFINIÇÃO DO GRAU DE REDUÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA – OMISSÃO

1 - O acórdão regional, soberano no exame dos fatos e provas, descreve os danos sofridos

¹¹¹ Código Civil.

pelos Reclamantes em decorrência do acidente de trabalho, apontando de forma precisa as sequelas daí decorrentes. 2 - A determinação do grau de redução da capacidade de trabalho não envolve explanação matemática, mas, sim, juízo de valor fundamentado, segundo a persuasão racional do magistrado. A ciência jurídica preocupa-se, antes, com a justa reparação do dano sofrido, do que, especificamente, com a precisão matemática dos cálculos. 3 - Segundo o princípio do livre convencimento motivado, cumpre ao magistrado examinar e qualificar as provas produzidas e juntadas aos autos, fundamentando sua decisão. A obrigatoriedade de fundamentação dos atos judiciais, no entanto, não exige que o magistrado destaque, entre os componentes do quadro fático-probatório, uma ou outra prova em que especificamente baseou sua decisão. Recurso não conhecido. (...) (ED-E-ED-RR - 93000-46.2001.5.08.0010, relatora ministra: Maria Cristina Irigoyen Peduzzi, Data de Julgamento: 11/02/2004, 3ª Turma, data de publicação: DJ 19/3/2004).

Mesmo textos que discutem a incapacidade do ponto de vista biomecânico e físico chamam a importância da possibilidade de traduzir a “porcentagem de incapacidade” em informação útil, algo como “o paciente é capaz de levantar 50 libras¹¹² frequentemente, e manusear uma faca de açougueiro no seu ritmo, mas deve ter restrições a operar uma serra elétrica de cortar carne.” (HERBIN, 1987).

Uma outra categoria de incapacidade identificada nos laudos é a avaliação tendo como referência o conceito dos “grandes incapacitados”.

Em vários laudos, o conceito explicitado de incapacidade laboral foi o de total dependência de terceiros para atividades da vida cotidiana.

Nos laudos 26 e 61, por exemplo, elaborados pelo mesmo perito, com a mesma redação, concluiu-se pela inexistência de incapacidade, pois os peritos tinha como referência de incapacidade, a total perda de autonomia:

[...] não caracterizado comprometimento para realizar as atividades de vida diária, tem vida independente, não necessitando de supervisão ou assistência de terceiros para o desempenho de tais atividades, como alimentação, higiene, locomoção, despir-se, vestir-se, comunicação interpessoal, entre outras. (Processo número 01504-2005- 034-02-00-6, folha 245 e Processo 0938-0060-2002-50020-316, folha 281).

Dentre os agravos à saúde do trabalhador decorrentes do trabalho, alguns poderiam produzir tamanho grau de deficiência e perda de autonomia, podendo-se citar a tetraplegia decorrente de lesão medular, quando há paralisia dos membros superiores e inferiores. Mas observe-se que mesmo nessas condições, pode não existir a incapacidade, dependendo do conceito que se adote, da inserção profissional e da classe social do trabalhador. Situação oposta pode ocorrer, isto é, pessoas com lesões de menor gravidade e menor deficiência, como uma seqüela motora em um dos membros inferiores, decorrente de um acidente vascular cerebral, pode implicar incapacidade.

O exemplo a seguir ajuda a clarear essa relatividade. Um médico com seqüela de um acidente vascular cerebral, com seqüela motora que dificulte sua deambulação, tem mais

¹¹² 50 libras correspondem a 22,68 quilogramas.

chances de poder continuar a exercer sua profissão do que um operador de máquina. O médico tem mais chances de adaptar seu carro ou pagar um motorista que o conduza, tem mais chances de adaptar as condições para que possa continuar na sua atividade de trabalho, tem mais chances de continuar a fazer tratamento que permita um aumento da funcionalidade. Pessoas em situações desiguais não poderiam ser analisadas com os mesmos óculos e de forma restrita, apenas se levando em conta o quadro clínico.

Conceitos contemporâneos aplicados às avaliações de incapacidade e laudos periciais, teriam exigido uma investigação de como viviam os reclamantes, quais eram suas perspectivas e possibilidades de trabalho.

Dos 74 reclamantes, não havia informação sobre sua situação empregatícia ou previdenciária sobre 15. A maioria de quem se tinha informação estava desempregada (26, correspondentes a 35,13%), 15 estavam aposentados por invalidez ou em benefício auxílio-doença, condição provisória, mesmo nos casos de aposentadoria por invalidez, que são submetidos à revisão periodicamente, 7 (9,46%) estavam em trabalho informal e 5 (6,76%) aposentados por tempo de contribuição (tabela 8). Dos aposentados por invalidez ou percebendo auxílio-doença, 6 tinham menos de 40 anos e 2 menos de 30 à época da perícia.

A ausência de informações sobre a situação empregatícia ou previdenciária referentes a 15 pessoas evidencia o não adentrar dos peritos na vida dos reclamantes. Apesar de 25 pessoas estarem desempregadas não se investigou o motivo pelo qual se encontravam nessa situação. Estaria a situação econômica do país gravemente comprometida e assim, com menos postos de trabalho? A condição de saúde dos reclamantes interferia de alguma maneira na possibilidade de conseguir um emprego? Teriam os reclamantes passado por processos de reabilitação profissional?

A maioria dos desempregados tinha mais de 40 anos de idade, fazendo parte de uma faixa etária cuja empregabilidade diminui dentre os trabalhadores operacionais, mesmo que não tenham restrições por algum tipo de adoecimento.a

Os laudos periciais expressaram a indiferença dos peritos à cronicidade do quadro clínico relacionado às LER/Dort, como se pôde constatar na tabela 31 segundo a qual 64 laudos (77,11%) não consideram qualquer aspecto da cronicidade do quadro clínico dos reclamantes.

CANESQUI (2007) pontua que há muitos aspectos a serem considerados em uma população adoecida cronicamente, e entre as diversas doenças, cita especificamente as LER/Dort, destacando as mudanças nas diversas dimensões pessoais e socioculturais dos acometidos:

Trata-se de dar atenção aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais. Contudo, é preciso lembrar que a experiência dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades, referido às políticas sociais e de saúde, que lhes proporciona, acesso aos

serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas. (CANESQUI, 2007, p. 20).

Ainda, sobre essas dimensões, diz que “a doença é individual por alcançar profundamente o mundo subjetivo, corporal e íntimo do adoecido inscrevendo-se também em uma biografia específica” (KLEINMANN e SEEMAN, 2000 apud CANESQUI, 2007) , mas também se situa em um tempo e espaço social e historicamente construídos.

LIMA e PRADO (1997) em estudos de casos, destacaram, dentre outros aspectos, a relação de trabalhadoras metalúrgicas adoecidas com a sua atividade de montagem, o percurso do adoecimento e a penosidade das mudanças ocorridas com o advento da dor, do afastamento e das tentativas de retorno ao trabalho. Ressaltaram a criação de uma associação, a exemplo de tantas outras associações de adoecidos por doenças ocupacionais, onde as trabalhadoras experimentavam diferentes sensações, em particular a da solidariedade e da liberdade.

CAPÍTULO 10

TEMAS TRANSVERSAIS DOS LAUDOS PERICIAIS

Neste capítulo, foram destacados alguns temas e assuntos que não fazem parte das questões principais do objeto de estudo, mas se mostraram significativos na análise dos laudos.

1. OS RECLAMANTES, OS PERITOS E A DESIGUALDADE DE PODER

O encontro entre o reclamante e o perito ocorre em um contexto de conflito judicial. De um lado se encontra uma pessoa que pleiteia direitos decorrentes de uma relação de trabalho, geralmente extinta. De outro, uma pessoa de confiança de quem fará o julgamento, o perito, formalmente um especialista em profundidade de um tema ou ramificação de um campo de conhecimento e nessa condição designado para elaborar um laudo sobre o reclamante. Quais qualificações seriam necessárias para ser designado perito da Justiça do Trabalho?

A tendência das publicações sobre perícias e peritos dos últimos anos tende a se inclinar para os aspectos de informações e conhecimentos técnicos, de caráter médico-legal, sem qualquer contextualização das limitações que uma perícia pode ter. O livro de LCÂNTARA¹¹³(2006), sobre perícia médica judicial, discorre sobre os mais variados objetos de perícia médica, entre os quais lesões corporais, conjunção carnal, ato libidinoso diverso de conjunção carnal, verificação de uso de drogas, exame de ossadas, verificação de causas de anulabilidade de casamento, dentre tantos outros. O capítulo 1 versa sobre perícia médica e dentre os vários tipos, inclui a perícia trabalhista, precisamente seis parágrafos curtos, sem nada de relevante.

O autor faz referência a um “decálogo ético do perito”, que se assemelha a manuais de como se comportar em determinadas situações. Constam desse decálogo:

1. Evitar conclusões intuitivas e precipitadas; 2. Falar pouco e em tom sério; 3. Agir com modéstia e sem vaidade; 4. Manter sigilo exigido; 5. Ter autoridade para ser acreditado; 6. Ser livre para agir com isenção; 7. Não aceitar intromissão de ninguém; 8. Ser honesto e ter vida pessoal correta; 9. Ter coragem para decidir; 10. Ser competente para ser respeitado.

FARACO¹¹⁴ (2007) define o perito como um “profissional legalmente habilitado, que procura informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especialidade funcional no interesse da justiça e da administração.”

Dentre as características de um perito, esse autor elenca “idoneidade moral, honestidade, responsabilidade, preparo técnico, discrição, discernimento, bom senso,

¹¹³ ALCÂNTARA, H. R.. Ex-professor adjunto da UnB e ex-titular da UDF, responsável em ambas as universidades pelo ensino de Medicina Legal. Ex-médico legista do Instituto Médico-Legal- DF.

¹¹⁴ FARACO, S.R. Médico especialista em Medicina do Trabalho, Ortopedia e Traumatologia, professor da Fundação UNIMED no curso de Perícias Médicas nas Disciplinas de Semiologia Ortopédica e Dort, perito judicial.

educação, comprometimento com a verdade, objetivo e clareza.”

FERREIRA (2001) citado por DANTAS¹¹⁵ (2010, p. 14) define perito como “uma pessoa qualificada e experiente em determinado assunto, com conhecimento técnico e prático na matéria sobre qual é solicitado a opinar”. Acrescenta predicados que extrapolam a área estritamente técnica ao acrescentar:

[...] para cumprir a missão de periciar, é necessário, além deste conhecimento, analisar o caso dos diversos pontos de vista, avaliar e interpretar as provas, ter bom senso e condições de traduzir qualquer problema a termos simples e facilmente entendidos. Ter juízo e crítica para hierarquizar os fatos, prudência nas decisões e, sobretudo nas conclusões, considerando no caso da perícia médica, além de todos estes atributos os limites impostos pelo Código de Ética Médica e outros instrumentos jurídicos como o Código de Processo Civil (FERREIRA apud DANTAS, 2010, p. 14).

ZAWITOSKI¹¹⁶ (2015), em publicação específica sobre manual para perícias em ortopedia, se dedica predominantemente a definir inúmeras entidades mórbidas ortopédicas, suas causas abordando aspectos anatômicos e fisiopatológicos. Cita várias definições de perito, mas em uma delas inclui o aspecto da necessidade da ausência de relação com as partes:

[...] é o profissional médico dotado de conhecimento científico específico, investido do múnus público, devidamente compromissado, sem qualquer relação com as partes e sem impedimento para atuar no processo, chamado para emitir parecer ou auxiliar a autoridade judicial na colheita, compreensão e valoração da prova. (ZAWITOSKI, 2015, p.27).

Duas obras serão citadas, por terem destacado alguns elementos de reflexão e não ter se limitado a abordar questões estritamente técnicas, protocolares e procedimentais.

BRANDIMILLER¹¹⁷ (1996), em sua obra orientadora sobre perícias judiciais, ao discorrer sobre a grande complexidade envolvendo a perícia em saúde do trabalhador, toca em questões relevantes, além da ênfase na necessidade do conhecimento técnico- científico e experiência. Destaca o objetivo da perícia como elucidação de situações e fatos controvertidos, que o conhecimento comum e jurídico não podem esclarecer. Critica a ausência de um debate documental, quando refere que frequentemente o juiz tem diante de si três laudos independentes, o do perito oficial e os dos assistentes técnicos, em vez de críticas ao laudo judicial, o que facilitaria a tomada de decisão. Levanta também o certo grau de subjetividade do perito ao analisar uma situação e destaca que a avaliação da proteção oferecida ao reclamante seria a investigação pericial mais influenciada pela interpretação. Cita um exemplo elucidativo sobre a influência da subjetividade na avaliação pericial, que seria um prensista com determinado grau de surdez pelo ruído do ambiente de trabalho. Pondera

¹¹⁵ DANTAS, R.A.A. Professora associada do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Sergipe, médica do trabalho em empresas e médica perita.

¹¹⁶ ZAWITOSKI, C.E.V. Cirurgião ortopedista, ultrassonografista, especialista em Medicina Legal e Perícia Médica, perito judicial.

¹¹⁷ BRADIMILLER, P.A. Médico do trabalho, ergonomista, professor do Centro de Educação em Saúde do Senac em São Paulo e da Escola Superior de Advocacia da OAB-SP, perito judicial.

que aos defensores da incapacidade para a função que exercia e aos defensores da opinião contrária, haveria para cada qual um rol de motivos sustentando suas posições.

O fisioterapeuta e perito judicial, VERONESI JÚNIOR¹¹⁸ (2013), chama a atenção para a complexidade pericial e parte de algumas premissas mais gerais. Interpreta vários itens da Constituição Federal, se referindo à dignidade humana, o direito à saúde e à educação, ponderando no entanto, que a realidade brasileira está distante do que preconiza a carta magna. Posiciona-se sobre o trabalho e o homem, afirmando que

[...] o capitalismo reinante tem priorizado a economia do Estado e o lucro empresarial, transformando o homem em força de trabalho e instrumento de produção. Resta uma pergunta que enfrentaremos até o final deste capítulo: Em que eu posso colaborar para que Estado e empresas ocupem sua função social libertadora do homem? O que isso tudo tem a ver com os profissionais da saúde, em especial com a fisioterapia? (VERONESI JÚNIOR, 2013, p. 52)

A seguir, o autor relata o caso de um processo trabalhista da Segunda Vara da Justiça do Trabalho de Dourados, Mato Grosso do Sul, no qual o juiz discorre sobre a ineficiência do Estado em proporcionar o devido tratamento a uma reclamante, caixa de supermercado, com várias afecções musculoesqueléticas, que teve que enfrentar filas de quase um ano para ter o diagnóstico e acesso a tratamento, enquanto se mantinha no trabalho que lhe causava dano. Pergunta o juiz:

Ora, devo fazer minhas reflexões acerca da lentidão do judiciário e também reconhecer que o sistema de saúde pública é deveras lento. Surgem dessa realidade algumas questões: A demora e a ineficiência do serviço público de saúde concorreram para o aparecimento da doença do empregado? O Estado deve assumir responsabilidades?

O autor continua discorrendo sobre a incapacidade do Estado em proporcionar ambientes de trabalho saudáveis, resultando em abundantes processos trabalhistas. Falando de um frigorífico onde havia centenas de pessoas doentes, pergunta-se:

Como o Estado, que tem o dever de controle, deixou a empresa funcionar em desacordo com as normas de ergonomia: Sem desprezar a responsabilidade da empresa, tal omissão estatal não teria colaborado diretamente para com o adoecimento dos quase duzentos empregados? VERONESI JÚNIOR (2013, p. 58)

Conclui que:

[...] o fisioterapeuta não deve se esquecer, que o que se pretende analisar é a realidade que “se esconde por detrás das folhas do processo”. Não se deve ver o trabalhador periciado como um simples paciente. O que se espera do perito é que ele tenha uma capacidade de análise das condições que contribuíram para prejudicar a saúde daquele trabalhador e que podem estar colocando a saúde de outros tantos trabalhadores em risco. VERONESI JÚNIOR (2013, p. 59).

¹¹⁸ VERONESI JUNIOR, J.R. Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia do trabalho, consultor de ergonomia, professor de perícia judicial, perito judicial.

Na tentativa de ponderar sobre o trabalho pericial de um perito da Justiça do Trabalho e considerando-se a impossibilidade de se dividir o indivisível, no caso o técnico-científico de uma visão de mundo, seguem algumas reflexões.

Suponha-se um caso, em que se necessite de uma análise em profundidade do comprometimento vascular de um determinado paciente, que acabou de ter um infarto do miocárdio. É consensual que ele deva ser encaminhado a um cardiologista que use o seu conhecimento específico, o arsenal de recursos tecnológicos disponíveis e a sua experiência para dar um parecer sobre o estado físico do sistema cardiovascular. Até este momento, o conhecimento técnico-científico atualizado quase se basta. Trata-se de avaliar a história clínica do paciente e muitos exames.

Porém, a partir de então, o plano terapêutico e eventuais mudanças do cotidiano para que novos infartos e outros eventos sejam evitados, deve-se contar com a ativa participação do paciente e de uma equipe profissional com vários saberes. O conhecimento profundo do sistema cardiovascular não basta, apesar de importante, assim como não basta apenas o especialista médico. Será necessário agregar outros olhares, experiências e áreas do conhecimento, incluindo o do paciente. Será preciso levar em conta os hábitos alimentares do paciente, suas condições sociais e econômicas, e o seu cotidiano. Será inócuo elaborar uma dieta padronizada para pessoas que vivem e moram em diferentes condições de vida e trabalho, nas diversas regiões do país, pois devem ser considerados os alimentos disponíveis e possibilidades de aquisição, paladar regional, acesso à prática de atividade de física orientada, dentre outros aspectos. O paciente passa a ser considerado um coautor de programas terapêuticos que lhe dizem respeito.

E de um perito da justiça do trabalho nomeado pelo juízo para elucidar um caso em que supostamente um reclamante alega ter uma doença relacionada ao trabalho em uma empresa com a qual tinha ou em alguns casos raros, tem ainda vínculo empregatício? O que se espera, além do conhecimento técnico, da capacidade de compor um cenário clínico, de fazer um bom exame físico e sobretudo de valorizar os aspectos importantes?

Em primeiro lugar, como em qualquer consulta de saúde ordinária, a contextualização da pessoa a ser avaliada, no caso em situação de pleito por uma indenização ou readmissão. Estão em jogo os interesses de duas partes, entre as quais havia uma relação desigual de poder, própria do sistema capitalista e fruto do processo histórico em um país, onde há apenas cem anos, entre outras manifestações de violência, se trabalhava sem interrupção até 15 horas e se praticavam maus tratos físicos até em crianças.

DECCA (1991, p. 38) cita um artigo do jornal “O Estado de São Paulo”, publicado no dia 5 de setembro de 1917, que reproduzia uma denúncia publicada inicialmente na imprensa sindical, sobre crianças de até 12 anos que entravam às 19 horas em uma fábrica na Mooca para saírem somente às 6 horas da manhã, com um descanso de 20 minutos à meia-noite. Relatavam espancamento pelo mestre de fição e muitos mostravam as equimoses nos braços e nas costas, lesões nas orelhas pelos puxões que sofriam.

Certamente essa situação seria menos tolerada hoje do que à época, mas as mudanças

do que é inadmissível para uma sociedade são lentas. Lembre-se que há pouco mais de cem anos, escravos eram comercializados e hipotecados naturalmente, sob a aquiescência de quase todos, incluindo distintas senhoras, mães e avós amorosas. Ainda hoje, pessoas em situação análoga à escravidão são descobertas pelos fiscais do trabalho. Dados do Ministério do Trabalho mostram que em 2016, foram resgatados 885 trabalhadores que se encontravam nessa situação e 5.776 ações foram desenvolvidas em combate ao trabalho infantil.

Distante dessas duras situações reais e que mais parecem caricaturas do passado no século XXI, fazem parte do cotidiano de cidades como São Paulo, cenas de crianças de pouca idade, cuidadas por babás uniformizadas. Não causam qualquer estranheza entre as pessoas da classe média contemporânea nacional, pois essa desigualdade está entranhada em todos os segmentos sociais. No entanto, é provável que em alguns anos essas cenas serão apenas uma lembrança, como já o são em países da Europa ocidental, por exemplo.

A desigualdade econômica e social, que ao privilegiar alguns e privar outros das benesses do desenvolvimento econômico, tecnológico e social se configura em uma forma de violência que a maioria das pessoas considera da ordem natural das coisas ao longo das muitas gerações.

Particularmente, o mundo do trabalho é profícuo em evidenciar inúmeras situações de desigualdade e violência. Do lado do empregador se encontra a parte que seleciona os candidatos às vagas de empregos segundo seus critérios e os submete aos exames médicos admissionais para ver se eles se encontram em condições de assumir a função, como exigido pela NR 7, do Ministério do Trabalho. A ninguém ocorreria propor que as empresas dessem acesso às suas condições de trabalho para que candidatos as aprovassem ou não, porque seria inócuo, uma vez que para cada vaga abundam candidatos. Não ocorre se questionar se as vagas oferecidas são para funções consideradas seguras e não adoecedoras. Os exames de saúde têm o objetivo de aprovar os candidatos a trabalharem ... em quais condições? Está ainda para surgir o atestado de saúde ocupacional para admissão, que em vez de reprovar o candidato, reprove uma empresa, considerando-a local inapropriado para se trabalhar.

Ao contrário, em geral, os trabalhadores, desprovidos de capital econômico, social (BOURDIEU, 1998) e cultural, disputam as oportunidades de se engajarem em processos produtivos e se submetem frequentemente a precárias condições de trabalho para garantir sua sobrevivência. Não sendo detentores de capital, nem herdeiros de famílias e suas redes sociais, seus sonhos e voos têm limites mais estreitos em comparação aos mais aquinhoados. O senso comum não considera essa situação como parte de um fenômeno de violência.

ODALIA (1985, p. 30) afirma que o “ato rotineiro e contumaz da desigualdade das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que a grande maioria é negado, é uma violência.” Esse autor proporciona em pequena, mas densa obra, um passeio pela história assinalando que uma das condições básicas da sobrevivência do homem é ter sido capaz de “produzir violência numa escala desconhecida pelos outros animais.” (id., p. 14). Mas que em sociedades complexas como as atuais,

[...] ela deixa de ser uma agressividade necessária frente a um universo hostil. Ela de alguma

forma se enriquece, pois perde sua forma natural de defesa para ser uma decorrência da maneira pela qual o homem passa a organizar sua vida em comum com outros homens. (ODALIA, 1985, p. 14).

MERHY e FEUERWERKER (2009) utilizam metáforas didáticas para explicar o encontro entre um médico e o usuário. Dizem eles que o médico possui três caixas de ferramentas. A primeira caixa é das tecnologias duras, constituídas por ferramentas que permitem o manuseio de equipamentos e aparelhos que acessam “dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores”. (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 34).

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do médico sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia (trabalho morto, pois produzido anteriormente), mas no momento concreto do agir do médico, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico do médico. Esse é estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). As tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras. (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 34)

E a terceira caixa de ferramentas, seria a das tecnologias leves, que é a que permite a construção de produtos conjuntos, quando se cria uma relação de confiança e quando se permite que haja a captação do que há de mais singular na relação, quando o médico pode ampliar seu raciocínio em pleno exercício do trabalho vivo.

A relação entre perito e reclamante é diferente da relação médico-paciente, mas tem pontos em comum. Ambas representam um encontro de duas pessoas com demandas diferentes e poderes diferentes.

Quanto mais tradicional é um serviço de saúde, maior é o uso da caixa de ferramentas das tecnologias duras, isto é, com atividades como avaliação de exames e de documentos, por exemplo, ou mesmo a disponibilização de uma lista de alimentos saudáveis previamente preparada, que talvez nem seja compreendida a quem se destina. Nesse tipo de sistema de saúde, menor é o espaço no qual o paciente pode interagir e deixar sua marca no produto de cuidado à própria saúde.

Analogamente, na relação entre reclamante e perito, o uso de caixas das ferramentas das tecnologias duras é intenso. O perito tem em suas mãos o processo em que se juntam documentos sobre o reclamante e sobre a reclamada, a versão de cada uma das partes sobre os fatos do processo, exames complementares e relatórios médicos. No processo do trabalho

pericial, à luz das informações já disponíveis, da clínica e da epidemiologia, supostamente haveria espaço para o uso da terceira caixa de ferramentas, a das tecnologias leves, que permitiria compreender como se deu o adoecimento e qual teria sido a influência do trabalho.

No entanto, no processo de trabalho do perito, como ocorre, resta pouco espaço para uma integração e construção de um laudo pericial que, seja robusto do ponto de vista técnico, mas seja elaborado com fundamentos na relação estabelecida entre o reclamante e a reclamada, no que tangem às possíveis repercussões das condições, organização e gestão do trabalho, permeadas pelos aspectos psicossociais e culturais e a possível produção de adoecimento.

Adicionalmente, o Código de Processo Civil, no parágrafo terceiro do seu artigo 473 (BRASIL, 2015b) determina que,

[...] para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia

Dessa forma, assim como SILVA (2014) fundamenta a necessidade de seus pares, juízes, permanecerem atentos a informações amplamente veiculadas por diversos canais de comunicação e a estudos muitas vezes exaustivos sobre determinadas condições de trabalho adoecedoras, o mesmo se aplica aos peritos, que não devem permanecer presos aos documentos existentes nos autos. Espera-se que, no cumprimento de seu objetivo, de esclarecer o juízo sobre a existência ou não de doença ocupacional e incapacidade, recorram a estudos, dados de morbidade e outras fontes de informação, e sobretudo se avalie a situação do reclamante da forma mais ampla possível, com comentários aplicados ao caso concreto, enriquecendo a exposição de elementos a quem fará o julgamento.

Um laudo elaborado com todos os recursos possíveis poderia ser comparado a um filme, que permitiria imaginar o trabalhador em seu contexto de trabalho e os aspectos adoecedores presentes ou ausentes, propiciando ao leitor elementos para firmar sua convicção.

No entanto, a maioria dos laudos periciais desta pesquisa se assemelhava a fotos mal enquadradas, com informações fragmentadas e descontextualizadas, que não convidavam o leitor a adentrar o mundo do trabalho dos reclamantes e não expressavam um processo de busca de uma doença relacionada ao trabalho, um dos objetivos de um laudo pericial, já que sem a identificação de condições laborais adoecedoras não há dano a ser reparado pela empresa.

Não raramente, os laudos periciais faziam referências a questões alheias ao caso, sem discutir os aspectos próprios e pertinentes.

O que teria contribuído para a produção de laudos com essas características, a agenda congestionada dos peritos com pouco tempo para se debruçar sobre cada caso? A falta de

conhecimento do mundo do trabalho? Ou a formação pouco humanista? Ou ainda a falta de identidade com as questões colocadas nos diferentes processos judiciais?

São questões que esta tese não tem a pretensão de responder.

Uma questão que permeia reuniões, congressos e livros sobre perícia médica é a possibilidade de simulação e as técnicas para o flagrante de simuladores, não se vendo o mesmo empenho para identificar as empresas que douram seus documentos para simular um ambiente saudável e não adoecedor. VASCONCELOS (2011), em um livro que trata da simulação na perícia médica, diz que diferentes expressões de simulação podem coexistir numa mesma pessoa como

[...] um camaleão que através de mimetismo se esconde da presa (dissimulação) e se mostra como uma casca de árvores (simulação), insuflando suas membranas e aumentando sua área corporal (metassimulação).

Em alguns poucos laudos foram encontradas informações que sugerem a execução de manobras exaustivamente ensinadas nos cursos de perícias para flagrar simuladores. No caso, a de procurar calos nas palmas das mãos, que seria um indicador de atividade manual, o que se contraporía à incapacidade alegada.

No laudo 46, a informação descontextualizada da existência de calosidade em palma da mão e 2º quirodáctilo esquerdos, sem que se tenha perguntado à reclamante a que ela atribuiria esse calo. O mesmo ocorreu no laudo 58.

2. DOENÇAS DO TRABALHO OCULTADAS PODERIAM SER IDENTIFICADAS NA JUSTIÇA DO TRABALHO

Quase impossível discorrer sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sem mencionar a crônica subnotificação desses eventos, assumida pelos órgãos governamentais e evidenciada por diversos estudos.

Ainda na década de 1980, COSTA e col. (1989, p. 19-31), ao fazerem um breve histórico das então recentes experiências dos programas de saúde dos trabalhadores no âmbito do setor saúde, discutiram as estatísticas oficiais de acidentes do trabalho, constatando que ao contrário dos países europeus, onde havia uma queda da taxa de mortalidade mais acentuada ou semelhante à diminuição da taxa de acidentes, no Brasil, a queda de óbitos decorrentes de acidentes do trabalho no período de 1975 a 1985 era muito lenta, enquanto a queda de acidentes do trabalho em geral era acentuada. Segundo os autores seria um indicador da sabida subnotificação. Apontavam também alguns dos dispositivos legais vigentes à época que estimulavam e facilitavam a subnotificação por parte das empresas e a práticas decorrentes de interpretações legais. Uma delas, emblemática, era a interpretação legal assumida pelo órgão do seguro social de que a emissão da CAT cabia única e exclusivamente às empresas. Só em 1991, com a lei previdenciária até hoje vigente (BRASIL, 1991), é que excluíram-se dúvidas de que, além da empresa, outros também podem emitir a CAT.

OLIVEIRA e MENDES (1997) realizaram um estudo sobre óbitos por causa externa

ocorridos em 1992, em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, e constataram que daqueles decorrentes de acidentes do trabalho, apenas um quinto havia tido seu caráter ocupacional registrado. BINDER e CORDEIRO (2003) realizaram uma pesquisa domiciliar em 1997, no município de Botucatu, cidade do interior de São Paulo, na qual constataram que apenas 22,4% dos acidentes de trabalho haviam sido corretamente notificados à Previdência Social. CORDEIRO e col. (2005), em inquérito domiciliar realizado em 2002, abrangendo 9.626 domicílios da área urbana do município de Botucatu, constataram uma subnotificação de acidentes do trabalho fatais de 79,5%. Santana e col. (2005) fizeram uma análise de estudos epidemiológicos de acidentes fatais e não fatais publicados entre 1994 e 2004. A subnotificação de óbitos decorrentes de acidentes de trabalho encontrada nesses estudos foi de 70 a 90%.

Dados da Previdência Social (BRASIL, 2015a) mostram que o total de acidentes de trabalho registrados em 2015 sofreu um decréscimo de 13,99%, em relação ao ano anterior, o que se configura como uma queda abrupta, considerando que não houve variação significativa de segurados nesse período. Se os acidentes macrotraumáticos, relacionados a eventos súbitos, que resultam em lesões visíveis são subnotificados nas proporções que os estudos demonstram, é imediata a conclusão de que as doenças devem ser objeto de maior subnotificação ainda e muitas sequer são diagnosticadas na rede de saúde pública ou privada.

Os acidentes típicos representaram 76,28%, os de trajeto 21,08% e as doenças, 2,63%. Dos acidentes típicos, 70,32% ocorreram com trabalhadores e 29,67% com trabalhadoras. Entre os de trajeto, 60,01% foram com trabalhadores e 39,99% com trabalhadoras. Em relação às doenças ocupacionais, a diferença entre os dois gêneros é muito menor, pois do total, 56,08% eram homens e 43,92% mulheres, e dentre os diagnósticos mais frequentes destacaram-se as lesões de ombro (M75), sinovite e tenossinovite (M65) e dorsalgia (M54), respectivamente representando 22,07%, 12,87% e 7,45% do total (BRASIL, 2015a).

Até 2006, o número de doenças ocupacionais registradas girava em torno de 30.000 ao ano. Em 2006, quando a Previdência Social adicionou o critério epidemiológico para estabelecer nexo causal entre uma doença e o trabalho, foi publicado um quadro,¹¹⁹ segundo o qual é possível se ter um panorama de diagnósticos afetos ao sistema musculoesqueléticos por meio dos códigos iniciados com a letra M que são significativamente mais frequentes em determinados ramos econômicos representados por códigos da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), desdobrados até a classe (4 dígitos). Considerando apenas os CID M60 a M79, entre os quais se encontram as sinovites e tenossinovites, tendinites calcificadas, dedo em gatilho, bursites, “transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão”, o anexo mostra 179 códigos CNAE-classe (4 algarismos), dentre os quais, cultivo de cana-de-açúcar (0133), cultivo de laranja (0131), cultivo de várias outras frutas (0133), cultivo de várias árvores (0210), frigoríficos e abate de vários animais (1011 e 1012), fabricação de meias (1421), curtimento e outras preparações de couro (1510), fabricação de embalagens de cartolina e papel-cartão (1732), fabricação de adesivos e selantes (2091),

¹¹⁹ Lista C do Anexo II do Decreto nº 3.048/99, alterado pelo Decreto nº 6.957/2009.

fabricação de usinagem, solda, tratamento e revestimento em metais (2539), fabricação de geradores de corrente contínua e alternada, peças e acessórios, transformadores, indutores, etc (2710), fabricação de material elétrico e eletrônico para veículos automotores, exceto baterias (2945), fabricação de bancos e estofados para veículos automotores (2949), fabricação de bicicletas e triciclos não-motorizados, peças e acessórios (3092), comércio atacadista de vários produtos (4634), bancos de diversos tipos (6422, 6423, 6431), planos de saúde (6550). Também as mononeuropatias dos membros superiores (G56), dentre as quais, estão a síndrome do túnel do carpo e lesões do nervo ulnar, estão associadas a dezenas de CNAE-classe, entre as quais cultivo de cana-de-açúcar, cultivo de eucalipto, pinus, etc, frigorífico, abate de aves, pequenos animais, suínos, etc. fabricação de produtos de carne, etc.

Pode-se afirmar que as afecções relacionadas às LER/Dort têm sido as mais notificadas dentre as doenças ocupacionais, seja pela existência de incapacidade laboral por tempo prolongado, seja por ter atingido de forma mais disseminada trabalhadores de variados ramos de atividade, incluídos aqueles que dispõem de entidades sindicais mais organizadas e informadas, com possibilidades de acesso a esclarecimentos sobre direitos, como já discutido.

FILGUEIRAS e DUTRA (2014), analisando dados da Previdência Social referentes a acidentes do trabalho no setor de teleatendimento, constataram, no período de 2010 a 2012, uma queda no total, naqueles com emissão e sem emissão de CAT. Chamam a atenção para uma subnotificação maior ainda no tocante a doenças ocupacionais, que foram objeto de CAT em menos de 10% entre as reconhecidas pelo INSS.

Nesse contexto de ocultamento crônico conhecido por todos, que se constitui em um dos pilares da gestão de segurança e saúde no trabalho no Brasil (FILGUEIRAS, 2017), a instância judicial seria a última na qual seria possível desvelar casos relacionados ao trabalho. Ao perito cabe o empenho em investigar, usando todos os recursos possíveis, dados e documentos contidos no processo, informações fornecidas diretamente pelos reclamantes durante a avaliação pericial, tanto sobre sua história e condição clínica, como informações sobre a sua história ocupacional e sua atividade de trabalho na empresa reclamada, avaliação clínica minuciosa, incluído o exame físico, análise de exames complementares, se houver, dados epidemiológicos e de literatura. Compondo um quadro do caso, a vistoria à empresa reclamada se torna um momento privilegiado para dirimir eventuais dúvidas. Em casos nos quais mudanças importantes tenham se processado nas condições e organização do trabalho, testemunhas e o próprio reclamante são fontes para reconstituição do cenário vivido. Cabe ao perito organizar as informações fornecidas com um quadro que já tenha construído, completando assim, um grande quebra-cabeças com as peças que vão se encaixando.

Esse princípio de busca incessante de casos de trabalhadores ocultos em sua dor e sofrimento advindos do trabalho que deveria ser fonte de dignidade se harmoniza com um dos enunciados sobre perícias judiciais em acidente do trabalho e doenças ocupacionais do Programa Nacional de Prevenção de Acidente do Trabalho da Justiça do Trabalho. Diz o enunciado:

1. **PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO DO MAGISTRADO. ATUAÇÃO COLABORATIVA.** Tendo em vista os termos do artigo 225 da Constituição Federal, que impõe ao Poder Público e à coletividade a defesa do meio ambiente e a sua preservação para as gerações presentes e futuras, assim como o caráter público do processo judicial, deve o magistrado trabalhista tomar todas as medidas necessárias para informar os órgãos administrativos participantes do sistema de saúde e segurança do trabalho e o Ministério Público de decisões judiciais proferidas envolvendo o descumprimento das normas de saúde e segurança do trabalho, para que estes órgãos possam tomar as medidas cabíveis conforme suas competências.

Esse princípio aplicado aos magistrados deveria se estender a todos os profissionais de saúde, incluídos os peritos judiciais. No entanto, nos laudos não se percebe esse processo de busca da relação de condições de trabalho e doenças encontradas. Embora com finalidades distintas, as buscas na área da Saúde são bastante conhecidas e provocam uma agradável sensação de aventura investigativa que, se bem sucedida, podem trazer benefícios a multidões de pessoas. A descoberta da forma de transmissão do cólera que devastava as famílias pobres que se amontoavam em determinados bairros de Londres é uma lição de como se faz uma busca exercitando a arte de observar, raciocinar, obter informações e os detalhes. John Snow, médico, considerado o pai da epidemiologia vivia como consultor da Rainha Vitória nos idos de meados do século XIX, ao pesquisar o modo como o cólera se disseminava, criou um método de investigação que perdura até os dias de hoje. Naquela época se pensava que a doença vinha dos miasmas, emanações e odor fétidos que vinham de substâncias animais e vegetais em decomposição, comuns nos bairros dos trabalhadores.

Essa preocupação o conduz, livre dos preconceitos comuns em seu tempo, a realizar inúmeras entrevistas com familiares, vizinhos e conhecidos dos casos de cólera, bem como com os médicos que o atenderam; a esmiuçar incansavelmente, num primeiro momento, o cotidiano dos pacientes e de seus parentes para depois procurar conhecer em profundidade os hábitos de vida dos trabalhadores. Nessa atividade inesgotável e já de posse de evidências de que o cólera seria transmitido por contaminação fecal, vai revelando fatos, como por exemplo as condições de vida dos trabalhadores nas minas de carvão e o costume de alimentar-se durante os velórios, como situações capazes de sustentar suas primeiras observações: “nossos carvoeiros descem às cinco horas da manhã a fim de estarem prontos para trabalhar às seis horas, e saem das minas entre uma e três e meia. (KOIFMAN, 1990)

Após detalhada investigação, Snow percebeu que os mineiros comiam dentro da mina que era “uma enorme latrina” sem lavar as mãos. Portanto, alimento e fezes se misturavam e tudo era ingerido pelos trabalhadores. Também descobriu porque depois dos funerais, havia surtos de cólera. Nos velórios dos que morriam de cólera, as mulheres da classe trabalhadora que preparavam os corpos para o funeral e ao mesmo tempo se alimentavam se contaminavam, adoeciam e frequentemente morriam. O mesmo acontecia com os que só assistiam ao funeral, mas compartilhavam alimentos contaminados.

3. **DOR E PRESENTEÍSMO: EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DE UMA RELAÇÃO DESIGUAL DE PODER**

Os reclamantes de cujas vidas laborais tratam os laudos periciais estudados nesta

pesquisa tinham todos uma atividade de trabalho operacional, até o advento de um suposto adoecimento e na sua maioria, pela interrupção imposta do vínculo.

Ao serem admitidos pelas empresas reclamadas, passaram por uma seleção e, considerados aptos para a função pleiteada, iniciaram suas atividades, não sem antes terem recebido instruções orientadoras sobre os procedimentos que deveriam ser seguidos, isto é, a tarefa ou o trabalho prescrito.

Boa parte dessas funções operacionais são consideradas de fácil aprendizado, que depois de um tempo “vão no automático.” As funções dos reclamantes desta pesquisa são similares as de outras tantas sobre LER/Dort e ao perfil da demanda de serviços de saúde do trabalhador, quais sejam, operador de máquinas, atendente de balcão, caixa, montador, operador de teleatendimento, cozinheiro, embalador, conferente, escriturário, bancário, mecânico, dentre outras. Todas essas funções, de uma maneira ou outra, são conhecidas do grande público, isto é, seu trabalho prescrito é conhecido, porém, seu trabalho real ou atividade de trabalho certamente não.

Nos primeiros dias, a tendência deve ter sido de tentarem seguir o que lhes foi prescrito e ao mesmo tempo observar e tentar seguir o que os mais antigos faziam. Rapidamente devem ter percebido que havia uma distância entre a tarefa ou trabalho prescrito e a atividade de trabalho ou trabalho real.

Diferentemente do que preconizava Taylor, toda atividade de trabalho, por mais simples que seja, exige para sua realização, a mobilização das capacidades do trabalhador, sejam físicas, cognitivas e mentais e mesmo atividades repetitivas que pareçam iguais, são executadas de formas diferentes. Toda produção humana traz o envolvimento e a individualidade de quem faz e os diferentes momentos de quando se faz.

As razões pelas quais isso acontece tem sua explicação na tentativa de tornar a atividade de trabalho suportável e às vezes porque há um ganho perceptível e concreto, em forma, por exemplo, de prêmio ou bônus por produtividade. LINHART (2007, p. 47) mostra essa realidade em palavras expressivas:

[...] na maioria das vezes essa atitude de envolvimento, aparentemente cúmplice da opressão, representa apenas uma forma de adaptação menos traumatizante ao trabalho; a melhor defesa contra a negação de si mesmo representada por um universo de trabalho concebido para desumanizar. Para sobreviver, é preciso ultrapassar o horizonte limitado da norma que decompõe a atividade em inúmeras intervenções desconectadas, que mascara o significado e o peso do trabalho. Permanecer distanciado da atividade que ocupa a maior parte do tempo em que se está acordado, ou seja, conformar-se estritamente à norma, à prescrição, por mais irracional e disfuncional que ela seja, não é suportável. É espoliar-se, por disciplina, de seu tempo e de si mesmo.

A tentativa do sistema capitalista é, assim, de minimizar e se possível, anular a subjetividade e a individualidade por meio de sistemas propiciados pela tecnologia, da prescrição de procedimentos e controle dos ritmos a eles associados.

Mesmo antigas e socialmente prestigiadas profissões, como a do médico, que dependem da experiência e do olhar diferenciado para cada paciente, têm o exercício de sua profissão mediado por aparatos e injunções de planos de saúde e seguradoras, que acabam modificando inicialmente sua prática e insidiosamente o seu raciocínio clínico. Nas atividades com forte componente operacional, essa tentativa de despojamento da subjetividade tende a ser mais facilmente alcançada e a busca, por parte dos trabalhadores, de formas individuais de se relacionar com o processo de trabalho é também uma defesa de sua individualidade. Os escassos respiros conquistados acabam se constituindo nas tábuas de salvação da saúde mental dos trabalhadores e o absenteísmo expressa esse afastamento, mesmo curto, de resgate da condição humana.

Também é certo que nenhum trabalhador se encontra em um determinado posto de trabalho por acaso. Vários determinantes sociais o conduziram até lá.

Cada reclamante tem uma história de vida e de trajetória profissional, que interfere em suas ações e reações diante de situações que se impuseram em suas vidas, em particular daquelas que ameaçaram a sua integridade física e psíquica, como a vivência de diferentes situações perigosas, nocivas, penosas, intimidatórias, angustiantes.

A dimensão humana dessas pessoas dificilmente deve ter sido considerada nas relações ao longo de suas vidas. Todos os reclamantes tinham uma história de dor de longa duração.

Quando pacientes, em busca de ajuda para seus sintomas podem ter se deparado com profissionais de saúde pouco atentos a esses sintomas e às repercussões sobre suas vidas. Muitos fizeram exames de sangue e imagem diagnóstica, receberam prescrição de medicamentos, que alguns seguiram, outros não, por diferentes motivos, entre os quais, falta de dinheiro, intolerância gástrica e outros efeitos colaterais ou simplesmente medo de ficarem dependentes de medicação.

Muitos certamente enfrentaram o receio em pedir para sair do trabalho para fazer uma sessão de fisioterapia, acupuntura ou outro recurso terapêutico. Certamente, em algum momento, se sentiram mais ameaçados na manutenção da condição de empregados.

Os que foram afastados do trabalho, como segurados, foram submetidos ao processo de avaliação do seguro social. Muitos dos que tiveram sua condição de incapacitados para o trabalho negada pela Previdência Social retornaram, por vezes deslegitimados pelos próprios colegas.

Dos que ficaram afastados do trabalho por certo tempo, parcela considerável deve ter encontrado dificuldades em se colocar novamente no processo de trabalho e se viu mais ameaçada ainda na continuidade da condição de empregados.

Alguns preferiram não se arriscar e continuaram a trabalhar com dor até se renderem, procurarem ajuda médica, quando já estavam com processos crônicos de adoecimento instalados, de difícil reversibilidade. Em seus prontuários médicos nas empresas, alguns não

tenham sequer qualquer registro de queixas e por vezes os atestados não haviam sido apresentados, mas seu cotidiano fora permeado pela dor e pelo sentimento de que precisavam se manter trabalhando para não colocar em risco o meio do sustento de suas famílias. Além do medo da demissão, outros elementos já identificados podem ter sido analisados para que não tivessem procurado ajuda, como medo de discriminação, receio de sobrecarregar os colegas ou de serem mal interpretados por chefias e companheiros de trabalho. Certamente conheciam vários colegas na mesma situação, mas não sabiam que esse fenômeno tem uma designação.

Eles faziam parte do contingente que engrossa o invisível, mas frequente presenteísmo (FRANCO e col., 2010; ELKELES e SELIGMANN-SILVA, 2010), expressão da relação de poder desequilibrada, na qual o trabalhador se priva do direito de usufruir “interstícios em que residem sua especificidade de ser humano e sua liberdade” (LINHART, 2007, p. 47), de se tratar e se habitua à dor e ao incômodo, favorecendo a cronificação e o agravamento do quadro clínico.

Geralmente há queda de produtividade, o que geralmente não passa despercebido em um sistema de produção movido a quantidades por unidades de tempo, sendo motivo frequente de demissão. Com a piora, os sintomas se tornem insuportáveis e incapacitantes, não só na atividade laboral, mas em atividades da vida diária, nos âmbitos doméstico, familiar, afetivo e social.

Alguns dos laudos comentados a seguir refletem essas situações de presenteísmo, embora não traduzam as condições de incapacidade com detalhes. LIPPEL e LEFEBVRE (2014), com base em pesquisa do Instituto de Pesquisa Robert-Sauvé em Saúde e Segurança do Trabalho, do Instituto Nacional de Saúde Pública e do Instituto de Estatística do Quebec (*l'Institut National Robert-Sauvé, l'Institut National de Santé Publique e l'Institut de la Statistique du Québec*, respectivamente), desenvolvida em 2007- 2008, estimaram que 80% dos trabalhadores não executivos, que acreditavam que suas dores musculoesqueléticas eram relacionadas ao trabalho, não haviam recorrido à Comissão de Saúde e Segurança do Trabalho, inicialmente porque o quadro clínico inicial não era incapacitante e

A reclamante do laudo 16 após receber o diagnóstico de tendinose do supraespinhal do ombro esquerdo, com início de ruptura, foi afastada por 5 dias e manteve tratamento, trabalhando, até ser demitida na vigência de dor e tratamento. Também há registro de demissão da empresa em que a reclamante trabalhou subsequentemente, por baixa produtividade.

A reclamante do laudo 23, que trabalhou por quase 27 anos na empresa reclamada, após se consultar por dor na mão direita, com irradiação para cotovelo e ombro, e receber a orientação para tratamento medicamentoso e fisioterápico, não seguiu a recomendação para não se ausentar do trabalho. Somente após a demissão pleiteou benefício ao INSS, concedido na espécie não acidentária, embora tenha sido emitida a CAT pelo sindicato de classe, possibilidade prevista em lei (BRASIL, 1991).

Também o laudo 24, referente à mesma reclamante, registra essa evidência de presenteísmo.

No caso da reclamante do laudo 34, o laudo pericial até registra a persistência do quadro de dor no momento da perícia, mas a informação se perde entre tantas outras em sentido contrário, como por exemplo, a de que a reclamante não se encontrava em tratamento e não havia se afastado posteriormente ao vínculo com a reclamada. Não se registrou qualquer investigação sobre os fatos. Por que a reclamante nunca teria se afastado por mais de 15 dias? Teria sido pela irrelevância do quadro clínico ou por algum motivo teria permanecido no trabalho mesmo com sintomas? Há várias frases que sugerem a irrelevância do quadro clínico no cotidiano da reclamante, entre elas, “Nega que esteja fazendo qualquer tratamento.” “Nega que em seus empregos posteriores à reclamada tivesse tido qualquer afastamento do labor decorrente de suas lesões.” “... estava em plena atividade laborativa quando em 04/06/2007 foi demitida após o qual foi laborar num escritório de advocacia.” “Nega que tenha recebido qualquer benefício do INSS decorrente deste quadro.” “Nega que esteja fazendo qualquer tratamento.” “Nega que em seus empregos posteriores à reclamada tivesse tido qualquer afastamento do labor decorrente de suas lesões.”

O reclamante do laudo 43, que trabalhou mais de 25 anos na empresa reclamada, passou 11 deles trabalhando com dores no pescoço, costas e membros superiores, incluindo ombros, sem nunca dizer uma palavra sobre o assunto na empresa, pois seria demitido, segundo sua percepção. Somente após o desligamento da empresa reclamada, aos 47 anos de idade, pleiteou auxílio-doença junto ao INSS, em 2004, que lhe foi concedido. O laudo 44, sobre o mesmo reclamante também evidencia a existência de presenteísmo.

O laudo 71 evidencia como claramente como o presenteísmo agravou um quadro de síndrome do túnel do carpo, que em um intervalo de 10 meses, provocou manifestações clínicas mais exuberantes ao mesmo tempo em que se mostrou na eletroneuromiografia.

No laudo 72, o perito afirma que se o paciente não se queixa mais, é porque houve cura, em uma afirmação equivocada, que não considera o presenteísmo.

Dados de um período um pouco posterior a esse ano, de 2006 a 2014, mostraram que as lesões de ombros representaram 20,7% das afecções musculoesqueléticas que poderiam ter associação com as LER/Dort e foram objeto de concessão de benefício acidentário. Lesões nessa região representaram 21,1% das afecções musculoesqueléticas que poderiam ser associadas às LER/Dort e foram objeto de concessão de benefício não acidentário (BRASIL, 2016).

De 2009 a 2014, do total de benefícios previdenciários temporários negados a pessoas em situação de desemprego, que era o caso do reclamante, 60% tiveram como causa do indeferimento parecer contrário da perícia médica do INSS.

A reclamante, segundo o perito do laudo 54, apesar de dor crescente e rebelde a tratamento, nunca foi afastada do trabalho. Após 8 meses do desligamento da empresa, foi submetida a uma cirurgia de coluna, permanecendo em auxílio-doença por 3 anos e na perícia referiu piora da dor em ombro.

A reclamante do laudo 56 tinha tido história de dor de punho por aproximadamente 2

anos, entre tratamentos e curtos períodos de afastamentos, em atividade típica de teleatendimento, antes da demissão da empresa reclamada.

A reclamante do laudo 62, após ter permanecido afastada do trabalho, recebeu a orientação do INSS para que mudasse de atividade laboral, questão que não levantou na empresa, com medo da demissão. Permaneceu trabalhando na mesma atividade e posto de trabalho.

A reclamante do laudo 64, mesmo com diagnóstico de tendinite de punho direito e afastamento do trabalho por 3 meses, retornou à mesma atividade por 5 anos, período durante o qual passou a ter dor em ombro direito também, com evidência de piora do quadro clínico, Manteve acompanhamento médico, porém sem mudança da atividade laboral. Foi demitida em 1998 e readmitida por determinação legal em 2001, quando então se afastou para tratamento cirúrgico.

A reclamante do laudo 81, que antes e depois da empresa reclamada, trabalhou em empresas do ramo têxtil. Manteve-se trabalhando por 13 anos, com dores nos ombros, coluna e joelhos, quando então pleiteou por várias vezes o auxílio-doença ao INSS, sempre negado.

Situações de presenteísmo ocorridas entre 1858 e 1863, foram descritas por SOLLÝ (1864), ao relatar alguns dos primeiros casos de dor decorrente do uso da escrita como profissão, registrados em língua inglesa. Além de trazer uma rica descrição da dor insidiosa, em queimação, que atrapalhava a atividade de trabalho, o cotidiano e o sono noturno, de dois deles, bancários, o autor registrou a insistência em continuar trabalhando, tentando driblar a dor, até não conseguirem mais pegar o lápis.

As reestruturações produtivas envolvendo as grandes corporações e empresas satélites, a situação do mercado de trabalho e da economia no país influenciam a relação do trabalhador com o seu próprio trabalho. Fácil compreender que épocas de bonança econômica e situações de pleno emprego estimulam trabalhadores a procurar empregos que julguem melhores ou a não temer tanto pela demissão, certos de que encontrarão recolocações semelhantes. Já as épocas de crise inibem questionamentos para si próprios, fazendo-os suportarem situações extremas para manter o emprego que permite o seu sustento.

Observe-se que a desigualdade de poder, determinante para que pelo menos parte dos reclamantes tivessem permanecido trabalhando adoecidos, se manteve também no processo de avaliação pericial. Diferentemente do que diz BRANDIMILLER (1996), a garantia do contraditório de forma igual é apenas teórica.

De fato, dos 83 laudos, em 66 (79, 52%) se constatou a atuação de assistentes técnicos das empresas reclamadas e em apenas 10 (12,05%) a atuação de assistentes técnicos dos reclamantes, sendo que em 7 (8,43%) não havia menção à presença de outra pessoa na avaliação, além do perito e do reclamante, confirmando o que se conhece empiricamente e foi registrado por SILVEIRA e COSTA (2014).

4. INDIVIDUALIZAÇÃO DO ADOECIMENTO. CULPABILIZAÇÃO DA VÍTIMA E DESIGUALDADE DE PODER.

Muitos dos reclamantes, quando ainda vinculados às empresas reclamadas, provavelmente, teriam percebido que faziam parte de uma população de trabalhadores com sintomas e quadros clínicos semelhantes, de dores e outros sintomas, que se mantinham e gradativamente impunham diminuição da destreza e dificuldade de manter o habitual ritmo de trabalho.

É possível que tenham se deixado levar pelo sentimento de que sentir dor seria inerente a determinados tipos de trabalho, principalmente no início, quando o corpo ainda não está acostumado. As buscas de saídas passam quase sempre pela resistência por meio de estratégias individuais. Não deixar a dor vencer se torna um desafio individual e, sucumbir às dificuldades e reconhecer que a dor é maior que a vontade de continuar trabalhando tem o significado de uma derrota individual.

Essa responsabilidade individual pela saúde é alimentada de maneira implícita ou explícita dentro e fora dos locais de trabalho.

As semanas internas de prevenção de acidentes de trabalho (SIPAT), realizadas anualmente, têm como temas cada vez mais prevalentes, aspectos referentes ao chamado estilo de vida. Apresentam-se painéis sobre a necessidade de alimentação balanceada em calorias, carboidratos, proteínas, vitaminas e outros componentes. Fala-se sobre a importância dos exercícios físicos na promoção da saúde e de ginástica laboral como um recurso de prevenção de doenças, em particular as musculoesqueléticas.

Tudo isso é apresentado em embalagens atraentes nas palestras, peças teatrais e filmes motivacionais, como se as escolhas de hábitos e estilos de vida fossem exclusivamente individuais e não houvesse aspectos sociais, econômicos, culturais e laborais implicados.

As recomendações se tornam obrigações e as pessoas que não alcançam os resultados desejados de níveis de colesterol, glicemia, triglicérides e outros indicadores preditivos de doenças crônicas são vistas como aquelas com força de vontade limitada.

Nas SIPAT, quando se fala do trabalho, a abordagem também é individual, como se cada um não fizesse parte de um conjunto regido por uma organização e gestão voltadas à produtividade. É frequente também o chamamento de como cada um pode ajudar o sistema de gestão das empresas a promover melhorias contínuas no seu processo de trabalho, com atitudes e comportamento educados, cordiais e colaborativos.

A prevenção de acidentes e doenças se torna uma empreitada individual, pessoal.

Essa tendência no mundo do trabalho segue as mensagens culpabilizantes que impregnam o material informativo destinado à promoção da saúde e prevenção de acidentes, crimes, eventos desagradáveis e doenças.

CASTIEL e DIAZ (2007) fazem várias reflexões sobre a efetividade de práticas individualistas em busca da saúde, em consonância com correntes políticas de cunho neoliberal que pregam a possibilidade de se promover a saúde com iniciativas e decisões individuais, minimizando o papel do Estado.

BARROS (2010), em pesquisa junto a profissionais de Recursos Humanos e pessoas ligadas a Programas Qualidade de Vida no Trabalho, observou que as atividades e treinamentos destinados aos trabalhadores, para que aderissem ao estilo de vida considerado saudável, excluía o enfoque sobre as condições e organização do trabalho e faziam parte de mecanismos de controle e disciplina das empresas.

A culpabilização da vítima não é tendência recente e é disseminada amplamente. Quando se comete um crime, com frequência, Não faltam “investigadores”, incitados pelo que a mídia divulga. O caso de vítimas de violência sexual, em particular mulheres e homossexuais masculinos, é bastante emblemático nesse aspecto. Tende-se a procurar comportamentos de risco da vítima, desde suas vestimentas ou seu jeito de não levar desaforo para casa ou o trajeto ermo que costumava fazer.

Como no futebol, são muitos os palpites, e a tendência é, mesmo condenando os atos criminosos, tentar encontrar algum elemento que indique que o evento poderia ter sido evitado se a vítima tivesse agido de forma um pouco diferente.

Interessante é se pensar também que a condenação de comportamentos individuais serve a determinados propósitos. Por ocasião da eclosão da epidemia da AIDS, quando ter a doença significava morrer num curto espaço de tempo, a imputação da ocorrência da doença a comportamentos considerados anômalos por grande parte das sociedades levava a julgamentos morais discriminatórios, fortalecendo ainda mais as correntes de pensamento conservadoras. A peste *gay* como foi apelidada na época, era tida por muitos como o castigo divino para a população homossexual masculina. Nesse sentido, é notório o artigo de jornal do então cardeal-arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio de Araújo Salles, que interpretava a AIDS como uma reação da natureza às perversões sexuais (OROZCO, 2006).

Voltando ao mundo do trabalho, o conceito do ato inseguro do trabalhador é hegemônico e corresponde ao conceito da responsabilidade individual sobre a saúde. Apesar das condições, organização e gestão do trabalho serem adversas à saúde dos trabalhadores, do inerente desequilíbrio de forças entre empregador-empregado, a ocorrência de acidentes e doenças continua sendo abordada como decorrente de atos individuais que poderiam ser evitados.

VILELA e col. (2004) analisaram 71 laudos periciais de acidentes do trabalho graves ou fatais elaborados pelo Instituto de Criminalística (IC) da região de Piracicaba. Em 56,3% deles havia menção a atos inseguros cometidos pelos trabalhadores e 24,0% a “atos inseguros cometidos pelos trabalhadores e seus mentores”. Supõe-se que o termo mentor utilizado pelo IC deva significar supervisor ou líder. Em nenhum dos casos, trabalhadores ou supervisores ou líderes teriam possibilidades de tomar decisões que pudessem evitar o acidente e portanto

não poderiam ser responsabilizados pelo evento. Esse estudo evidencia também a análise simplista e centrada no indivíduo, sendo que mesmo nos casos em que o laudo identificava que as condições de trabalho não atendiam às exigências mínimas determinadas pelo Ministério do Trabalho, a conclusão era de que o acidente havia ocorrido por ato inseguro da vítima. Os autores chamam a atenção para o uso desse modelo de culpar sistematicamente as vítimas pelos acidentes na descaracterização da responsabilidade da empresa e de seus prepostos.

Em outro estudo, VILELA e col. (2007), comparou duas análises sobre um mesmo acidente de trabalho, uma realizada pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) a empresa e a outra, realizada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (CEREST-Piracicaba).

A análise do SESMT se resumia a algumas poucas linhas e imputava à imprudência da vítima a responsabilidade pelo acidente, pois estaria ele “observando a peça” na máquina parada e “quando em funcionamento, ocorreu o acidente”.

A análise feita pelo CEREST- Piracicaba mostrou a complexidade do ocorrido. Em síntese, o trabalhador acidentado havia sido contratado 10 meses antes e ainda não exercia a função de operador de máquina; em um episódio de defeito em uma máquina, o supervisor decidiu, sem avisá-lo e tampouco o operador da máquina com defeito, se fazer acompanhar do recém-contratado para verificar o que acontecia com a máquina; para demonstrar os procedimentos, o braço e o tronco do recém-contratado ficaram na zona de operação, que não tinha dispositivo de proteção; após fazer o diagnóstico, o supervisor comunicou o operador da máquina de que ela poderia ser acionada ainda por algumas horas e liberou o seu funcionamento; o operador da máquina, sem saber que o recém-contratado ainda estava com o braço na zona de operação acionou a máquina, o que ocasionou a amputação.

Os autores discutem os vários aspectos do acidente, destacando a existência de erros latentes e erro ativo, que REASON (2000) recomenda para análise de situações de acidentes em empresas de grande confiabilidade, nas quais opções tecnológicas tivessem sido exaustivamente esgotadas. Os erros latentes apontados pelos autores incluíram

[...] a decisão incubada na fabricação e na operação do equipamento de não utilizar barreira de proteção, a decisão de designar um operador de máquina que não dominava completamente seus procedimentos em casos de incidentes e intervenção, a decisão de convocar o recém-contratado para participar da verificação, sem contudo, informar devidamente o operador sobre essa decisão e sobre os procedimentos que deveriam ser adotados. (VILELA e col., 2007, p. 36).

O erro ativo teria sido o acionamento da máquina.

COSTA (1981) analisou 30 acidentes do trabalho típicos ou tipo, isto é, ocorrências súbitas que desencadearam lesões ou distúrbios funcionais diretamente relacionados em 27 trabalhadores.

Classificou as situações desencadeadoras dos acidentes em três categorias,

fundamentadas no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho, vigente à época do estudo.¹²⁰ São elas: primeira categoria: acidentes decorrentes do “excesso de carregamento de peso”; segunda categoria: acidentes devidos a defeitos mecânicos das máquinas e terceira categoria: acidentes decorrentes de falta de segurança geral no local de trabalho.

Destaque-se que em sua classificação, a autora não colocou a possibilidade para do ato inseguro ser causa de um acidente, pois partiu da premissa de que a ocorrência de um acidente significa sempre uma falha do sistema de segurança da empresa. Ao se ler as descrições dos acidentes estudados, além de se considerar as três categorias selecionadas pela autora, há que se ter a organização do trabalho permeando todos os contextos dos eventos. A seguir, alguns exemplos desses acidentes descritos no referido estudo. Os dois primeiros exemplos foram classificados pela autora como sendo da primeira categoria.

O acidente com o carpinteiro J.A.S. ocorreu quando estava tentando levantar uma viga de aproximadamente 150 kg com o auxílio de outro operário. Devido ao peso, o outro operário deixou que a viga caísse subitamente ao solo, e ao cair atingiu J.A.S., ocasionando-lhe traumatismo na coluna e lesão na perna esquerda. O acidentado atribui a causa de seu acidente ao fato de não existir guindaste e ter sempre que despender muito esforço físico, além da exigência de produção por parte da empresa, principalmente ao sistema de “atividade por tarefa” (isto é, é dada ao operário uma tarefa para ser executada em um dado número de horas). Pois “às vezes dá uma loucura na firma prá acabar o trabalho e todos têm que correr”. Na sua empresa não se importavam muito com seu acidente, “ninguém se preocupa, o que eles querem é produção”. Estavam, na hora do acidente, executando o trabalho de modo mais rápido possível, para conseguirem terminar o serviço a tempo. (COSTA, 1981, p. 46-47).

J.A. (poceiro) estava trabalhando com outros operários na abertura de um tubulão para as edificações de um prédio, quando, ao fazer a operação de suspender da borda do tubulão, um balde cheio de areia, sofreu lesão na coluna. O carpinteiro J.B.C. estava subindo numa escada na obra onde trabalhava e carregando material de trabalho, quando os degraus da escada quebraram, ocasionando a queda do operário.

Segundo sua informação, na hora de seu acidente estava trabalhando o mais rápido possível, pois trabalhava “por tarefa”. Acredita que isso tenha contribuído para seu acidente, pois se pudesse trabalhar mais devagar, não estaria subindo a escada com peso e tão depressa. (COSTA, 1981, p. 47).

Em ambos os acidentes de trabalho, havia a causa imediata do excesso de carregamento de peso, que fazia parte da primeira categoria. Não era uma atividade excepcional, o esforço e desgaste físico faziam parte do cotidiano desses trabalhadores.

A coluna desses trabalhadores já vinha sofrendo uma sobrecarga diária, e o ritmo de trabalho imposto pela empresa e a pressa com que trabalhavam os acidentados contribuíram para que os eventos citados ocorressem e resultassem em sintomas agudos e intensos.

O trabalho apressado deveria ser decorrente dos tempos previstos para cada etapa da

¹²⁰ A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente à época do estudo tinha a redação do Decreto n. 5.452, de 01/05/1943 com alterações do Decreto-Lei n. 127, de 1967.

construção, do tempo de entrega da obra e o trabalho por tarefa é uma das formas de motivar o próprio trabalhador a intensificar o seu ritmo de trabalho, assim como de estimular os colegas para fazerem o mesmo.

Portanto, entre os aspectos desse cenário, merecedores de discussão, entram a tecnologia que poderia ser empregada para aliviar a carga física da atividade, a compatibilidade entre o número de trabalhadores e tecnologia empregada, as etapas do processo da construção civil e o cronograma previsto. Esses aspectos são analisados pelas construtoras, mas sob a ótica do máximo de contenção de custos e em detrimento da segurança e da saúde dos que trabalham nas diferentes operações e etapas.

Um exemplo de evento classificado na segunda categoria, isto é, devido a defeitos mecânicos das máquinas, é descrito da forma que se segue:

J.M.L. embora fosse registrado como metalúrgico, exercia de fato a função de prensista e, ocasionalmente, trabalhava como ajudante de caminhão. Perdeu um dos dedos da mão em acidente com uma prensa, e posteriormente, na mesma empresa, contraiu um reumatismo que o invalidou totalmente para o trabalho. O seu acidente com prensa ocorreu em um dia em que recebeu uma ordem de seu patrão, para que trabalhasse em determinada prensa. Apesar de retrucar que a máquina estava com defeito, ordenaram que trabalhasse, mas que no entanto “tomasse cuidado”. Após operar a prensa algumas horas, ocorreu o acidente. O entrevistado disse que, na sua fábrica e em outras em que trabalhou, além de não haver revisão para as máquinas, evitava-se por todos os meios que estas ficassem paradas, pois isso significava queda de produção. (COSTA, 1981, p. 49)

Neste último exemplo, fica evidenciada a falta de opção por parte do trabalhador, que na continuidade do depoimento, explicita que a recusa significaria demissão. A delegação da responsabilidade para o trabalhador individualmente também fica clara quando este recebe a recomendação de tomar cuidado, individualmente.

Também neste caso, no planejamento da empresa não foram levadas em conta a segurança e a saúde dos trabalhadores. A organização do trabalho foi definida para que todas as máquinas estivessem ativas, mesmo aquelas com defeitos, para atingir a produtividade desejada.

Em todos esses casos, é possível perceber que, do ponto de vista tecnológico, as atividades de trabalho poderiam ser realizadas de forma diferente para diminuir a carga física, proteger a integridade física dos trabalhadores e facilitar o trabalho do ponto de vista do trabalhador. No entanto, a possibilidade de se impor o trabalho em condições claramente inadequadas, a relação autoritária entre empregador e empregado, a falta de compromisso com a segurança e saúde dos trabalhadores e a possibilidade de sua reposição sem obstáculos resultam em exercício de trabalho braçal evitável, em se trabalhar com máquinas com defeitos, em se dispensar dispositivos de segurança ou de desligá-los para que se possa trabalhar em ritmo mais intenso.

Não é adequada a afirmação corrente de que as empresas pecam pelo planejamento ou organização do trabalho inadequados; eles obedecem a interesses definidos de atingir a

maior produtividade com menor custo.

A pesquisa de COSTA (1981) seguiu mostrando que dos 27 trabalhadores acidentados, a maioria havia sido demitida das empresas e não se sentia mais em condições de se reinserir no mercado de trabalho. Processavam ou estavam para processar o INSS para obtenção de seus direitos previdenciários, seja de aposentadoria seja de auxílio-acidente, para mitigar perdas financeiras decorrentes dos acidentes.

BINDER e col. (1997), ao estudarem 125 fichas de investigação de acidentes pelas CIPA de três empresas metalúrgicas de grande porte, que também tinham SESMT, constataram que aproximadamente 70% das investigações feitas por esses órgãos atribuíam às vítimas a responsabilidade pelo ocorrido, por suposto ato inseguro, indicado por palavras como “negligência, descuido, desatenção.”

ALMEIDA (2001), em sua tese de doutorado, analisa material produzido por empresas em Botucatu, seja em forma de apostilas, frases de contracheques, formulários de investigação de acidente de trabalho, dentre outros. A conclusão é de que as investigações realizadas pelas empresas

[...] adotam concepção de acidente baseada na identificação de situações de desrespeito a regras idealizadas, atribuem culpa ao acidentado e não subsidiam a gestão de riscos nas empresas. A atribuição de culpa ocorre independentemente da natureza e/ou tipo de perigo presente nos acidentes. (ALMEIDA, 2001, Resumo).

Considerando que há uma forte tendência a se explicar a ocorrência de acidentes de trabalho como fruto de fatores pessoais e psicológicos que responsabilizam os trabalhadores, OLIVEIRA (2007), buscou esses conceitos em material diversificado de uma empresa de grande porte do ramo metalúrgico da região metropolitana de São Paulo, na qual havia uma CIPA considerada modelo pelo sindicato da categoria. Analisou documentos, observações, registro de campo, conversas informais e entrevistas realizadas com vinte trabalhadores. Identificou as formas institucionais de disseminação de determinados conceitos e como eles se expressam nas falas dos trabalhadores, constatando que os conceitos de ato inseguro, do risco inerente a determinadas atividades e da necessidade da mudança de comportamento como meio para prevenir infortúnios são presentes entre os trabalhadores. Por outro lado, encontrou também contradições e fissuras nos discursos que colocam em dúvida esses conceitos hegemônicos.

LIMA e col. (2015) ao estudarem alguns dos instrumentos legais previstos na legislação de segurança e saúde do trabalhador aplicados na companhia de transporte metroviário de São Paulo, também encontraram registro de uma visão culpabilizante na ocorrência de oitenta e um (60%) dos 143 acidentes de trabalho ocorridos em 2010 e 2011. Foram identificadas duas expressões frequentes no discurso de representantes de empresas e de trabalhadores, quais sejam, “risco inerente à função” e “fatalidade” e outras que responsabilizam o trabalhador pela ocorrência dos eventos, impedindo assim, que investigações sistêmicas fossem feitas para que novos eventos pudessem ser evitados, demonstrações práticas de parte do título da tese de doutorado de ALMEIDA (2001),

“Construindo a culpa e evitando a prevenção”.

SILVA e col. (2016) agregam ainda outra versão utilizada para afirmar a individualização do adoecimento, isto é, o adoecido seria descuidado e irresponsável, e disso decorreria o acidente e o adoecimento.

PAPARELLI e col. (2011) destacaram que a tendência a individualizar e culpabilizar as vítimas pelos acidentes ou doenças é tão forte entre os profissionais de saúde, que mesmo diante de evidências, há dificuldades em se assumir o adoecimento ocupacional. Deram um exemplo de um trabalhador operador de máquina, que para corresponder à produção exigida e a “se esquecer” do medo de sofrer um acidente em uma máquina sem dispositivo de proteção, passou a beber. Esse recurso era de conhecimento de todos, de tal forma que o chefe, quando percebia uma queda na produtividade, insinuava que ele precisaria do “cafezinho”. Quando uma colega foi escalpelada por partes móveis da máquina, esse trabalhador foi demitido por ter causado o acidente e por beber durante a jornada de trabalho. A profissional de saúde mental que havia atendido o trabalhador insistia na explicação de que o alcoolismo era resultado de uma predisposição genética e que havia uma procura inconsciente de atividades de trabalho que facilitassem o acesso ao álcool. De nada adiantou se argumentar que o posto que ocupava, o de operador de máquina, em nada se enquadrava nesse perfil.

TITTONI e NARDI (2008) analisaram a vivência de afastamento do trabalho por adoecimento ocupacional de dois grupos de trabalhadores, um deles de mulheres de um ambulatório especializado em doenças ocupacionais e o outro de homens do setor petroquímico. Identificaram também a ocultação da relação entre o processo e a organização do trabalho e o adoecimento, de maneira que frequentemente a percepção dos trabalhadores era de que eles haviam adoecido por aspectos individuais, sendo portanto, culpados pela ocorrência.

Essa responsabilização individual e culpabilização pelo acidente ou doença foram fartamente mencionadas em populações de trabalhadores com diagnóstico de LER/Dort.

SATO e col. (1993) chamaram a atenção para aspectos psicológicos dos pacientes com LER/Dort e particularmente de uma acentuada percepção culpabilizante, pois seriam os autores dos movimentos que os adoeceram, diferentemente de outras doenças ocupacionais nas quais há agentes agressores externos. Outro elemento que contribuiria também para a culpabilização da vítima pelo adoecimento seria a suposta fraqueza individual como causa do adoecimento.

LIMA e OLIVEIRA (1995) discutiram na mesma linha, aspectos que contribuem para aprofundar a sensação de culpa dos trabalhadores afastados por doença ocupacional, relacionados a entendimentos controversos sobre a gênese da epidemia das LER/Dort. Um deles responsabiliza pelo adoecimento os traços de personalidade dos trabalhadores, como por exemplo a obsessão para produzir cada vez mais, ignora a organização do trabalho e a “exploração do senso de responsabilidade e prazer das pessoas na execução do seu trabalho, de modo a serem induzidas a produzir mais.”

MERLO e col. (2001) fizeram um relato de experiência na área assistencial com trabalhadores com LER/Dort e citaram o sentimento de culpa dos pacientes.

Também a teoria desenvolvida por LUCIRE (1988), do “contágio histórico”, que ocorreria à medida em que trabalhadores viam companheiros com sintomas e incapacitados, também responsabiliza os pacientes pelo adoecimento e evita a abordagem das questões relacionadas às condições e organização do trabalho.

RAMOS e col. (2008) acrescentam o retorno ao trabalho com restrições ou mesmo a aposentadoria por invalidez, sem que as condições de trabalho sejam modificadas, às formas de individualizar e culpabilizar os trabalhadores pelo adoecimento.

Essa tendência à individualização do adoecimento é tão grande, que a tentação é a de se pensar em equipamentos de proteção individual.

Alguns dos laudos mencionaram a ausência de EPI, sem que qualquer um dos peritos tenha especificado quais EPI seriam efetivos para a prevenção de LER/Dort. Os laudos 20 e 21 são exemplos. Foi destacado que a reclamante, que era copeira de um hospital, não tinha EPI, sem que os peritos tenham mencionado quais deles poderiam prevenir a ocorrência de LER/Dort.

No laudo 6, o perito lamentou por várias vezes que EPI não tivessem sido fornecidos, mas disse que, se tivessem sido, não teriam tido efetividade, pois o fato concreto era que a reclamante, cuja atividade era de digitação, havia adoecido.

Em 2015, foi objeto de um parecer da Fundacentro¹²¹, uma luva vendida por uma empresa fabricante de colchonetes terapêuticos, roupas e acessórios,¹²² cujo argumento de publicidade de seus produtos é a melhoria da microcirculação sanguínea local, por meio de uma “exclusiva tecnologia japonesa” com ações diversificadas sobre a saúde, entre as quais a dor, o estado geral e sono.

Um sindicato de trabalhadores, fundamentado na preocupação com a alta prevalência de LER/Dort em sua categoria, solicitava uma avaliação das luvas, na expectativa de que pudessem ser aprovadas como EPI contra LER/Dort. A citada luva já tinha registro¹²³ na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como “coadjuvante no tratamento da dor em punho, braços e mãos e apresenta boa proteção da pele contra a ação nociva dos raios solares UVA e UVB como um protetor físico com FPU 21.08.”

Na ocasião, foi verificado que a empresa divulgava em material de publicidade intitulado “Programa Qualidade de Vida + uma novidade para você”, a finalidade da luva, “de prevenção e tratamento das dores nas mãos, punhos e antebraços, com eficácia e segurança

¹²¹ O parecer foi emitido em 21/07/2015 e se encontra em processo administrativo da Fundacentro, protocolo nº2802/15. Segundo o portal da empresa, atualmente, as luvas estão registradas na ANVISA sob o número 80104760006. Disponível em <http://loja.invel.com.br/alivio-da-dor/nas-maos-punhos-e-bracos-901/c> > acesso em 31/10/2017

¹²² Invel - <https://invel.com.br/a-invel-2> > acesso em 01/11/2017.

¹²³ Segundo o portal da empresa, atualmente, as luvas estão registradas na ANVISA sob o número 80104760006. Disponível em <http://loja.invel.com.br/alivio-da-dor/nas-maos-punhos-e-bracos-901/c> > acesso em 31/10/2017

comprovados por estudos clínicos nas mais renomadas escolas de medicina do Brasil.”

No entanto, o único estudo divulgado sobre o produto em questão, patrocinado pela empresa, não tinha como objeto verificar a efetividade da ação preventiva e portanto, não havia correspondência entre o que se divulgava e o conteúdo do estudo citado, que havia avaliado a efetividade das luvas no controle da dor dos membros superiores, concluindo que poderiam ser utilizadas como coadjuvantes terapêuticos e não preventivos de ocorrência de afecções musculoesqueléticas.¹²⁴

O parecer institucional da Fundacentro foi negativo quanto à possibilidade de se aprovar as luvas como um EPI.

Do ponto de vista normativo, para a proteção contra poeiras e fumos metálicos há máscaras, contra o ruído há protetores auriculares, de diferentes especificações e objeto de muitos questionamentos sobre a efetividade na prevenção de doenças.

Mas para a prevenção de LER/Dort não há normatizações referentes a EPI. No entanto, a chamada “cultura do EPI” está tão introjetada nos agentes que atuam no mundo da segurança e saúde no trabalho, que alguns peritos não se furtaram a registrar que as empresas não os forneciam.

¹²⁴ O artigo mencionado foi escrito por Helena Hideko Seguchi Kaziyama, Manoel Jacobsen Teixeira, Ricardo Bocatto de Oliveira, Carina Mamy Nishimura, Vivian Massayo Kaziyama, Rosa Alves Targino de Araújo, Karine A. S. Leão Ferreira, Círcia Yuko Wada, Roberta Pessoa Simões e se intitula “Estudo monocêntrico, prospectivo, controlado, duplo-cego e randomizado para avaliação da eficácia e segurança da Invel^R Active Glove com Tecnologia Invel^R. Postado em 22/04/2014. Disponível em <http://iitp.org.br/estudo-monocentrico-prospectivo-controlado-duplo-cego-e-randomizado-para-avaliacao-da-eficacia-e-seguranca-da-invel-actiive-glove-com-tecnologia-invel/> > acesso em 25/01/2018.

CAPÍTULO 11

Considerações finais e conclusões

A escolha do objeto de estudo desta tese se deveu a um desejo de que o produto pudesse ser útil no processo de análise do pensamento contemporâneo de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em uma função dirigida para a avaliação de uma situação de adoecimento pelo trabalho e suas consequências na capacidade laboral dos acometidos para fins de indenização.

Escolheu-se estudar os laudos referentes às LER/Dort, pelo fato de atingirem várias categorias profissionais e por abrigarem afecções musculoesqueléticas amplamente conhecidas não só dos médicos do trabalho, mas de profissionais de saúde do setor público e privado, que em diferentes momentos foram alcançados por ondas do fenômeno social que deu visibilidade a essa forma de adoecimento, conforme discutido nos capítulos 3 e 4 desta tese.

Os valores predominantes na avaliação da existência ou não de adoecimento pelo trabalho e incapacidade laboral por LER/Dort, definidos como objeto de estudo, poderiam ser abordados sob vários aspectos. Pela formação e trajetória profissional da pesquisadora, a opção foi desenvolver a análise a partir dos aspectos técnicos dos laudos.

As perguntas que se elaboraram a partir dessa premissa podem ser sintetizadas em duas perguntas: como foi o processo de investigação sobre o contexto de trabalho do reclamante que poderia ter contribuído para o seu adoecimento? E quais consequências sobre a sua vida ocorreram a partir desse adoecimento?

Feita a análise dos laudos periciais, com os resultados obtidos, é possível afirmar que esses documentos, a despeito de serem importantes peças de apoio aos juízes, sofrem de carências técnicas essenciais para que atinjam o objetivo pelo qual são solicitados na Justiça do Trabalho, ou seja, de auxiliar o juiz em sua decisão sobre um pleito, que envolve indenizações por dano material e imaterial ou, em alguns casos, apenas pagamento de custos de tratamento e readmissão pela empresa reclamada.

Nos capítulos 8 e 9, várias dessas lacunas técnicas foram destacadas tanto no tocante ao processo de investigação e análise dos casos, como no que se relaciona a conceitos equivocados, amplamente propagados e que acabam sendo reproduzidos em sentenças judiciais.

Essa percepção já havia sido expressa em estudos e diferentes publicações de pesquisadores e juristas, que destacavam erros conceituais nos laudos, e não raras vezes, a busca bem intencionada de soluções se deu em duas direções, quais sejam, a necessidade de se ter um corpo próprio de profissionais da Justiça do Trabalho e a busca de peritos com formação técnica específica ao caso.

No entanto, diferentemente do que o senso comum diria, as carências constatadas não

advêm somente de profissionais com falta de formação técnica, pois se constatou que apenas 15,66% dos peritos não tinham especialização em pelo menos um dos ramos da medicina, cuja interface com os agravos musculoesqueléticos epidêmicos relacionados ao trabalho vem de longa data, quais sejam, a medicina do trabalho, a medicina legal, a perícia médica ou ortopedia. O único profissional não médico, tinha como formação básica a fisioterapia, cujo curso de graduação, oferece em sua grade curricular conhecimento do sistema musculoesquelético, tanto no seu aspecto anatômico como funcional.

Não basta o conhecimento anatômico ou mesmo fisiológico do corpo humano. É preciso pensá-lo em atividade de trabalho, com a necessária mobilização de recursos físicos e psíquicos para responder às exigências.

O que se percebeu foi uma inapetência pela investigação real e um distanciamento desses profissionais do contexto de vida e trabalho dos reclamantes, não se deixando contagiar pela necessidade extrema de que se empenhassem em investigar formas de adoecimento e sua relação com o trabalho.

Essa atitude teria sido fundamental, pelo conhecimento que se tem do mundo do trabalho, no qual situações perigosas, nocivas, insalubres e penosas se escondem atrás de documentos produzidos pelas empresas, que se esmeram cada vez mais na sua gestão documental integrada, que também ocultam agravos relacionados ao trabalho, cronicamente subnotificados, como mostram as estatísticas da Previdência Social, detalhadas no item 2 do capítulo 4 desta tese.

A conhecida e intrínseca desigualdade de poder entre trabalhadores e empresas, implicando a impossibilidade de mudar suas condições de trabalho e de exercer o direito constitucional de recusa ao trabalho individualmente, não foi considerada na avaliação pericial, que por vezes era permeada por um julgamento moral e questionamento dos reais sintomas dos reclamantes pelo fato de que frequentemente tinham trabalhado em condições adversas por muito tempo.

Os longos meses, e por vezes anos, de sintomas sem a procura de ajuda, bem como os tratamentos interrompidos, não suscitaram a suspeita, por parte do perito, de presenteísmo, decorrente do desequilíbrio de forças em um contrato de trabalho, do medo de ser demitido ou de ser discriminado do reclamante, gerando condições propícias para o processo de cronificação e agravamento dos quadros clínicos iniciais. Se essas situações tivessem sido investigadas, simplesmente se perguntando por quais motivos os reclamantes não haviam persistido na busca de ajuda ou procuravam vários serviços de saúde, talvez algumas interpretações, como aquela que o perito fez no laudo 20, responsabilizando a reclamante pelo fracasso terapêutico, não tivessem ocorrido. Por outro lado, o mesmo perito seguiu indiferente ao registrar que uma das comunicações de decisão do INSS havia sido de cessação do benefício por “não haver tratamento ortopédico possível para o caso.” No mesmo sentido, um médico assistente, diante da falta de resultado com o tratamento indicava “alta ou afastamento definitivo”.

Se tivessem perguntado aos reclamantes sobre os motivos pelos quais não haviam tomado determinadas decisões e atitudes, ilações precipitadas, sem fundamentos, teriam sido evitadas, como no caso do laudo 84, no qual o perito lança uma fagulha na boa intenção da reclamante, ao citar, de forma descontextualizada, que ela usava uma órtese nova no momento da perícia. É o que basta para o leitor se perguntar se aquela órtese não teria sido adquirida somente como um recurso visual para conseguir a simpatia do perito durante a avaliação. Ao contrário, ao lançar essa semente de desconfiança, provoca no leitor, inadequadamente, uma inquietação sobre a possibilidade de fraude.

O texto a seguir talvez elucidie alguns aspectos da prática dos peritos:

Nas DORT – Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, este contexto não é diferente. Interesses diversos influenciam nas suas multietiologias. Existe um ambiente turvo que confunde os limites da simulação, omissão e confusão. Cabendo ao Perito servir como uma luz para ajudar a esclarecer esta situação. Mas, para isto, é necessário que ele tenha um forte conhecimento técnico para concluir muitas vezes sem contar com a colaboração do examinando. Tenha sólido conhecimento técnico da legislação para concluir dentro das bases legais. Domine as ciências da Medicina Ortopédica, Medicina do Trabalho, Psiquiatria. Reconheça e avalie riscos, saiba negociar, e o mais importante, tenha a sensibilidade para discernir até que ponto cada assunto influencia o indivíduo. Este embasamento dará segurança para que ele seja firme e claro na sua conclusão. Tendo serenidade para não se deixar envolver por pressões ou fatores externos. (FARACO, 2007, p. 11)

Apesar da redação encerrar certa confusão, MAENO (2015) fez uma interpretação desse trecho, chamando a atenção para o fato de que o autor alerta os leitores, seus pares, de que o conhecimento técnico sólido, adjetivado com muita pompa, seria o instrumento para não se deixar engabelar pelas pressões externas e pelo próprio periciando, mas se esquece de alertar para as informações maquiadas que as empresas costumam dar de suas condições de trabalho.

Adicionalmente, pode-se depreender desse trecho, o preconceito contra os trabalhadores, vistos por ele, como potenciais simuladores ou mal intencionados. O autor se refere a “pressões e fatores externos” a influenciar os peritos, tendo antes mencionado um “ambiente turvo que confunde os limites da simulação, omissão e confusão.” Nesta afirmação o autor ignorou a profunda desigualdade entre as partes de um contrato de trabalho, quando é notório que os trabalhadores são a parte mais fraca e sem informações.

Nem mesmo o desequilíbrio numérico entre assistentes técnicos das empresas reclamadas e reclamantes pareceu chamar a atenção dos peritos. A desigualdade é naturalizada.

Como profissionais de saúde, investidos em uma função de alta importância, os peritos deveriam se sentir estimulados a adentrar o labirinto de um caso, com uma história a ser desvelada, a ser vasculhada nos seus detalhes, a exemplo de notórios investigadores da saúde que permitiram o avanço do conhecimento em várias áreas que se tem hoje, em particular Ramazzini, sempre lembrado nos cursos de especialização e quase nunca seguido na sua sensibilidade e capacidade de observação do trabalho real. Felizmente, no passado,

investigadores como ele e tantos outros, lembrados no decorrer deste estudo, não se aquietaram, não se deixaram levar pela adinamia, pela inércia ou pelos interesses que não os do coletivo.

No entanto, os resultados mostraram que apenas em 27,71% dos laudos, a investigação pericial contou com informações suficientes para que se possa compreender o quadro clínico do reclamante e que apenas em 18,07% conta-se com uma análise do adoecimento, como mostraram as tabelas 20 e 21, respectivamente, do capítulo 9 desta tese.

A situação se mostra mais preocupante, quando na maioria dos laudos a qualidade do exame físico se mostrou precária, embora a presença ou ausência de achados tenha sido valorizada na conclusão diagnóstica ou de estabelecimento denexo causal entre o quadro clínico e o trabalho.

Algumas premissas básicas do conhecimento médico contemporâneo também são ignoradas quando se trata de um caso em que o profissional tem que se posicionar em relação à causa laboral. Como exemplo, pode ser citado o conceito de multicausalidade das doenças, que na linguagem jurídica, dialoga com o conceito de concausalidade.

Em nenhum fórum de discussões médicas surgiria uma pergunta acerca de um agente etiológico único para um câncer de fígado ou de pâncreas, ou de um diabetes ou de uma hipertensão. Assume-se que várias são as causas que concorrem para essas ocorrências.

No mundo do trabalho, nas aulas, palestras e textos, a multicausalidade também é considerada. No entanto, na prática dos peritos deste estudo, somente em 13 laudos (15,66%) ela foi considerada plenamente, como pode ser visto na tabela 25 do capítulo 9 desta tese.

Embora a frase “a clínica é soberana” seja uma das frases mais citadas entre os médicos, incluídos alguns peritos deste estudo, configura-se um esvaziamento de sentido quando se constata a pobreza de informações sobre o processo de adoecimento, decorrente provavelmente do desinteresse, da ausência ou insuficiência de diálogo com os reclamantes e realização do exame físico de forma protocolar.

Para um dos objetivos do laudo pericial, o de demonstrar a existência ou inexistência de um quadro clínico patológico, uma das premissas básicas seria a demonstração do raciocínio, a partir do início dos sintomas e evolução, cotejando-se as informações com achados de exame físico criteriosamente realizado, como se faz com um teorema, guardadas as devidas proporções. Para que essa demonstração fosse possível, teria sido necessário um processo de investigação clínica, que se mostrou inexistente na maioria dos laudos, como se pode ver nas tabelas 20 e 21.

No tocante ao estabelecimento ou não do nexocausal, examinar cada caso como se fosse o primeiro e não se conhecesse nada do ramo de atividade da empresa ou da própria empresa, é abdicar de uma das qualidades insubstituíveis em um profissional, que é a experiência e a vivência com trabalhadores em seus locais de trabalho. Além de tudo, se desrespeita um dos ensinamentos preciosos da epidemiologia, tão presente na prática clínica, que cada um é cada um, mas todos estão inseridos em um contexto econômico, social, laboral e cultural, que determinam as formas de viver, adoecer e morrer. No consultório ou no

hospital não se faz assim. Leva-se em conta o contexto em que o paciente vive, incluindo suas condições socioeconômicas.

A análise dos 15 laudos, cujo nexos causal era presumido pelo critério epidemiológico e tiveram o caráter ocupacional descaracterizado na perícia, feita no item 2.2. do capítulo 9 desta tese, permitiu constatar que não havia linhas de argumentação suficientemente sólida que justificasse a não confirmação do nexos. Em nenhum dos laudos se encontrou uma análise da atividade de trabalho que descartasse definitivamente a existência de condições propícias para a ocorrência dos adoecimentos. Assim, os casos foram desconfirmados sem qualquer fundamentação.

Os argumentos mais significativos utilizados para a descaracterização foram relacionados a: a) aspectos biomecânicos, isto é, a incompatibilidade entre os movimentos realizados no trabalho e a ocorrência do quadro musculoesquelético; b) doença degenerativa como condição inconciliável com a existência de relação com o trabalho. Destaque-se que o primeiro argumento foi bastante utilizado, embora os laudos não tivessem uma análise da atividade laboral.

Ambas as linhas de argumentos podem ser contraditadas por estudos realizados por pesquisadores de referência mundial, publicados na enciclopédia da Organização Internacional do Trabalho e em outras publicações científicas de peso, como pode se constatar nos capítulos 4 e 9 desta tese.

Quanto ao outro objetivo do laudo pericial, que se refere à avaliação da incapacidade laboral em cada caso, constatou-se que quase todos os peritos se limitaram a afirmar ou negar a incapacidade, sem fundamentos aplicados ao caso concreto. Oito dos laudos sequer se posicionaram sobre a existência ou inexistência de incapacidade, como visto na tabela 35 do capítulo 9 desta tese.

Também frequentemente citadas genericamente nos laudos, as leis e normas, sejam da Previdência Social ou do Ministério da Saúde, serviram como pano de fundo, sem ter sido devidamente compreendidas pela maioria dos peritos, que não se apoiaram nelas para avaliar os casos em questão. Tampouco as contestaram. Simplesmente as citaram.

Apesar da atribuição de julgamento caber exclusivamente ao juízo, o laudo técnico mostrou ter um peso significativo nas decisões. Dos 83 laudos, o parecer dos peritos no tocante ao nexos causal foi acatado em 70 (84,33%).

É possível que esse fato se deva à confiança que os juízes depositam nos peritos por ele nomeados, para que avaliem o caso utilizando um conhecimento específico o qual não dominam, como discutido no item 2.3 do capítulo 8, sobre a confiança das pessoas em geral no sistema de peritos, com seus conhecimentos específicos, aos quais se delegam responsabilidades (GIDDENS, 1991), no caso, de se pronunciarem sobre a existência de doenças associadas às LER/Dort e suas repercussões sobre a vida dos reclamantes.

Neste aspecto é apropriado se comentar que o diagnóstico do quadro clínico, de fato,

requer conhecimentos específicos que os profissionais de saúde detêm, cada qual com abordagens diversas. No entanto, o estabelecimento do nexo causal entre o adoecimento e as situações de trabalho e a avaliação da incapacidade requerem um conhecimento que não faz parte exclusivamente do currículo específico dos profissionais de saúde. Dependendo do caso, trata-se de um conhecimento que é fruto de uma intersecção e integração de saberes da saúde, da engenharia, da física, da toxicologia, da bioquímica, da sociologia, do direito e eventuais outras disciplinas.

Evidenciou-se que as ausências e insuficiências da investigação clínica, da análise da atividade de trabalho e da avaliação da incapacidade laboral caracterizaram parte significativa dos laudos estudados, mesmo sendo essenciais para que os laudos possam cumprir o objetivo a que se propõem.

Considerando que os peritos gozam de autonomia como poucos atualmente no mundo do trabalho, algumas linhas de estudos poderiam ser desenvolvidas.

Algumas delas poderiam ser a busca de respostas para as seguintes perguntas: 1. Por quais motivos os peritos não aplicam plenamente conceitos consagrados na área da saúde, e particularmente na medicina, como a multicausalidade? 2. Nesse aspecto, haveria diferença de abordagem do adoecimento ocupacional? 3. Ainda nesse aspecto haveria diferença de abordagem em relação a pacientes de consultório privado, pacientes do SUS, segurados do INSS e reclamantes dos processos judiciais? 4. Por que os profissionais de saúde não questionam o papel do esforço físico constante no desgaste e na ocorrência de dores musculoesqueléticas de atletas de renome e o fazem quando avaliam trabalhadores com ocupações menos glamurosas? 5. Quais seriam as fontes de informação e formação dos profissionais de saúde com atividades que tenham interface com a saúde dos trabalhadores? Quais seriam os valores e conceitos disseminados nos livros, cursos e congressos destinados a esses peritos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMANOS, Y.; TSAMANDOURAKI, K.; KOUTIS, A.; FIORETOS, M. Working at the loom and musculoskeletal disorders in a female population of Crete, Greece. **Scand J Soc Med**, Stockholm, vol. 21, n. 3, 171-75, 1993.

ALCÂNTARA, H.R. **Perícia médica judicial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, I.M. **Construindo a culpa e evitando a prevenção: caminhos da investigação de acidentes do trabalho em empresas de município de porte médio**, Botucatu, São Paulo, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

AMADIO, P.C. Repetitive stress injury. **The Journal of Bone & Joint Surgery**, vol. 83-A, n. 1: 136-7, January 2001.

AMBROSI, D.; QUEIROZ, M.F.F. Compreendendo o trabalho da costureira: um enfoque para a postura sentada. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 29 (109): 11-19, 2004.

ANAMT. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Posicionamento da ANAMT sobre a resolução CFM nº 2.015/13**, que alterou o artigo 12 da resolução CFM 1.488/1998, retirando a proibição ao médico de atuar como assistente técnico em ações que envolvem a empresa em que ele exerce a medicina do trabalho, sd.

ANDERSEN, J.H.; GAARDBOE, O. Neck and shoulder complaints. An approach to distinguish between acute and persistent pain. In: HAGBERG e KILBOM (eds.). **Book of Abstracts. International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders**. Sweden, May 12-14, p. 26-30, 1992.

ANDERSEN, J.H.; GAARDBOE, O. Prevalence of persistent neck and upper limb pain in a historical cohort of sewing machine operators. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, vol. 24, p 677-687, 1993.

ANDERSEN, L.; CLAUSEN, T.; MORTENSEN, O.S.; BURR, H.; HOLTERMANN, A. A prospective cohort study on musculoskeletal risk factors for long-term sickness absence among healthcare workers in eldercare. **Int Arch Occup Environ Health**, 85 (6): 614-22, Aug 2012.

ANDERSON, J.A.D. Rheumatism in industry: a review. **Brit. J. Industr. Med.**, London, vol. 28, 103-121, 1971.

ANDRADE, R.P.; CORREA FILHO, M.R.C.; QUEIROZ, B.C. Lesões do manguito rotador. **Rev Bras Ortop**, São Paulo, vol. 39, n. 11/12, p. 621-36, 2004.

- ANDRUSAITIS, S.F. **Estudo da prevalência e fatores de risco da lombalgia em caminhoneiros do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- ARAÚJO, A.V.; NUNES, R.B. Contribuição da psicologia – relato de uma experiência com grupos de portadores de LER. In: OLIVEIRA, C.R. e cols. **Manual prático de LER**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, p. 317-40, 1997.
- ARIÉS, P.; DUBY, G. **História da vida privada**. Do Império Romano ao Ano Mil. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ARMSTRONG, T.J.; BUCKLE, P.; FINE, L.J.; HAGBERG, M.; JONSSON, B.; KILBOM, A.; KUORINKA, I.A.A.; SILVERSTEIN, B.; SJOGAARD, G.; VIKARI-JUNTURA, E.R.A. A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. **Scand J Work Environ Health**, Stockholm, vol. 19, p. 73- 84, 1993.
- ARMSTRONG, T.J.; FOULKE, J.; MARTIN, B.; FINSEN, L.; SJOGAARD, G. Muscle responses to simulated torque reactions of hand-held power tools. **Ergonomics**, London, 42 (1): 146-59, Jan 1999.
- AROUCA, A.S.S. A história natural das doenças. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 1, p. 15-19, out- dez, 1976.
- AWERBUCH, M. RSI or “Kangaroo Paw”. **Med J Aust**, 142: 237-8, 1985.
- AYRES, J.R.C.M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. **Intelligere, Revista de História Intelectual**, São Paulo, vol. 2 , n.1 (2), 2016.
- BAMMER, G. How technology change can increase the risk of repetitive motions injuries. **Seminars in Occupational Medicine**, volume 2, n. 1, March 1987.
- BAMMER, G. The prevalence of work-related neck and upper limb disorders among office workers in 7 countries: a pilot study. In: **Preprints of International Conference on Ergonomics, Occupational Safety and Health and the Environment**, Beijing, 1988.
- BAMMER, G. **Supplementary bibliography on Work-Related Neck and Upper Limb Disorders (also known as Repetitive Strain Injuries or RSI)**. June 1988.
- BAMMER, G. The epidemic is over ... Or is its? **Australian Society**, p. 22-24, April 1990.
- BAMMER, G. Occupational disease and social struggle: the case of work-related neck and upper limb disorders. **NCEPH Working Paper Number 20**. Camberra: National Centre for Epidemiology and Population Health, 1990 a.
- BAMMER, G. Consumers’ perspectives on rehabilitation after developing musculoskeletal

disorders. In: HAGBERG, M.; KILBOM, A. (eds.). **International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders**, Sweden, Book of Abstracts, p. 37-41, May 12-14, 1992.

BAMMER, G.; BLIGNAULT, I. **Bibliography for a review of research on repetitive strain injuries (RSI)**. Presented at Musculoskeletal Disorders at Work, an International Conference, University of Surrey, Guildford, Surrey, U.K., 13-15 April 1987.

BAMMER, G.; BLIGNAULT, I. More than a pain in the arms: a review of the consequences of developing occupational overuse syndromes (OOSs). **J Occup Health Safety – Aust NZ**, 4 (5): 389-97, 1988.

BAMMER, G.; MARTIN, B. The arguments about RSI: an examination. **Community Health Stud**, v. 12, n.3, p.348-58, 1988.

BAMMER, G.; MARTIN, B. Repetition strain injury in Australia: medical knowledge and social movement. **Working Paper number 19**. National Centre for Epidemiology and Population Health. The Australian National University. August 1990.

BAMMER, G.; MARTIN, B. Repetition strain injury in Australia: medical knowledge social movement and the facto partisanship. **Soc. Probl**, v. 39, n.3, p. 219-37, 1992.

BAMMER, G.; MARTIN, B. Socio-political aspects of work-related musculoskeletal disorders. In: HAGBERG, M.; KILBOM, A. (eds.). **International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders**. Sweden, Book of Abstracts, p. 34 - 36, May 12-14, 1992.

BANDEIRA, L.A.M. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Rio de Janeiro, 45 (2), p. 135-146, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARREIRA, T.H.; MACIEL, R.H. A programme to manage musculoskeletal disorders in a Brazilian-based in multinational company. In: HAGBERG, M.; KILBOM, A. (eds). **International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders**, Sweden, Book of Abstracts, p. 42-43, May 12-14, 1992.

BARROS, S.P. **A promoção de qualidade de vida para os trabalhadores**: discurso, poder e disciplina. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BENSENÖR, I. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. **Rev Med**, São Paulo, out-dez, 92 (4): 236-41, 2013.

BERNARDINO, M.T.S.M. **Lesões por Esforços Repetitivos. LER; a doença para o indivíduo**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16042012-161623/pt-br.php> > acesso em 21/12/2017.

BEZERRA, T.C. **Avaliação clínica de pacientes com distonia idiopática**. Dissertação (Mestrado em Neurologia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

BINDER, M.C.P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 37(4):409-16, 2003.

BLAIR, S.J.; MCCORMICK, E.; BEAR-LEHMAN, J.; FESS, E.E.; RADER, E. Evaluation of impairment of the upper extremity. **Clin Orthop Relat Res**, 221: 42-58, Aug 1987.

BLOUNT, J.A. A administração da saúde pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, 12 (4): 40-48, out/dez 1972.

BOCCIA, D. Enfermedades por repeticion excesiva y uniforme de los movimientos del trabajo (motopatias). In: BOCCIA, D. **Medicina del Trabajo**. Enfermedades profesionales (tecnopatias). Buenos Aires: Editorial Alfa, 1953.

BOING, A.F.; MELO, G.R.; BOING, A.C.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G.; PERES, M.A. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 46 (4): 617-23, 2012.

BORGES, L.H. Trabalho de caixa bancário, saúde mental e lesão por esforços repetitivos. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho, da teoria à prática**. São Paulo: Editora Roca, p. 271-301, 2010.

BOURDIEU, P. **O capital social** – notas provisórias. In: NOGUEIRA, M.A.; CATANI, A. (orgs.). **Escritos de Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, p.65-69, 1998.

BOVENZI, M.; ZADINI, A.; FRANZINELLI, A.; BORGOGNI, F. Occupational musculoskeletal disorders in the neck and upper limbs of forestry workers exposed to hand-arm vibration. **Ergonomics**, 34 (5): 547-62, May 1991.

BOVENZI, M.; RUI, F.; VERSINI, W.; TOMMASINI, M.; NATALETTI, P. Hand-arm vibration syndrome and upper limb disorders associated with forestry work. **Med Lav** 95 (4): 282-96, Jul-Aug 2004.

BRAGA, R. Precariado e sindicalismo no Brasil contemporâneo: um olhar a partir da indústria do *call center*. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 103: 25-52, maio de 2014. Disponível em <https://rccs.revues.org/5532> > acesso em 17/11/2017.

BRANDIMILLER, P.A. **Perícia judicial em acidentes e doenças do trabalho**. São Paulo: Editora SENAC, 1996.

BRASIL, 1890. Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. **Coleções de Leis do Brasil**, página 2664 vol Fasc X, 1890. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html> > acesso em 10/03/2018.

BRASIL, 1891. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm > acesso em 06/09/2017.

BRASIL, 1891. Decreto n. 1.313, de 17 de janeiro de 1891. Estabelece providências para regularizar os trabalhos dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal. **Coleções de Leis do Brasil**, página 326 vol 4, 1891. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-publicacaooriginal-1-pe.html> > acesso em 24/08/2017.

BRASIL, 1919. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 1919, Seção 1, p. 1013. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html> > acesso em 04/01/2018.

BRASIL, 1940. Decreto Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, seção 1, 31 de dezembro de 1940. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>> acesso em 17/09/2017.

BRASIL, 1943. Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, Seção 1, 09/08/1943. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html> > acesso em 22/08/2017.

BRASIL, 1944. Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de acidentes do trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 13 de novembro de 1944. Seção 1, p. 19.241. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7036-10-novembro-1944-389493-norma-pe.html> > acesso em 20/01/2018.

BRASIL, 1976a. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de outubro de 1976. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6367.htm> acesso em 12/12/2017.

BRASIL, 1976b. Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976. Aprova o regulamento do Seguro Acidente do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1976. Disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/23/1976/79037.htm>> acesso

em 12/12/2017.

BRASIL, 1987. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 4.062 de 06 de agosto de 1987. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de agosto de 1987. Disponível em http://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/prt_mpas_1987_4062.pdf > acesso em 21/12/2017.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 05/10/1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm > Acesso em 18/09/2014.

BRASIL, 1990. Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Portaria MTPS n. 3.751, de 23/11/1990. Dispõe sobre a NR 17 – Ergonomia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 26/11/1990. Disponível em <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf> > acesso em 20/09/2017.

BRASIL, 1991. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de julho de 1991. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm > acesso em 25/06/2016.

BRASIL, 1994. Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Portaria SSST n. 24, de 29/12/1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 30/12/1994. Disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/05/mtb/7.htm> > acesso em 23/09/2017.

BRASIL, 1998. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Ordem de serviço INSS nº 606, de 05 de agosto de 1998. Aprova norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de agosto de 1998.

BRASIL, 1999. Decreto n. 3048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília., DF, 7 de maio de 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm > acesso em 24/06/2016.

BRASIL, 1999 a. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.339, de 18 de novembro de 1999. Disponível em http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Portaria_1339_GM_18_novembro_1999_doencas_relacionadas_trabalho.pdf > acesso em 20/10/2017.

BRASIL, 2001a. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL, 2001b. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças**

relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. DIAS, E.C. (orgs.). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL, 2001c. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica - HAS e Diabetes mellitus – DM.** Protocolo. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, 2002. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora número 17.** Brasília: MTE, SIT, 2002. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/manual-de-aplicacao-da-norma-regulamentadora-no-17/> > acesso em 21/12/2017.

BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 2002. Disponível em http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf > acesso em 02/02/2018.

BRASIL, 2003. Lei nº 10.770 de 21/11/2003. **Diário Oficial da União**, 24 de novembro de 2003, p. 1. Dispõe sobre a criação de Varas do Trabalho nas Regiões da Justiça do Trabalho, define jurisdições e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.770.htm > Acesso em 18 de setembro de 2012.

BRASIL, 2003a. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. Instrução Normativa INSS/DC nº 98 de 05/12/2003. Aprova norma técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 10/12/2003. Disponível em <http://www.usp.br/drh/novo/legislacao/dou2003/mpasin98.html> > acesso em 08/08/2017.

BRASIL, 2004. Emenda Constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 31/12/2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc45.htm#art1 > acesso de 01/11/2016.

BRASIL, 2004a. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 81, seção 1, p. 37-38, de 29/04/2004.

BRASIL, 2004. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31/12/2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm > acesso em 10/01/2018.

BRASIL, 2006. Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei nº 10.699, de 9 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm > acesso em 28/10/2017.

BRASIL, 2006 a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Pneumoconioses**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 6. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0443_M.pdf > acesso em 08/03/2018.

BRASIL, 2007. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de fevereiro de 2007, seção 1, página 2. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm > acesso em 11/09/2017.

BRASIL, 2007a. Ministério da Previdência Social. Portaria nº 238, de 11 de junho de 2007. Constitui a Comissão Permanente com a finalidade de implementar o Fator Acidentário de Prevenção – FAP, de que trata o artigo 202-A e acompanhar, avaliar e propor ajustes do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, de que trata o art. 337, ambos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2007. Seção 2, p. 19.

BRASIL, 2007b. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 09. Anexo II da NR 17, 2007. Trabalho em teleatendimento/ telemarketing, 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 de abril de 2007. Disponível em <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17-ANEXO2.pdf> > acesso em 10/01/2018.

BRASIL, 2008. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. Diretoria de Benefícios. Portaria nº 07 INSS/ DIRBEN, de 08 de maio de 2008. **BS** nº 89, Brasília, DF, de 12/05/2008.

BRASIL, 2010. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. **Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia**. Brasília, DF., dezembro de 2010. Disponível em <https://docgo.net/diretrizes-de-apoio-a-decisao-medico-pericial-em-ortopedia-e-traumatologia> > 19/01/2018.

BRASIL. 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > acesso em 15/08/2017.

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER)/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 68 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 10. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf > acesso em 08/08/2017.

BRASIL, 2013. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 555, de 18 de abril de 2013. Publicado em **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 19/04/2013. Aprova a Norma Regulamentadora nº 36 – Segurança e saúde no trabalho em empresas de abate e processamento de carnes e derivados. Disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/63/MTE/2013/555.htm> > acesso em 11/09/2017.

BRASIL, 2015a. Ministério da Fazenda/Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, 2015. Brasília: MF/DATAPREV, 2015.

BRASIL, 2015b. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de março de 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm> acesso em 24/06/2016.

BRASIL, 2016. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Coordenação-Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. **A concessão de auxílio-doença relacionado a LER/Dort nos anos de 2006 a 2014**. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefício por Incapacidade. Brasília, 2016. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Boletim_1_2016_

11_05_2016.pdf > acesso em 01/11/2017.

BRASIL, 2016 a. Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17/02/2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 fevereiro de 2016. Seção 1, p. 24. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/109217982/dou-secao-1-18-02-2016-pg-24> > acesso em 12/01/2018.

BRASIL, 2016 b. Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Portaria nº 205, de 17/02/2016. Define a Lista Nacional de Notificação de doenças, agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dec fevereiro de 2016. Seção 1, p. 24. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/109217982/dou-secao-1-18-02-2016-pg-24> > acesso em 12/01/2018.

BRASIL, 2017. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região. **Recomendação nº 65.440**, Brasília, DF, de 30 de junho de 2017. Disponível em http://prt10.mpt.mp.br/images/recomendacao_38911-2017_Gerado-em-03-07-2017-14h17min03s.pdf > acesso em 20/01/2018.

BRASIL, 2017 a. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de julho de /2017.

BRIDGER, R.S. **Introduction to ergonomics**. McGraw-Hill International Editions, 1995. 529 p.

BROWN Jr, O.; HENDRICK, H.W. (eds.) **Human factors in organizational design and management**. Elsevier Science B.V., 674 p., 1996.

CFM, 2016. **Parecer nº 13/2016**. Ementa: O médico estará impedido de fornecer dados do prontuário médico ou ficha médica sem consentimento do paciente (funcionário), exceto para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/13> > acesso em 12/12/2017.

CFM, 2017. **Parecer nº 3/ 2017**. Ementa: O médico do trabalho não está impedido de fundamentar a contestação ao nexa técnico epidemiológico previdenciário com critérios científicos e dados do prontuário do trabalhador especificamente atinente ao caso. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/3>> acesso em 12/12/2017.

CANESQUI, A.M. Olhares antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: _____ **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/ FAPESP, 2007. p. 19-51.

CAPISTRANO, D. Apresentação. In: ODDONE, I.; MARRI, G.; GLORIA, S.; BRIANTE, G.; CHIATELLA, M.; RE, ALESSANDRA. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: HUCITEC, 1986. p. 8.

CARDOSO, A. Escravidão e sociabilidade capitalista: um ensaio sobre a inércia social. **Novos Estudos**, 80, março 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/nec/n80/a06n80.pdf> > acesso em 20/12/2017.

CARDOSO, A.J.; TAVARES, J.A.D.; CASTRO, C.A.J. **Tenossinovite**: uma doença profissional dos digitadores. Trabalho apresentado pela Comissão de Saúde da APPD- RS no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados, 1984.

CARRAGEE, E.J.; HENTZ, V.R. Repetitive trauma and nerve compression. **Orthop Clin North Am**, 19 (1): 157-64, Jan 1988.

CARUSO, G.B. **Doenças associadas ao asbesto e a prova pericial na Justiça do Trabalho**. Dissertação (Mestrado em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente) – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho FUNDACENTRO, São Paulo, 2014. Disponível em [file:///C:/Users/Maria/Downloads/DISSERT_GEANCARLO_CARUSO_ASBESTO_PROVA_PERICIAL_20160926172651%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Maria/Downloads/DISSERT_GEANCARLO_CARUSO_ASBESTO_PROVA_PERICIAL_20160926172651%20(2).pdf) > acesso em 10/01/2018.

CASAROTTO, R. A.; MENDES, L. F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo. 28 (107/108): 119-126, 2003.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTRO, J.V. **A saúde do trabalhador em movimento e os movimentos do Direito**. 2016. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

CAVALCANTE, S.R. **O papel da Justiça do Trabalho na prevenção e reparação dos acidentes e doenças ocupacionais**. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**. São Paulo: Atlas, 2010.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06/03/1998. Seção 1, p. 150.

CFM, 2008. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.851 de 14 de agosto de 2008, Brasília, DF, 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18/08/2008, Seção I, pg. 256.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.015 de 16 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 17/05/2013.

CFM, 2017. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 3**, de 26 de janeiro de 2017, Brasília, DF, 2017. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/3> > acesso em 20/01/2018.

CHAFFIN, D.B., ANDERSSON, G.B.J., MARTIN, B.J. **Occupational biomechanics**. NY: Wiley-Interscience, 1999. 579 p.

CHAPANIS, A. **Human factors in systems engineering**. NY: Wiley-Interscience, 1975. 332 p.

CHATTERJEE, D.S. Repetition strain injury – a recent review. **J. Soc. Occup. Med**, 37, 100-105, 1987.

CHERNIACK, M.G. Raynaud’s phenomenon of occupational origin. **Arch Intern Med**, 150 (3): 519-22, 1990.

CLELAND, L.G. “RSI”: a model of social iatrogenesis. **The Medical Journal of Australia**, vol. 147: 236-239, Sept 7, 1987.

COHEN, M.; QUINTNER, J.; BUCHANAN, D.; NIELSEN, M.; GUY, L. Stigmatization of patients with chronic pain: the extinction of empathy. **Pain Med**, 12 (11): 1637-43, Nov 2011.

COHEN, M.; QUINTNER, J.; BUCHANAN, D.; NIELSEN, M.; GUY, L. Response to Letter from Dr. Mark Awerbuch in Relation to the Article “Stigmatization of patients with chronic pain: the extinction of empathy”. Cohen, M.L., Quintner, J.L., Buchanan, D.A., Nielsen, M., Guy, L. **Pain Med** 2011;12:1637–43. **Pain Medicine**, volume 13, issue 8: 1092-1093, 1 August 2012.

COHEN, M.; MOTTA FILHO, G.R. Epicondilite lateral do cotovelo. **Rev Bras Ortop.**, 47 (4): 414-20, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-36162012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt > acesso em 09/02/2018.

COLUCCI, V. A prova pericial relativa aos danos decorrentes de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais no cenário pós-emenda constitucional n. 45/2005: a importância da atividade do magistrado em face do interesse público que permeia a prestação jurisdicional afeta aos direitos fundamentais. **Revista Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região**, v. 17 (26), p. 227-228, 2012-2103. Disponível em https://issuu.com/evyzy/docs/trt_pageflip > acesso em 28/01/2018.

CORDEIRO, R.; SAKATE, M.; CLEMENTE, A.P.G.; DINIZ, C.S.; DONALISIO, M.R.

Subnotificação de acidentes do trabalho fatais em Botucatu, SP, 2002. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 39(2): 254-60, 2005.

CORREA, P.R.L.; ASSUNÇÃO, A.A. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12 (4): 203-212, 2003.

COSTA, E.V. A nova face do movimento operário na Primeira República. **R. Bras. Hist.**, São Paulo, 2 (4): 217-232, set 1982.

COSTA, M.R. **As vítimas do capital: os acidentados do trabalho**. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda, 1981. 120 p.

COSTA, D.F.; CARMO, J.C.; SETTIMI, M.M.; SANTOS, U.P. **Programa de Saúde dos Trabalhadores. A experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

COSTA, V.V.; OLIVEIRA, S.B.; FERNANDES, M.C.B.; SARAIVA, R.A. Incidência de síndrome dolorosa regional após cirurgia para descompressão do túnel do carpo. Existe correlação com a técnica anestésica utilizada? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 61: 4: 425-33, 2011.

CÔTÉ, J.N. A critical review on physical factors and functional characteristics that may explain a sex/gender difference in work-related neck/shoulder disorders. **Ergonomics**, 55 (2): 173-82, 2012.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Resolução CREMESP nº 76/1996. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 16/07/1996. Seção 1, p. 47

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Resolução CREMESP nº 126/2005. Dispõe sobre a realização de perícia médica e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 19/11/2005. Seção 1, p. 172.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Resolução CREMESP nº 167/2007. Altera o art. 8º da resolução CREMESP nº 126/2005. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 12/02/2007. Seção 1, p. 176.

DALLARI, D. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 2004.

DALLEGRAVE NETO, J.A. Dano existencial e o direito à felicidade. **Revista Associação Brasileira de Advogados Trabalhistas**, ano 2, p. 161-176, jan/ dez 2014.

DANA, C.L. **Textbook of nervous diseases**. 3rd ed. New York: William Wood, 1894.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DANTAS, R.A.A. **Perícia médica**: estabelecendo nexos, avaliando danos e constatando incapacidade. São Paulo: LTr, 2010.

DATAFOLHA. **LER/Dort atinge especialmente trabalhadores que fazem horas-extras, estão sujeitos a móveis e postura desconfortáveis e utilizam computador no trabalho**, 14/09/2001. Disponível em http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/05/02/ler_relatorio_06102001.pdf > acesso em 02/01/2018.

DECCA, M.A.G. **Cotidiano de trabalhadores na República**. São Paulo – 1889/ 1940. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

DECCA, M.A.G. **Indústria, trabalho e cotidiano**: Brasil, 1880 a 1930. São Paulo: Atual, 1991.

DEGNI, M.; NASSER, A. Amputações; considerações gerais; fisiopatologia da dor no coto de amputação. Trabalho apresentado no Departamento Científico em 30/04/1937. **Revista de Medicina**. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/50734/54840> > acesso em 27/01/2018.

DEMBE, A.E. **Occupation and Disease**: How social factors affect the conception of work-related disorders. New Haven: Yale University, 1996.

DENNET, X.; FRY, H.J. Overuse syndrome: a muscle biopsy study. **Lancet**, 1 (8591): 905-8, Apr 23 1988.

DICKINSON, C.E.; CAMPION, K.; FOSTER, A.F.; NEWMAN, S.J.; O'ROURKE, A.M.T.; THOMAS, P.G. Questionnaire development: an examination of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire. **Applied Ergonomics**, vol. 23, n. 3, 197-201. June 1992.

DONALSON, L. Profession of medicine. **BMJ**, 336 (7643): 563, Mar 8 2008.

DUL, J.; WEERDMEESTER, B. **Ergonomia prática**. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda. 147 p, 1995.

ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, p. 302-334, 2010.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Porto: Edições Afrontamento, 1975.

ESQUIVEL, A. **Meio Ambiente do Trabalho**. Brasília: Ministério Público do Trabalho, 200 p, 2013.

FALEIROS, V.P. **O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 2010.

FALCK, B.; AARNIO, P. Left-sided carpal tunnel syndrome in butchers. **Scand J Work Environ Health**, 9 (3): 291-7, 1983.

FARACO, S.R. **Perícias em DORT**. 190 p. São Paulo: LTr, 2007.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, 8 (2): 187-93, 2005.

FÁVERO, F. **Medicina legal. 1º volume** – Introdução ao estudo da medicina legal. Identidade. Traumatologia. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1958.

FERNANDES, R.C.P. **Distúrbios musculoesqueléticos e trabalho industrial**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia,. Salvador, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ª edição. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

FERREIRA, L.L. Sobre a análise ergonômica do trabalho ou AET. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 40 (131): 8-11, 2015.

FILGUEIRAS, V.A.; DUTRA, R.Q. **Adoecimento no teleatendimento e regulação privada: a inviabilização como estratégia**. Texto apresentado no 38º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em ciências Sociais (ANPOCS), 2014. Disponível em <https://indicadoresdeemprego.files.wordpress.com/2013/12/adoecimento-no-telemarketing-e-regulac3a7c3a3o-privada.pdf> > acesso em 17/11/2017.

FILGUEIRAS, V.A. Saúde e segurança no trabalho no Brasil. In: _____(org) **Saúde e Segurança no Brasil**. Brasília: Gráfica Movimento, 2017.

FONSECA, A.; FAGNANI, E. (orgs.) **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

FOOT, F.; LEONARDI, V. **História da Indústria e do Trabalho no Brasil (das origens aos anos vinte)**. São Paulo: Global Ed., 1982.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.

FRYMOYER, J.W.; MOONEY, V. Current concepts review. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, Needham, vol. 68, n. 3, March 1986.

GALLINARO, A.L.; FELDMAN, D.; NATOUR, J. An evaluation of the association between fibromyalgia and repetitive strain injuries in metalworkers of an industry in Guarulhos, Brazil. **Joint Bone Spine**, 68 (1): 59-64, Feb 2001.

GARBIN, A.C.; NEVES, I.R.; BATISTA, R.M. Etiologia do senso comum: a visão das Lesões por Esforços Repetitivos pelos portadores. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, 1 (1): 43-55, 1998.

GEMELLI, M.C.D. **Emprego das tabelas SUSEP/DPVAT para a valoração de danos corporais à luz das diretrizes do TST**. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, Santa Catarina, 2016.

GEMNE, G. Diagnostics of hand-arm system disorders in workers who use vibrating tools. **Occupational and Environmental Medicine**, 54: 90-95, 1997.

GEMNE, G.; PYYKKO, I.; TAYLOR, W.; PELMEAR, P.L. The Stockholm Workshop scale for the classification of cold-induced Raynaud's phenomenon in the hand-arm vibration syndrome (revision of the Taylor-Pelmaear scale). **Scand J Work Environ Health**, 13 (4): 27508, 1987.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GIROTTI, E.; GUIDONI, C.M.; GONZÁLEZ, A.D.; MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M. Uso contínuo de medicamentos e condições de trabalho entre motoristas de caminhão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (12): 3769-3776, 2016.

GLINA, D.M.R.; SIQUEIRA, A.R.; ROCHA, L.E.; ISOSAKI, M. Análise ergonômica da higienização de louças de um hospital cardiológico público. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 32 (2): 198-207, abr-jun 2008.

GODARD, O. **Le régime de la preuve en matière d'accidents du travail**. Paris: Editions Sirey, 1973.

GOLLAC, M.; VOLKOFF, S. Citius, altius, fortius (L'intensification du travail). **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, 114: 54-67, set 1996.

GONZAGA, M.C. **O uso de luvas de proteção no corte manual de cana-de-açúcar**. 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia Agrícola) – Faculdade de Engenharia Agrícola, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/257277/1/Gonzaga_MariaCristina_M.pdf > acesso em 12/01/2018.

GONZAGA, M.C.; LIMA, C.Q.B. Dificuldades e limitações das luvas de proteção usadas no corte manual da cana. **Laboreal**, Porto, vol. 12 (1): 77-86, julho 2016. Disponível em <http://www.laboreal.up.pt/pt/articles/dificuldades-e-limitacoes-das-luvas-de-protecao-usadas-no-corte-manual-da-cana/> > acesso em 12/01/2018.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho do homem**. Porto Alegre: Artes Médica, 1998. 338 p.

GRAVINA, M.E.R. LER – Lesões por Esforços Repetitivos: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 11 (2): 65-87, 2002.

HAGBERG, M.; WEGMAN, D.H. Prevalence rates and odds ratios of should-neck diseases in different occupational groups. **British Journal of Industrial Medicine**, 44: 602-610, 1987.

HAGBERG, M.; MORGENSTERN, H.; KELSH, M. Impact of occupations and job tasks on the prevalence of carpal tunnel syndrome. **Scand J Work Environ Health**, 18:337- 45, 1992.

HAGBERG, M.; KILBOM, A (eds). **International Scientific Conference on Prevention or Work-related Musculoskeletal Disorders – PREMUS**, Sweden, Books of Abstracts, 1992:17, May 12-14, 1992.

HAGBERG, M. Hombro. In: **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo**, 1998, p. 19-23.

HAMPTON, J.R.; HARRISON, M.J.G.; MITCHELL, J.R.A.; PRICHARD, J.S.; SEYMOUR, C. Relative contribution of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. **British Medical Journal**, 2: 486-489, 1975.

HARBER, P.; PEÑA. L.; BLAND, G.; BECK, J. Upper extremity symptoms in supermarket workers. **American Journal of Industrial Medicine**, 22: 873-884, 1992.

HECK, F.M. **Degradação anunciada do trabalho formal na Sadia, em Toledo (PR)**. 2013. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Geografia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2013.

HECK, F.M. **No abate de frangos e suíno: o descarte do trabalho**. Curitiba: Editora Prismas, 2017.

HERBIN, M.L. Work capacity evaluation for occupational hand injuries. **The Journal of Hand Surgery**, vol. 12 A, n. 5, part 2, September 1987.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relação de gêneros. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, ano 4, 7: 5-27, 1998.

HOEFEL, M.G.; JACQUES, M.G.; AMAZARRAY, M.R.; MENDES, J. M.R.; NETZ, J.A. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/Dort: grupos de ação solidária. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 7: 31-39, 1994.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. (eds.). **Grande Dicionário Houaiss da Língua**

Portuguesa. Rio de Janeiro: Instituto Antonio Houaiss, 2001.

HUNTER, D.J.; FELSON, D.T. Osteoarthritis. **BMJ**, 332 (7542): 639-642, Mar 18, 2006.

IIDA, I. **Ergonomia:** projeto e produção. 465 p. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda, 1995.

INAMPS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Circular Origen nº 501-001 nº 10.** Rio de Janeiro, 07/11/1986.

INSS. Instituto Nacional de Seguro Social. Diretoria de Benefícios. Portaria nº 07 INSS/DIRBEN, de 08 de maio de 2008. **Boletim de Serviço**, 89, Brasília, DF, 12/05/2008.

INSS. Instituto Nacional de Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador. **Manual de Acidente de Trabalho/** Instituto Nacional de Seguro Social. Brasília, 2016.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E.; GLINA, D.M.R.; ALVES, A.C.D.C.; ROCHA, L.E. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 36 (124): 238-46, 2011.

JÄRVHOLM, U.; STYF, J.; SUURKULA, M.; HERBERTS, P. Intramuscular pressure and muscle blood flow in supraspinatus. **European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology**, Berlin, New York, 58: 219-224, 1988.

JINKINGS, N. **Trabalho e resistência na “fonte misteriosa”:** os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002.

JURMAIN, R. **Stories from the Skeleton:** behavior reconstruction in human osteology. New York: Gordon & Breach/ Taylor & Francis Group, 2011.

KÁKOSY, T. Tunnel syndromes of the upper extremities in workers using hand-operated vibrating tools. **Med Lav**, Milano, 85 (6): 474-80, 1994.

KELLGREN, J.H.; LAWRENCE, J.S.; AITKEN-SWAN, J. Rheumatism in miners. Part 2: X-Ray study. **Brit. J. Industr. Med**, 9 (1): 197-207, 1952.

KEMMLERT, K. Preventive effects of work place investigations in connection with musculo-skeletal occupational injuries. **Scand J Rehab Med**, Stockholm, 26: 21 – 26, 1994.

KILBOM, A. Intervention programmes for work-related neck and upper limb disorders: strategies and evaluation. **Ergonomics**, vol. 31, n. 5, 735-747, 1988.

KILBOM, A. **Repetitive work of the upper extremity:** Part I – Guidelines for the practitioner, 14: 51-57, 1994.

KLEINMANN, A.; SEEMAN, D. (2000) Personal experience of illness. In: ALBRECHT, R.; FITZPATRICK, R.; SCRIMSHAW, S.C. (orgs.). **The handbook of social studies in health and medicine**. London: Sage Publications, p.230-42.

KNOPLICH, J. Revendo o diagnóstico de LER/Dort. **Folha de São Paulo**. Tendências/ Debates. Publicado em 10 de outubro de 2001.

KOIFMAN, S. Apresentação da segunda edição brasileira. In: SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1990.

KUORINKA, I.; JONSSON, B.; KILBOM, A.; VINTERBERG, H.; BIERING-SORENSEN, F.; ANDERSSON, G.; JORGENSEN, K. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, 18(3): 233-237, 1987.

KUORINKA, I.; FORCIER, L. (eds.). **Work-related musculoskeletal disorders (WRSDs): a reference book for prevention**. London: Taylor & Francis, 1995.

KURPPA, K.; VIKARI-JUNTURA, E.; KUOSMA, E.; HUUSKONEN, M.; KIVI, P. Incidence of tenosynovitis or peritendinitis and epicondylitis in a meat processing factory. **Scand J Work Environ Health**, 17: 32-7, 1991.

LADOU, J.; MULRYAN, L.E.; McCARTHY, K.J. Cumulative injury or disease claims: an attempt to define employers' liability for workers' compensation. **Am J Law Med**, Spring, 6 (1): 1-28, 1980.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: EPU, Editora da USP, 1977.

LEMOS, LC.; MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R.C. Prevalência de dores musculoesqueléticas em motoristas de caminhão e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, São Paulo 39 (129): 26-34, 2014.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R.; MERLLIÉ, D.; PINTO, L. **Iniciação à prática sociológica**. p. 59-106. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LIMA, M.E.A. A LER no setor bancário. In: LIMA, M.E.A.; ARAÚJO, J.N.G.; LIMA, F.P.A. **LER – Dimensões ergonômicas e psicossociais**. p. 52-107. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde Ltda, 1997^a.

LIMA, A.B.; OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: CODO, W.; ALMEIDA, M.C.C.G. **L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Vozes, 1995.

LIMA, M.E.A. O papel da gerência na gênese e desenvolvimento da LER. In: LIMA, M.E.A.; ARAÚJO, J.N.G.; LIMA, F.P.A. **LER – Dimensões ergonômicas e psicossociais**. p. 264-274. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde Ltda, 1997b.

LIMA, M.E.A.; PRADO, C.V.R. As trabalhadoras lesionadas do setor metalúrgico. In: LIMA, M.E.A.; ARAÚJO, J.N.G.; LIMA, F.P.A. **LER – Dimensões ergonômicas e psicossociais**. p. 33-51. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde Ltda, 1997b.

LIMA, F.P.A.; ARAÚJO, J.N.G.; SOUZA, R.J.; ALVES, G.B.O. A produção das Lesões por Esforços Repetitivos num restaurante universitário: análise ergonômica e psicossocial. In: LIMA, M.E.A., ARAÚJO, J.N.G., LIMA, F.P.A. **LER – Dimensões ergonômicas e psicossociais**. p. 108-177. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde Ltda, 1997.

LIMA, C.Q.B.; BARBOSA, C.M.G.; MENDES, R.W.B.; PATTA, C.A. Assédio moral e violências no trabalho: caracterização em perícia judicial. Relato de experiência no setor bancário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 39 (129): 101-10, 2014.

LIMA, C.Q.B.; TAVARES, D.S.; MAENO, M. **O trabalho dos metroviários de São Paulo**. Relatório técnico, 2015. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/acervodigital/detalhe/2016/1/o-trabalho-dos-metroviiarios-de-sao-paulo> > acesso em 15/12/2017.

LIMA, J.D.; SANSON, J.R. O surto de industrialização do setor têxtil a partir de 1880: Blumenau e Brasil. **Revista de História Econômica & Economia Regional Aplicada**, vol. 3, n. 5: 107-30, Julho-Dez 2008.

LIN, T.Y.; TEIXEIRA, M.J.; FISCHER, A.A.; BARBOZA, H.F.G.; IMAMURA, S.T.; MATTAR Jr, R.; AZZE, R.J. Work-related musculoskeletal disorders. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, vol. 8, n. 1, February 1997.

LINDBERG, H.; MONTGOMERY, F. Heavy labor and the occurrence of gonarthrosis. **Clin Orthop Relat Res**, 214: 235-6, Jan (214) 1987.

LINDBERG, H.; ROOS, H.; GÄRDSELL, P. Prevalence of coxarthrosis in former soccer players: 286 players compared with matched controls. **Acta Orthop Scand**, 64 (2): 165-7, Apr 1993.

LINDMAN, R.; ERIKSSON, A.; THORNELL, L.E. Fiber type composition of the human female trapezius muscle: Enzyme-histochemical characteristics. **Am J Anat.**, 190 (4): 385-92, Apr 1991.

LINHART, D. **A desmedida do capital**. São Paulo: Boitempo, 2007.

LIPPEL, K.; LEFEBVRE, M.C. **La reconnaissance des troubles musculo- squelettiques en tant que lesions professionnelles en droit Québécois**. Cowansville, Québec: Éditions Yvon Blais/ Thomson Reuters, 2014.

LISE, M.L.Z.; JUNDI, S.A.R.J.; SILVEIRA, J.U.G.; COELHO, R.S.; ZIULKOSKI, L.M. Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. **Rev bioét (Impr.)**, 21 (1): 67-74, 2013.

LOISEL, P.; DURAND, M.J.; BERTHELETTE, D.; VÉZINA, N.; BARIL, R.; GAGNON, D.; LARIVIÈRE, C.; TREMBLAY, C. Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. **Dis Manage Health Outcomes**, 9 (7), 2001.

LOUIS, D.S. Cumulative trauma disorders. **The Journal of Hand Surgery**, vol. 12 A, n.5, part 2, September 1987.

LUCIRE, Y. Neurosis in the workplace. **The Medical Journal of Australia**, 145:323-30, Oct 1986.

LUNDEN, L.K.; KLEGGETVEIT, I.P.; JORUM, E. Delayed diagnosis and worsening of pain following orthopedic surgery in patients with complex regional pain syndrome (CRPS). **Scand J Pain**, 11: 27-33, Apr 2016.

LUOPAJARVI, T.; KUORINKA, I.; VIROLAINEN, M.; & HOLMBERG, M. Prevalence of tenosynovitis and other injuries of the upper extremities in repetitive work. **Scandinavian Journal of Work and Environmental Health**, 5:48-55, 1979.

MAEDA, K. Occupational cervicobrachial disorder in assembly plant. **The Kurume Medical Journal**, vol. 22, n.4: 231-39, 1975.

MAEDA, K. Occupational cervicobrachial disorder and its causative factors. **J Human Ergol**, Tokyo, 6 (2): 193-202, 1977.

MAEDA, K.; HUNTING, W.; GRANDJEAN, E. Factor analysis of localized fatigue complaints of accounting machine operators. **Journal of Human Ergology**, Tokyo, (1): 37-43, Sep 11 1982.

MAENO, M. **Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAENO, M.; CARMO, J.C. **Saúde do trabalhador no SUS**. Aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MAENO, M. Reflexões sobre uma decisão judicial do Tribunal Regional do Trabalho. **Revista do Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2. P. 183-196, Jul./ Out., 2009.

MAENO, M. Ser médico. In: VIZZACCARO-AMARAL, A.L.; MOTA, D.P.; ALVES, G. (orgs.) **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011.

MAENO, M. Perícia médica: conceitos em disputa. **Revista Brasileira de Advogados Trabalhistas –ABRAT**, vol. 3, n. 1, 2015.

MAIA, A.L.S.; SAITO, C.A.; OLIVEIRA, J.A.; BUSSACOS, M.A.; MAENO, M.; LORENZI, S.A.; SANTOS, S.A. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação**

entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. São Paulo: Fundacentro, 2013. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/estatistica/boletins/boletimfundacentro1vfinal.pdf> > acesso em 20/01/2018.

MARANHÃO, N.S.M. **Responsabilidade civil objetiva pelo risco da atividade:** uma perspectiva civil-constitucional. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010.

MARSDEN, C.D. The focal dystonias. **Clinical Neuropharmacology**, volume 9: p. S49-S60, 1986.

MARTINEZ, W.N. **Prova e contraprova do nexu epidemiológico.** São Paulo: LTr, 2008.

MASSIRONI, M.M.G. (coord.). **Protocolo de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melito tipo 2 na atenção básica.** São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

MATTAR Jr, R.; AZZE, R.J. Conduta médica nas lesões por esforços repetitivos. In: CODO, W.; ALMEIDA, M.C.C.G. (orgs.) **LER- Lesões por Esforços Repetitivos.** São Paulo: Editora Vozes, 1995.

MAUSS, A. **Social Problems as Social Movements.** Philadelphia: J. B. Lippincott, p. 38-71, 1975.

McCORMACK, R.R.; INMAN, R.D.; WELLS, A.; BERNTSEN, C.; IMBUS, H.R. Prevalence of tendinitis and related disorders of the upper extremity in a manufacturing workforce. **J Rheumatol**, 17 (7), 958-64, 1990.

MELO, R.S. **Não cabe comprovar nexu causal em caso de doença degenerativa.** Em 20/11/2015. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2015-nov-20/reflexoes-trabalhistas-nao-cabe-comprovar-nexo-causal-doenca-degenerativa?imprimir=1> > acesso em 10/03/2018.

MELO, R.S. **Tabela Susep não se destina a indenizações por acidente de trabalho.** Em 11/12/2015. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2015-dez-11/reflexoes-trabalhistas-tabela-susep-nao-destina-indenizacoes-acidente-trabalho?imprimir=1> > acesso em 10/03/2018.

MELO, R.S. **Justiça do Trabalho deve criar quadro próprio de peritos concursados.** Em 08/07/2016. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2016-jul-08/reflexoes-trabalhistas-justica-trabalho-criar-quadro-proprio-peritos-concursados> > acesso em 24/07/2017.

MELO, M.P.P.; ASSUNÇÃO, A.A. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (2): 105-127, 2003.

MELO, M.P.P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 18 (48): 23-35, 2014.

MELZER, A.C.S. Fatores de risco físicos e organizacionais associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na indústria têxtil. **Fisioterapia e Pesquisa**, 15(1) : 19-25, 2008.

MENDES, D.P. Donos do poder? Limites e conflitos da atividade pericial frente ao estabelecimento de nexos no atual contexto da previdência social brasileira. **Revista Gestão Industrial**, v. 02, n. 04: 87-98, 2006.

MENDES, R., DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

MERLO, A.; JACQUES, M.G.C.; HOEFEL, M.G.L. Trabalho de grupo com portadores de LER/Dort: relato de experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14 (1): 253-258, 2001.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. p.29-74. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MILLENDER, L.H.; LOUIS, D.S.; SIMMONS, B.P. **Occupational disorders of the upper extremity**. New York: Churchill Livingstone, 1992.

MIRANDA, H.; KAILA-KANGAS, L.; AHOLA, K. **Ache and melancholy: co-occurrence of musculoskeletal pain and depressive symptoms in Finland**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2011.

MONTEIRO, A.L. Os aspectos legais das tenossinovites. In: CODO, W.; ALMEIDA, M.C.C.G. **LER/ Lesões por Esforços Repetitivos**. p. 252-320. Petrópolis: Vozes, 1995..

MONTEIRO, A.L.; BERTAGNI, R.F.S. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

MOORE, J.S.; GARG, A. The strain index: a proposed method to analyze jobs for risk of distal upper extremity disorders. **Am. Ind. Hyg. Association Journal**, 56 (5): 443-58, 1995.

MORAES, E. **Apontamentos de Direito Operário**. 4ª edição. São Paulo: LTr, 1998. 170 p.

MTE, 2002. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora número 17**. Brasília: MTE, SIT, 2002. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/manual-de-aplicacao-da-norma-regulamentadora-no-17/> > acesso em 21/12/2017.

MUFFLY-ELSEY, D.; FLINN-WAGNER, S. Proposed screening tool for the detection of

cumulative trauma disorders of the upper extremity. **The Journal of Hand Surgery**, vol. 12 A, n. 5, part 2, September 1987.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, 13(3): 364-73, mai/jun 2005.

NAGI, S.Z. Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention. Appendix A. In: POPE, A.M.E.; TARLOV, A.R. (eds.). Institute of Medicine. **Disability in America: toward a National Agenda for Prevention**. Washington, DC: The National Academies Press, 1991.

NAKASEKO, M.; TOKUNAGA, K.; HOSOKAWA, M. History of cervicobrachial disorders in Japan. **Journal of Human Ecology**, 11: 7-16, 1982.

NASCIMENTO, T.M.C. **Curso de Direito Infortunistico**. 2.ed. Porto Alegre: Fabris, 1983.

NEVES, I.R. LER: trabalho, dor, exclusão, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas em um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (6): 1257-65, jun, 2006.

NICOLITT, A.L. **A duração razoável do processo**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

NOGUEIRA, D.P.; CERTAIN, D.A.; UESUGUI, S.J.; KOGA, R.K.; RIBEIRO, H.P. Asbestose no Brasil: um risco ignorado. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, 9: 427-32, 1975.

ODALIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Nova Cultural/ Brasiliense, 1985.

ODDONE, I.; MARRI, G.; GLORIA, S.; BRIANTE, G.; CHIATELLA, M.; RE, ALESSANDRA. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

OIT, 2010. ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. **Liste des maladies professionnelles** (révisée en 2010): Identification et reconnaissance des maladies professionnelles: critères pour incorporer des maladies dans la lieste des maladies professionnelles de l'OIT, BIT (Série sécurité et santé au travail, n° 74), Genève, 2010.

OLIVEIRA, C.R. **Manual Prático de LER**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1997.

OLIVEIRA, E.M.; BARRETO, M. Engendrando gênero na compreensão das Lesões por Esforços Repetitivos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 6 (1): 77-99, 1997.

OLIVEIRA, L.C.C. **Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/Dort**. 2006. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

OLIVEIRA, F. A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 19-27, 2007.

OLIVEIRA, J.T. LER – Lesões por Esforços Repetitivos: um conceito falho e prejudicial. **Arq. Neuropsiquiatr**, São Paulo, 57 (1): 126-31, 1999.

OLIVEIRA, P.A.B.; MENDES, J.M. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 13 (Sup. 2): 73-83, 1997.

OLIVEIRA, P.R.A. **Nexo técnico epidemiológico previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2008. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5303/1/2008_PauloRogerioAdeOliveira_orig.pdf > acesso em 20/12/2017.

OLIVEIRA, S.G. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. São Paulo: LTr, 2010. 520 p.

OLIVEIRA, S.G. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. São Paulo: LTr, 2011.

ONG Repórter Brasil, 2011. **Carne e Osso**. Documentário. São Paulo: Repórter Brasil, 2011. Disponível em <http://carneosso.reporterbrasil.org.br/o-filme/index.html> > acesso em 17/11/2017.

ONG Repórter Brasil, 2012. **Moendo Gente: a situação de trabalho nos frigoríficos**. São Paulo: Repórter Brasil, 2013. Disponível em <http://moendogente.org.br/#lat=-23.378341326108416&lng=-49.881663489746245&zoom=5> > acesso em 17/11/2017.

OROZCO, Y.C.P. **Nem teocracia – nem exclusão: as intervenções da Igreja Católica no Brasil 1995-2005**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Religião) – Programa de Pós-Graduação em Ciências de Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PAPARELLI, R. Desgaste mental de bancários no mundo das fusões. In: SZNELWAR, L.I. **Saúde dos bancários**. São Paulo: Publisher/ Editora Gráfica Atitude Ltda, p.231-47, 2011.

PARENMARK, G.; ALFRAM, P.A.; MALMKVIST, A.K. The significant of occupational factors for the rehabilitation after carpal tunnel surgery. In: HAGBERG, M.; KILBOM, A. (eds.). **International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders**, Sweden, Book of Abstracts, p. 223-228, May 12-14, 1992.

PARK, H.S.; MARTIN, B.J. Contribution of the tonic vibration reflex to muscle stress and

muscle fatigue. **Scand J Work Environ Health**, 19: 35-42, 1993.

PEREZ, C.C.; MARINHO-SILVA, A.; CAVALCANTE-FERNANDES, E.; ROCHA, L.E. Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de *telemarketing*. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 31 (114): 35-46, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572006000200004 > acesso em 21/12/2017.

PICAVET, H.S.J.; SCHOUTEN, J.S.A.G. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3- study. 167-178. **Pain** 102 (2003).

PIERUCCETTI, G.M. **Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho**: trajetória institucional para estabelecimento do nexos causal e as repercussões na saúde e vida dos trabalhadores do calçado de Franca – SP. Dissertação (Mestrado em Ciências – Saúde na Comunidade) – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

PINHEIRO, P.S., HALL, M.M. **A classe operária no Brasil**: documentos 1889- 1930 - Vol.1. São Paulo: Editora Alfa Omega, 1979.

PINTO, P.G.H.R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 1, p. 131-144, 1995.

PIRES, J.P.L.F.; REBOUÇAS, A.J.A. **A nova legislação acidentária**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda, 1973.

POCHMANN, M. **Brasil sem industrialização**: a herança renunciada. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016.

POORE, G.V. An analysis of seventy-five cases of “writer’s cramp” and impaired writing power. **Med. Chir. Trans.**, Vol. LXI, p. 111-145, 1878.

PRZENYCZKA, R.A.; LENARDT, M.H.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. O paradoxo da liberdade e da autonomia das ações do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, 21(2): 427-31, 2012.

PUTZ-ANDERSON, V. (ed.) **Cumulative trauma disorders**: a manual for musculoskeletal diseases of the upper limbs. London: Taylor&Francis, 1988, p. 21-5.

QUINTNER, J. The pain of RSI. The central issue. **Australian Family Physician**, vol. 18, n. 12. December 1989.

QUINTNER, J. The RSI syndrome in historical perspective. **Int. Disabil. Studies**, 13, p. 99-104, 1991.

QUINTNER. J. Different concepts of musculoskeletal pain. **Annals of the Rheumatic**

Diseases, 54: 859-860, 1995.

RADWIN, R.G.; VANBERGEIJK, E.; ARMSTRONG, T.J. Muscle response to pneumatic hand tool torque reaction forces. **Ergonomics**, London, vol. 32 (6): 655-73, 1989.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000. Disponível em file:///C:/Users/Maeno/Downloads/DoencasTrabalhadores_portal.pdf > acesso em 02/02/2018.

RAMOS, B.S. **Razoável duração do processo e efetividade da tutela dos direitos fundamentais do trabalhador**. São Paulo: LTr, 2012.

RAMOS, M.Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social**, vol. 11, n.2, p. 209-221, 2008.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, 320 (7237): 768-770, Mar 18 2000.

REBOUÇAS, A.J.A. **Infelizmente do trabalho**. Apostila preparada para o curso preparatório aos concursos de ingresso para o Ministério Público e magistratura, sem data (sd).

RIBEIRO, H.P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2): 85-93, 1997.

RIBEIRO, H.P. **A violência do trabalho no capitalismo: o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

RIBEIRO, J.M., SCHRAIBER, L.B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (2): 190-199, abr/jun, 1994.

ROCHA, L.E. **Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil e a atuação dos trabalhadores**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

ROMERO, H.A.P. **Estratégias de estudo de músicos com distonia focal: análise de três entrevistas de auto-relato**. Dissertação (Mestrado em Música) – Instituto de Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ROSE, M. Keyboard operating posture and actuation force: Implication for muscle over-use. **Applied Ergonomics**, 22(3), 198-203, 1991.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec/ Editora UNESP/ Abrasco, 1994.

ROSSI, E.Z. As consequências psíquicas do adoecimento por LER/Dort: o fracasso do processo de reabilitação e a volta ao trabalho. In: SZNELWAR, L.I. **Saúde dos bancários**. São Paulo: Publisher Brasil/ Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011.

ROTO, P.; KIVI, P. Prevalence of epicondylitis and tenosynovitis among meatcutters. **Scand J Work Environ Health**, 10 (3): 203-5, Jun 1984.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 2003.

SÁ, L.V.; OLIVEIRA, R.A. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde, Ética e Justiça**, 12 (1/2): 5014, 2007.

SAKAMOTO, H. Dor pós-amputação – abordagem terapêutica. **Acta Fisiátrica**, 2(1): 7-10, 1995

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B.C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 a 2004: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4): 841-55, 2005.

SÃO PAULO (Estado), 1894. Decreto nº 233, de 02 de março de 1894. Estabelece o código sanitário. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 08 de março de 1894, p. 9605. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/137356> > acesso em 06/09/2017.

SÃO PAULO (Estado), 1917. **Boletim do Departamento Estadual do Trabalho**. Anno IV, número 22, 1º trimestre de 1917. Disponível em <https://archive.org/details/boletimdodeparta06saop> > acesso em 21/12/2017.

SÃO PAULO (Estado), 1917a. Lei nº 1.596, de 29 de dezembro de 1917. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 de janeiro de 1918, p. 241. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=65811> > acesso em 06/09/2017.

SÃO PAULO (Estado), 1970. Lei nº 9.505, de 11 de março de 1997. Disciplina as ações e os serviços de saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 12/03/1997. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1997/lei-9505-11.03.1997.html> > acesso em 10/10/2017.

SÃO PAULO (Estado), 1970. Decreto nº 12.342, de 27/09/1978. Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 de setembro de 1978, p.1. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=154684> > acesso em 12/10/2017.

SATO, L.; ARAÚJO, M.D.; UDIHARA, M.L.; FRANCO, M.; NICOTERA, F.N.; DALDON, M.T.; SETTIMI, M.M.; SILVESTRE, M.P. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 79: 49-62, 1993.

SATTESON, E.S.; HARBOUR, P.W.; KOMAN, L.A.; SMITH, B.P.; ZHONGYU, L. The risk of pain syndrome affecting a previously non-painful limb following trauma or surgery in patients with a history of complex regional pain syndrome. **Scandinavian Journal of Pain**, vol. 14: 84 – 88, January 2017.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.J.F.; BIANCARELLI, A. **Demografia médica no Brasil**, v.2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de Medicina. 2013. 256 p. Disponível em <https://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf> > acesso em 17/11/2017.

SCRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (1): 57-64, jan/mar, 1995.

SEGRE, M. Breve estudo da legislação e da perícia médica em acidentes do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 50, vol. 13, abril, maio, junho, 1985. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2050/V13%20n50-09.pdf> > acesso em 02/11/2017.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Editora Cortez, 1994. 324 p.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (org.) **Patologia do Trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

SESI. Serviço Social da Indústria. Departamento Nacional. **Manual NTEP e FAP: Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e suas implicações na composição do Fator Acidentário de Prevenção (FAP)**. SESI, DN. 295 p. Brasília, 2011.

SETTIMI, M.M.; MARTARELLO, N.A.; COSTA, R.O.; SILVA, J.A. Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos. In: COSTA, D.F.; CARMO, J.C.; SETTIMI, M.M.; SANTOS, U.P. **Programa de Saúde dos Trabalhadores. A experiência da Zona Norte**: uma alternativa em Saúde Pública. p. 215-241. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

SETTIMI, M.M.; SILVESTRE, M.P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M.C.C.G. **LER/ Lesões por Esforços Repetitivos**. p. 321-55. Petrópolis: Vozes, 1995.

SETTIMI, M.M.; TOLEDO, L.F.; PAPARELLI, R.; SANTANA FILHO, W.R.; SILVA, J.A.P.; COSTA, R.O.; FREIRE, R.T.; GARBIN, A.C.; NEVES, I.R.; ARAÚJO, W.;

PATTA, C.A.; RODRIGUES, V.E.; MULLER, E.; LIMA, P.S.L. Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho: abordagem interdisciplinar. *Revista REDE Especial*, p. 149-53, 1998.

SILVA, H.B.M. **Comentários à Reforma Trabalhista**. Análise da Lei 13.467/2017 – Artigo por Artigo. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.

SILVA, J.A.R.O. As perícias judiciais para a constatação de doença ocupacional – um gravíssimo problema a desafiar uma solução urgente, para a efetiva proteção à saúde do trabalhador. **Caderno de Doutrina e Jurisprudência da Escola Judicial/ Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas. Escola Judicial, v. 1, p. 7-14, jan-fev, 2010.

SILVA, J.A.R.O. **Acidente do trabalho**: responsabilidade objetiva do empregador. São Paulo: LTr, 2014.

SILVA, M.P.; BERNARDO, M.H.; SOUZA, H.A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de adoecimento. *Rev Bras Saúde Ocup*, 41: e23, 2016.

SILVEIRA, C.R.B.; COSTA, L.S. **Perícia judicial na justiça do trabalho**: aspectos polêmicos e as perspectivas práticas. Asociación Latinoamericana de Abogados Laboralistas. Publicado em 30/09/2014. Disponível em http://alal.com.br/noticias.asp?cod_noticia=6144 > acesso em 08/11/2017.

SILVERSTEIN, B.A.; FINE, L.J.; ARMSTRONG, T.J. Hand wrist cumulative trauma disorders in industry. *British Journal of Industrial Medicine*, 43: 779-784, 1986.

SILVERSTEIN, B.A.; FINE, L.J.; ARMSTRONG, T.J. Occupational factors and the carpal tunnel syndrome. *Am J Ind Med*, 11: 343-58, 1987.

SOARES, W.D. **Considerações sobre o direito de greve no serviço público**. Disponível em <https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/3609/consideracoes-direito-greve-servico-publico> > acesso em 10/03/2018.

SOBOLL, L.A.P. **Assédio Moral/ Organizacional**: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SOKAS, R.K.; SPIEGELMAN, D.; WEGMAN, D.H. Self-reported musculoskeletal complaints among garment workers. *Am J Ind Med*, 15 (2): 197-206, 1989.

SOLLY, S. Scriveners' palsy, or the paralysis of writers. *The Lancet*, vol. 84, n. 2156: 709-711, December 24 1864.

SOUTO MAIOR, J.L. Direito social, direito do trabalho e direitos humanos. In: SILVA, A.; SOUTO MAIOR, J.L.; FELIPE, K. B.; SEMER, M. (coords.). **Direitos Humanos**: essência do direito do trabalho. São Paulo: LTr, 2007.

SOUTO MAIOR, J.L. **História do direito do trabalho no Brasil**: curso de direito do trabalho, volume I: parte II. 723 p. São Paulo: LTr, 2017.

SOUTO MAIOR, J.L.; SEVERO, V.S. (coords.). **Resistência** – aportes teóricos contra o retrocesso trabalhista. 672 p. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

SRINIVASAN, D.; SINDEN, K.E.; MATHIASSEN, S.E.; CÔTÉ, J.N. Gender differences in fatigability and muscle activity responses to a short-cycle repetitive task. **Eur J Appl Physiol.**, 116 (11): 2357-2365, 2016.

SZABO, R.M.; KING, K.J. Repetitive stress injury: diagnosis or self-fulfilling prophecy? **J Bone Joint Surg Am**, Sep 82 (9): 1314-22, 2000.

SZETO, G.P.; LAM, P. Work-related musculoskeletal disorders in urban bus drivers of Hong Kong. **J Occup Rehabil**, 17(2): 181-98, Jun 2007.

TANAKA, S.; SELIGMAN, P.; HALPERIN, W.; THUN, M.; TIMBROOK, C.L.; WASIL, J.J. Use of workers' compensation claims data for surveillance of cumulative trauma disorders. **Journal of Occupational Medicine**, vol. 30, n. 6: 488-492, Jun 1988.

TAKAHASHI, M.A.B.V. **Incapacidade e previdência social**: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/Dort no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

TECHY, A.; SIENA, C.; HELFENSTEIN Jr, M. O exercício legal da medicina em LER/Dort. **Rev Bras Reumatol**, 49 (4): 473-9, 2009.

TEIXEIRA, M.J. Mecanismos de ocorrência de dor. **Rev. Med.**, São Paulo, 80 (ed. esp. pt.1): 22-62, 2001.

TEIXEIRA, M.J.; YENG, L.T.; KAZIYAMA, H.H.S.; RAMOS, C.A. Fisiopatologia da dor musculoesquelética. **Rev. Med.**, São Paulo, 80 (ed. esp. pt.1): 63-77, 2001.

TITTONI, J.; NARDI, H. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In: JACQUES, M.G.C., NUNES, M.L.T., BERNARDES, N.M.G., GUARESCHI, P.A. (orgs.) **Relações sociais e ética**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

TORRES-RUSSOTTO, D.; PERLMUTTER, J.S. Task-specific Dystonias. **Ann NY Acad Sci**, 1142: 179-199, Oct 2008.

TOSTI, R.; JENNINGS, J.; SEWARDS, J.M. Lateral epicondylitis of the elbow. **Am J Med.**, 126 (4): 357, Apr, 2013.

UJVARI, S.C. **A história e suas epidemias**. A convivência do homem com os microorganismos. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

USP, 1998. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort)**. Atualização bibliográfica: 1994-1998. Disponível em <http://dspace.fsp.usp.br/xmlui/handle/bdfsp/663> > acesso em 21/12/2017.

VAN DER HEIJDEN, G.J.M.G. Shoulder disorders: a state-of-the-art review. **Baillière's Clinical Rheumatology**, vol 13, n. 2: 287-309, 1999.

VASCONCELOS, L.C.F.; PIGNATI, W.A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 11, nº 4, Oct – Dec, 2006.

VASCONCELOS, L.P.W.C. **A simulação na perícia médica: a arte e a ciência de investigar a verdade pericial**. São Paulo: LTr, 2011.

VENCO, S.B. **As engrenagens do telemarketing – vida e trabalho na contemporaneidade**. Campinas, SP: Arte Escrita, 2009a. 200 p.

VENCO, S. Centrais de teleatividades: o surgimento dos colarinhos furta-cores? In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (orgs.). **Infoproletários: degradação real do trabalho virtual**. São Paulo: Boitempo, 2009b.

VERONESE Jr, J.R. **Perícia judicial para fisioterapeutas: perícia técnica cinesiológica-funcional; assistência técnica judicial; modelos e legislações**. São Paulo: Andreoli, 2013.

VERTHEIN, M.A.R. **Jogos de poder instituindo saber sobre as lesões por esforços repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexo**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

VIKARI-JUNTURA, E. Antebrazo, muñeca y mano. In: **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo**. Organización Internacional del Trabajo, 1998.

VILELA, R.A.G.; IGUTI, A.M.; ALMEIDA, I.M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 570-579, mar-abr 2004.

VILELA, R.A.G.; MENDES, R.W.B.; GONÇALVES, C.A.H. Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 29-40, 2007.

VILLEGAS, J.; ELGSTRAND, K. **Job demands and musculoskeletal complaints in repetitive work at the manufacturing industry**. Final Report. Mimeo, 1995.

VINGARD, E. Osteoarthrosis of the knee and physical load from occupation. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 55: 677-684, 1996.

WARIS, P. Occupational cervicobrachial syndromes. **Scand J. Work Environ.&Health**, 6, suppl. 3: 3-14, 1980.

WARIS, P.; KUORINKA, I.; KURPPA, K.; LUOPAJARVI, T.; VIROLAINEN, M.; PESONEN, K.; NUMMI, J.; KUKKONEN, R. Epidemiologic screening of occupational neck and upper limb disorders. Methods and criteria. **Scand J Work Environ & Health**, 5, suppl. 3: 25-38, 1979.

WATSON-JONES, R. Cotovelo de tenista. In: _____. **Fraturas e Lesões Articulares**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, p. 78, 1945.

WHITING, W.C.; ZERNICKE, R.F. **Biomechanics of musculoskeletal injury**. USA, Canada, Europe, Australia, New Zeland: Human Kinetics, 1998.

WINKLEBY, M.A.; RAGLAND, D.R.; FISHER, J.M.; SYME, S.L. Excess risk of sickness and disease in bus drivers: a review of synthesis of Epidemiological studies. **International Journal of Epidemiology**, 17 (2): 255-62, 1988.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. Ergonomia: método & técnica. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUNS, M.B.; BENNET, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D.L.; TUGWELL, P.; CAMPBELL, S.M.; ABELES, M.; CLARK, P. e cols. The American College of Rheumatology, 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum**, 33:160-72, 1990.

YENG, L.T.; KAZIYAMA, H.H.S.; TEIXEIRA, M.J. Síndrome dolorosa miofascial. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v.3., n. 9: p. 27-43, 2003.

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J.; ROMANO, M.A.; PICARELLI, H.; SETTIMI, M.M.; GREVE, J.M.D. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev. Med.**, São Paulo, 80 (ed. esp. pt.2): 422-442, 2001.

ZAWITOSKI, C.E.V. **Perícias Médicas**: manual técnico e prático de perícias em ortopedia. São Paulo: Editora Napoleão, 2015.

ZOLA, E. **O Germinal**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

ANEXO 1

Primeiras colunas correspondentes a dados dos reclamantes e das reclamadas

Processo	Nascimento	IDADE	Gênero	Reclamada
00310-2002-020-02-00-8	20/08/1957	46,94	M	Mahle Metal Leve AS
02263-2003-035-02-00-7	20/11/1964	39,94	M	Goodyear do Brasil Produtos de Borracha Ltda
01630-2007-030-02-00-7	03/03/1983	25,41	F	Mercadinho Barbosa Ermelino Ltda
01726-2005-051-02-00-4	27/04/1969	36,64	F	Banco Itaú S/A
01024-2005-021-02-00-9	25/04/1952	55,96	F	Serviço Soc Indústria Constr Mibil E.S.P - SECON
01024-2005-021-02-00-9	25/04/1952	57,27	F	Serviço Soc Indústria Constr Mibil E.S.P - SECON
01287-2007-036-02-00-9	15/02/1970	38,87	F	Banco Bradesco S/A
01459-2007-033-02-00-5	31/05/1958	49,60	M	Transportes Americanópolis Ltda
00391-2008-049-02-003	31/03/1959	49,44	M	Ellus Indústrias e Comércio Ltda
00466-20070314-02006	17/09/1968	39,64	F	Visteon Sistemas Automotivos Ltda
00006-2004-070-02-00-9	08/04/1965	40,01	F	Fame Fabrica de Aparelhos e Material Elétrico Lda
00424-2008-472-02-00-5	11/08/1959	50,45	F	General Motors do Brasil Ltda
01715-2009-443-02-00-6	25/06/1978	34,30	M	Independência S/A
02154-2005-051-02-00-0	16/05/1961	45,24	F	Vision Sat Sistemas Especiais Ltda
02199-2--0-039-02-00-4	25/07/1978	31,95	F	Laramara - Assoc Bras Assist Def Visual
0239800-30-2005-5-02-0314	24/05/1957	53,05	M	Olivetti do Brasil S/A
01982-2005-463-02-00-4	09/04/1974	27,02	F	Laboratórios Klinger do Brasil Ltda
0802-2005-007-02-00-6	07/03/1962	44,32	M	Mecfil Industrial Ltda./ Filsan Engenharia Mecânica
03093-2000-047-02-00-5	20/02/1965	36,27	F	Associação Congregação Santa Catarina Hospita
03093-2000-047-02-00-5	20/02/1965	38,17	F	Associação Congregação Santa Catarina Hospita
00025-2004-039-02-00-3	18/03/1961	45,84	F	Virtu's Representação Comercial Ltda
02195-2004-048-02-00-3	14/04/1958	47,99	F	ELETROPAULO Companhia Piratininga de Força
02195-2004-048-02-00-3	14/04/1958	49,95	F	ELETROPAULO Companhia Piratininga de Força
01440-2005-3140-2003	24/02/1983	24,54	F	Line Vídeo Comércio Locação Ltda.
01504-2005-034-02-00-6	15/06/1952	51,47	F	Unibanco União de Bancos Brasileiros S/A
01504-2005-034-02-00-6	15/06/1952	55,14	F	Unibanco União de Bancos Brasileiros S/AS
00963-2005-462-02-00-4	29/11/1963	42,32	M	Volkswagen do Brasil Ltda Ind de Veic Automovei
00387-2007-030-02-00-0	04/06/1966	42,07	M	Ajinomoto Interamericana Ind. e Com. Ltda/ GR S
00177-2009-311-02-00-0	15/04/1971	38,47	M	Empresa Quitaúna Serviços Ltda
0100-2009-432-02-0008	22/09/1969	41,37	M	Montcalm Montagens e Indústria AS
0064400-34-2004-5-02-0056	18/07/1971	36,06	M	Roberto Bosch Ltda

Algumas colunas correspondentes a codificações feitas aos atributos de interesse.

Atr	ANM	AD	MT	CO	AG	DEG	BMEC	FI	CR
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC3	FI3	CR1
Atr3	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG2	BMEC3	FI3	CR3
Atr3	ANM3	AD3	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr3	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG3	BMEC2	FI2	CR3
Atr2	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG3	BMEC2	FI3	CR3
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC1	FI1	CR1
Atr2	ANM2	AD2	MT1	CO1	AG3	DEG1	BMEC2	FI3	CR2
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC1	FI1	CR1
Atr3	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG1	BMEC2	FI3	CR2
Atr2	ANM2	AD1	MT4	CO4	AG3	DEG2	BMEC1	FI3	CR4
Atr2	ANM3	AD2	MT4	CO4	AG3	DEG3	BMEC2	FI3	CR3
Atr1	ANM2	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC1	FI1	CR1
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG2	BMEC3	FI3	CR4
Atr2	ANM3	AD2	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr3	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG1	BMEC2	FI3	CR3
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO4	AG3	DEG3	BMEC3	FI3	CR4
Atr1	ANM2	AD1	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC3	FI3	CR4
Atr1	ANM2	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG3	BMEC2	FI1	CR1
Atr1	ANM1	AD1	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr3	ANM2	AD2	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI1	CR4
Atr2	ANM2	AD1	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr1	ANM1	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC1	FI1	CR1
Atr2	ANM3	AD2	MT1	CO1	AG1	DEG1	BMEC2	FI1	CR1
Atr1	ANM1	AD1	MT4	CO1	AG4	DEG3	BMEC3	FI3	CR4
Atr1	ANM2	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG3	BMEC1	FI3	CR1
Atr3	ANM3	AD3	MT3	CO3	AG3	DEG1	BMEC2	FI3	CR3
Atr3	ANM3	AD2	MT3	CO3	AG4	DEG3	BMEC2	FI2	CR2
Atr2	ANM2	AD2	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr1	ANM1	AD1	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC1	FI3	CR4
Atr2	ANM2	AD1	MT3	CO3	AG3	DEG2	BMEC2	FI3	CR3
Atr2	ANM1	AD1	MT4	CO4	AG4	DEG3	BMEC2	FI3	CR4
Atr2	ANM2	AD1	MT1	CO1	AG1	DEG2	BMEC2	FI2	CR1

ANEXO 2**SÍNTESE DO LAUDO**

Processo número:

Perito:

Data da perícia:

Data do laudo pericial:

Reclamante:

Assistente técnico do(a) reclamante:

Data de nascimento e idade:

Sexo: F

Reclamada:

Atividade econômica da reclamada:

Assistente técnico da reclamada:

Tempo de trabalho na empresa: Função:

Antecedentes ocupacionais:

Ramos econômicos das empresas anteriores

Situação empregatícia:

Doença (D):

Nexo causal (NC):

Incapacidade (I):

Comentários:

ANEXO 3

Preparação do material

Laudos periciais para análise: codificação dos atributos

1. O perito faz análise da atividade de trabalho (ATr)

(1) Não

(2) Cita alguns aspectos biomecânicos, de esforço físico ou sobrecarga estática direta ou indireta, de posturas, quantidade e velocidade.

(3) Sim. Além dos aspectos biomecânicos, considera aqueles relacionados à organização e gestão do trabalho.

(ATr1, ATr2, ATr3)

2. A anamnese do perito (ANM) deve dar ideia do quadro clínico referente aos aspectos levantados no processo judicial. No caso, ela

(1) inexistente

(2) é insuficiente

(3) é satisfatória

(ANM1, ANM2, ANM3)

3. O perito faz uma análise dos aspectos envolvidos no adoecimento (AD) do caso

(1) Não.

(2) Menciona alguns aspectos.

(3) Sim. Faz uma análise ampla do processo de adoecimento.

(AD1, AD2, AD3)

4. O perito utiliza o conceito da multicausalidade do adoecimento (MT)

(1) Não.

(2) Em parte, mesmo que não de forma clara.

(3) Sim, totalmente.

(4) Não se aplica ou não menciona.

(MT1, MT2, MT3, MT4)

Não se aplica ou não menciona – não é citada nenhuma causa, mas tampouco o perito não defende a unicausalidade.

5. O perito utiliza o conceito da concausalidade no adoecimento. (CO)

(1) Não.

(2) Em parte, mesmo que não de forma clara.

(3) Sim, totalmente.

(4) Não se aplica ou não menciona.

(CO1, CO2, CO3, CO4)

Não se aplica ou não menciona – não é citada nenhuma condição que possa, junto com o trabalho, ser determinante do adoecimento.

6. O perito considera o agravamento pelo trabalho. (AG)

(1) Não

(2) Em parte, mesmo que não de forma clara.

(3) Sim

(4) Não se aplica ou não menciona.

(AG1, AG2, AG3, AG4)

7. O perito utiliza o conceito de degeneração ou menciona quadro degenerativo para descartar onexo causal (DEG)

(1) Não

(2) Sim, direta ou indiretamente.

(3) Não se aplica – não faz referência a quaisquer aspectos relacionados à degeneração

(DEG1, DEG2, DEG3)

8. O perito utiliza aspectos biomecânicos para descartar ou firmar onexo causal (BMEC)

(1) Não

(2) Sim, direta ou indiretamente.

(3) Não se aplica - não faz referência a aspectos biomecânicos

(BMEC1, BMEC2, BMEC3)

9. O perito utiliza o argumento de existência de fibromialgia para descartar ou considerar onexo causal (FI)

(1) Não

(2) Sim

(3) Não se aplica – não faz referência à fibromialgia

(FI1, FI2, FI3)

10. O perito considera a cronificação pelo trabalho (CR)

(1) Não

(2) Sim, em parte.

(3) Sim

(4) Não se aplica – não faz referência alguma à cronificação

(CR1, CR2, CR3, CR4)

11. O perito utiliza o critério epidemiológico na construção ou desconstrução do diagnóstico e/ou nexo causal (Ep)

(1) Não.

(2) Sim.

(3) Não se aplica.

(Ep1, Ep2, EP3)

12. O perito utiliza o exame físico na construção ou desconstrução do diagnóstico e/ou nexo causal (EF)

(1) Não

(2) Sim

(EF1, EF2)

13. O perito utiliza exames complementares na construção ou desconstrução do diagnóstico e/ou nexos causais (EC)

(1) Não

(2) Sim

(EC1, EC2)

14. O perito utiliza o conceito de incapacidade mais ampla, além do diagnóstico. (I)

(1) Não.

(2) Em parte, mesmo que não de forma clara.

(3) Sim.

(4) Não avalia incapacidade.

(I1, I2, I3, I4)

15. A sentença judicial se baseou na perícia médica na consideração do nexos causais. (SEJ)

(1) Totalmente

(2) Parcialmente

(3) Não

(SEJ1, SEJ2, SEJ3)

16. A sentença acolheu o pleito do reclamante no tocante ao nexos causais (ACO)

(1) Não.

(2) Sim.

(ACO1, ACO2)

17. Foi pedido dano moral na petição inicial?

(1) Sim

(2) Não

CURRÍCULO LATTES

Maria Maeno



Possui graduação em Faculdade de Medicina pela Universidade de São Paulo (1982) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2001). De 1987 a 2006 foi médica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tendo integrado a equipe do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo, que originou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo, do qual foi coordenadora por 16 anos. Foi docente do Curso de Mestrado de Gestão Integrada em Segurança no Trabalho e Meio Ambiente do Senac SP. Atualmente é pesquisadora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho e coordenadora do Grupo Temático Organização do Trabalho e Adoecimento. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em SAÚDE DO TRABALHADOR, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador, políticas públicas, organização do trabalho e seus impactos na saúde do trabalhador, prevenção de incapacidade e reabilitação profissional, lesões por esforços repetitivos e acidentes do trabalho.

Certificado pelo autor em 12/05/2017

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela



Graduado em Engenharia Mecânica pela Universidade de São Paulo (1977), especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho pela FAAP/SP, Especialista em Ergonomia pela UNIMEP convênio com a UFMG (2006); mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1998) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2002). Foi Coordenador do CEREST Piracicaba por 7 anos. Professor Livre Docente em Regime de Dedicção Integral à Docência e Pesquisa (RDIDP); Pós Doutorado concluído em 2013 na Helsinki University, Center for Research on Activity Development and Learning - CRADLE supervisor: Prof. Yrjö Engeström: title of Pós Doctoral Stage: Formative intervention to analyse and prevention work accident. É orientador de Pós Graduação e supervisor de Pós Doutorado junto à Faculdade de Saúde Pública da USP/ SP capital - Departamento de Saúde Ambiental. Atua na área de Ergonomia, Segurança e Saúde do Trabalhador. Tem experiência em pesquisa, ensino e políticas públicas na área de saúde do trabalhador, análise e prevenção de acidentes, outros riscos relacionados ao trabalho e riscos tecnológicos. Foi pesquisador com bolsa de produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e extensão inovadora CNPQ.

Certificado pelo autor em 21/05/2018