

Marcus Vitor Diniz de Carvalho

**ANÁLISE DO ESTADO DA ARTE DOS ASPECTOS
DIAGNÓSTICOS, PERICIAIS E JURISPRUDENCIAIS DAS
LER/DORT NO CONTEXTO PREVIDENCIÁRIO DAS DOENÇAS
DO TRABALHO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

**Rio Grande do Norte - Natal
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Marcus Vitor Diniz de Carvalho

**ANÁLISE DO ESTADO DA ARTE DOS ASPECTOS
DIAGNÓSTICOS, PERICIAIS E JURISPRUDENCIAIS DAS
LER/DORT NO CONTEXTO PREVIDENCIÁRIO DAS DOENÇAS
DO TRABALHO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Ivo Dantas Cavalcanti

Co-Orientador: Prof. Dr. Hênio Ferreira de Miranda

**Rio Grande do Norte – Natal
2009**

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCS

C331a

Carvalho, Marcus Vitor Diniz de.

Análise do estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais das LER/DORT no contexto previdenciário das doenças do trabalho no Brasil / Marcus Vitor Diniz de Carvalho _ Natal-RN, 2009.

256f

Orientador: Profº. Drº. Francisco Ivo Dantas Cavalcanti.

Coorientador: Profº Drº Henio Ferreira de Miranda.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

1. Lesões por Esforços Repetitivos - Tese. 2. LER-DORT - Diagnóstico - Tese. 3. LER-DORT - Legislação - Tese. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Tese. I. Cavalcanti, Francisco Ivo Dantas. II. Miranda, Hênio Ferreira de. III. Título.

UFRN

CDU: 65.015.11(043.2)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Prof^a. Dr^a. Técia Maria de Oliveira Maranhão

Dedicatória

Àos meus queridos pais, Suzana Maria Diniz de Carvalho e José Vivaldo de Carvalho, que tanto se esforçaram para nos criar, nos educar, transmitir sentimentos de amor, carinho, compreensão, zelo, sendo responsáveis por aquilo que me representa em plenitude; e a **minha Irmã**, Kátia Maria Diniz de Carvalho, pela paciência e compreensão em todos os meus momentos de ausência nesse período.

Dedicatória

A minha esposa Evelyne, meu amor, pelo companheirismo e apoio incondicional durante todo tempo. Através de seu profícuo conhecimento técnico, seu esmero e sua dedicação conseguimos superar mais esta etapa de vida. Sem sua ajuda, confesso que seria intransponível este momento. Somente quem tem uma família tão presente, sabe o quão é indissociável este trabalho, que passa, também, a ser nosso. Que Deus sempre nos ilumine e permita-nos lembrar das conquistas que alçamos conjuntamente. Finalizo esta travessia, com uma passagem que muito denota a característica de nosso êxito, relembrando o intangível **Fernando Pessoa**, seu preferido, *in* Mar Português:

“(...) Valeu a pena? Tudo vale a pena

Se a alma não é pequena.

Quem quer passar além do Bojador

Tem que passar além da dor.

Deus ao mar o perigo e o abismo deu,

Mas nele é que espelhou o céu”.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Francisco Ivo Dantas Cavalcanti e ao meu co-orientador, o Prof. Dr. Hênio Ferreira de Miranda pela generosidade com que sempre me trataram e pelo privilégio de tê-los tido como professores e orientadores.

Exaltar suas qualidades e competências como profissionais ou como educadores seria muito simples. Também seria muito fácil tê-los escolhido como orientadores pelas suas titulações ou reconhecimentos acadêmicos.

Mas o que realmente marca as suas presenças é o gesto imortal de simplicidade, que fica potencializado diante do grande saber técnico, contrapondo-se ao efêmero e ludibrioso regozijo da vaidade, este sim, fadado ao esquecimento daqueles com que convivemos.

Muito, mas muito, obrigado por absolutamente tudo.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na figura do Magnífico Sr. Reitor Prof. Dr. José Ivonildo do Rêgo.

Ao Diretor e ao Vice-Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Prof. Dr. Juarez da Costa Ferreira e Prof. Dr. Hênio Ferreira de Miranda, pela dedicação na consolidação das instituições de ensino.

A todos os meus professores, em todos os tempos, sobretudo nesta mais recente fase de formação (o Curso de Doutorado) reservo uma especial, intensa e eterna gratidão, pela generosidade abnegada em transmitir seus conhecimentos.

Àqueles professores, indissociáveis de minha formação atual, que transmitem com zelo, carinho e proficiência, elementos importantes do meu conhecimento, que tive o prazer de tê-los conhecido, até este momento incipiente do Curso de Graduação em Direito na Faculdade Marista do Recife e cujo convívio é o estímulo para se prosseguir: André Felipe Barbosa de Menezes, Antônio Gonçalves da Mota Silveira Neto, Eduardo Coimbra Esteves de Oliveira, Eugênia Giovanna Simões Inácio Cavalcanti, Felipe Travassos Sarinho de Almeida, Fernando Falcão Ferraz Filho, Jorge Antônio Cavalcanti Araújo, José Durval de Lemos Lins Filho, Larissa Maria de Moraes Leal, Léa Maria de Araújo, Maria de Fátima de Andrade Quintas, Rogéria Gladys Romeu Sales, Sérgio Eduardo Ferraz e Stéfano Gonçalves Regis Toscano.

À Doutora Kátia Maria Diniz de Carvalho que é uma referência àqueles que procuram exercer a medicina com altivez, dignidade e excelência técnica, além de ser minha grande amiga e, por sorte, minha irmã.

À Doutora Evelyne Pessoa Soriano pelo inestimável auxílio no trabalho de normalização desta Tese.

Ao Doutor Arnaldo de França Caldas Junior e à Doutora Kátia Urbano Caldas, nossos amigos queridos, pois são os alicerces da extensão do nosso equilíbrio e dos nossos sentimentos de amizade e de família.

Aos doutores Ada Almeida, Alexandre César, Jonas José e Sérgio França que foram os exemplos e representam, ainda hoje, quer pela amizade, quer pelo destacado nível técnico, importantes referências pessoais e na área de diagnóstico por imagem em tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Aos Doutores, Adriana Gomes Ferreira, Adriane Tenório Dourado, Adyb da Costa Soares, Aldo Fernandes de Albuquerque Bezerra Júnior, Alexandra Karla de Moraes, Ana Claudia Amorim Gomes, André Luiz de Souto Lima Albuquerque, Aníbal Augusto Bem de Aguiar B. Júnior, Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo, Antonio Albuquerque Toscano, Arakém Almeida de Araújo, Bartolomeu Alexandre P. de Siqueira, Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos, Boanerges Paes Galindo Filho, Carlos José Villar Sarmiento, Cleidenaldo José dos Santos, Clene Maria de Magalhães, Clóvis Cezar de Mendoza, Eliane Helena Alvim de Souza, Emanuel Sávio de Souza Andrade, Fausto Antônio Dias Santos Silva, Francisca de Assis Nascimento, Francisca Divina Silveira de Melo, Francisco Aristófanos C. Sarmiento Filho, Francisco Atanásio M. Neto, Francisco Bernardo dos Santos, Geraldo Dantas Alves, Gregório Sérgio da Fonseca Bezerra, Hélio Cavalcanti Siqueira Campos, Horácio Mário Fittipaldi Júnior, Irany Porto G. do Amaral, João Pereira Mattoso Neto, Joaquim Herbênio Costa Carvalho, João Batista. Montenegro, João Batista S Nascimento Neto, Jorge Luiz Santos da Mota, José Ricardo Dias Pereira, José Rodrigues Laureano Filho, Joyse Breenzinckr Ferreira, Laietes Alves de Medeiros, Lenira Lima Guimarães, Lillian Christyne de Oliveira Arruda, Luiz Eduardo Villaça Leão, Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior, Luiz Fernando Barros Tavares de Melo, Marcílio Lins Aroucha, Maria do Socorro Dantas de Araújo, Maria do Socorro Orestes Cardoso, Maria da Salete Diniz Varela, Oscar Duarte de Carvalho Júnior, Paulo da C. Gouveia Marques de Almeida, Paulo Roberto de Medeiros Accyoly, Railton Bezerra de Melo, Reginaldo Inojosa Carneiro Campello, Roseane Serafim Costa, Sueli Arruda Pereira, Roberto José Vieira de Mello, Rodrigo de Araújo Queiroz, Rui Behar, Sávio Freire, Sara Behar Kobayashi, Verônica Cândida Menezes de Lucena Santos, Verônica Maria de Sá Rodrigues, William Amaral da Silva e Zoraide

Araújo Brandão, pelo que representam em termos de amizade, respeito e admiração profissional.

À minha família de coração Edward Soriano de Sá, Maria do Socorro Pessoa Soriano, Simone Pessoa Soriano, Cybelle Pessoa Soriano, Augusto Soriano de Brito, Maria Clara Pessoa Soriano de Amorim, Olga Maria Accetti de Souza Rezende, Edgard Farias e Felipe Carvalho de Novaes.

Aos meus colegas do Curso de Doutorado, pelo excelente convívio e a salutar troca de informações durante o tempo em que passamos juntos.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade Marista do Recife, pelo convívio agradável e atenção demonstrada durante todos esses anos.

Aos funcionários do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela cordialidade e imprescindível auxílio em nosso dia-a-dia, em especial às Sras Rosiana Clara e Alana Bezerra.

Por fim, mas representando tudo aquilo de mais importante, agradeço a Deus, a minha esposa, aos meus pais, à minha família, aos amigos e a todos aqueles que contribuíram, contribuem ou contribuirão direta ou indiretamente para que sejamos melhores no nosso convívio social e profissional.

“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele; destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto”.

Thomas Huxley

Sumário

Dedicatória	iii
Agradecimentos Especiais	v
Agradecimentos	vi
Epígrafe	ix
Lista de Quadros e Figuras	xii
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Abreviaturas e Siglas	xv
Resumo	xvi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo	3
2 REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Aspectos Diagnósticos	4
2.1.1 Bernardino Ramazzini: resgate de sua importância e a percepção dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em <i>De Morbis Artificum Diatriba</i>	4
2.1.2 LER-DORT – A construção histórica de um conceito.....	10
2.1.2.1 Idade Antiga: entre egípcios, a Bíblia, gregos e romanos	12
2.1.2.2 Idade Média: buscando-se a luz em poucos relatos	14
2.1.2.3 Idade Moderna: fundamentos da evolução médico-científica	15
2.1.2.4 Idade Contemporânea: consolidação e aplicação dos conceitos	17
2.1.2.5 O Estado da Arte das Denominações Atuais	23
2.1.3 LER-DORT – Doença do trabalho ou doença profissional?.	30
2.1.4 O gênero LER-DORT e suas espécies	41
2.2 Aspectos Periciais.....	54
2.2.1 LER-DORT - Impacto econômico e previdenciário de uma epidemia ocupacional	54
2.2.2 Aspectos evolutivos da legislação brasileira de interesse pericial específico aplicado aos casos de LER-DORT.....	63
2.3 Aspectos Jurisprudenciais.....	93

2.3.1 Legislação sobre acidentes do trabalho no Brasil do século XIX até a as duas primeiras décadas do século XX — Características principais	93
2.3.2 Legislação sobre acidentes do trabalho no Brasil das duas primeiras décadas do século XX até os dias atuais — Características principais	95
3 MÉTODOS.....	127
3.1 Aspectos Diagnósticos	127
3.2 Aspectos Periciais	129
3.3 Aspectos Jurisprudenciais	130
4 RESULTADOS	132
4.1 Estado da Arte dos Aspectos Diagnósticos	132
4.1.1 Diagnóstico por Imagem das LER-DORT	132
4.1.1.1 LER-DORT x Ressonância Magnética e Ultrassonografia	133
4.1.2 LER-DORT x Eletromiografia	143
4.2 Estado da Arte dos Aspectos Periciais	148
4.3 Estado da Arte dos Aspectos Jurisprudenciais	165
5 DISCUSSÃO	224
6 CONCLUSÕES	232
7 REFERÊNCIAS	233
Abstract	
Bibliografia Consultada	

Lista de Quadros e Figuras

Quadro 1 – Bernardino Ramazzini (Vida e Obra – Cronologia).....	4
Quadro 2 – Codificação das patologias englobadas nas siglas LER-DORT (CID-10)	31
Quadro 3 – Histórico da legislação específica de interesse pericial aplicada aos casos de LER-DORT	64
Quadro 4 – Relação exemplificativa entre o trabalho e algumas patologias ...	80
Quadro 5 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, relacionadas com o trabalho (Grupo XIII da CID-10) de acordo com a Portaria Federal n. 1339/GM- MS/1999	90
Quadro 6 – Histórico Legislativo Previdenciário. Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social	94
Quadro 7 – Histórico Legislativo Previdenciário. Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social	96
Quadro 8 – Descritores utilizados para a busca de artigos, de acordo com a terminologia presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	129
Quadro 9 – Órgãos relacionados às jurisprudências sobre as LER-DORT ...	130
Quadro 10 – Sumário dos descritores e categorias utilizados para pesquisa jurisprudencial	131
Quadro 11 – Principais achados e técnicas complementares utilizadas para diagnóstico das LER-DORT entre 2003 e 2008	134
Quadro 12 – Estudos encontrados que realizaram a avaliação das LER-DORT através da Ressonância Magnética e Ultrassonografia, entre 2003 e 2008	136
Quadro 13 – Estudos que abordaram a sensibilidade e a especificidades dos estudos de Ressonância Magnética e Ultrassonografia em casos de LER-DORT	141
Quadro 14 – Estudos que avaliaram as LER-DORT através da Eletromiografia, no período entre 2003 e 2008	144
Quadro 15 – Temas mais freqüentes relacionados com as LER-DORT e que dominaram a pauta do repositório jurisprudencial no período de 2003 a 2008	172

Quadro 16 – Competências da Justiça Comum e do Trabalho para questões previdenciárias e trabalhistas	212
Figura 1 - Distribuição dos Tribunais Regionais Federais no Brasil	167
Figura 2 - Distribuição dos Tribunais Regionais do Trabalho no Brasil	170

Lista de Tabelas

Tabela 1 –Valores absolutos e relativos dos distúrbios músculo-esqueléticos nos Estados Unidos da América, entre os anos de 1996 e 2005	55
Tabela 2 – Porcentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos em relação à totalidade dos registros de doenças do trabalho, em países da Comunidade Européia entre os anos de 2000 e 2005	56
Tabela 3 – Quantidade de acidentes do trabalho registrados por motivo, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no Brasil entre os anos de 2000 e 2007	58
Tabela 4 – Porcentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com casos de LER-DORT e registrados como doenças do trabalho em relação à totalidade dos registros de doenças do trabalho, no Brasil entre os anos de 2000 e 2006	59
Tabela 5 – Histórico da quantidade e valores de benefícios concedidos pela previdência social no Brasil entre os anos de 1996 e 2006	60
Tabela 6 – Distribuição das jurisprudências do STF, STJ e TRFs relativas às LER-DORT, no período entre 2003 e 2008	165
Tabela 7 – Distribuição das jurisprudências do TST e TRTs relativas às LER-DORT, no período entre 2003 e 2008	168

Lista de Abreviaturas e Siglas

a.C.	Antes de Cristo
AC	Apelação Cível
AgRg no Ag	Agravo Regimental no Agravo de Instrumento
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CLBR	Coleção de Leis do Brasil
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPCB	Código de Processo Civil Brasileiro
CTD	Cumulative Trauma Disorders
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
d.C.	Depois de Cristo
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSST	Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INSS / DC	Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social
INSS / DSS	Diretoria do Seguro Social do Instituto Nacional do Seguro Social
IPR	Instituto Português de Reumatologia
LEM	Laudo do Exame Médico
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medlars on line
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
MTb	Ministério do Trabalho
MTb / GM	Ministério do Trabalho / Gabinete Ministerial
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NR	Norma Regulamentadora
OCD	Occupational Cervicobrachial Disorder
OS	Ordem de Serviço
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - NR-7
REsp	Recurso Especial
RSI	Repetitive Strain Injuries
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TRF	Tribunal Regional Federal
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho

Resumo

Objetivo: analisar o estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais das LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) no Brasil. **Materiais e Método:** trata-se de pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, com formato documental, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. A avaliação evolutiva da legislação previdenciária relacionada as LER/DORT foi realizada através da pesquisa no banco de dados disponibilizado pelo Governo Federal e mediante a consulta ao DATAPREV/Sislex. A avaliação dos aspectos diagnósticos foi instrumentalizada através, principalmente, de artigos científicos publicados entre 2003 e 2008, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa, relacionados com os métodos de diagnósticos complementares das LER-DORT (ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e eletroneuromiografia). As jurisprudências foram obtidas através da busca dos julgados sobre o tema, entre 2003 e 2008, pertencentes ao Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Tribunais Regionais Federais, Tribunal Superior do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho. **Resultados:** foram identificados 48 artigos abordando os aspectos diagnósticos das LER-DORT, observando-se que os exames por ressonância magnética, ultrassonografia e eletromiografia demonstraram ser mais efetivos, dentro das suas especificidades, para a complementação do exame clínico de patologias relacionadas às LER-DORT. A análise das 123 jurisprudências selecionadas demonstrou, de forma geral, que as LER-DORT equiparam-se ao acidente de trabalho, devendo apresentar nexos de causalidade (atestado através de laudo médico-pericial) e, ainda, ensejam a ação por danos morais, a

qual, devido à EC nº 45 passou a ser competência da Justiça do Trabalho. O Estado da arte dos aspectos periciais encontra-se representado pela vigência da Instrução Normativa n. 98/2003, a qual traz como aspecto fundamental a determinação de novos parâmetros a serem considerados na definição de um quadro de LER-DORT, dispondo, ainda, sobre a conduta ética que deve ser adotada pelo médico perito, bem como chama a atenção para a necessidade dessas doenças do trabalho serem comunicadas às autoridades competentes, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). **Conclusão:** as LER-DORT representam, hoje, um problema de importante impacto, não apenas previdenciário, mas também econômico em diversos países, nos quais o Brasil encontra-se inserido. Estudos sobre o estado da arte relacionados às LER-DORT são fundamentais para auxiliar na construção de um modelo crítico e consciente que colabore com a garantia de sustentabilidade do sistema previdenciário no Brasil.

Descritores: Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER-DORT, Diagnóstico, Legislação.

1 INTRODUÇÃO

As LER-DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) abrangem quadros clínico-patológicos relacionados com o sistema músculo-esquelético, podendo ou não haver manifestações concomitantes de comprometimento do sistema nervoso e vascular periférico. Ocorrem em qualquer indivíduo submetido a condições de trabalho em que haja atividades repetitivas, postura incorreta, excesso de força, sobrecarga física e inadequação ergonômica do ambiente de trabalho. (Rocha, Ferreira Junior, 2000; Brasil, 2001)

No Brasil, a primeira descrição de uma patologia osteomuscular relacionada com o Trabalho aconteceu no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (1973), quando foram apresentados casos de tenossinovite ocupacional, ocorridos em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, recomendando-se que fossem observadas pausas de trabalho daqueles que operavam intensamente com as mãos. (Brasil, 2003)

O termo LER – lesões por esforços repetitivos – foi introduzido no Brasil pelo médico Mendes Ribeiro, em 1986, durante o I Encontro Estadual da Saúde de Profissionais de Processamento de Dados, no Rio Grande do Sul. (Monteiro, 2005)

Em novembro de 1986, a direção geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) publicou a circular de Origem 501.001.55 n. 10, na qual orientava as superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho, quando esta fosse resultado de “movimentos articulares intensos e reiterados, equiparando-se a um acidente do trabalho, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 2º, da Lei n. 6.367 de 19/10/76”. Ainda nessa Circular, há referência a todas as afecções que, relacionadas ao trabalho, resultem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa a que, entre outras categorias profissionais, freqüentemente se expõem

digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras. (Monteiro, 1995)

Em 6 de agosto de 1987, através da Portaria n. 4062, o Ministério da Previdência Social reconheceu a tenossinovite do digitador como doença ocupacional. Embora utilizasse a expressão “tenossinovite do digitador”, estendeu a possibilidade do acometimento para outras categorias profissionais que “exercitam os movimentos repetidos dos punhos”, sendo o primeiro passo para que uma das patologias que a sigla “LER” englobava fosse reconhecida como uma doença do trabalho. (Brasil,1987)

A denominação DORT – sigla para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – passou a ser adotada recentemente, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social editou a Ordem de Serviço (OS) n. 606, em 5 de agosto de 1998 (Brasil, 1998), a qual já se encontra revisada pela Instrução Normativa (INSS/DC) n. 98 de 5 de dezembro de 2003. (Brasil, 2003)

A nomenclatura DORT veio substituir a bastante difundida LER, pois como utiliza o termo “distúrbios” em vez de “lesões”, passa a admitir que os sintomas possam aparecer sem que a pessoa esteja lesionada, ou seja, amplia o conceito de lesão por esforço repetitivo, quando passa a reconhecer o fato de que a dor sentida pelo indivíduo também possa ser provocada por fatores como estresse, fadiga e depressão. A adoção do termo DORT significa, portanto, que a dor crônica pode existir sem que para isso haja obrigatoriamente uma lesão, tornando mais compreensíveis os mecanismos que produzem o sofrimento, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de ações terapêuticas e preventivas mais eficazes. (Ranney, 2000)

As LER/DORT são, atualmente, a causa de muitos debates quanto à nomenclatura, ao diagnóstico, ao tratamento e às decisões judiciais. A partir da constatação de um número cada vez maior de trabalhadores com queixas de dor, atribuídas às suas atividades ocupacionais, associando-se ao fato de que as patologias que estas siglas englobam já são reconhecidas pela atual legislação brasileira, gera-se um grande interesse nos meios médico-científico e jurídico sobre este tema. O ônus gerado ao governo, às indústrias e aos próprios trabalhadores leva a comunidade científica a realizar estudos e

discussões que possam contribuir para uma melhor compreensão dessa patologia, já considerada como epidemia. (Nakachima, 2006)

Apesar do conhecimento sobre o estado da arte dos aspectos diagnósticos, previdenciários e jurisprudenciais das LER/DORT no Brasil ser de fundamental importância para todos aqueles que lidam rotineiramente com a matéria, como os médicos peritos e do trabalho, advogados, membros do ministério público e da magistratura (estadual, federal e do trabalho), as informações sobre o assunto estão difusamente fragmentadas em livros e periódicos médicos, assim como no banco de dados de jurisprudências do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Tribunal Superior do Trabalho, dos cinco Tribunais Regionais Federais e dos vinte e quatro Tribunais Regionais do Trabalho, o que se constitui num fator limitante para o conhecimento e aplicabilidade destes conceitos.

Partindo-se da premissa que o conhecimento científico está em constante evolução e que as lacunas do saber são naturais decorrências deste processo, formulou-se a pergunta condutora da pesquisa — “Qual o estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais das LER/DORT no contexto previdenciário das doenças do trabalho no Brasil?” — a qual orientará a persecução de todos os objetivos referentes a este estudo.

1.1 Objetivo

1. Analisar o estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais das LER/DORT no contexto previdenciário das doenças do trabalho no Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos Diagnósticos

2.1.1 Bernardino Ramazzini: resgate de sua importância e a percepção dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em *De Morbis Artificum Diatriba*

Bernardino Ramazzini foi autor de vários trabalhos no campo da medicina, epidemiologia, higiene, meteorologia e hidrologia, o que revela sua grande versatilidade. Sua obra mais conhecida é o livro 'De Morbis Artificum Diatriba', traduzido em português para 'As doenças dos Trabalhadores', cujo tricentenário do lançamento da primeira edição foi comemorado no ano de 2.000. Identificou doenças típicas e diagnósticos por perfil de atividade, inaugurando a prevenção de doenças do trabalho e estabelecendo um marco na área de saúde em pleno século XVIII, sendo referência no campo da saúde ocupacional e considerado o pai da medicina do trabalho ou da saúde ocupacional (Franco, Franco, 2001; Pope, 2004). Uma descrição cronológica de sua vida e obra poderá ser observada no Quadro 1.

Quadro 1 – Bernardino Ramazzini (Vida e Obra – Cronologia)

1633	Bernardino Ramazzini nasce na Itália, na região da Emilia-Romagna, na localidade de Carpi, que é uma das 47 comunas da província de Modena, no ano de 1633. Filho de um respeitado casal de pequenos burgueses, Bartolomeo e Catarina Ramazzini, recebeu sua primeira instrução dos jesuítas.
1652	Ingressou na Universidade de Parma, que tinha sido fundada em 1599 pelo Duque Rainutio I Farnese. Estudou filosofia por três anos.
1655	Inicia sua graduação em medicina.
1659	Obteve o título de doutor de filosofia e de medicina em Parma. Continuou seus estudos em Roma, acompanhando o trabalho de Antonio Maria Rossi (1588-1671), filho de Gerolamo Rossi, médico particular do Papa Clemente VIII. Maria Rossi, além de treinar Ramazzini, também obteve para ele, uma posição como o médico da comuna italiana de Canino (região do Lácio, província de Viterbo). Tratava-se de uma província pobre, situada cerca de um dia de viagem ao norte do Estado Papal e que se encontrava no século XVII, infestada por focos de malária. Seguindo a lógica epidemiológica Ramazzini foi infectado, movendo-se então para Marta (outra pequena cidade na mesma província), onde se recuperou, migrando em seguida para sua cidade natal

continua...

...continuação e conclusão

1671	Ramazzini partiu de Carpi em direção à Modena, onde no início, sofreu forte oposição dos acadêmicos locais
1682	O duque Francesco II de Modena, autorizou o seu estabelecimento no Departamento médico na Universidade, conferindo-lhe o título de professor da cadeira de Medicina Teórica (<i>Medicinae Theoricae</i>). Durante os anos seguintes, lecionou conjuntamente com o catedrático da cadeira de Medicina Prática (<i>Medicinae Practicae</i>), o professor Francesco Torti (1658-1741). Durante sua permanência em Modena, realizou um trabalho científico consistente, comunicando-se freqüentemente com vários acadêmicos contemporâneos, entre os quais: Marcello Malpighi (1628-1694 – Università di Bologna, Pisa e Messina), Antonio Valisnieri (1661-1730 – c Padova), Giovanni Batista Morgagni (1682-1771 – Università di Bologna e Padova), Giovanni Maria Lancisi (1654-1720 – Università degli Studi di Roma "La Sapienza") e Gottfried Wilhelm Freiherr von Leibniz (1646-1716 – Präsident der Brandenburgischen Sozietät der Wissenschaften in Berlin)
1693	Ramazzini foi aceito como membro do corpo germânico da "Academia Caesareo-Leopoldina naturae curiosorum", com o codinome de Hippocrates III, sendo o primeiro membro italiano desta sociedade. O "Collegium Academiae Naturae Curiosorum" foi instituído em 1652 em Schweinfurt por J. L. Bausch, que se transformou seu primeiro presidente; não podendo ser comparado com nenhum outro corpo acadêmico de seu período. Ramazzini permaneceu em Modena até meados de 1700
1700	Nesta data, aceitou o convite para lecionar a cadeira de Medicina Prática (<i>Medicinae Practicae</i>) em Pádua
1706	Foi convidado como um membro do Roman Accademia degli Arcadi e da Royal Prussian Society in Berlin. Na primeira década do século XVIII, começou a apresentar problemas cardíaco-circulatórios e cefaléia
1709	Apesar de sua frágil condição orgânica, em meados de 1709 o Conselho de Veneza, tornou-o professore primário de medicina
1714	Ramazzini morreu de apoplexia em novembro de 1714. Sua investigação post mortem foi realizada por Giovanni Battista Morgagni, que incluiu o protocolo em seu principal trabalho "De sedibus et in morborum do causis"

O autor publicou várias obras, as quais foram organizadas *post-mortem* pelo seu sobrinho, Bartolomeu Ramazzini, na publicação *Opera Omnia Medica et Physiologica* em 1714 (compilação das obras completas).

Entre os seus primeiros trabalhos destacam-se: *De constitutione anni M. DC.LXXXX* (1690), no qual Ramazzini descreveu doenças epidêmicas da província de Modena, de acordo com Hipócrates, baseando-se na análise de questões referentes ao solo, clima, água e, sobretudo, o ar. Em *Miniere dell'olio di Monte Zibino* (1698), pesquisou sobre o valor terapêutico de derivados hidrocarbonetos, no qual fornece uma história do petróleo, das suas qualidades e de usos médicos de hidrocarbonetos, assim como uma descrição do óleo do Monte Zibino, situado nas proximidades de Modena.

Contudo, a sistematização médica da etiologia ocupacional das doenças surgiu, de fato, em 1700, através de Bernardino Ramazzini, que por meio do livro *Le malattie dei lavoratori (De Morbis Artificum Diatriba)*, introduziu a

preocupação com a ocupação como um importante quesito da anamnese médica, descrevendo as doenças relacionadas a mais de cinquenta ocupações e propondo que se acrescente a pergunta “*qual é a sua ocupação?*” (ou “que arte exerce?”, de acordo com a tradução mais próxima do texto original) aos modelos hipocráticos fundamentais da anamnese. (Ramazzini, 1999)

De Morbis Artificum Diatriba, foi sua obra mais importante, tendo sido responsável maior por seu epíteto de ‘Pai da Medicina do Trabalho’. Sua 1ª edição foi impressa em Modena (Itália) no ano de 1700. a 2ª edição ocorreu em Utrecht (Holanda) em 1703. A edição considerada definitiva, foi publicada em Pádua (Itália) em 1713, compreendendo 52 capítulos (além de um suplemento com mais 12 capítulos), 02 dissertações e 02 prefácios.

No Brasil, a 1ª edição traduzida foi editada pela Liga Brasileira contra os acidentes do Trabalho (1971) e, subseqüentemente, nos anos de 1985, 1988 e 1992 pela Fundacentro. A 2ª edição traduzida (1999), foi igualmente editada pela Fundacentro. Ressalta-se que todas estas edições realizadas no Brasil, só foram possíveis graças ao pioneiro, profícuo e profundo trabalho do Dr. Raimundo Estrela, a partir do qual, foi possível obter os excertos que consubstanciam a percepção dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em *De Morbis Artificum Diatriba*, sendo os achados subsequencialmente dispostos de acordo com os seus respectivos capítulos e suplementos.

Capítulo I – Doenças dos Mineiros

(...) O múltiplo e variado campo semeado de doenças para aqueles que necessitam ganhar salário e, portanto, terão de sofrer males terríveis em conseqüência do ofício que exercem, prolifera, segundo creio, devido a duas causas principais: a primeira, e a mais importante, é a natureza nociva da substância manipulada que pode produzir doenças especiais pelas exalações danosas e poeiras irritantes que afetam o organismo humano; a segunda é a violência que se faz à estrutura natural da máquina vital com posições forçadas e inadequadas do corpo, o que, pouco a pouco, pode produzir grave enfermidade(...) (Ramazzini, 1999, p.25).

(...) As doenças que atacam os cavouqueiros, assim como os artifices do mesmo gênero, são principalmente: dispnéia, tísica, apoplexia, caquexia, paralisia, tumores nos pés, perdas de dentes, úlceras nas gengivas, dores articulares e tremores(...) (Ramazzini, 1999, p.26).

(...) Incube às pessoas designadas para dirigirem tais atividades, como também aos médicos que exercem sua profissão nas minas, vigiar atentamente pela incolumidade dos operários, e , se não conseguem suprimir as causas ocasionais dos distúrbios, pelo menos devem tratar de minorá-las (...) (Ramazzini, 1999, p.30).

Capítulo XXI - Doenças dos Padeiros e dos Moleiros

(...) Tenho observado que as mãos dos padeiros se incham e ficam dolorosas; neles é corrente essa perturbação, em virtude da contínua atividade em esfregar a massa (...) (Ramazzini, 1999, p.133).

(...) Os padeiros sofrem também de outros males... Nas regiões Cispadana e Transpadana costumam botar um tripeça sobre uma sólida tarimba, com uma trave de madeira de forma cônica colocada na ponta da tripeça, de modo que pode dar voltas, e preparam uma grande quantidade de massa espremendo-a com o impulso da trave, fazendo eles muita força com os braços e joelhos (...) (Ramazzini, 1999, p.133).

(...) Considero também oportuno ocupar-me dos moleiros de grãos... faziam andar a mó, não só pelos jumentos, como também por meio dos homens, mulheres e escravos, donde o nome de 'mós de mão', pois eram movidas com grande esforço das pessoas; os crimes eram castigados com a pena de empurrar um mó (...) (Ramazzini, 1999, p.134).

Capítulo XXIX - Doenças dos que Trabalham em Pé

(...) Agrada-me aqui tratar de outros operários que, por outras causas, como sejam, a posição dos membros, dos movimentos corporais inadequados, que enquanto trabalham, apresentam distúrbios mórbidos, tais como os operários que passam o dia de pé, sentados, inclinados, encurvados, correndo, andando a cavalo ou fatigando o seu corpo por qualquer outra forma (...) (Ramazzini, 1999, p.159).

(...) É necessário, pois, aconselhar, na oportunidade, aos que se dedicam a ofícios pedestres, que tanto quanto possível, interrompam a posição contínua, seja se sentando, de quando em quando, seja caminhando ou movimentando o corpo de qualquer forma. Serão saudáveis para eles todas as medidas que previnam a fadiga e restitua o tônus ao organismo, como fricções úmidas, fomentações e banhos (...) (Ramazzini, 1999, p.161,162).

Capítulo XXXIII - Doenças dos Cavaleiros

(...) Na classe dos cavaleiros devem ser incluídos os cochoeiros, cujo labor não é pequeno no ofício de manejar, pois requer assídua e tônica contenção dos músculos de ambos os braços, precisam segurar as rédeas com vigor em uma e outra mão (...) (Ramazzini, 1999, p.177).

(...) Não deterei o leitor, indicando-lhe tratamentos destinados a doenças de equitadores e corredores; com os respectivos tratamentos ganham a vida os médicos e qualquer pessoa pode consulta-los para curar-se, mas advirto que o principal consiste em afastar a causa ocasional (...) (Ramazzini, 1999, p.178).

Capítulo XXXIV - Doenças dos Carregadores

(...) De transportarem grandes pesos sobre os ombros, contraem distúrbios mórbidos que se tornam geralmente graves (...) (Ramazzini, 1999, p.179).

(...) Os carregadores, por causa de seu ofício, sofrem de muitos males; não seria demais que os clínicos conhecessem essas doenças próprias e peculiares a eles, para procederem com avisada cautela, quando os ditos homens forem consultá-los ou caíam de cama (...) (Ramazzini, 1999, p.180).

(...) Seja-me lícito, ainda, propor um problema mecânico, isto é, por que os ganha-pães suportam pesos mais facilmente sobre um dos seus ombros, encurvado e inclinado, e não ereto, quando em posição retilínea devem sustenta-los com maior força sem risco de que caíam? Assim os suportam as colunas e vigas, que em posição retilínea, em relação ao horizonte sustentam grandes paredes, e assim também as nossas mulheres, camponesas, colocam sobre suas cabeças grandes volumes para transportarem para a cidade, centenas e até milhares de libras; caminham bem eretas e cuidadosamente procuram não se desviar da linha perpendicular, porque, do contrário, cairiam sob a carga... Observei em Veneza e em Ferrara esses homens de carretos, os quais não conduziam os pesos sobre os ombros, como os nossos, e sim sobre o pescoço e as vértebras dorsais, e toda a carga se apoiava sobre o dorso do carregador, pois dizem que, dessa maneira, se esforçam menos debaixo do peso e se sentem mais aliviados que levando-os sobre um dos ombros. O que de certo modo é razoável. É verdade o que diz o poeta: 'leve será a carga se bem levada'... as mulheres que carregam grandes pesos sobre a cabeça têm que andar bem retas, porque o peso se apóia sobre o crânio, osso vigoroso e abobadado, e atua diretamente sobre as vértebras (...) (Ramazzini, 1999, p.181).

Suplemento I - Doenças dos Tipógrafos

(...) Além das doenças dos olhos, outras calamidades sobrevêm... Estão sujeitos a elas, máxime os que trabalham nas prensas, porque necessitam realizar grandes esforços com os braços e todo o corpo (...) (Ramazzini, 1999, p.232).

(...) Não percebo que socorro possa levar a arte médica a esses servidores das letras, nem que precauções propor, além de aconselhar-lhes moderação em seu trabalho, do qual deverão se afastar algumas horas, diariamente... Para obter um feliz resultado na cura, será sempre bom que o médico fique a par do ofício que costuma exercer aquele que precisa de tratamento (...) (Ramazzini, 1999, p.233).

Suplemento II - Doenças dos Escribas e Notários

(...) Investigaremos, pois, as doenças a que estão expostos tais operários. Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos ou outras operações aritméticas (...) (Ramazzini, 1999, p.235).

(...) A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão... Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda a sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pôde melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda; porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a mesma doença... E que proteção prescreve a arte médica aos que, por sua perseverança em escrever, são atacados de tão graves males?... Serão úteis freqüentes fricções... para a lassidão do braço e da mão, as mesmas fricções, porém mais suaves, com óleo de amêndoas doces, ao qual se pode misturar um pouco de aguardente, a fim de robustecer aquelas partes (...) (Ramazzini, 1999, p.236).

Suplemento IV - Doenças dos Tecelões

(...) É por certo laboriosa a tarefa, pois todo o corpo se exercita, as duas mãos, os braços, pés e espáduas, não deixando parte alguma que não colabore, ao mesmo tempo (...) (Ramazzini, 1999, p.242).

(...) Também os tecelões dedicados sobretudo a tecer panos, se não são robustos e musculosos, serão atingidos gravemente de

lassidão, especialmente nos braços, espáduas e pés. Durante a confecção do pano, pela grande largueza da fazenda, atendem dois homens ao mesmo trabalho, um passado a lançadeira e o fim ao outro com a mão direita, e este a devolvendo com a esquerda, ambos, ao mesmo tempo, levando depois, com grande força, o pente de tecer ao peito (...) (Ramazzini, 1999, p.242).

(...) A defesa contra esses males de homens e mulheres que se dedicam a tão árdua tarefa é a moderação; aquele vulgar 'não demasiado', me grada bastante. Fricções leves de óleo de amêndoas doces nos braços, nas coxas e nas pernas, serão úteis (...) (Ramazzini, 1999, p.242).

Suplemento VI - Doenças dos Carpinteiros

(...) Essa arte, em geral, é trabalhosa e fatiga os operários, afetando gravemente os que serram árvores para fazer tábuas...Os que trabalham no torno com madeiras como buxo, oliveira, terebinto e similares cansam-se muito porque os braços e as mãos estão em constante contensão para segurar o **escopro** (...) (Ramazzini, 1999, p.247, 248).

(...) Não tenho remédios a aconselhar aos operários da madeira, senão moderação no seu trabalho, as fricções leves de azeite. E se, por outras causas, são presa de doenças agudas, adotar-se-ão os mesmos remédios indicados para os outros operários cujas forças se extenuarem com o trabalho excessivo (...) (Ramazzini, 1999, p.248).

Suplemento VII - Doenças dos Amoladores

(...) Poucas são as artes, creio eu, tão inofensivas que não causem alguma lesão nos seus artífices... Tampouco é pequena a tarefa de fazer andar com o pé direito a roda grande de madeira que imprime movimento igual ao da pequena mó. Ainda que alguns logrem este incômodo, mandando os meninos movimentar a máquina, cansam os braços e as mãos pela tensão exigida pelo trabalho (...) Quanto aos recursos que posso aconselhar para sua ajuda, não vejo outra maneira senão a moderação e o repouso durante as horas de labor, não dando tanta importância ao ganho quanto à saúde (...) (Ramazzini, 1999, p.249,250).

2.1.2 LER-DORT – A construção histórica de um conceito

Por conceito, é preciso entender uma representação sob a qual é subsumida uma generalidade; ou, em outras palavras, segundo Heidegger

(1889-1976)¹ “uma representação que delimita um domínio de objetos por inteiro ou segundo perspectivas particulares porém diretivas”.

Como em várias situações de estudo médico-científico, o estudo do contexto histórico que levou ao entendimento atual sobre LER-DORT, apesar de indiscutível importância, é de configuração fragmentada ao longo do tempo, desde os relatos imprecisos dos casos iniciais, até a busca de consolidação sobre as definições atuais, um dos pilares deste estudo. Neste sentido, Heisenberg² propôs que o conhecimento supõe um desarranjo, uma perturbação do fenômeno que ele deseja atingir. Portanto, só há conhecimento no desarranjo. Como físico, produziu uma teoria dos dispositivos de experimentação, que pode ser estendida ao campo das ciências humanas, nas quais a relação perturbadora do pesquisador com relação ao seu objeto tem a mesma importância que nas ciências físicas, e da qual depreende-se que não é possível aceitar uma proposição, sem ter a perspectiva do lugar de onde foi emitida.

Allard E. Dembe (1996), em sua obra intitulada *Occupation and Disease: How social factors affect the conception of work related disorders*, analisa dezenas de epidemias de doenças ocupacionais, através de um método que o autor define como histórico, caracterizando-o como um "estudo em história social da doença ocupacional" cuja meta é entender o desenvolvimento dos fatores nosológicos no contexto de forças sociais e políticas que existem no tempo do evento em questão. Abordar tal objeto, numa perspectiva histórica, segundo Dembe, significa um ganho pela avaliação compreensiva da multiplicidade de fatores sociais que afetam o reconhecimento inicial e a sua concepção como um distúrbio ocupacional.

Este breve preâmbulo, fez-se necessário, pois remete à importância de se visitar alguns marcos histórico-referenciais, possibilitando o entendimento

¹ Martin Heidegger (1889-1976). Nasceu em 26 de setembro de 1889 em Messkirch (na suíça Alemã), na região de Baden, falecendo em 27 de maio de 1976, no mesmo local. Sua historiografia é fortemente vinculada à Universidade de Friburgo, onde foi aluno, *privat-dozent* (professor adjunto) e Reitor (abril de 1933 a fevereiro de 1934). Sua formação principal é como filósofo e matemático, com estudos nas áreas de teologia, ciências naturais e história. Esta definição sobre “Conceito” foi retirada de *Grundbegriffen*, 1981 (Conceitos Fundamentais), visto que as aulas sobre Conceitos Fundamentais, ministradas por Heidegger na Universidade de Friburgo em 1941, foram editadas postumamente em 1981.

² Werner Karl Heisenberg (1901-1976). Um dos mais importantes físicos alemães. Por seus trabalhos sobre a mecânica quântica, recebeu o Prêmio Nobel em 1932.

Sobre Heidegger e Heisenberg, consultar Huisman D. Dicionário de Obras Filosóficas. São Paulo: Martins Fontes; 2002 e Huisman D. Dicionário dos Filósofos. São Paulo: Martins Fontes; 2004

de como as diversas observações e estudos anatômicos, fisiológicos, clínicos e cirúrgicos possibilitaram, ao longo do tempo, que houvesse a construção e compreensão hodiernas sobre as LER-DORT. Para facilitar a compreensão cronológica dos fatos relativos à construção histórico-conceitual das LER-DORT, aspectos relevante serão abaixo delineados em Quadros dispostos em cronologia subsequencial, de acordo com os intervalos de tempo pertinentes à periodização clássica da história geral da humanidade ancorados nos estudos exordiais de Cristoph Cellarius (1634-1707)³.

2.1.2.1 Idade Antiga: entre egípcios, a Bíblia, gregos e romanos

Na Idade Antiga (de 4.000 a.C. até 476 d.C.), destacam-se os relatos contidos no Papiro Sallier (II), na Bíblia Sagrada, além dos fundamentos descritos pelos gregos e romanos no campo da medicina.

Os primórdios de referências escritas, relacionadas aos riscos do ambiente de trabalho, datam de 2360 a.C., e foram descritos num papiro egípcio, o Papiro Sallier II (ou *Papyrus Sallier II*), que contém a seguinte informação:

"Eu jamais vi ferreiros em embaixadas e fundidores em missões. O que vejo sempre é o operário em seu trabalho; ele se consome nas goelas de seus fornos. O pedreiro, exposto a todos os ventos, enquanto a doença o espreita, constrói sem agasalho; seus dois braços se gastam no trabalho; seus alimentos vivem misturados com os detritos; ele se come a si mesmo, porque só tem como pão os seus dedos. O barbeiro cansa os seus braços para encher o ventre. O tecelão vive encolhido – joelho ao estômago – ele não respira. As lavadeiras sobre as bordas do rio, são vizinhas do crocodilo. O tintureiro fede a morrinha de peixe, seus olhos são abatidos de fadiga, suas mãos não param e

³ Uma das fontes germinativas da concepção de periodização clássica da história geral da humanidade, foi proveniente da proposição de Cristoph Cellarius (1634-1707), filósofo e historiador alemão (com estudos nos campos de teologia e matemática), que propôs a divisão dos períodos históricos em: antiguidade, Idade Média e Idade Moderna. Embora qualquer articulação no processo histórico seja passível de críticas, essa prática torna-se indispensável para que o conhecimento histórico se torne inteligível. Sobre este assunto, consultar o trabalho do Prof. Dr. Wolf Schäfer (State University of New York at Stony Brook, Department of History, Stony Brook, New York), intitulado *The New Global History Toward a Narrative for Pangaea Two* e publicado no periódico alemão *Erwägen Wissen Ethik*, EWE (previously EuS) 14(2003)1, (<http://iug.uni-paderborn.de/ewe/>), apresentando-se o artigo completo disponível no endereço eletrônico <http://www.sunysb.edu/globalhistory/PDF/Hauptartikel.pdf>.

suas vestes vivem em desalinho" (Molina, 1977; Soto, 1978; Alvarado et al., 1999).

Os papiros de Sallier⁴ (assim como os de Anastasi e de D'Orbiney) foram denominados dessa maneira de acordo com aqueles que os possuíram, antes de serem encaminhados aos diversos museus da Europa (Leyde, Londres, Paris e Berlin); referindo-se respectivamente a François Sallier (coleccionador francês), Giovanni Anastasi (coleccionador de origem armênia) e à Madame D'Orbiney.

A Bíblia Sagrada (Livro II de Samuel 10:23), durante a descrição do reinado de Davi (1010 a 970 a.C.)⁵, faz a seguinte citação sobre 'Os valentes de Davi':

"Eleazar se manteve firme e combateu os filisteus até que sua mão, cansada, ficou colada à espada" (CNBB, 2002).

No âmbito da medicina grega, ressaltam-se dois trabalhos. Um deles, o de Hipócrates (460 a.C. – 377 a.C.), nascido na ilha de Cós, o qual foi considerado como o primeiro médico a rejeitar superstições e credences de que forças sobrenaturais ou divinas causassem doenças, separando a medicina da religião e argumentando que a doença não seria uma punição dos deuses, mas, sim, resultado de fatores ambientais, dietéticos e hábitos de vida. Pela relevância dos seus estudos, recebeu o epíteto de 'O pai da Medicina'. A escola hipocrática defendia que todas as doenças eram resultado do desequilíbrio no balanço de quatro humores (sangue, bile negra, bile amarela e fleuma). Em sua obra intitulada – *Das Epidemias*⁶ – Hipócrates afirma que um

⁴ Sobre os papiros de Sallier há de se destacar a forma equivocada como os mesmos são descritos em algumas obras, utilizando-se termos errôneos como Seller e Sellier. Ressalta-se sua origem a partir do nome do coleccionador francês François Sallier (1760-18310). Entre os anos de 1828 e 1830, Sallier recebeu a visita do oficial do exército napoleônico Jean Francois Champollion que estudou e traduziu os papiros de sua coleção, os quais se encontram sob a égide do Museu Britânico desde 1939. Sobre este assunto, consultar the '*Satire of Trades*' - Digital Egypt for Universities, no sítio da University College London disponível em <http://www.digitalegypt.ucl.ac.uk/Welcome.html>

⁵ Época aproximada do reinado de Davi. De acordo com Edward Reese (professor de Bíblia e História na Hyles-Anderson College) e Frank Klassen (engenheiro e arquiteto), autores da obra intitulada – *A Bíblia em Ordem Cronológica*. São Paulo: Editora Vida; 2003 – "A opinião de homens de bem pode variar em diversos assuntos, e o mesmo vale para o campo da cronologia bíblica. Não há dois estudiosos que concordem em todas as datas. No entanto, como a variação entre os diversos padrões de datação é sempre de poucos anos, pode-se estabelecer uma cronologia básica aceitável das Escrituras".

⁶ Uma versão completa da obra – *Das Epidemias* – de Hipócrates, traduzida por Francis Adams para a língua inglesa "Of the Epidemics" encontra-se disponível no endereço eletrônico da Universidade de Adelaide (Austrália) <http://etext.library.adelaide.edu.au/h/hippocrates/epidemics/index.html>

trabalhador desenvolveu paralisia após realizar constantes e prolongados movimentos serpentiformes e giratórios nas mãos. O outro foi realizado por Claudius Galenus, Galenus de Pergamum ou Galeno (129 d.C. – 199 d.C.), nascido em Pérgamo, uma antiga cidade grega que se localizava na Mísia, no noroeste da Anatólia (atual Bergama, na Turquia), o qual descreveu a neurite cérvico-braquial e estabeleceu sua relação com a patologia vertebral. (Haas, 1991; Toledo-Pereyra, 2002; Todman, 2007)⁷

No que concerne a Roma, há o destaque de Aulus Cornelius Celsus ou Celso (25 a.C. – 50 d.C.), cuja principal obra intitulada *‘De Medicina’*, explica a noção dos quatro sinais cardinais da inflamação - dor, calor, rubor e tumefação e permitiu que lhe fosse conferido o epíteto de ‘Cícero da Medicina’. (Spivack, 1991; Pinkster, 1995; Bauer, 1996; Tracy, 2006)

2.1.2.2 Idade Média: buscando-se a luz em poucos relatos...

Na Idade Média (476 d.C. até 1453 d.C.), merecem atenção os trabalhos de Avicenna no tratamento da dor articular e de Armand de Villeneuve no estudo da ergonomia.

Abu Ali al-Husayn ibn Abd-Allah ibn Sina, dito Avicenna, (980-1037) foi médico e filósofo e nasceu na vila de Belkh, próximo a Bukhara na Pérsia. Foi intitulado ‘O Príncipe da Medicina’. Em sua obra ‘Cânon da Medicina’ (*Al-Qanun fi al-Tibb*) tece o seguinte comentário acerca dos tratamentos termais *‘... les eaux sulfureuses calment lês nerfs, apaisent les douleurs, dispersent les matières morbides contenues dans les articulations’*. (Urdaneta Carruyo, 1989; Masic, Ridanovic, 1993; El-Gammal, 1994; Namazi, 2001; Burns, Fulder, 2002; Naderi et al., 2003)

Quanto a Armand de Villeneuve (1253-1313)⁸, foi um médico francês, que dentre outros aspectos, estudou riscos ergonômicos decorrentes da adoção de posturas inadequadas. (Mellick, 1999; Vidal, 2005)

⁷ Informações históricas relacionadas com a reumatologia podem ser acessadas no sítio do Instituto Português de Reumatologia, disponível no endereço eletrônico http://www.ipr.pt/menu/?file=texto&codigo_menu=1761&sel_men=1761

⁸ Neste sentido, consultar o artigo intitulado – Textos selecionados em ergonomia contemporânea – do Prof. Dr. Mário César Vidal (Coordenador do Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias da COPPE/UFRJ), disponível no endereço eletrônico <http://www.gente.ufrj.br/>

2.1.2.3 Idade Moderna: fundamentos da evolução médico-científica

No período da Idade Moderna (1453 d.C. até 1789 d.C.), observa-se um grande desenvolvimento da produção médico-científica, no campo da anatomia, fisiologia, semiologia, saúde ocupacional e na descrição e caracterização de quadros patológicos relacionados aos nervos, articulações e sistema músculo-esquelético. Nesta época, foram de grande relevância os trabalhos de Paracelsus, Ambroise Paré, Vesalius, Ballonius, Cullen, Domenico Cotugno e de Ramazzini.

Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim (1493-1541) foi um médico suíço e alquimista, que recebeu o epíteto de 'Paracelsus' (acima de Celsus). Introduziu o inovador conceito bioquímico de que as doenças das articulações seriam tartáricas pois, de forma idêntica ao depósito de tártaro nos tonéis de fermentação do mosto, também nelas, por insuficiência digestiva, precipitar-se-iam produtos de degradação. Para drenar os produtos de degradação, preconizou a cura termal, os purgantes, o tártaro sob forma de sais, o ouro coloidal e o enxofre. Deve-se-lhe, ainda, o termo sinóvia (semelhante à clara do ovo), para designar o fluido viscoso da cavidade articular, o qual foi o primeiro a descrever. (Haas,1991b; Cockayne, 2002)

A profissão médica no século XVI compreendia três classes: em primeiro lugar situavam-se os médicos, que possuíam maiores conhecimentos teóricos, usavam o latim em seus escritos e se consideravam a elite da profissão. Vinham a seguir os cirurgiões, que tratavam feridas e traumatismos externos, faziam amputações, praticavam a talha para tratamento da litíase vesical, lancetavam abscessos e usavam o cautério. Por último, estavam os cirurgiões-barbeiros, que faziam sangrias, aplicavam sanguessugas e ventosas, barbeavam seus fregueses e, por vezes, concorriam com os cirurgiões abrindo abscessos e fazendo curativos. (Rezende, 2002)

Ambroise Paré (1510-1590) nasceu em Bourg-Hersent, próximo a Laval, França. Não era médico e iniciou sua carreira como aprendiz de cirurgião-barbeiro na cidade de Laval, no interior da França. Foi indicado como cirurgião militar do exército francês, participando das campanhas da Itália de 1536 a 1545. Em 1564 publicou '*Dix livres de la Chirurgie*' e, em 1575, aos 65 anos de

idade, reuniu todos os seus trabalhos sob o título *'Les Oeuvres de M. Ambroise Paré, avec les figures et les portraits de l'Anatomie que des instruments de chirurgie et de plusieurs monstres'*. Denominado 'O pai da moderna Cirurgia', foi o primeiro a descrever as lesões dos cistos sinoviais. (Lindskog, 1971; Bloch, 1991; Shah, 1992; Sherzoi, 1999; Dumaître, 2001)

Contemporâneo de Paré, Andreas Vesalius (1514-1564), médico e anatomista belga, frequentou as Universidades de Louvain, Paris e Pádua, tendo sido denominado 'O pai da anatomia moderna'. Publicou em 1538, a *'Tabulae Anatomicae Sex'*, obra que, pela primeira vez, em séculos, veio a corrigir diversos equívocos de Galeno, com desenhos artísticos de ossos e músculos humanos. No ano de 1543, lançou *'De Humani Corporis Fabrica, Libri Septem'*, descrevendo originalmente a anatomia e as alterações do disco intervertebral. Esta obra dedicava-se ao estudo dos ossos, músculos, artérias e veias, sistema nervoso, órgãos abdominais, coração, pulmões e cérebro, tendo sido condensada em outra obra denominada *'O Epítome'*, que foi editada para que os estudantes a utilizassem na mesa de dissecação. (Norwich, 1967; Benini, Bonar, 1996; Tierney, 1996; Biesbrouck, 2006; Vons, 2006)

O primeiro médico a ter uma noção moderna dos reumatismos foi o francês Guillaume de Baillou ou Ballonius (1538-1616)⁹. Em sua obra póstuma, intitulada *'Liber de Rheumatismo Opera Medica Omnia'*, classificou as patologias reumáticas em: crônicas (com contratura e incapacidade permanente); passageiras (com recidivas); intercorrentes (no decurso de doenças crônicas); e com dores não articulares. Descreveu patologias reumáticas e degenerações de mãos e punhos em 1591. (Bloch, 1979; Dembe, 1996; Oliveira, 2006; Instituto Português de Reumatologia, 2005)

As relações entre as alterações da coluna vertebral, o lumbago e a ciática foram bem estudadas por William Cullen (1710-1790), médico e químico escocês, em sua Obra *'Synopsis Nosologiae Methodicae'* datada de 1785 (Balint et al., 2006); enquanto que o quadro clínico da dor ciática foi minuciosamente descrito em 1764, pelo médico Italiano, professor de Anatomia da Universidade de Nápoles e Diretor do *Hospitale Ospedale degli*

⁹ Sobre Guillaume de Baillou, consultar os artigos intitulados – Guillaume de Baillou (1538-1616) clinician and epidemiologist. JAMA. 1966;195(11):957 e Guillaume de Baillou, M.D. (1538-1616): portrait of a sixteenth-century Renaissance pathfinder. N Y State J Med. 1979;79(3):406-7.

Incurabili, Domenico Felice Antonio Cotugno (1736-1822), na obra '*De Ischiade Nervosa Commentarius*'. (Böni et al.,1994)

Ressalta-se que foi na Idade Moderna que viveu o mais expressivo médico no campo da saúde ocupacional, Bernardino Ramazzini (1633-1714), o qual recebeu o epíteto de 'Pai da Medicina do Trabalho' ou 'Pai da Saúde Ocupacional'. Ramazzini foi autor de vários trabalhos no campo da medicina, epidemiologia, higiene, literatura, poesia, meteorologia e hidrologia. Sua obra mais conhecida é o livro '*De Morbis Artificum Diatriba*', traduzido em português para 'As Doenças dos Trabalhadores'. Introduziu a preocupação com o tipo de trabalho como um importante quesito da anamnese médica, descrevendo as doenças relacionadas a mais de cinquenta ocupações e propondo que se acrescentasse a pergunta 'qual é a sua ocupação?' (ou 'que arte exerce?', de acordo com a tradução mais próxima do texto original) aos modelos hipocráticos fundamentais da anamnese. (Ramazzini, 1999; Franco, Franco, 2001; Pope, 2004)

2.1.2.4 Idade Contemporânea: consolidação e aplicação dos conceitos

Na Idade Contemporânea (de 1789 d.C. até aos dias atuais), com os avanços técnico-científicos da propedêutica diagnóstica e uma maior estruturação e consolidação dos estudos referentes à saúde do trabalhador, houve uma melhor definição clínica e conceitual dos quadros clínicos das patologias músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho, verificando-se mudanças progressivas na terminologia deste grupo de doenças, até chegarmos aos termos atualmente empregados. Destacam-se, neste período, os estudos na França (Bichat, Dupuytren, Velpeau, Duchenne, Notta e Tinel); na Inglaterra (Gurney, Charles Thackrah, Poore, Gowers, Paget e Hunt); na Escócia (Bell); na Áustria (Benedikt); na Itália (Leonardo Bianchi); nos Estados Unidos da América (Beard, Wood e Phalen) e na Suíça (De Quervain e Finkelstein).

Na França, o médico, fisiologista e anatomista Marie-François-Xavier Bichat (1771-1802), nascido em Thoirette-en-Bresse, foi considerado o 'Pai da histologia moderna e da patologia dos tecidos', descrevendo, na sua publicação '*Anatomie Générale Appliquée à la Physiologie et la Médecine*'

(1799), vinte e uma espécies de tecidos formadores de órgãos do corpo humano, dentre os quais o ósseo, o sinovial e o cartilaginoso. (Haas,1994; Lohff, 2001; Marson, 2003)

Seu contemporâneo, o médico, anatomista, cirurgião e professor de Anatomia da Universidade de Paris, Guillaume Dupuytren, que também possuía o título nobiliárquico de Barão (1777-1835), descreveu as manifestações clínicas e o tratamento cirúrgico da Contratura de Dupuytren em 1832, também denominada de cãibra dos cordoeiros ou rendeiros, a qual correspondia a uma fibromatose da fáscia plantar caracterizada pelo espessamento e contratura das bandas fibróticas nas superfícies palmares das mãos e dos dedos. Dembe (1996) descreve que em 1910 a Associação dos Cordoeiros de Nottingham denunciou ao Chefe da Inspeção das Fábricas a ocorrência da cãibra entre os cordoeiros. Após a devida investigação médica, constatou-se que “A prevalência da Contratura de Dupuytren entre os rendeiros é maior do que a habitual e tem uma relação direta com a freqüência e a força com que as alavancas e as rodas da máquina são manipuladas, além de seus tamanhos, formas e posições”. (Pascarella, 1968; Goldwyn, 1969; Dembe, 1996; Brasil, 2001; Gudmundsson et al., 2003; Rayan, 2007; Shaw et al., 2007)

Contemporâneo de Dupuytren, Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau (1795-1867), médico francês, anatomista, cirurgião e professor da Clínica Cirúrgica da Universidade de Paris, conceituou a tenossinovite como uma lesão da bainha do tendão. Em sua obra *‘Traité D'anatomie Chirurgicale’* (Paris,1825) descreveu três formas de tenossinovite: a infecciosa, a crepitante e a estenosante. Também criou um método de imobilização ósteo-articular, até hoje mundialmente reconhecido por seu nome. (Gilchrist, 1967; Aron, 1994; Dembe, 1996; Dunn, 2005)

Deve-se a Guillaume Benjamin Amand Duchenne de Boulogne (1806-1875), médico francês e neurologista, alguns avanços significativos no estudo da fisiologia do sistema nervoso. Duchenne de Boulogne apresentava grande interesse pela eletrofisiologia, vindo a construir sua própria máquina de estimulação neuromuscular e a desenvolver a técnica de uso dos eletrodos de superfície. Publicou estudos de eletroneurofisiologia, dentre os quais, aqueles envolvendo a análise da contratilidade e sensibilidade eletromuscular em casos

de paralisias dos membros superiores¹⁰. Para Duchenne, a câibra dos escrivãos seria essencialmente devido a um problema relacionado ao sistema nervoso, localizado nos nervos periféricos ou no sistema nervoso central. (Cuthbertson, 1979; Ostini, 1993; Dembe, 1996; Rondot, 2005)

Coube a Alphonse Henri Notta (1824-1914)¹¹, médico francês, cirurgião do Hospital de Lisieux e antigo interno do Hospital Civil de Paris, fazer a primeira descrição, no ano de 1850, sobre o fenômeno do gatilho do dedo causado por alterações no tendão flexor e sua bainha tendinosa, num artigo intitulado 'Achados sobre uma afecção particular de ramos tendinosos da mão, caracterizados pelo desenvolvimento de uma nodosidade sobre o trajeto dos músculos flexores dos dedos e pelo bloqueio de seus movimentos', publicado no periódico '*Archives Générales de Médecine*'⁷. (Fenoglio, Lagna-Fietta, 1968; Sato et al., 2004; Flatt, 2007)

No ano de 1915, o médico e neurologista francês Jules Tinel (1879-1952) descreveu o 'Sinal de Tinel', para o diagnóstico da síndrome do túnel do carpo, o qual correspondia a uma sensação de formigamento na extremidade distal de um membro quando é feita percussão sobre o território de um nervo. (Clark, 1983; Davis, Chung, 2004)

Assim como a França, a Inglaterra foi o berço de significativas contribuições neste período. Edwyn Godfrey Scholey Gurney (1788-1854)¹², médico inglês nascido em Camborne (Distrito de Kerrier, condado de Cornwall), cidade que já foi um centro de referência para mineração de estanho e cobre nos séculos XVIII e XIX, descreveu algumas alterações músculo-esqueléticas nos mineiros, caracterizadas por bursite aguda e celulite superficial sobretudo em topografia das mãos, cotovelos, joelhos e tornozelos. (Dembe, 1996)

¹⁰ Os originais dos estudos correlatos em francês - Recherches faites à l'aide du galvanisme sur l'état de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires dans les paralysies des membres supérieures. Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1849;29: 667-70 e De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique (Paris, J. B. Baillière et fils, 1855; 2nd edition, 1861; 3rd editon, 1872; German edition (revised) by Johann Julius Friedrich Erdmann (1809-1858).

¹¹ Sobre Alphonse Henri Notta, registra-se sua importante contribuição no entendimento das tenossivites, no seu artigo intitulado – Recherches sur affection particuliere des gaines tendineuses de la main, caracterisee par le developpement d'une nodosite sur le trajet des tendons flechisseurs des doigts et par l'empchement de leurs mouvements. Arch Gen Med. 1850; 24:142-161.

¹² Disponível em The National Archives. Will of Edwyn Godfrey Scholey Gurney, Surgeon of Camborne, Cornwall [text on the internet]. London: [cited 2008 Jan 19]. Available from: http://www.nationalarchives.gov.uk/documentsonline/details-result.asp?queryType=1&resultcount=1&Edoc_Id=41708

Merece destaque o trabalho de Charles Turner Thackrah (1795-1833), médico inglês, nascido em Leeds (norte da Inglaterra) e bastante conhecido por seu trabalho na área de medicina ocupacional, o que lhe conferiu o epíteto de ‘Pai da medicina ocupacional nos países de língua inglesa’. A primeira edição de seu trabalho sobre doenças profissionais ocorreu em 1831. A edição ampliada e revisada, em 1832, era intitulada ‘Os Efeitos de Artes, Ofícios e Profissões e cívica dos estados e hábitos de vida sobre Saúde e Longevidade, com sugestões para remoção de muitos dos agentes que produzem doenças e reduzir a duração da vida’. Nesta obra, sobre os costureiros, descreveu que “... *Sentados o dia todo em atmosferas confinadas, geralmente em salas repletas, com as pernas cruzadas e a coluna arqueada... Às vezes ocorre redução da sensibilidade do dedo médio direito, assim como ocorre perda ou incapacidade funcional do nervo braquial direito...*” e acerca dos funcionários de escritórios, registrou que “...*São mantidos em uma carteira, exceto por um intervalo de duas horas e meia para a refeição, desde as seis e meia da manhã até as nove horas da noite... Seus músculos ficam estressados pela manutenção do corpo na mesma postura e eles freqüentemente se queixam de dores...*”. (McCallum, 1985; Rosner, 1987; Cleeland,Burt; 1995; Dembe, 1996; Hardy, 2003)

Estudos sobre a cãibra do escrivão foram realizados, na Inglaterra, por George Poore e William Gowers. George Vivian Poore (1843-1904), médico inglês e professor Emérito da *University College Hospital* (Londres), anteriormente denominado *The North London Hospital* (1834), analisou minuciosamente 75 casos de cãibra do escrivão (*writer's cramp*), publicando-os em 1878¹³. O termo ‘neurose ocupacional’ para designar a multiplicidade de patologias de extremidades superiores que acometiam escrivãos, telegrafistas, cordoeiros, rendeiros e outros profissionais foi utilizado pela primeira vez por Sir William Richard Gowers (1845-1915), médico inglês, neurologista e pediatra. Ao contrário dos tempos atuais, onde o termo neurose indica uma condição mental ou psicológica, no final do século XIX ele era empregado para

¹³ Informações sobre o The North London Hospital e University College Hospital, encontram-se disponíveis no endereço eletrônico <http://www.ucl.ac.uk/Library/medical-history/clinical-med.shtml>. Sobre o trabalho do Prof. George Vivian Poore, intitulado *Analysis of Seventy-five Cases of “Writer's Cramp” and Impaired Writing Power* e que foi publicado no periódico inglês *Medico-Chirurgical Transactions (The Medical and Chirurgical Society of London)*, ressalta-se que o artigo completo disponível no endereço eletrônico <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2150247> (Poore GV. *Analysis of Seventy-five Cases of “Writer's Cramp” and Impaired Writing Power*. *Med Chir Trans.* 1878; 61:111-46).

designar uma patologia que acometesse o nervo, sem que houvesse a identificação de uma lesão específica, ou seja, uma alteração neurológica de etiologia desconhecida. (Dembe, 1996; Tyler et al., 2000; Tyler, 2003)

Credita-se a Sir James Paget (1814-1899), médico inglês, fisiologista, patologista, cirurgião e professor de Anatomia e Cirurgia do *Royal College of Surgeons of England*, a primeira descrição de um caso de compressão do nervo mediano decorrente de uma fratura complicada do punho na sua obra '*Lectures on surgical pathology*' (Paroski, Fine, mar. 1985, p.448.; Scully, Levers, set. 1994, p.375; Sternbach, mai. 1999, p.519). Neste sentido, James Ramsay Hunt (1872-1937), médico neurologista americano e professor de Neurologia da *Columbia University College of Physicians and Surgeons*, relatou casos de atrofia da musculatura tenar resultantes de uma lesão do ramo tenar do nervo mediano. (Sternbach, 1999)

Na Escócia, ressalta-se a contribuição do médico, anatomista, fisiologista e cirurgião, Sir Charles Bell (1774-1842). Graduado em 1799 na Universidade de Edinburgo e admitido no *The Royal College of Surgeons*, Bell participou do corpo médico inglês na batalha de *Waterloo* no ano de 1815. Foi professor das Universidades de Edimburgo e de Londres, do Colégio Real de Cirurgiões e fundador do Hospital e Escola Médica de Middlesex em Londres (1828). Na sua vasta produção acadêmica, destacam-se duas obras que têm relevância para o estudo de patologias que acometiam trabalhadores da época. Uma delas intitulada – 'Uma exposição do sistema natural de nervos do corpo humano' e a outra – 'O sistema nervoso do corpo humano, compilando os trabalhos entregues à *Royal Society* sobre o assunto dos nervos'¹⁴. Nestes estudos, o autor além de descrever o papel do estímulo elétrico na função neuromuscular, demonstrando que sob estímulos prolongados os músculos tornavam-se fatigados, perdendo sua capacidade de contração; também registrou a sintomatologia do quadro algíco que poderia acometer trabalhadores de escritório: dores, paralisias, espasmos musculares de mãos e punhos que apareciam paulatinamente e que se acentuavam com a execução

¹⁴ Títulos originais em língua inglesa – An Exposition of the Natural System of Nerves of the Human Body e The Nervous System of the Human Body. Embracing the Papers Delivered to the Royal Society on the Subject of the Nerves.

de movimentos repetitivos. (Gejrot, 1986; Pearce, 1993; Dembe, 1996; Gardner-Thorpe, 2002; Grzybowski, Kaufman, 2007; Tomey et al., 2007)

Na Áustria, Moritz Benedikt (1835-1920), médico, neurologista e Professor da Universidade de Viena, classificou as câibras do escrivão (*writer's cramp*) em tremulares, espasmódicas e paralíticas, de acordo com a sintomatologia dominante. (Ellenberger, 1974; Dembe, 1996; Verplaetse, 2004)

Leonardo Bianchi (1848-1927), médico italiano, neuropatologista e professor de Psiquiatria e Neuropatologia das Universidades de Palermo e Nápoles, publicou em 1873, no primeiro número do periódico *IL Morgagni*, um caso de câibra do escrivão (*writer's cramp* ou *scriveners' cramp*) e, no ano de 1878, publicou no periódico *The British Medical Journal* um relato de cinco casos, os quais os classificou como discinesias profissionais¹⁵. (Bianchi, 1878)

Nos Estados Unidos da América, George Miller Beard (1839-1883), médico e neurologista, introduziu na literatura médica o termo neurastenia em 1869, para caracterizar o estado de esgotamento físico e mental e variados problemas somáticos relacionados com uma exaustão do sistema nervoso, sendo a mesma imputada à condição de estresse da vida moderna. As alterações ocupacionais de mãos e punhos (como aquelas que acometiam escrivãos e telegrafistas) passaram a ser intimamente relacionadas à neurastenia. (Macmillan, 1976; Pichot, 1994; Gijswijt-Hofstra, 2001; Goetz, 2001; Goetz, 2001; Schäfer, 2002; Brown, 2005)

Nesta época, Horatio Curtis Wood (1841-1920), médico americano e professor das Cadeiras de Neurologia e Terapêutica da Universidade de Pensilvânia, referia que a neurose ocupacional poderia de fato ser considerada uma neurastenia local (McClenahan, 1984; Dembe, 1996; Goetz, Pappert, 1996; Southgate, 2005). Coube ao médico ortopedista americano George S. Phalen (1911-1998) a elaboração da manobra que recebeu seu nome 'Manobra ou Teste de Phalen', para detecção da síndrome do túnel do carpo, segundo a qual, o tamanho do túnel do carpo poderia ser reduzido,

¹⁵ Sobre o trabalho do Dr. Leonardo Bianchi, intitulado *A Contribution to the Treatment of the Professional Dyscinesia* e que foi publicado no periódico inglês *the British Medical Journal*, ressalta-se que o artigo completo disponível no endereço eletrônico <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2220716> (Bianchi L. *A Contribution to the Treatment of the Professional Dyscinesia*. *Br Med J*. 1878; 1(890):87-9). No mesmo sentido, segundo Dembe (1996), publicaram trabalhos sobre a câibra dos telégrafos (*telegraph cramp*), os médicos Onimus (1875), Edward Robinson (1882), Thomas Fulton (1884) e Charles Dana (1894).

vindo a ocasionar dor de duas maneiras: segurando-se a mão afetada com o punho completamente flexionado/estendido durante 30 a 60 segundos; ou colocando-se um manguito de esfigmomanômetro no braço afetado e inflando-se a um ponto entre a pressão diastólica e a sistólica durante 30 a 60 segundos. (Phalen,1966; Phalen,1972; Vargas Busquets,1994; Sternbach,1999)

No ano de 1895, o médico suíço, cirurgião e professor da Cadeira de Cirurgia das Universidades de Basel e Berna, Fritz De Quervain (1868-1940) descreveu pela primeira vez a ‘tenossinovite estenosante do processo estilóide radial’ ou ‘Doença de De Quervain’ (Strickland et al., 1990; Rush, 2000; Ahuja, Chung, 2004; Ilyas et al., 2007); cujo estudo ao exame físico do paciente é realizado através da manobra de Finkelstein, que corresponde à sensação de dor no processo estilóide do rádio e na base do polegar, com o desvio forçado da mão para o lado ulnar, elaborada por Harry Finkelstein (1865-1939), médico e cirurgião suíço. (Murtagh, 1989; Rush, 2000; Brasil, 2001; Ahuja, Chung, 2004)

2.1.2.5 O Estado da Arte das Denominações Atuais

A partir da 2ª metade do século XX, percebe-se o processo de construção de uma terminologia, que passasse a albergar as patologias que acometiam os trabalhadores e que eram relacionadas ao comprometimento do sistema osteomuscular.

Em 1958, foi proposta a denominação *Occupational Cervicobrachial Disorder* (OCD), termo utilizado no Japão para descrever a fadiga neuromuscular nos músculos dos braços e das mãos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos, percebendo-se que o termo em questão apresenta uma conotação causal. (Maeda et al., 1982; Oliveira, 1999a; Verthein, Minayo-Gomez, 2000)

Entre 1970 e 1980, a terminologia empregada na Inglaterra e Austrália para a indicação de doenças musculotendíneas dos membros superiores, ombros e pescoço, nas atividades de digitação, linhas de montagem e embalagens foi *Repetitive Strain Injuries* (RSI). Este termo foi originalmente descrito na Austrália após uma epidemia de sintomas dolorosos na região

cervicobraquial que, em alguns locais, chegou a comprometer cerca de 80% dos trabalhadores. Esses sintomas passaram a ser denominados "*repetitive strain injury*" ("RSI"), que era uma designação até então utilizada na literatura ortopédica para descrever lesões apresentadas por corredores de longa distância. (Verthein, Minayo-Gomez, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2003)

Em 1986, nos Estados Unidos da América, passou-se a utilizar o termo *Cumulative Trauma Disorders* (CTD), correspondendo às lesões dos tecidos moles: nervos, tendões, bainhas tendinosas e músculos do corpo, principalmente dos membros superiores, causadas por atividades repetitivas. (Verthein, Minayo-Gomez, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2003)

No século XX, a década de 90 é marcada pela abordagem ergonômica e epidemiológica dos fatores de risco, apresentando como fatores etiopatogênicos das lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho, as tarefas repetitivas, o uso excessivo de força, as posturas inadequadas e a organização ininterrupta e excessiva de trabalho. Neste período, ressalta-se a utilização da terminologia inglesa, também empregada na Itália, *work-related musculo-skeletal disorders of the upper limbs - WMSDs* e aquela adotada nos Estados Unidos, *work-related upper-extremity disorders – WRUEDs*. (Verthein, Minayo-Gomez, 2000; Brasil, 2001; Brasil, 2003)

No Brasil, a primeira descrição de uma patologia osteomuscular relacionada com o trabalho aconteceu no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (1973), quando foram apresentados casos de tenossinovite ocupacional ocorridos em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, recomendando-se que fossem observadas pausas de trabalho daqueles que operavam intensamente com as mãos. (Brasil, 2003)

No ano de 1978, o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, hoje denominada Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, regulamentou os artigos contidos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em capítulo específico da Segurança e Medicina do Trabalho (Capítulo V, Título II, artigos 154 a 201, com redação da Lei n. 6.514/77); por meio da Portaria n. 3.214/78, criando vinte e oito Normas Regulamentadoras (NRs), dentro da concepção de saúde ocupacional, dentre as quais a Norma Regulamentadora n. 17 (NR 17), referente à Ergonomia. (Brasil, 1978)

No Brasil, em 1984, a tenossinovite entre digitadores foi apresentada pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados, ocorrido em Belo Horizonte, como uma patologia de alta incidência entre digitadores. No mesmo evento, o termo LER (Lesões por Esforços Repetitivos e que é a versão em língua portuguesa para RSI - Repetitive Strain Injuries/RSI), foi referendado pelo médico Mendes Ribeiro como denominação da doença em todo território nacional e corroborado em 1986, durante o I Encontro Estadual da Saúde de Profissionais de Processamento de Dados, no Rio Grande do Sul. A tenossinovite entre digitadores teve sua alta incidência demonstrada pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados, ocorrido em Belo Horizonte. O termo LER passou, a partir de então, a caracterizar as lesões associadas às atividades de movimentos repetitivos e à sobrecarga muscular estática que acometiam, dentre outros profissionais, aqueles que trabalhavam na área de processamento de dados, usuários de terminal de vídeo, operadores de linha de montagem e trabalhadores de empresas de telecomunicação; verificando-se que esta nova denominação presumia a presença de uma lesão e o mecanismo pelo qual ela ocorre. (Oliveira, 1999a; Monteiro, 1998; Verthein, Minayo-Gomez, 2000; Brasil, 2003)

Em 07 de novembro de 1986, a Direção Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a partir da Coordenação de Programas Especiais, publicou a circular de Origem 501.001.55 n. 10, na qual orientava as superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho, quando esta fosse resultado de 'movimentos articulares intensos e reiterados'¹⁶, equiparando-se a um acidente do trabalho, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 2º, da Lei n. 6.367 de 19/10/76. Ainda nessa Circular, há referência a todas as afecções que, relacionadas ao trabalho, resultem de carga excessiva das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa a

¹⁶ Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Circular n° 501.001.55 n. 10 de 07 de novembro de 1986. Dispõe que a tenossinovite, quando resulte de movimentos articulares intensos e reiterados, equipara-se nos termos do artigo 2º, 3º da lei n. 6.367, de 19/10/76, a um acidente do trabalho, fazendo jus o segurado, nesta hipótese, às prestações do respectivo seguro. [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1987 Ago 7 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>

que, entre outras categorias profissionais, freqüentemente se expõem digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras. (Brasil, 1987a; Monteiro, 1998)

Em 6 de agosto de 1987, houve a publicação da Portaria n° 4.062, do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), assinada pelo ministro Raphael de Almeida Magalhães, a qual dispunha sobre a competente investigação a fim de conferir ou afastar o nexos de causalidade entre a síndrome de tenossinovite e as atividades exercidas pelo digitador (possibilitando o reconhecimento da tenossinovite como doença do trabalho)¹⁷. Embora utilizasse a expressão ‘tenossinovite do digitador’, estendeu a possibilidade do acometimento para outras categorias profissionais que ‘exercitassem os movimentos repetidos dos punhos’, sendo o primeiro passo para que uma das patologias que a sigla LER englobava fosse reconhecida como uma doença do trabalho. (Brasil, 1987b)

Na data de 23 de novembro de 1990, houve a publicação da Portaria n° 3.751, pelo então Ministro do Trabalho e Emprego, a qual alterava a Norma Regulamentadora (NR) n. 17, atualizando a Portaria 3.214/78, com os avanços técnicos no campo da ergonomia. (Brasil, 1990)

Em 1991, o então Ministério unificado do Trabalho e da Previdência Social, dentro da série ‘Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade’, publicou aquela referente à ‘Lesão por Esforços Repetitivos’ (Oliveira, 1991). No ano de 1992, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo publicou a Resolução SS 197 de 08 de junho de 1992, a qual aprovava ‘A norma técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estágios evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção das lesões por esforços repetitivos – LER’. (São Paulo, 1992)

No ano de 1993, ocorreu a publicação de uma nova série de ‘Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade LER – Lesões por Esforços Repetitivos’, a qual promoveu uma revisão global daquela publicada em 1991. Esta nova série adotou, quase na íntegra, a norma técnica publicada pela

¹⁷ Brasil. Ministério da Previdência Social. Portaria MPS n. 4062 de 6 de agosto de 1987. Dispõe sobre a competente investigação a fim de conferir ou afastar o nexos de causalidade entre a síndrome de tenossinovite e as atividades exercidas pelo digitador [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1987 Ago 7 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, na Resolução SS 197/1992, promovendo uma revisão generalizada da série de Normas Técnicas publicada em 1991, tendo sido proposta pela Divisão de Perícias Médicas da Coordenação Geral de Serviços Previdenciários do Ministério da Previdência Social e realizada tendo por base as resoluções sobre LER das Secretarias de Saúde dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, as quais foram, à época, amplamente discutidas pela sociedade civil, representada por sindicatos; pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde; pelos empregadores e por órgãos de classe. O grupo revisor foi composto por técnicos no Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho, do Sindicato dos Bancários e do Núcleo de Referências em Doenças Ocupacionais da Previdência Social-NUSAT/MG. (Brasil, 1998; Brasil, 2001)

No Brasil, as siglas WMSDs (work-related musculo-skeletal disorders of the upper limbs) e WRUEDs (work-related upper-extremity disorders) foram traduzidas para a sigla DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Verifica-se a abrangência do termo DORT, visto que o mesmo dispensa a relação causal e não exige qualquer explicação quanto ao mecanismo de acometimento, sendo suficiente a relação com o trabalho (Oliveira, 1999a; Verthein, Minayo-Gomez, 2000). A denominação DORT passou a ser adotada recentemente, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social editou a OS n. 606, em 5 de agosto de 1998, a qual veio a aprovar a 'Norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho'¹⁸. (Brasil, 1998; Brasil, 2001)

Em 1999, ocorreu a publicação da Portaria Federal n. 1.339/GM - MS, através da qual, o então Ministro de Estado da Saúde, José Serra, no uso de suas atribuições, resolveu instituir a 'Lista de doenças relacionadas ao trabalho' a ser adotada como referência aos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I dessa Portaria, contendo no item 13 as doenças do sistema

¹⁸ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ordem de Serviço (OS) INSS/DSS n. 606 de 5 de agosto de 1998. Aprova norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1998 Ago 19 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=600&Word=tenossinovite>

osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas com o trabalho -Grupo XIII da CID-10. (Brasil, 1999)

Em 23 de dezembro de 1999, houve a publicação da Resolução n. 10, pela Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS/DC), a qual aprovou 'Os Protocolos Médicos, com alterações realizadas pela Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade da Diretoria de Benefícios e dá outras providências'; dentre os quais, no Anexo 13, aqueles relativos às doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo que poderiam estar relacionadas com o trabalho. (Brasil, 2000)

No ano de 2003, veio a ser publicado pela INSS/DC, o mais recente instrumento legal brasileiro acerca da questão LER-DORT. Através da Instrução Normativa n. 98, de 05 de dezembro de 2003, foi aprovada a 'Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT', que revisou completamente a Norma Técnica anterior relativa à Ordem de Serviço n. 606/1998 publicada pela Diretoria do Seguro Social do Instituto Nacional do Seguro Sécia (INSS/DSS)¹⁹. (Brasil, 2003)

A nomenclatura DORT veio substituir a bastante difundida LER, pois como utiliza o termo 'distúrbios' em vez de 'lesões', passa a admitir que os sintomas podem aparecer sem que a pessoa esteja lesionada, ou seja, amplia o conceito de lesão por esforço repetitivo, quando reconhece o fato de que a dor sentida pelo indivíduo também pode ser provocada por fatores como estresse, fadiga e depressão. A adoção do termo DORT passou a significar, portanto, que a dor crônica poderia existir sem que para isso houvesse obrigatoriamente uma lesão, tornando mais compreensíveis os mecanismos que produzem o sofrimento, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de ações terapêuticas e preventivas mais eficazes. (Brasil, 2001)

Contudo, muitas vezes, será evidenciado o emprego conjunto das duas siglas (LER-DORT), inclusive na terminologia adotada por documentos oficiais,

¹⁹ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instrução Normativa INSS/DC n. 98 de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2003 Dez 10 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>

conforme observado na Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC. (Brasil, 2003; Regis Filho et al., 2006)

Existem vários conceitos do que as siglas LER-DORT realmente venham a representar. Foram selecionados intencionalmente para análise, os significados adotados em dois momentos distintos da normalização previdenciária brasileira sobre o assunto. O primeiro, refere-se à OS n. 606/1998 – INSS/DSS (Brasil, 1998), da qual se extrai que a LER-DORT seria *“uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, instalando-se insidiosamente em determinados segmentos do corpo, em consequência de trabalho realizado de forma inadequada, sendo o estabelecimento do nexos causal, parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conheçam a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador”*.

Num segundo momento, observa-se o conceito presente na Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC (Brasil, 2003), na qual a LER-DORT seria *“uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, ocorrendo geralmente nos membros superiores. É, freqüentemente, causa de incapacidade laboral temporária ou permanente e resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos, com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência das estruturas músculo-esqueléticas contra a gravidade. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER-DORT”*.

Percebe-se a evolução do pensamento doutrinário da Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC, quando destaca como fatores determinantes da condição não só a ‘realização do trabalho de forma inadequada’, conforme dispunha a OS n. 606/1998 – INSS/DSS, mas também a ‘combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação’, assim como introduz o conceito de que “*a necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER-DORT*”. Depreende-se, assim, a partir da análise da Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC, que a sintomatologia sentida pelo indivíduo também poderia ser provocada por fatores como estresse e fadiga.

2.1.3 LER-DORT – Doença do trabalho ou doença profissional?

A saúde do trabalhador, devido à sua interdisciplinaridade, apresenta um vasto objeto de estudo e, portanto, uma ampla terminologia, que deve ser, ao menos, pontualmente conhecida, no intuito de se evitar equívocos, sobretudo no enquadramento das diversas alterações clínicas correlatas.

Preliminarmente, faz-se necessário esclarecer que na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10, 2008) não existe referência aos termos LER e/ou DORT, ou ainda aos seus respectivos significados – Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), o que equivale a dizer que estes termos não são codificados ou reconhecidos isoladamente como doenças. Contrariamente, as diversas patologias que podem ser englobadas nas siglas LER-DORT são individual e devidamente reconhecidas e incluídas no CID-10, conforme assim descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Codificação das patologias englobadas nas siglas LER-DORT (CID-10)

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VII da CID-10)	
GRUPO (CID-10)	SUBGRUPO (CID-10)
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)
Outras Artroses (M19.-)	—
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 Estilóide Radial (De Quervain) (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 Olecrano (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);

continua...

continuação e conclusão

DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XIII da CID-10)	
GRUPO (CID-10)	SUBGRUPO (CID-10)
Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0)	—
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)
Outras entesopatias (M77.-):	Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1)
Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)	—
Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondropatias especificadas (M93.8)	—

Estabelecidas estas considerações exordiais, depreende-se, portanto, que o título deste capítulo relaciona-se com as várias patologias musculares, tendíneas, tenossinoviais, sinoviais e vásculo-nervosas que estão englobadas nas siglas LER-DORT, ou seja, com as diversas espécies de doenças que o termo genérico (sigla ou gênero) LER-DORT possa albergar. Desta forma, a questão acima colocada é se as patologias que a sigla LER-DORT compreende são consideradas doenças do trabalho ou profissionais.

De acordo com a Ordem de Serviço n. 606/1998 – INSS/DSS: “O termo LER é genérico, e o médico deve sempre procurar determinar o diagnóstico específico. Como se refere a diversas patologias distintas, torna-se difícil estabelecer o tempo necessário para uma lesão persistente passar a ser considerada como crônica. Além disso, até a mesma patologia pode se instalar e evoluir de forma diferente, dependendo dos fatores etiológicos”. Neste sentido, tanto a OS n. 606/1998 – INSS/DSS, como a Instrução Normativa

n.98/2003 – INSS/DC consideram a LER-DORT como uma uma “*síndrome clínica relacionada ao trabalho*”.

Sob o ponto de vista normativo, as doenças ocupacionais estão subdivididas em “doenças profissionais” e “doenças do trabalho”, estando atualmente previstas no art. Art. 20, incisos I e II da Lei 8.213/91. Preliminarmente, torna-se importante estabelecer a diferença existente entre os presentes termos:

O Professor Wladimir Novaes Martinez²⁰ propõe a distinção entre ambas, dizendo que a doença profissional é decorrente da função que o trabalhador exerce ou da ocupação profissional, enquanto a doença do trabalho resulta das condições do exercício das funções, do ambiente de trabalho ou dos instrumentos utilizados na atividade laboral. Corrobora-se este entendimento, com a explanação didática e extremamente elucidativa de Santos (2005)²¹: “Exemplifico para facilitar as coisas: a silicose (do silício), a asbestose (do amianto) e o saturnismo (do chumbo) são doenças profissionais, porquanto inerentes à atividade exercida pelos trabalhadores; enquanto que a hipertensão arterial, a ansiedade, a depressão, alguns tipos de cânceres, as LER, os DORT e a SEP (síndrome de esgotamento profissional) são doenças do trabalho”.

A Doença Profissional (tecnopatia ou ergopatia), de acordo com o Inciso I do artigo 20 da Lei 8.213/91, seria aquela “*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*”. São também denominadas “doenças profissionais típicas”, por serem características de determinadas ocupações e, portanto, prescindem da necessidade de comprovação donexo causal. Dada sua tipicidade, dispensam a comprovação do nexode causalidade com o trabalho. Há uma presunção legal nesse sentido. Como se presume que o empregado tenha ingressado sadio na empresa, até por força do exame médico admissional, basta que este

²⁰ MARTINEZ WN. Comentários à Lei Básica da Previdência Social. Tomo 1. São Paulo: Editora LTr; 4ª Edição. 2003.1122 p.

²¹ O MM. Dr Aloysio Santos é Juiz do TRT da 1ª Região e Juiz convocado pelo TST de agosto de 2000 a dezembro de 2002, sendo este excerto retirado do seu artigo intitulado doença profissional: antecipação da tutela. reintegração. mandado de segurança: cabimento, publicado na Rev. TST, Brasília, vol. 71, n. 2, maio/ago 2005.

comprove que em seu ambiente de trabalho, estava em contato com os agentes causadores, para ter seu direito acidentário reconhecido.

A Doença do Trabalho (mesopatía), de acordo com o Inciso II do artigo 20 da Lei 8.213/91, seria aquela “*adquirida ou desencadeada em função das condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente*”. São igualmente denominadas ‘moléstias profissionais atípicas’, pois, enquanto as doenças profissionais resultam de risco específico direto, característico do ramo de atividade, as do trabalho, têm como causa ou concausa o risco específico indireto. Dada sua atipicidade, exigem a comprovação do nexo de causalidade com o trabalho. Desta forma, como exemplo, uma tendinite pode provir de um risco genérico e pode acometer qualquer pessoa. Mas se o trabalhador exercer sua atividade sob condições especiais, o risco genérico transforma-se em risco específico indireto. (Monteiro, 1998; França, 2004; Monteiro, 2005)

Ressalta-se que a jurisprudência já consolidou que as relações de doenças contidas nos anexos dos dispositivos normativos que regulamentam a Previdência Social não são *numerus clausus*, sendo meramente exemplificativas, ressaltando-se que esses anexos também são objetos de críticas acerca de seus conteúdos. (Brandimiller, 1996; Monteiro, 1998)

Esclarece-se oportunamente que o rol do Anexo II do Decreto 6042/2007 (Brasil, 2007), que alterou o regulamento da Previdência Social, não faz a distinção entre as doenças profissionais e do trabalho, apenas apresentando a provável vinculação existente entre os agravos e os diversos subtipos inclusos na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), identificando aqueles grupos de atividades que apresentam maior possibilidade de risco de gerar determinada patologia.

Importante referir que as patologias englobadas nas siglas LER-DORT representam agravos de difícil obtenção do reconhecimento como doenças causadas pelo trabalho, por expressarem distintos interesses conflitantes de classe. Nesse sentido, em 27 de março de 2007, a presidência do INSS publicou a Instrução Normativa nº 16²², aprovando o Nexo Técnico

²² Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (BR). Instrução Normativa INSS/PRES n. 16, de 27 de março de 2007. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Epidemiológico

Epidemiológico (NTEP), a qual já foi revogada, tendo seu texto atualizado pela Instrução Normativa nº 31/2008²³. A aprovação do NTEP, ao apresentar uma relação da entidade mórbida e as classes da CNAE, com indicação das doenças e seus respectivos agentes etiológicos ou fonte de riscos ocupacionais, pretendeu inverter o ônus da prova, passando para o empregador o encargo da comprovação de que o seu ambiente de trabalho não causou tal doença ou acidente ao trabalhador. (Oliveira, 1999a; Verthein, 2000)

Esclarecidas as diferenças entre doenças profissionais e doenças do trabalho, faz-se necessária uma breve contextualização histórica legislativa para a compreensão das LER-DORT como doenças do trabalho, relato que é bem descrito no corpo da Instrução Normativa n.98/2003 - INSS/DC²⁴.

O primeiro instrumento normativo a apresentar um anexo contendo uma “*relação das doenças profissionais*” foi o Decreto-Lei n. 293 (23/02/1967). Tratava-se de uma tímida relação, que continha apenas 18 (dezoito) grupos de patologias e que não elencava nenhuma doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionada com o trabalho. Esta relação foi modificada paulatinamente pelos seguintes documentos legais: Decreto n. 357 (07/12/1991) – Decreto n. 611 (21/07/1992) – Decreto n. 2.172 (05/03/97) – Decreto n. 3.048 (06-05-99) – Portaria n. 1339/GM (18/11/1999) e pelo atual Decreto n. 6.042, de 12 de fevereiro de 2007.

Na época, a legislação acidentária vigente era a Lei n. 5.316/67²⁵, a qual não tecia qualquer abordagem específica sobre casos de tenossinovite ocupacional, sendo esta omissão mantida na norma sucessora, a Lei n. 6.367/76²⁶.

Previdenciário - NTEP, e dá outras providências. Disponível em URL:

<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2007/16.htm>

²³ Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (BR). Instrução Normativa INSS/PRES n. 31, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências. Disponível em URL: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2008/31.htm>

²⁴ Brasil. Instrução Normativa n. 98 INSS/DC de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>>. Acesso em 08/01/2007.

²⁵ BRASIL. Lei n. 5316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. Disponível em <<<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

²⁶ BRASIL. Lei n. 6367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

No Brasil, as LER/DORT foram primeiramente descritas como tenossinovite ocupacional. Foram apresentados, no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho - 1973, casos de tenossinovite ocupacional em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, recomendando-se que fossem observadas pausas de trabalho daqueles que operavam intensamente com as mãos.

Apenas em 1986, através da publicação da circular origem 501-001.55 n. 10, Rio de Janeiro (07/11/86), a direção do INAMPS passou a orientar suas superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como acidente do trabalho nas atividades com exercícios repetitivos.

Um ano após, foi publicada a Portaria MPAS n. 4.062, de 6 de agosto de 1987, a qual considerava que a tenossinovite de digitador poderia ser resultante do esforço repetido, peculiar não só à atividade do digitador mas a outras determinadas categorias, como datilógrafos, pianistas, entre outros, que exercitam os movimentos repetitivos do punho; e que a síndrome seria resultante de condições especiais ou adversas em que o trabalho fosse realizado portanto podendo ser incluída no dispositivo do § 3º, do artigo 2º, da Lei n. 6.367 ('), de 19 de outubro de 1976, configurando-a assim, como doença do Trabalho, ou seja, aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho realizado a com ele se relacione diretamente.

Sucedendo o Decreto-Lei n. 293/1967 vieram os Decretos 357/1991; 611/1992 e 2.172/1997 que, ao invés de utilizarem o termo “*relação das doenças profissionais*” do Decreto-Lei n. 293/1967, passaram a apresentar, nos seus respectivos ‘Anexo II’, as listagens das “*doenças profissionais ou do trabalho*”. Nestas listas, nos seus correspondentes itens de número 22, dentre os riscos físicos, definiam-se as vibrações, como sendo “*afecções dos músculos, tendões, ossos, articulações, vasos sanguíneos periféricos ou dos nervos periféricos, em trabalhadores da indústria metalúrgica, construção naval e automobilística; mineração; agricultura (moto-serras); instrumentos pneumáticos; ferramentas vibratórias elétricas manuais; condução de caminhões e ônibus etc*”. Ressalta-se que estas normas continham a mesma construção textual no tocante à descrição das vibrações, dentre os riscos físicos e, em consonância com o Decreto-Lei n. 293/1967, todos estes

instrumentos normativos não elencavam nenhuma doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionada com o trabalho.

Em 1991, o então Ministério do Trabalho e da Previdência Social²⁷, dentro da série “Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade”, publicou aquela referente à “Lesão por Esforços Repetitivos”; a qual foi revisada globalmente em 1993, quando da publicação de uma nova série de “Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade LER – Lesões por Esforços Repetitivos”, sendo importante registrar que nesta norma de 1993, constava uma orientação explícita de que o INSS, registrasse inicialmente os casos de afecções músculo-tendíneas como doença do trabalho, critério este a ser mantido de acordo com a avaliação pericial, conforme abaixo descrito, *in verbis*, nos itens 2 (Procedimentos administrativos e periciais) e 2.1. (Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT) desta norma:

“Todos os casos de afecções neuro-músculo-tendino-sinoviais adquiridas ou desencadeadas em função das condições especiais em que o trabalho é realizado, caracterizadas genericamente como LER, devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador ou por pessoa ou órgão competente, nos termos do artigo 142 da lei n° 8.213/91, até o primeiro dia útil, após: a) a data do início da incapacidade (1° dia útil de afastamento do trabalho); ou b) a data em que for realizado o diagnóstico. De posse da CAT, o segurado deve dirigir-se ao serviço de saúde público ou privado para atendimento médico e preenchimento do verso da CAT (Laudo de Exame Médico - LEM). Recebendo a CAT, o Setor de Benefícios da Divisão de Seguro Social do INSS registrará o caso de imediato, independentemente da existência de outros documentos ou da realização de diligências, anotando-a também na Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do segurado, sem prejuízo da conclusão posterior da Perícia Médica sobre a caracterização como doença de trabalho. Concluindo

²⁷ A Lei 8028 de 12 de abril de 1990, no inciso X do artigo 17, contém a nova denominação do “Ministério do Trabalho e da Previdência Social” em substituição à anterior que era “Ministério do Trabalho”.

posteriormente o INSS pela não existência da doença de trabalho, a descaracterização será feita e anotada na CTPS do segurado”.

Em 05 agosto de 1998, foi publicada pela Diretoria do Seguro Social, do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS/DSS, a Ordem de Serviço n. 606, a qual aprovou a “Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT”.

Esta norma explicava que “apesar da adoção de nova terminologia - DORT - para fins de atualização desta norma, o uso do termo LER nesta seção justifica-se, para se manter a referência bibliográfica” e definia as Lesões por Esforços Repetitivos - LER como sendo “uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho”.

De acordo com esta OS “(...) as lesões causadas por esforços repetitivos são patologias, manifestações ou síndromes patológicas que se instalam insidiosamente em determinados segmentos do corpo, em consequência de trabalho realizado de forma inadequada. Assim, o nexó é parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conhecem a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador, donde a proposta da nova terminologia Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (...)”.

Na Seção I, item 8 (Da Notificação) tem-se in verbis que: “a notificação tem por objetivo o registro e a vigilância dos casos de DORT. Sendo confirmado o diagnóstico de DORT, deve ser emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, mesmo nos casos que não acarrete incapacidade laborativa para fins de registro e não necessariamente para o afastamento do trabalho”.

A Seção II da OS 606/98 (norma técnica de avaliação da incapacidade laborativa), trouxe nos itens 2 e 2.1, os procedimentos administrativos e periciais para emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT em casos de DORT, contendo no seu item 2.1.1, in verbis:

“Todos os casos com diagnóstico firmado de DORT devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador, com o devido preenchimento do Laudo do Exame Médico (LEM) ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo PCMSO, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexo causal e técnico”;

Destaca-se ainda nesta norma, a apresentação nos seus itens 2.5 e 2.5.1, sobre a caracterização pericial do nexo técnico com o trabalho, *in verbis*:

“O nexo técnico deve ser entendido como o vínculo entre a afecção de unidades motoras e a existência de fatores ergonômicos de risco para desenvolvimento de DORT. O nexo causal correlaciona a clínica com a etiologia, enquanto o nexo técnico relaciona o diagnóstico com o trabalho. Apenas o cotejamento das características clínicas do caso (notadamente anátomo-funcionais) com as condições específicas de trabalho (gestos, posições, movimentos, esforços, tensões, ritmo, carga de trabalho etc.) permitem afirmar ou excluir o vínculo com o seu trabalho. A incidência da lesão em outros trabalhadores que executam atividades semelhantes (critério epidemiológico) pode direcionar, mas não estabelece o vínculo técnico. A caracterização pericial do nexo técnico não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a afecção e a execução do seu trabalho. Sendo evidente a presença de fatores ergonômicos de risco em relação às estruturas comprometidas, é clara a ação do trabalho como fator desencadeante/agravante do quadro. A constatação de afecção subjacente (reumática, traumática, endócrino-metabólica), por si, não descaracteriza o nexo com o trabalho que pode ser fator agravante sobre uma condição pré-existente”.

O Decreto n. 3.048/1999, passa a representar um divisor de águas entre os instrumentos normativos pretéritos e posteriores. Apesar do anexo II deste Decreto apresentar uma relação contendo os “*agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho*”, na qual, configura-se no item 22, uma definição de ‘*vibrações*’ semelhante àquela contida em normas pregressas; contudo, verifica-se que este anexo passa a apresentar também duas Listas: a Lista (A) – apresentando os “*agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional relacionados com a etiologia de doenças profissionais e de outras doenças relacionadas com o trabalho*” e a Lista (B) – relativa aos grupos de doenças relacionadas com o trabalho e contidos na classificação internacional de doenças (CID-10). A grande importância deste Decreto decorre do fato de que estas Listas, ao mesmo tempo em que representam um ponto significativo de inovação e inclusão em relação ao reconhecimento de situações nocivas à saúde do trabalhador não alcançadas pelas normas anteriores, elas foram extensivas a ponto de serem pouco alteradas nos instrumentos normativos ulteriores, ou seja, a Portaria n. 1339/1999 e o Decreto n. 6.042/2007.

No quadro 2, incluem-se desta listagem, patologias do sistema nervoso, osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas com o trabalho e pertencentes aos grupos VII e XIII da CID-10, que podem ser englobadas nas siglas LER-DORT. Ressalta-se novamente que esta relação não é exaustiva, sendo de caráter exemplificativo.

Ressalta-se que a publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Federal 1339/99, foi adotada também pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, significando um avanço para novas práticas e políticas no campo da Saúde do Trabalhador por ampliar o conceito da relação entre doença e trabalho. Da mesma forma, o Decreto de 6042/2007 acrescentou outras fontes de risco para as doenças enquadradas como LER/DORT, exemplificadas aqui, numa relação não exaustiva, como: posições incômodas, gestos repetitivos, ritmo de trabalho penoso, condições difíceis de trabalho, além das vibrações localizadas.

Atualmente, o documento legal vigente em relação às LER-DORT é a Instrução Normativa n. 98, de 05 de dezembro de 2003, que foi publicada pela Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS/DC; vindo a aprovar a “Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT”, promovendo, desta forma, uma revisão sobre a Norma Técnica sobre DORT, aprovada pela OS n. 606/1998 – INSS/DSS.

Esta norma define as LER/DORT como *“uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, síndromes miofasciais, que podem ser identificadas ou não”*.

Na Seção I, item 8 (Da Notificação), da Instrução Normativa n. 98/2003 tem-se *in verbis* que: *“Segundo o artigo 336 do Decreto n. 3.048/99, “para fins estatísticos e epidemiológicos, a empresa deverá comunicar o acidente de que tratam os artigos 19, 20, 21 e 23 da Lei n. 8.213, de 1991. Dentre esses acidentes, se encontram incluídas as **doenças do trabalho nas quais se enquadram as LER/DORT”**”; sendo este texto uma resposta conclusiva à indagação proposta como tema deste artigo.*

Diante do exposto, conclui-se que as patologias englobadas nas siglas LER-DORT são atualmente enquadradas no conceito legal de doença do trabalho de acordo com o disposto na Instrução Normativa 98/2003 e seus efeitos jurídicos são equiparados ao acidente do trabalho, nos termos do Artigo 20 da Lei 8213/91.

2.1.4 O gênero LER-DORT e suas espécies

O termo LER – lesões por esforços repetitivos – foi introduzido no Brasil pelo médico Mendes Ribeiro, em 1986, durante o I Encontro Estadual da Saúde de Profissionais de Processamento de Dados, no Rio Grande do Sul. (Monteiro, 2005)

Em 6 de agosto de 1987, através da Portaria n. 4062, o Ministério da Previdência Social reconheceu a tenossinovite do digitador como doença

ocupacional, estendendo a possibilidade do acometimento para outras categorias profissionais que "exercitam os movimentos repetidos dos punhos", sendo este o primeiro passo para que uma das patologias que a sigla "LER" englobava fosse reconhecida como uma doença do trabalho. (Brasil, 1987)

A denominação DORT – sigla para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – passou a ser adotada recentemente, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social editou a Ordem de Serviço n. 606 em 5 de agosto de 1998², a qual já se encontra revisada pela Instrução Normativa n. 98/2003 – INSS/DC. (Brasil, 2003)

A terminologia DORT tem sido adotada preferencialmente por alguns autores em relação a outras como: Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO), e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO), por evitar que na própria denominação já se apontem causas definidas (como por exemplo: "cumulativo" nas LTC e "repetitivo" nas LER) e os efeitos (como por exemplo: "lesões" nas LTC e LER)⁴. Na DORT se utiliza o termo "distúrbios" em vez de "lesões", passando-se a admitir que os sintomas possam aparecer sem que a pessoa esteja lesionada, ou seja, amplia-se o conceito de lesão por esforço repetitivo, quando passa a reconhecer o fato de que a dor sentida pelo indivíduo também possa ser provocada por fatores como estresse e fadiga. A adoção do termo DORT significa, portanto, que a dor crônica pode existir sem que para isso haja obrigatoriamente uma lesão, tornando mais compreensíveis os mecanismos que produzem o sofrimento, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de ações terapêuticas e preventivas mais eficazes. (Brasil, 2001; Brasil, 2003)

Contudo, muitas vezes, será evidenciado o emprego conjunto das duas siglas (LER-DORT), inclusive na terminologia adotada por documentos oficiais, conforme observado na Instrução Normativa n. 98/2003 – INSS/DC. (Brasil, 2003)

Existem vários conceitos do que as siglas LER-DORT realmente venham a representar. Foram selecionados intencionalmente para análise, os significados adotados em dois momentos distintos da normatização previdenciária sobre o assunto. O primeiro, refere-se à OS n. 606/1998 –

INSS/DSS (Brasil, 1998), da qual se extrai que a LER-DORT – *“É uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, instalando-se insidiosamente em determinados segmentos do corpo, em consequência de trabalho realizado de forma inadequada, sendo o estabelecimento do nexo causal, parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conheçam a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador”* e também *“Condição dolorosa e prejudicial, causada pelo uso excessivo ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultante de atividades físicas relacionadas ao trabalho. É caracterizada por inflamação, dor ou disfunção das articulações, ossos, ligamentos e nervos envolvidos”*. Num segundo momento, observa-se o conceito presente na Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC (Brasil, 2003), na qual a – LER-DORT – seria *“Uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, ocorrendo geralmente nos membros superiores. É, freqüentemente, causa de incapacidade laboral temporária ou permanente e resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos, com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência das estruturas músculo-esqueléticas contra a gravidade. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER-DORT”*.

Percebe-se a evolução do pensamento doutrinário da Instrução Normativa n.98/2003 – INSS/DC, quando destaca não só a *“realização do trabalho de forma inadequada”*, conforme a OS n. 606/1998 – INSS/DSS, mas

a “*combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação*”, assim como introduz o conceito de que “*a necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER-DORT*”. Observa-se, assim, que a sintomatologia sentida pelo indivíduo também poderá ser provocada por fatores como estresse e fadiga.

Os termos LER-DORT são genéricos, devendo-se sempre procurar determinar o diagnóstico específico. Muitas vezes é difícil estabelecer o tempo necessário para que uma lesão persistente passe a ser considerada como crônica, visto que até a mesma doença pode se instalar e evoluir de forma diferente, dependendo dos fatores etiológicos². Várias patologias estão englobadas nas siglas LER-DORT e podem ser agrupadas em: a) *afecções tendíneas, tenossinoviais e sinoviais*: tenossinovites e tendinites, doença de De Quervain, dedo em gatilho, tenossinovite dos extensores dos dedos e do carpo, tenossinovite dos flexores dos dedos, epicondilite lateral, epicondilite medial, tendinite bicipital, tendinite do supra-espinhoso e cistos sinoviais; b) *afecções vásculo-nervosas*: correspondentes às síndromes do túnel do carpo, do canal de Guyon, do pronador redondo e do desfiladeiro torácico; e c) *afecções musculares*: síndrome da dor miofascial e espondiloalgias. (Rocha, Ferreira Junior, 2000; Marano, 2003)

O desenvolvimento das LER-DORT é multicausal e apresenta relação com fatores de risco, cujos grupos principais são (Kuorinka, Forcier, 1995):

a) o grau de adequação do posto de trabalho à zona de atenção e à visão, visto que as dimensões inapropriadas do posto de trabalho podem forçar os indivíduos a adotar posturas de trabalho que originam ou agravam as lesões osteomusculares;

b) o frio, as vibrações e as pressões de objeto ou ferramentas sobre os tecidos de partes moles do corpo e trajetos do sistema nervoso periférico;

c) as posturas inadequadas e o aparecimento da carga estática que estará presente quando um membro se mantiver numa posição contrária à gravidade.

d) a força, repetitividade e duração da carga osteomuscular sobre ossos, músculos e articulações.

e) a invariabilidade da tarefa, que implica em monotonia fisiológica e/ou psicológica;

f) as exigências cognitivas que podem causar um aumento de tensão muscular, ou até, uma reação generalizada de estresse; e

g) os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho, como a carreira profissional, a carga e o ritmo de trabalho e o ambiente social e técnico do trabalho.

Para a caracterização do quadro clínico de quaisquer das patologias englobadas nas siglas LER-DORT é necessário definir a presença donexo causal, por meio de um acurado procedimento diagnóstico, que inclui: a) uma ampla anamnese ocupacional (ressaltando-se as informações materiais, estruturais e de recursos humanos pertinentes ao ambiente de trabalho); b) um exame clínico detalhado, c) avaliação dos relatórios do médico do trabalho e do responsável pela assistência ao paciente; e d) vistoria no posto de trabalho. (Brasil, 2001; Gonzaga, 2001)

O diagnóstico da existência de uma ou mais entidades nosológicas englobadas nas siglas “LER-DORT” fundamenta-se nas seguintes etapas habituais de investigação clínica (Brasil, 2001; Brasil, 2003; Gonzaga, 2001; Marano, 2003; Rocha, Ferreira Junior, 2000):

a) história da moléstia atual – Atenção especial se deve dar às queixas de dor, desconforto, fadiga e sensação de peso, dormência, sensação de diminuição de força, edema e rigidez muscular. Toda sintomatologia deve ser caracterizada quanto a duração, localização, intensidade, padrão, formas de instalação e fatores agravantes ou atenuantes.

Os sintomas têm início geralmente insidioso, sendo predominantes no fim da jornada de trabalho ou durante os picos de produção, ocorrendo alívio com o repouso noturno e nos finais de semana.

Paulatinamente, ocorrerá um aumento na duração da sintomatologia, passando a haver incômodo nos períodos de repouso e uma maior procura por auxílio médico. Esta fase é imprescindível para que sejam feitos o diagnóstico e tratamento precoces no intuito de se conter a progressão do problema, sendo imprescindível o controle dos fatores desencadeantes e agravantes.

Com o passar do tempo, os sintomas aparecem espontaneamente e tendem a ser contínuos, com quadros álgicos intensos. Nessa fase, o

trabalhador não consegue mais trabalhar na mesma função. Às vezes, as crises surgem sem causa aparente e os sintomas passam a comprometer a capacidade funcional do indivíduo acometido no trabalho, em casa ou nas suas atividades diárias, caracterizando um quadro mais grave de dor crônica, que deverá ser abordado por uma equipe multidisciplinar. Nesta fase, alguns pacientes passam a apresentar sintomas depressivos reacionais à sensação de impotência e incômodo decorrentes de seus sintomas

Essa situação poderá despertar desconfiança por parte do médico assistente, o qual passa a achar que o problema é psicológico ou de tentativa de obtenção de ganhos secundários.

b) Investigação dos diversos aparelhos - Como em qualquer caso clínico, é importante a investigação de outras sintomas ou doenças que possam contribuir para o aparecimento ou para o agravamento do quadro. Algumas doenças sistêmicas e podem causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético e do sistema nervoso periférico, como: traumas, colagenoses, artrites, *diabetes mellitus*, hipotireoidismo, anemia megaloblástica, neoplasias, artropatias soronegativas como a espondilite anquilosante, esclerose sistêmica, polimiosite; assim como situações de gravidez e menopausa. Ressalta-se que o achado de uma patologia não-ocupacional não descarta de forma alguma a existência concomitante de LER-DORT, devendo-se sempre lembrar que poderá haver a coexistência de vários problemas concomitantes.

c) Comportamentos e hábitos relevantes – Devem-se investigar o uso abusivo de computador, atividades extenuantes como passar e lavar manualmente excessiva quantidade de roupas, limpeza manual, entre outras. Essas atividades poderão agravar o quadro de LER-DORT, mas dificilmente serão consideradas causas determinantes, uma vez que têm flexibilização no ritmo de suas execuções. As tarefas domésticas não devem ser confundidas com atividades profissionais, que são riscos para a ocorrência de LER-DORT.

d) antecedentes pessoais e familiares - Deve ser investigada a história detalhada de doenças causadoras de dor crônica e de dados epidemiológicos acerca da existência de patologias crônico-degenerativas.

e) História ocupacional - Descrever empregos anteriores, suas características, duração de jornada de trabalho, tempo de pausas, forças e movimentos repetitivos exercidos, sobrecarga estática, pressões psicológicas (chefias, produtividade, organização do trabalho, falta de reconhecimento profissional). Deve-se realizar a análise ergonômica do ambiente de trabalho.

f) Exame físico (métodos complementares) – Realizar o exame físico detalhadamente, com esmero, utilizando-se racionalmente os métodos complementares, sobretudo os exames radiológicos e de eletroneuromiografia, cujos resultados nunca devem ser analisados isoladamente, e sim sob a ótica vigilante e minuciosa do exame e raciocínio clínico.

Dentre as várias patologias ósteo-neuro-musculares englobadas nas siglas LER-DORT, serão abordadas aquelas que apresentam maior relação com as atividades laborativas do cirurgião-dentista, de acordo com seus diferentes grupos (Schilling, 1984; Brasil, 1998; Rocha, Ferreira Junior, 2000; Brasil, 2001; Gonzaga, 2001; Reider, 2001; Brasil, 2003; Marano, 2003):

l) afecções tendíneas, tenossinoviais, epicondilares e sinoviais: são doenças inflamatórias que comprometem as bainhas tendíneas e os tendões. Os casos crônicos estão, geralmente, associados às exigências do trabalho com movimentos repetitivos e exigência de força. Há necessidade de se fazer uma breve distinção entre os termos, que aparentemente, possuem o mesmo significado. A sinovite é uma designação genérica aplicável a qualquer processo inflamatório que acometa tecidos sinoviais articulares, intermusculares ou peritendinosos, em qualquer local do corpo. Tenossinovite é a inflamação dos tecidos sinoviais que envolvem especificamente os tendões, em sua passagem por túneis osteofibrosos e polias. Tendinites são inflamações do tecido próprio dos tendões, em qualquer local do corpo, com ou sem degeneração de suas fibras e fasciites são inflamações de fâscias e de ligamentos com ou sem degeneração de suas fibras.

Geralmente os termos vêm acompanhados de suas localizações anatômicas através de pontos de reparos anatômicos ósseos ou musculares (p.ex. tenossinovite dos extensores dos dedos e do carpo, tenossinovite dos flexores dos dedos, epicondilite lateral, epicondilite medial, tendinite bicipital e tendinite do supra-espinhoso). Destacam-se as seguintes patologias neste grupo:

- a) Tendinites e Tenossinovites – São doenças inflamatórias que comprometem as bainhas tendíneas e os tendões, em decorrência das exigências, condições e tipo de trabalho, sendo caracterizadas por uma combinação de dor, inchaço difuso ou localizado e desempenho laboral prejudicado. Podem ser decorrentes de traumas agudos, e, nestes casos, ocorrem acidentes típicos (ou acidentes tipo e/ou de trajeto) se forem relacionadas com o trabalho. Essas formas de LER predominam e são mais precoces nas atividades de grande repetitividade aliadas à exigência de força.
- b) Tendinite Bicipital – Inflamação da bainha sinovial do tendão da porção longa do bíceps, no ponto em que ela muda de direção: no sulco bicipital. É associada a outras lesões da bainha rotatória do ombro, causando dor na face anterior do ombro, que se irradia para as faces anterior e ateral do braço. Fatores predisponentes: membro superior mantido elevado em abdução duradoura; (b) manutenção duradoura do antebraço fletido e supinado sobre o braço.
- c) Tendinite do Supra-Espinhoso – Também conhecida como síndrome do impacto. Ocasionalmente pela compressão das fibras do supra-espinhoso pelo acrômio ao realizar a abdução do braço acima de 45°. Frequentemente associada com bursite subacromial.
- d) Tenossinovite – É a inflamação e acúmulo de líquido da bainha do tendão causada situada habitualmente na cápsula do ombro, do quadril, e no tendão de Aquiles.
- e) Tenossinovite do Braquiorradial – Ocorre em atividades relacionadas com movimentos de flexão do antebraço pronado sobre o braço.
- f) Tenossinovite dos Extensores dos Dedos e do Carpo – Comuns em digitadores. Decorrem mais da contração antigravitacional estática desses músculos.

- g) Tenossinovite dos Flexores dos Dedos e do Carpo – Acometem tendões da face ventral do antebraço e punho por movimentos de flexão repetitivos nos dedos e mão.
- h) Dedo em Gatilho – Distúrbio doloroso na mão afetando o dedo ou o polegar, que resulta do comprometimento inflamatório da bainha tendinosa dos flexores profundos dos dedos e do flexor longo do polegar, agravado pelo derrame sinovial, dificultando a mobilização e deslizamento tendíneos. É causado por pinçamento mecânico dos tendões flexores digitais no retináculo. A inflamação tendínea pode se associar ao aparecimento de nódulos, dificultando ainda mais o deslizamento dos tendões. Ocorre freqüentemente na altura das cabeças dos metacarpianos - 3º 4º e 5º. A extensão forçada poderá provocar desvio em flexão do quirodáctilo comprometido, manifestação que dá nome ao quadro. É desencadeado por movimentos repetitivos com esforço de preensão forte de objetos, flexão de dedos e/ou de falanges distais, compressão palmar. No quadro clínico destaca-se a dificuldade e/ou impossibilidade de se estender os dedos (com estalido doloroso ao se forçar o movimento), dor à palpação e nódulo na altura da articulação metacarpofalangeana.
- i) Doença de De Quervain (tenossinovite estenosante dos tendões 'pollicis' abductor longo e 'pollicis' extensor breve no primeiro compartimento dorsal do punho) – É a inflamação da bainha comum dos tendões do abductor longo e extensor curto do polegar no nível do processo estilóide do rádio. Resulta da constrição da bainha comum dos tendões do abductor longo e do extensor curto do polegar. O quadro clínico caracteriza-se por dor em projeção de processo estilóide radial, geralmente unilateral, associando-se com exposições ocupacionais em que há posturas viciosas do membro superior, tricô. Originalmente descrita em lavadeiras, incide em todas as atividades em que haja fixação do polegar acompanhada de força, quer de torção, quer de desvio ulnar do carpo.

- j) Epitrocleeíte (epicondilite medial) – É a inflamação dos músculos flexores do carpo na borda medial do cotovelo, sendo menos freqüente que a epicondilite lateral. O processo fisiopatológico é o mesmo da epicondilite. Ocorre por microtraumas de repetição em nível da inserção de origem dos flexores do punho e dos dedos.
- k) Cotovelo de Tenista (Epicondilite Lateral - *tennis elbow*) – Processo inflamatório tendíneo na inserção dos músculos do antebraço, nos côndilos umerais, resultantes de movimentos repetidos de pronação e supinação do antebraço. Ocorre dor circunjacente ao epicôndilo umeral lateral ou no músculo extensor do antebraço. Ocorre na prática esportiva (tênis, frescobol) assim como em donas de casa e artesãos.
- l) Sinovite – Inflamação de uma membrana sinovial. E caracterizada por uma enduração decorrente de derrame dentro de um saco sinovial.
- m) Cistos sinoviais – São tumefações esféricas, habitualmente únicas, compressíveis, indolores ou não que ocorrem por degeneração mixóide da sinóvia periarticular ou peritendínea, sendo favorecida por trabalhos manuais que exijam força.
- n) Bursite – Podem ocorrer em quaisquer bursas ou bolsas sinoviais, sendo freqüente nas bolsas subdeltóidea, olecranianas, subacromiais e pré-patelar .

II) Afecções nervosas (neuropatias compressivas) – Ocorrem geralmente em profissões cujas posições viciosas duradouras e movimentos repetidos ocasionam uma neuropatia por compressão nervosa. A sintomatologia depende do nervo afetado, podendo ocorrer dor, parestesias, perda de força e sensibilidade. Ressalta-se a importância da síndrome do túnel do carpo (STC) que decorre da compressão do nervo mediano no nível do punho. Ocorre nas tarefas manuais repetitivas, com uso de força ou desvio do carpo. Quando bilateral, é comum em gestantes. Destacam-se as seguintes patologias neste grupo:

- a) Neuropatias Compressivas – Decorre da compressão dos nervos nos trajetos anatômicos em áreas estreitas, havendo a ocorrência de parestesias e/ou dor.
- b) Síndrome do Supinador – É a compressão exercida pelo músculo supinador hipertrofiado sobre o nervo interósseo posterior, sendo ocasionada por movimentos repetitivos de pronosupinação.
- c) Síndrome do Pronador Redondo – É a compressão do nervo mediano entre os fascículos musculares do pronador redondo. É freqüentemente confundida com a síndrome do Túnel do Carpo, sendo diferente da compressão do nervo mediano no punho. Na síndrome do pronador redondo, além da área distal dos dedos, a região tenar também tem alterações de sensibilidade.
- d) Síndrome do Interósseo Anterior – É a compressão nervosa na origem dos músculos flexores superficiais dos dedos, comprometendo aqueles que carregam objetos pesados com as mãos. Associa-se com déficit motor insidioso e queixa de dor vaga no antebraço.
- e) Síndrome do Interósseo Posterior – Decorrente do comprometimento do nervo radial (trato profundo), associada com queixa de dor no dorso do antebraço e comprometimento da força muscular.
- f) Neuropatia Mediana – Compromete o nervo médio, desde o plexo braquial até a mão, sendo associada com limitações na flexão de dedos, pronação do antebraço, abdução tenar e perda da sensação na palma lateral, primeiros três dedos, e metade radial do dedo anular.
- g) Síndrome do Túnel Carpal – É a compressão do nervo mediano ao nível do punho, com o aprisionamento deste no túnel carpal que é formado pelos ossos do carpo e flexor retináculo. Decorre da desproporção continente/conteúdo no túnel do carpo. Sendo desencadeada por tarefas manuais repetitivas e forçadas.
- h) Síndrome do Túnel Ulnar (Síndrome do Canal Cubital) – Decorre da compressão do nervo ulnar no nível do túnel ulnar (túnel cubital) , formado pelas cabeças do músculo flexor carpo ulnar, pela

aponeurose umeral/ulnar e pelos ligamentos médios do cotovelo (o segmento inferior do túnel é formado pelo ligamento colateral ulnar do cotovelo e sua porção lateral pelas duas cabeças do músculo flexor ulnar do carpo, recobrimo-se pela bainha aponeurótica chamada ou ligamento arqueado).

- i) Neuropatias Compressivas Ulnares – Decorrem da compressão mecânica do nervo ulnar ao longo do seu trajeto, sobretudo na região posterior ao epicôndilo, no cotovelo (túnel cubital), e no canal de Guyon no pulso, encontrando-se associada com quadros de fraqueza, hipossensibilidade ou paralisia da flexão do pulso, dos dedos e dos músculos intrínsecos da mão.
- j) Síndrome de Compressão do Nervo Ulnar (Síndrome do Canal de Guyon) – É a compressão do nervo ulnar no canal de Guyon (punho), causando alterações na sensibilidade do quarto e quinto dedos, bem como distúrbios motores na face palmar. O Canal de Guyon é constituído medialmente pelo pisiforme, lateralmente pelo hãmulo do grande osso e carnalmente pelo músculo palmar curto.
- k) Síndrome do Desfiladeiro Torácico – Síndrome neurovascular associada com compressão do plexo braquial, da artéria subclávia e da veia subclávia, correspondendo a uma compressão anormal do feixe vaso-nervoso no triângulo formado pelos músculos escaleno anterior e médio e a primeira costela (Brasil, 1998), associando-se com a presença de dor escapular irradiada para o braço, parestesias, ou paralisias dos músculos enervados pelo plexo braquial. Pode ocorrer dor na região cervical, ombro, braço e antebraço, na face anterior do tórax.

III) afecções fasciais e musculares: os casos ocupacionais são correlacionados com condições laborais difíceis, elevação e abdução dos membros superiores prolongadas e por esforços excessivos e repetitivos. Destacam-se as seguintes patologias neste grupo:

- a) Contratura de Dupuytren – Corresponde a uma fibromatose da fáscia plantar decorrente do espessamento e contração de bandas fibróticas superficiais das plamas das mãos e dos dedos.
- b) Fasciíte Plantar – Inflamação dos tecidos duros da planta do pé (fáscia plantar), associada com quadro de dor e limitação funcional.
- c) Uma importante patologia desse grupo é o quadro álgico muscular na coluna vertebral (ou espondiloalgia), nos seus diversos segmentos: cervical (cervicalgia); dorsal (dorsalgia) e lombar (lombalgia). Podem ser classificadas como doenças relacionadas ao trabalho, em que o trabalho pode ser considerado como concausa ou fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados com a etiologia multicausal da entidade, inseridas no grupo II da Classificação de Schilling.
- d) Duas outras patologias musculares têm sido objeto de grande discussão. A primeira é a síndrome da dor miofascial, caracterizada pela presença de dor específica e bem localizada na transição musculotendínea principalmente da escápula e membros superiores. A outra, é a síndrome da fibromialgia que corresponde a uma manifestação dolorosa generalizada, que acomete pontos musculotendíneos simétricos “*trigger points*” (pelo menos 11 dos 18 pontos devem estar comprometidos).

O tratamento da LER-DORT é multifocal e multidisciplinar, compreendendo a adoção de medidas gerais de reeducação postural e laborativa, assim como procedimentos terapêuticos clínico-cirúrgicos, de fisioterapia e de terapias adjuntas como a acupuntura e a psicoterapia, que serão variáveis em cada caso. O principal, no contexto desta revisão, é o enfoque às medidas preventivas, chamando a atenção do cirurgião-dentista para estar sensível à existência dos fatores de risco em seu ambiente de trabalho, reconhecendo situações que possam demandar a necessidade de uma avaliação ergonômica específica, assim como estar atento para os sinais incipientes que a doença, muitas vezes insidiosa, possa apresentar. (Brasil, 2001)

2.2 Aspectos Periciais

2.2.1 LER-DORT - Impacto econômico e previdenciário de uma epidemia ocupacional

Para se ter noção da dimensão do problema LER-DORT na maior potência política e econômica do mundo atual, os Estados Unidos da América, anualmente, cerca de 19 milhões de pessoas são afetadas pelas LER-DORT, gerando custos de U\$ 563 milhões. Desse total, 34,9% são gastos com tratamento médico e 65,1% com indenização ao trabalhador, sendo que as LER-DORT custam quatro vezes mais que as outras doenças que causam afastamento do trabalho. (Couto, 2000)

Em 1997, o governo americano, através do Departamento de Saúde e Serviços Humanitários, do Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) e do Instituto National de Saúde e Segurança Ocupacional (NIOSH)²⁸ já alertava para os dados disponibilizados pelo anuário denominado *Annual Survey of Occupational Injuries and Illnesses* (ASOII), produzido pelo *Bureau of Labor Statistics* (BLS), que é um órgão norte-americano que controla todas as estatísticas relacionadas ao trabalho, identificando que no relatório de 1995, 308.000 casos (ou 62% do montante total de doenças do trabalho) ocorreram devido a desordens associadas com o trauma repetitivo e ressaltando que o número de casos aumentou significativamente de 23.800 casos em 1972 para 308.000 em 1995. (NIOSH, 1997)

O Departamento de Trabalho do Governo Americano²⁹ define uma desordem musculoesquelética (MSD), como uma lesão ou desordem dos músculos, nervos, tendões, articulações, cartilagem, ou discos espinhais; não incluindo os distúrbios causados por quedas, acidentes automobilísticos ou similares. (Bureau of Labor Statistics, 2005)

²⁸ U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

²⁹ U.S. Department of Labor.

Os relatórios emitidos pelo BLS entre os anos de 1996 e 2005 demonstram que as desordens músculo-esqueléticas responderam por cerca de um terço de todas as lesões e doenças relacionadas ao trabalho neste período (Tabela 1).

Tabela 1 – Valores absolutos e relativos dos distúrbios músculo-esqueléticos nos Estados Unidos da América, entre os anos de 1996 e 2005

Anos	Número total dos distúrbios músculo-esqueléticos	Porcentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos em relação à totalidade de doenças do trabalho
1996	647.400	34,4%
1997	626.400	34,2%
1998	592.500	34,2%
1999	582.300	34,2%
2000	577.800	34,7%
2001	522.500	34,0%
2002	487.900	34,0%
2003	435.180	33,0%
2004	402.700	32,0%
2005	375.540	30,0%
2006	357.160	30,0%
2007	335.390	29,0%

Fonte: Bureau of Labor Statistics (2009)

Com relação à Comunidade Européia, a análise dos dados fornecidos pela *European Agency for Safety and Healthy at Work* (2000) demonstra que na Dinamarca, houve aumento no número de notificações desses distúrbios, de 3.576 casos (em 1993) para 4.168 casos (em 1998); na Espanha os distúrbios músculoesqueléticos de origem ocupacional correspondiam a cerca de 30% do total de doenças ocupacionais no ano de 1988, passando a representar 76% deste total em 1997 e que há problemas na disponibilidade de informações em países como a Irlanda, Grécia e Portugal.

De acordo com informações do EUROGIP³⁰, em alguns países da comunidade europeia como Espanha, França, Itália e República Checa, verifica-se um aumento da percentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos em relação às doenças ocupacionais. Noutros, como Alemanha e Suécia, houve uma pequena redução, sendo esta mais significativa na Bélgica e Dinamarca (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos em relação à totalidade dos registos de doenças do trabalho, em países da Comunidade Europeia entre os anos de 2000 e 2005

Países	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alemanha	5,7%	–	5,9 %	5,9 %	5,3 %	5,0%
Bélgica	–	–	46,7%	39,4 %	31,7 %	30,5 %
Dinamarca	–	21,4 %	18,0 %	16,8 %	22,8 %	10,5 %
Espanha	–	–	–	85,0 %	86,0 %	89,3 %
França	–	73,0 %	75,6 %	70,0 %	71,7 %	75,3 %
Itália	13,1 %	16,0 %	18,9 %	19,0 %	2,6 %	31,4 %
República Checa	36,2 %	32,9 %	35,2 %	33,3 %	27,0 %	39,8 %
Suécia	–	36,9 %	33,3 %	29,5 %	31,7 %	33,5 %

Fonte: EUROGIP (2006) ²⁷

Walsh et al. (2005), a partir da análise do relatório do grupo de trabalho de saúde e ocupação do Governo Britânico, compreendendo os anos de 2002 e 2003, descreveram que a taxa de incidência média anual era de 51.2/100.000 para doenças mentais, 35.9/100.000 para desordens músculo-esqueléticas e de 10.4/100.000 para dermatoses ocupacionais.

A população economicamente ativa no Brasil foi estimada, no ano de 1997, em 75,2 milhões de pessoas. Dessas, cerca de 36 milhões foram consideradas empregadas, das quais 22 milhões seguradas pela Previdência Social. Números crescentes foram apontados pelas estatísticas de concessão

³⁰ Eurogip é um grupo de interesse público do sistema de seguridade social francês de, criado em 1991 para trabalhar sobre o assunto de riscos profissionais na Europa. As informações estatísticas estão disponíveis em: EUROGIP. Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics [text on internet]. In: EUROGIP [homepage on the internet]. Paris; c2006 [updated 2007 Oct; cited 2008 Mar 22]. Available from: http://www.eurogip.fr/docs/TMS_07-Eurogip-25-EN.pdf

de benefícios previdenciários por acidentes e doenças ocupacionais. No período compreendido entre 1985 e 1992, a incidência de doenças profissionais alcançou a faixa de quatro casos por dez mil. A partir de 1993, constatou-se um crescimento epidêmico, registrando-se um coeficiente de incidência próximo a quatorze casos por dez mil, sendo que 80 a 90% dos casos referiam-se ao grupo de doenças denominadas LER-DORT, encontrando-se o Brasil entre os países recordistas em doenças ocupacionais. (Brasil, 2001; Jacques et al., 2007; Picoloto, Silveira, 2008)

A Tabela 3 demonstra que, segundo a Base de Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, as sinovites e tenossinovites (CID10-M65), as lesões do ombro (CID10-M75), os casos de dorsalgia (CID10-M54) e as mononeuropatias dos membros superiores (CID10-G56) foram os distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com casos de LER-DORT e registrados como doenças do trabalho, mais prevalentes no Brasil entre os anos de 2000 e 2006. (DATAPREV, 2009a)

Tabela 3 – Quantidade de acidentes do trabalho registrados por motivo, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no Brasil entre os anos de 2000 e 2007

Doenças do Trabalho (CID10)	ANOS								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Mononeuropatias (Membros Superiores) (CID 10 – G 56)	0	842	1.097	1.328	1.669	2.036	2.018	1.324	10.314
Mononeuropatias (Membros Inferiores) (CID 10 – G 57)	0	0	0	0	0	19	28	11	58
Dorsalgia (CID 10 – M 54)	739	870	1.214	1.545	2.357	2.503	2.239	1.580	13.047
Sinovite e Tenossinovite (CID 10 – M 65)	6.015	5.980	7.095	6.733	8.435	7.771	6.301	4.211	52.541
Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (CID 10 – M 70)	678	741	0	0	0	1.090	805	518	3.832
Lesões do Ombro (CID 10 – M 75)	972	1.327	1.928	2.658	3.783	4.661	4.981	3.529	23.839
Entesopatias dos membros inferiores (CID 10 – M 76)	0	0	0	0	0	89	69	37	195
Outras entesopatias (CID 10 – M 77)	574	0	1.002	1.073	1.460	1.529	1.442	1.000	8.080
Traumatismo de tendão e músculo ao nível do ombro e do braço (CID 10 – S 46)	0	0	0	0	0	37	30	26	93
Traumatismo do músculo e tendão ao nível do antebraço (CID 10 – S 56)	0	0	0	0	0	30	22	17	69
Traumatismo de músculo e tendão ao nível do punho e da mão (CID 10 – S 66)	29	17	19	20	17	28	18	12	160
Traumatismo de músculo e de tendão ao nível do quadril e da coxa (CID 10 – S 76)	0	0	0	0	0	2	1	2	5
Traumatismos de músculo e de tendão ao nível da perna (CID 10 – S 86)	0	0	0	0	0	12	8	7	27
Traumatismos do músculo e tendão ao nível do tornozelo e do pé (CID 10 – S 96)	0	0	0	0	0	4	5	1	10
TOTAL	9.007	9.777	12.355	13.357	17.721	19.811	15.961	12.275	112.270

Fonte: DATAPREV (2009a)

O percentual médio dos distúrbios músculo-esqueléticos em relação à totalidade de doenças do trabalho entre os anos de 2000 e 2005 correspondeu a 32,95% nos Estados Unidos da América (Tabela 1); a 86,78% na Espanha, 73,12% na França, 37,07% na Bélgica, 34,06% na República Checa, 32,98% na Suécia, 17,9% na Dinamarca, 16,83% na Itália e 5,55% na Alemanha

(Tabela 2). Observando-se a Tabela 4, verifica-se que no Brasil, a porcentagem média neste período foi correspondente a 54,07%.

Tabela 4 – Porcentagem dos distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com casos de LER-DORT e registrados como doenças do trabalho em relação à totalidade dos registros de doenças do trabalho, no Brasil entre os anos de 2000 e 2006

Anos	Totalidade dos registros de doenças do trabalho	Distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com casos de LER-DORT e registrados como doenças do trabalho
2000	19.134	9.007 (= 47,07%)
2001	18.487	9.777 (= 52,88%)
2002	22.311	12.355 (= 55,37%)
2003	23.858	13.357 (= 55,98%)
2004	30.194	17.721 (= 58,69%)
2005	33.096	19.811 (= 59,85%)
2006	30.170	17.967 (= 59,55%)
2007	20.786	12.275 (= 59,05%)
Total	198.036	112.270 (= 56,69%)

Fonte: DATAPREV (2009a)

Os registros de patologias músculo-esqueléticas relacionadas com casos de LER-DORT geralmente evoluem para demandas judiciais que requerem o enquadramento em uma das espécies de benefícios previdenciários (E-31 ou auxílio-doença previdenciário / E-32 ou aposentadoria por invalidez previdenciária); ou de benefícios acidentários (E-91 ou auxílio-doença acidentário / E-92 ou aposentadoria por invalidez acidentária), de acordo com o que preconiza a Lei n. 8.213 de 27/07/1991. (Brasil,1991)

Para se ter uma noção do impacto econômico-financeiro dos benefícios concedidos pela previdência social no Brasil, a partir da análise dos dados do Ministério da Previdência Social, fornecidos pelo DATAPREV (Tabela 5), demonstra-se que os gastos com apenas estas quatro espécies de benefícios (E-31, E-32, E-91, E-92) vêm apresentando um crescimento significativo, na quantidade e no valor gasto, no período compreendido entre 1996 e 2006. (DATAPREV, 2006b)

Tabela 5 – Histórico da quantidade e valores de benefícios concedidos pela previdência social no Brasil entre os anos de 1996 e 2006

A N O S	Espécies de Benefícios				Total
	Benefícios Previdenciários		Benefícios Acidentários		
	Auxílio-Doença Previdenciário (E31)	Aposentadoria por Invalidez Previdenciária (E32)	Auxílio-Doença Acidentário (E91)	Aposentadoria por Invalidez Acidentária (E92)	
1996	573.588 (R\$ 148.775.320,13)	99.620 (R\$ 18.224.851,55)	159.289 (R\$ 49.822.230,23)	5.758 (R\$ 1.884.524,37)	838.255 (R\$ 218.706.926,28)
1997	606.596 (R\$ 175.353.657,15)	129.806 (R\$ 27.358.704,31)	159.272 (R\$ 54.520.770,44)	7.499 (R\$ 2.764.369,12)	903.173 (R\$ 259.997.501,02)
1998	630.972 (R\$ 194.333.480,42)	144.777 (R\$ 34.136.336,06)	149.872 (R\$ 52.996.454,81)	6.737 (R\$ 2.706.956,69)	932.358 (R\$ 284.173.227,98)
1999	653.456 (R\$ 218.183.786,41)	182.246 (R\$ 47.363.449,75)	136.024 (R\$ 50.531.310,39)	7.801 (R\$ 3.322.515,43)	979.527 (R\$ 319.401.061,98)
2000	766.888 (R\$ 280.679.547,41)	148.414 (R\$ 46.914.480,97)	142.588 (R\$ 58.476.310,11)	8.801 (R\$ 4.285.468,38)	1.066.691 (R\$ 390.355.806,87)
2001	793.825 (R\$ 316.916.843,53)	125.020 (R\$ 47.178.108,44)	130.960 (R\$ 57.980.150,75)	7.173 (R\$ 3.961.159,05)	1.056.978 (R\$ 426.036.261,77)
2002	1.288.270 (R\$ 557.979.270,87)	174.554 (R\$ 74.582.814,54)	180.335 (R\$ 89.778.334,00)	9.687 (R\$ 6.076.985,88)	1.652.846 (R\$ 728.417.405,29)
2003	1.371.221 (R\$ 712.232.349,02)	174.687 (R\$ 88.968.511,92)	145.769 (R\$ 85.240.000,57)	8.504 (R\$ 892.700.913,35)	1.700.181 (R\$ 892.700.913,35)
2004	1.725.781 (R\$ 952.373.287,70)	214.530 (R\$ 125.554.804,74)	165.219 (R\$ 101.925.854,16)	9.069 (R\$ 7.692.871,10)	2.114.599 (R\$ 1.187.546.817,70)
2005	1.860.695 (R\$ 1.093.923.739,14)	265.543 (R\$ 168.153.291,70)	156.168 (R\$ 97.565.274,36)	9.658 (R\$ 8.778.668,98)	2.292.064 (R\$ 1.368.420.974,18)
2006	2.188.671 (R\$ 1.393.978.578,43)	171.853 (R\$ 118.005.511,70)	140.998 (R\$ 91.736.468,95)	5.854 (R\$ 5.971.294,75)	2.507.376 (R\$ 1.609.691.853,83)
2007	1.825.508 (R\$ 1.219.019.917,61)	135.211 (R\$ 97.228.074,23)	274.946 (R\$ 193.441.530,15)	4.495 (R\$ 4.467.697,05)	2.240.160 (R\$ 1.514.157.219,04)
Total	14.285.471 (R\$ 7.263.749.777,82)	1.966.261 (R\$ 893.668.939,91)	1.941.440 (R\$ 984.014.688,92)	91.036 (R\$ 58.172.562,64)	18.284.208 (R\$ 9.199.605.969,29)

Fonte: DATAPREV (2009b)

Estes benefícios apresentam importantes repercussões econômico-financeiras, previdenciárias e sociais no atual sistema previdenciário brasileiro, pois são habitualmente concedidos a pessoas em idade produtiva, particularmente acometidas por patologias resultantes do processo de industrialização e urbanização (Moura et al., 2007)

O aumento da quantidade e do valor médio dos benefícios fez com que a despesa com benefícios pagos pela previdência social no Brasil mais do que duplicasse, passando de 2,6% do PIB em 1988 para 6,1% em 2000. Desta forma, se não houver nenhuma reforma estrutural significativa, a projeção de evolução da despesa com benefícios, em percentual do PIB, será de

aproximadamente 8% do PIB em 2014 e 10% do PIB em 2025. (Stephanes, 1999; Ferreira, 2006)

Ainda sobre a questão do impacto econômico-financeiro do pagamento de benefícios pela previdência social, esclarece-se que se as determinações constitucionais fossem obedecidas, os recursos destinados à Seguridade Social, em 2001, seriam da ordem de R\$ 137,52 bilhões e a despesa correspondente a R\$ 105,41 bilhões, restando um saldo de R\$ 32,11 bilhões. Considerando-se somente as receitas previdenciárias líquidas, advindas das contribuições obrigatórias (R\$ 62,49 bilhões) versus o total de pagamento de benefícios (R\$ 78,70 bilhões), a previdência, entretanto, apresentaria um déficit da ordem de R\$ 16,21 bilhões, aspecto agravado devido ao fato dos recursos da Seguridade Social serem utilizados pelo Governo Federal para cobrir outros tipos de compromissos, como o de gerar superávit no critério das contas primárias no Orçamento Federal, ou seja, as receitas menos as despesas, desconsiderando-se os juros. (Batich, 2004)

Corroborando esta linha de pensamento, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que é um órgão vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em setembro de 2004 publicou no seu boletim de conjuntura n. 66, uma Nota Técnica que abordava o assunto “O aumento das despesas do INSS com auxílio-doença”. De acordo com esta Nota, houve um elevado crescimento 4,7% (a.a.) do número de benefícios assistenciais no interstício de 1999/2003 e, na composição dos benefícios previdenciários, o forte crescimento do item “auxílio-doença” cresceu à estonteante taxa média de 24,0% (a.a.) neste período, movimento esse concentrado nos últimos dois anos. (Cechin, Giambiagi, 2004)

As patologias compreendidas pelos termos LER-DORT causam dor, disfunção e danos, sendo, muitas vezes, controversa a interpretação quando se investiga a relação com o trabalho. Alguns estudos demonstram que a associação de sintomas ao trabalho pode exercer um efeito negativo acentuado quanto à duração do estado de doença e à recuperação, fazendo com que a análise e concessão médica continuada do benefício propiciem a denominada “incapacidade gerada por médico” (Miller, Topliss, 1988; Higgs et al., 1995; Bednar et al., 1998; Oliveira, 1999b). Este aspecto, socialmente, valorizaria a cultura da dor e desestimularia a adaptação a circunstâncias

adversas. Neste sentido, a facilidade de concessão de benefícios poderia levar a um aumento do número de pessoas acometidas e ao aumento dos custos previdenciários e sociais. (Durbin, 1997; Rossignol et al., 1997; Oliveira, 1999b)

A preocupação do Governo Federal com o aumento progressivo do número de benefícios concedidos e com o montante de recursos destinados a pagá-los, fez com que, em 24 de março de 2005, houvesse a publicação da medida provisória 242 que, em última instância, almejava redimensionar o acesso à concessão destes benefícios. (Brasil, 2005)

Desta forma, nos últimos anos, de modo similar ao que ocorreu em outros países, como Estados Unidos da América, Inglaterra Alemanha e Argentina, a Previdência Social ganhou relevância na agenda político-econômica do Brasil, passando a ser consensual o entendimento acerca do equacionamento adequado da questão previdenciária, como um dos pilares para a organização das contas públicas, visto que o equilíbrio financeiro até então existente mostrou-se frágil, tendo se desvanecido e transformado rapidamente em crescentes déficits. (Afonso, Fernandes, 2005)

Apesar do conhecimento sobre o estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais das LER/DORT no Brasil ser de fundamental importância para todos aqueles que lidam rotineiramente com a matéria, como os médicos peritos e do trabalho, advogados, membros do ministério público e da magistratura (estadual, federal e do trabalho), as informações sobre o assunto estão difusamente fragmentadas em livros e periódicos médicos, assim como no banco de dados de jurisprudências do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Tribunal Superior do Trabalho, dos cinco Tribunais Regionais Federais, dos vinte e quatro Tribunais Regionais do trabalho e dos vinte e sete Tribunais Estaduais de Justiça, o que se constitui num fator limitante para o conhecimento e aplicabilidade destes conceitos.

As patologias compreendidas pelos termos “LER/DORT” causam dor, disfunção e danos, sendo, muitas vezes, controversa a interpretação quando se investiga a relação com o trabalho. A identificação de marcadores objetivos da doença ou dos desencadeadores dos sintomas depende da perícia, do entusiasmo e do conhecimento do examinador sobre as manifestações da doença e da limitação das técnicas propedêuticas. A sociedade espera que o

médico interprete, verifique ou rejeite a legitimidade desses argumentos e fatos. Sendo assim, o clínico precisa agir face à incerteza, avaliando causa e capacidade com base na organização legal e burocrática, o que não é absolutamente uma tarefa fácil. (Brasil, 2001)

A relevância deste estudo se reveste no fato de que tanto o conteúdo dos laudos periciais (que atestam ou refutam a existência de condições patológicas porventura existentes num indivíduo), como as decisões das sentenças judiciais, são os dois fatores determinantes no processo de concessão, ou não, do benefício previdenciário em casos de LER/DORT.

Desta forma, destaca-se a importância das premissas de que um correto diagnóstico das diversas patologias englobadas na sigla LER/DORT (pelo médico-perito ou do trabalho, através da interpretação dos diversos sinais e sintomas clínicos, além da correta utilização dos novos exames complementares que surgem com a evolução da medicina), assim como um amplo conhecimento da jurisprudência sobre o assunto (por parte de todos aqueles que atuam junto às diferentes instâncias judiciais), são fundamentais para que o benefício previdenciário ou acidentário continue sendo concedido, no futuro, a todos que realmente demonstrem, tanto pericialmente, como juridicamente, dispor deste direito, contribuindo, em última análise, para construção de um modelo crítico e consciente que colabore com a garantia de sustentabilidade do sistema previdenciário no Brasil.

2.2.2 Aspectos evolutivos da legislação brasileira de interesse pericial específico aplicado aos casos de LER-DORT

A evolução da legislação específica de interesse pericial aplicada aos casos de LER-DORT é de natureza recente, albergada ao longo de cerca de vinte e dois anos, até os dias atuais³¹ (Quadro 3).

³¹ Considerando-se como marco legislativo inicial a publicação da circular origem n. 501.001.55, n. 10, Rio de Janeiro (07/11/1986). Através dela, a Direção do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) orientava suas Superintendências para que reconhecessem a TENOSSINOVITE como **doença do trabalho** nas atividades com exercícios repetitivos.

Quadro 3 – Histórico da legislação específica de interesse pericial aplicada aos casos de LER-DORT

ANO	LEGISLAÇÃO APLICADA AOS CASOS DE LER-DORT	ORIGEM
1978	Portaria n. 3214 (08/06/1978)	Ministério do Trabalho
1986	Circular de Origem 501.001.55, n. 10 (07/11/1986)	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS
1987	Portaria n. 4062 (06/08/1987)	Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
1990	Portaria n. 3751 (23/11/1990)	Ministério do Trabalho e Emprego
1991	“Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade” referentes à “Lesão por Esforços Repetitivos”	Ministério do Trabalho e da Previdência Social
1992	Resolução SS 197 (08/06/1992)	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
1993	Nova série de “Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade” referentes à “Lesão por Esforços Repetitivos”	Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social
1998	Ordem de Serviço n. 606 (05/08/1998)	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)
1999	Portaria n. 1339 (18/11/1999)	Ministério da Saúde
1999	Resolução n. 10 (23/12/1999)	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)
2003	Instrução Normativa n. 98 (05/12/2003)	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

No início da década de 70, o Brasil encontrava-se entre os líderes no âmbito dos acidentes de trabalho. Em 1970, ocorriam 167 acidentes em cada grupo de mil trabalhadores segurados pela Previdência Social; em 1980, esta relação reduz-se a 78 por mil; em 1990, a 36 por mil; em 1994, atingiu 16 por mil. No tocante à mortalidade, a taxa reduziu-se entre 1970 e 1994 de 31 para 14 por cem mil trabalhadores. (Wunsch Filho, 1999)

Deve-se ressaltar que os instrumentos normativos relacionados diretamente com o tema LER-DORT apenas surgiram no final da década de setenta e, sobretudo, a partir da década de oitenta, tendo sido contextualizados diante de uma série de eventos ou marcos referenciais, ocorridos tanto no Brasil, como no mundo, que colocaram em pauta as lesões decorrentes de esforços pelo trabalho, dentre os quais destacamos:

- O XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho realizado em Guarapari (ES), em 1973, no qual Campana e Lopes Neto apresentaram casos de tenossinovite ocupacional em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, recomendando-se que fossem observadas pausas de trabalho daqueles que operavam intensamente com as mãos.
- O V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados realizado em Belo Horizonte (MG), em 1984, Cardoso, Tavares e Castro (1984) abordaram a Tenossinovite como uma doença profissional dos digitadores.
- A epidemia de *Repetition Strain Injury*³² que ocorreu durante o período de 1983 a 1987 na Austrália. (Browne et al., 1984; Hall, Morrow, 1988; Gun, 1990; Hopkins, 1990; Dembe, 1996)
- O problema da *Occupational Cervicobrachial Disorder* (OCD), termo utilizado no Japão para descrever a fadiga neuromuscular nos músculos dos braços e das mãos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos. (Maeda, 1977; Maeda et al., 1982)
- A epidemia americana de *Cumulative Trauma Disorders*.

No ano de 1977, o legislador dedicou no texto da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, capítulo específico à Segurança e Medicina do Trabalho. Tratava-se do Capítulo V, Título II, artigos 154 a 201, com redação da Lei n. 6514/77. Na época, o Ministério do Trabalho, por meio da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, atualmente denominada Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, regulamentou os artigos contidos na CLT por

³² Traduzida para língua portuguesa como LER (Lesões por Esforços Repetitivos)

meio da Portaria n. 3214/78, criando vinte e oito Normas Regulamentadoras – NRs, dentro da concepção de saúde do trabalhador, dentre as quais a Norma Regulamentadora n. 17 (NR 17) – Ergonomia. (Brasil, 1978)

Importante destacar que a NR 17 foi alterada pela Portaria n. 3.751 de 23 de novembro de 1990. Esta Portaria, embora não se tratasse de uma norma exclusiva para a prevenção das LER/DORT, abordava aspectos das condições de trabalho que propiciavam a ocorrência dessa síndrome, aconselhando a adequação ergonômica dos postos de trabalho e pausas para descanso em determinadas atividades. Consideram-se como fatos determinantes desta modificação, conforme dispostos no corpo desta Portaria:

- “As sugestões apresentadas pelos grupos de trabalho instituídos pela Portaria MTb/GM n.º 3223, de 29 de junho de 1989” e;
- “Que a experiência mostrou a necessidade de adequação da Norma Regulamentadora n.º 17 - ERGONOMIA, inserida na Portaria MTb/GM n.º 3214, de 08 de junho de 1978, à evolução das relações de trabalho, dos métodos e avanços da tecnologia”.

Esta Norma Regulamentadora (NR-17), por definição do seu item 17.1 visou – *“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”*.

De acordo com esta NR, as condições de trabalho (item 17.1.1) *“incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho”*.

Ainda de acordo com esta NR (item 17.1.2), para se avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, caberia ao empregador *“realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho, conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora”*.

Verifica-se, para efeito desta NR (item 17.2), uma preocupação específica quanto ao levantamento, transporte e descarga individual de materiais, preconizando-se que:

- (Item 17.2.2) – *“Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança”.*
- (Item 17.2.3) – *“Todo trabalhador designado para o transporte manual regular de cargas, que não as leves, deve receber treinamento ou instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho que deverá utilizar, com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes”.*
- (Item 17.2.4) – *“Com vistas a limitar ou facilitar o transporte manual de cargas, deverão ser usados meios técnicos apropriados”.*
- (Item 17.2.5) – *“Quando mulheres e trabalhadores jovens forem designados para o transporte manual de cargas, o peso máximo destas cargas deverá ser nitidamente inferior àquele admitido para os homens, para não comprometer a sua saúde ou a sua segurança”.*
- (Item 17.2.6) – *“O transporte e a descarga de materiais feitos por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou qualquer outro aparelho mecânico deverão ser executados de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança”.*
- (Item 17.2.7) – *“O trabalho de levantamento de material feito com equipamento mecânico de ação manual deverá ser executado de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança”.*

Observa-se, uma preocupação necessária e extensiva do conteúdo normativo da NR 17, no que se refere ao mobiliário e equipamentos dos postos de trabalho (itens 17.3 e 17.4) e também com as condições ambientais (item

17.5) e a organização do trabalho (item 17.6), ressaltando-se os seguintes excertos:

- (Item 17.3.1) – *“Sempre que o trabalho puder ser executado na posição sentada, o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para esta posição”.*
- (Item 17.3.2) – *“Para trabalho manual sentado ou que tenha de ser feito em pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação (...)”.*
- (Item 17.4.1) – *“Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado”.*
- (Item 17.4.2) – *“Nas atividades que envolvam leitura de documentos para digitação, datilografia ou mecanografia deve: a) ser fornecido suporte adequado para documentos que possa ser ajustado proporcionando boa postura, visualização e operação, evitando movimentação freqüente do pescoço e fadiga visual”.*
- (Item 17.5.1) – *“As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado”.*
- (Item 17.6.1) – *“A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado”.*
- (Item 17.6.3) – *“Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte: a) para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as*

repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; b) devem ser incluídas pausas para descanso; c) quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento”.

- (Item 17.6.4) – *“Nas atividades de processamento eletrônico de dados, deve-se, salvo o disposto em convenções e acordos coletivos de trabalho, observar o seguinte: a) o empregador não deve promover qualquer sistema de avaliação dos trabalhadores envolvidos nas atividades de digitação, baseado no número individual de toques sobre o teclado, inclusive o automatizado, para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie; b) o número máximo de toques reais exigidos pelo empregador não deve ser superior a 8 (oito) mil por hora trabalhada, sendo considerado toque real, para efeito desta NR, cada movimento de pressão sobre o teclado; c) o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 (cinco) horas, sendo que, no período de tempo restante da jornada, o trabalhador poderá exercer outras atividades, observado o disposto no art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho, desde que não exijam movimentos repetitivos, nem esforço visual; d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinqüenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho; e) quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção em relação ao número de toques deverá ser iniciado em níveis*

inferiores do máximo estabelecido na alínea "b" e ser ampliada progressivamente".

Na data de 07 de novembro de 1986, ocorreu a publicação da Circular de Origem 501.001.55 n. 10 pela então Coordenadoria de Programas Especiais do INAMPS. Através dela, a Direção do INAMPS orientava suas Superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho nas atividades com exercícios repetitivos. Devido a sua pequena extensão, ao seu relevante valor histórico para a classe trabalhadora (pelo novo entendimento dispensado à tenossinovite) e à limitação de ser encontrada na íntegra, justifica-se, desta forma, a prerrogativa de descrevê-la integralmente, conforme abaixo disposto (Brasil, 1986; Monteiro, 1998; Pereira, 2001):

- (Inciso I) – *“Visando a dirimir dúvidas suscitadas por algumas superintendências, esclarecemos: a) A tenossinovite, quando resulte de movimentos articulares intensos e reiterados, equipara-se nos termos do artigo 2º, 3º da lei n. 6367, de 19/10/76, a um acidente do trabalho, fazendo jus o segurado, nesta hipótese, às prestações do respectivo seguro; b) Caracterizando-se, em suas fases iniciais por dor e impotência funcional, sintomas a que, posteriormente, poderão agregar-se edema e crepitação, a tenossinovite, por reconhecer diferentes etiologias, depende, para vir a enquadrar-se na hipótese prevista na aliena anterior, de detalhada anamnese profissional, a ser confirmada em vistoria no local de trabalho; c) 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 freqüência 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 ”.*

(Inciso II) – *“Os casos de tenossinovite, quando equiparados a acidentes do trabalho, serão comunicados à respectiva Delegacia Regional do Trabalho, conforme item 218 das normas aprovadas pela OS n. INPS/SB-059.1, de 11/8/78”.*

(Inciso III) – *“O disposto nesta circular aplica-se a todas as afecções que, relacionadas ao trabalho, resultem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa a que, entre outras, categorias profissionais freqüentemente se expõem digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras”.*

(Inciso IV) – *“Determina-se que esta circular seja divulgada junto às Equipes de Acidentes do Trabalho da SR, da Divisão/Serviço local de Medicina Social e dos Serviços de Medicina Social e junto aos médicos de atendimento, inclusive os de empresa convenientes. Assinada por Maria de Fátima Silianski de Andrezzi, coordenadora de programas especiais”.*

No ano de 1987, ocorreu em 06 de agosto, a publicação da Portaria n° 4.062 do então Ministério da Previdência e Assistência Social, assinada pelo ministro Raphael de Almeida Magalhães, a qual dispunha sobre a competente investigação a fim de conferir ou afastar o nexo de causalidade entre a síndrome de tenossinovite e as atividades exercidas pelo digitador (possibilitando o reconhecimento da tenossinovite como doença do trabalho).

Como fundamentação para esta Portaria, foram considerados os seguintes fatores:

- As proposições da Secretarias de Previdência Social a de Serviços Médicos deste Ministério, de acordo com os pareceres técnicos do Instituto Nacional de Previdência Social a do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social constantes do Processo n. 30000.006119/87, originado de requerimento do Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado do Rio de Janeiro, reconhecendo que a Tenossinovite de digitador pode ser considerada uma doença ocupacional;
- Que a lesão pode ser resultante do esforço repetido, peculiar não só à atividade do digitador, mas a outras determinadas categorias, como datilógrafos, pianistas, entre outros, que exercitam os movimentos repetitivos do punho;
- Que a síndrome é resultante de condições especiais ou adversas em que o trabalho é realizado, portanto podendo ser incluída no dispositivo do § 3º, do artigo 2º, da Lei n. 6367, de 19 de outubro de 1976³³, configurando assim **Doença do Trabalho**³⁴, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho realizado a com ele se relacione diretamente.

Desta Portaria, extrai-se que:

(Inciso I) – *“Os Setores Médico-Assistencial do INAMPS e Médico Pericial, do INPS procederão a competente investigação a fim de conferir ou afastar o nexo de causalidade entre a síndrome da Tenossinovite a as atividades exercidas pelo*

³³ Importante lembrar que esta possibilidade de equiparação da tenossinovite no dispositivo do § 3º, do artigo 2º, da Lei n. 6.367, de 19 de outubro de 1976, configurando-a assim Doença do Trabalho, até este ano de 1987 apenas tinha sido proposta por dois instrumentos normativos: a Circular de Origem 501.001.55 n. 10, publicada em 1986 pela Coordenadoria de Programas Especiais do INAMPS e a Portaria nº 4.062 (MPAS) publicada em 1987.

³⁴ Ressalta-se que a configuração da síndrome de tenossinovite como Doença do Trabalho está explicitada e disposta na parte exordial da Portaria nº 4.062 (MPAS).

segurado, visando à concessão dos direitos legais correspondentes”.

(Inciso II) – *“Da investigação sobre o nexo de causalidade, deverão constar, obrigatoriamente, informações sobre a saúde física a mental do segurado, antes e durante o exercício da atividade; condições de trabalho, incluindo carga horária, tempo na atividade, número de movimentos articulares por unidade de tempo; condições ambientais e materiais de trabalho, obrigatoriamente fornecidas pela empresa a que pertencer o segurado, complementadas, se necessário, pelos Setores competentes, do INAMPS e/ou INPS”.*

(Inciso III) – *“Quando na investigação se constatar a existência de condições adversas do trabalho que possam prejudicar a saúde do trabalhador, no exercício da atividade, o fato deverá ser comunicado, de imediato, ao setor competente da Delegacia Regional do Trabalho”.*

(Inciso IV) – *“Devem o INAMPS e o INPS, através de seus setores específicos, orientar seus servidores responsáveis pelo atendimento dos segurados, objetivando aprimorar a atenção dada ao trabalhador, no que concerne ao diagnóstico, ao prognóstico a ao tratamento da doença”.*

No ano de 1990, ocorreu em 23 de novembro, a publicação da Portaria nº 3.751, pelo então Ministro do Trabalho e Emprego, Antônio Rogério Magri, a qual alterou a Norma Regulamentadora (NR) n. 17, atualizando a Portaria 3.214/78 com os avanços técnicos no campo da ergonomia. (Brasil, 1990)³⁵

Entre os anos de 1991 e 1993 foram publicadas três séries de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade em casos de LER-DORT:

(1991) – O então Ministério unificado do Trabalho e da Previdência Social, dentro da série “Normas Técnicas para Avaliação de

³⁵ A Portaria n. 3.751, de 23 de novembro de 1990 já foi discutida no início deste capítulo, quando da abordagem da Portaria 3.214/78 e da Norma Regulamentadora (NR) n. 17, por aquela ser uma atualização desta.

Incapacidade”, publicou aquela referente à “Lesão por Esforços Repetitivos”, que continham critérios de diagnóstico e tratamento, ressaltavam aspectos epidemiológicos com base na experiência do Núcleo de Saúde do Trabalhador do INSS de Minas Gerais, descrevendo casos entre diversas categorias profissionais, tais como: digitador, controlador de qualidade, embalador, enfitadeiro, montador de chicote, montador de tubos de imagem, operador de máquinas, operador de terminais de computador, auxiliar de administração, auxiliar de contabilidade, operador de telex, datilógrafo, pedreiro, secretário, técnico administrativo, telefonista, auxiliar de cozinha e copeiro, eletricista, escriturário, operador de caixa, recepcionista, faxineiro, ajudante de laboratório, viradeiro e vulcanizador ³⁶.

- (1992) – A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo publica a Resolução SS 197 de 08/ de junho de 1992, a qual - “Aprova a norma técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estágios evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção das lesões por esforços repetitivos – LER”.
- (1993) – Publicação pelo INSS, em março de 1993, de uma nova série de “Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade LER – Lesões por Esforços Repetitivos”. A nova série de “Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade” adotou, quase na íntegra, a norma técnica publicada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, na Resolução SS 197 de 08/ de junho de 1992, promovendo uma revisão generalizada da série de “Normas Técnicas” publicada em 1991, a qual foi proposta pela Divisão de Perícias Médicas da Coordenação Geral de Serviços previdenciários do Ministério da Previdência Social e realizada tendo por base as resoluções sobre LER

³⁶ Esta Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade em Lesão por Esforços Repetitivos foi predominantemente consubstanciada no trabalho do Dr. Chrysostomo Rocha Oliveira, intitulado - Lesão por esforços repetitivos (L.E.R.) e publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 1991;19(73): 59-79.

das Secretarias de Saúde dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, as quais foram, à época, amplamente discutidas pela sociedade civil representada por sindicatos; pelos ministérios do trabalho, da previdência social e da saúde; pelos empregadores e por órgãos de classe. O grupo revisor foi composto por técnicos no Ministério da PREVIDÊNCIA Social, Ministério do Trabalho, do Sindicato dos Bancários e do Núcleo de Referencias em Doenças Ocupacionais da Previdência Social-Nusat/MG. Esta Norma Técnica adotou a terminologia de lesões por esforços repetitivos - LER, para *“as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fáscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não-somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de: (a) uso repetido de grupos musculares; (b) uso forçado de grupos musculares e (c) manutenção de postura inadequada”*. De acordo com esta Norma, o diagnóstico da LER *“é essencialmente clínico e baseia-se na história clínico-ocupacional, no exame físico detalhado, nos exames complementares, quando justificados, e na análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento da lesão”*. Com relação aos procedimentos administrativos e periciais para a emissão da comunicação de acidentes de trabalho (CAT), a Norma Técnica de 1993, dispunha que: *“(…) todos os casos de afecções neuro-músculo-tendino-sinoviais adquiridas ou desencadeadas em função das condições especiais em que o trabalho é realizado, caracterizadas genericamente como LER, devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador ou por pessoa ou órgão competente, nos termos do artigo 142 da lei nº 8.213/91 (...) De posse da CAT, o segurado deve dirigir-se ao serviço de saúde público ou privado para atendimento médico e preenchimento do verso da CAT (Laudo de Exame Médico - LEM) (...)*

Recebendo a CAT, o Setor de Benefícios da Divisão de Seguro Social do INSS registrará o caso de imediato, independentemente da existência de outros documentos ou da realização de diligências, anotando-a também na Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do segurado, sem prejuízo da conclusão posterior da Perícia Médica sobre a caracterização como doença de trabalho. Concluindo posteriormente o INSS pela não existência da doença de trabalho, a descaracterização será feita e anotada na CTPS do segurado". A Norma Técnica de 1993 já trazia no seu corpo textual uma definição clara do conceito denexo causal –“O *nexo causal com o trabalho deve ser entendido como o vínculo de causa e efeito entre a afecção de uma unidade motora e a solicitação excessiva no trabalho. Apenas o cotejamento das características clínicas do caso (notadamente as tomofuncionais) com as condições específicas de trabalho (gestos, posições, movimentos, esforços, tensões, ritmo, carga de trabalho etc.) pode afirmar ou excluir o vínculo de causalidade com o trabalho (...)* A incidência da lesão em outros trabalhadores que executam atividades semelhantes (critério epidemiológico) reforça o vínculo de causalidade. A caracterização pericial do nexo 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 nexo com o trabalho”.

Em 05 de agosto de 1998, a Diretoria do Seguro Social do INSS publicou a Ordem de Serviço n. 606 (INSS/DSS), a qual aprovou a “Norma

Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT”. (Brasil, 1998)

Esta OS veio a atualizar a Norma Técnica precedente de 1993, objetivando simplificar, uniformizar e adequar o trabalho do médico perito ao atual nível de conhecimento desta nosologia, sendo sua construção motivada pela evolução da Medicina do Trabalho, da Medicina Assistencial e Preventiva, dos meios diagnósticos, bem como a nova realidade social, com o interesse maior de transformar esta Norma num instrumento facilitador, que desse respostas seguras às questões médico-periciais. (Brasil, 1998)

A construção da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) resultou da iniciativa da Divisão de Perícias Médicas do INSS, que buscou parceria com profissionais de diversos segmentos da sociedade, num debate aberto, visando abordar todos os aspectos técnicos relevantes sobre o assunto, no período compreendido entre junho de 1996 e novembro de 1997, com a efetiva participação de representantes da Perícia Médicas, Reabilitação Profissional, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; Delegacia Regional do Trabalho em São Paulo - DRT/SP - MTb e Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro/MTb; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Confederação Nacional das Indústrias - CNI; Central Única dos Trabalhadores - CUT e Universidade de Campinas – Unicamp. Ressalta-se que a proposta, resultante do trabalho elaborado em parceria, foi submetida à apreciação da Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP, em maio de 1997, para análise e sugestões e que esta ação teria caráter dinâmico, deixando aberta à possibilidade de futuras revisões, uma vez que novos fatos e dados poderiam motivá-la. (Brasil, 1998)

Dessa concepção, surgiram dois momentos que passaram a constituir o volume anexo (módulos) desta Ordem de Serviço: atualização clínica da doença enfocada - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (Seção I) e a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa em Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (Seção II). (Brasil, 1998)

A Seção I resultou de um trabalho participativo entre vários segmentos da sociedade reunidos em São Paulo por iniciativa do INSS, quando discutiram os vários aspectos do problema, produzindo subsídios de alto valor técnico que

resultaram em atualização de cada patologia com vistas à reciclagem e ao aperfeiçoamento clínico, com eminente caráter pedagógico.

A Seção II constituiu-se da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade propriamente dita, ou seja, referente aos procedimentos, metodologia e atribuições para fins de avaliação pericial e concessão de benefícios previdenciários por incapacidade, o que compreende as repercussões da doença na capacidade laborativa.

Segundo a Seção I da OS n. 606/1998 (INSS/DSS), os Distúrbios do Sistema Osteomuscular Relacionados ao Trabalho têm-se constituído em grande problema da saúde pública em muitos dos países industrializados e a terminologia “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” tem sido preferida por alguns autores a outras, tais como Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO), por evitar que na própria denominação já se apontem causas definidas (como por exemplo, “cumulativo” nas LTC e “repetitivo” nas LER) e os efeitos (como por exemplo, “lesões” nas LTC e LER). Apesar da adoção de nova terminologia - DORT - para fins de atualização desta norma, o termo LER foi utilizado nesta OS, para se manter a referência bibliográfica.

No corpo desta norma, chama-se a atenção para o fato que:

- “(...) infelizmente, a grande maioria da rede de tratamento, pública ou privada, ainda está despreparada para receber esse paciente. O mercado, que obedece à lei da quantidade e não da qualidade, geralmente oferece profissionais não-qualificados, sem informações sobre a fisiopatologia da LER, usando aparelhagem ineficaz, e sem visão e prática interdisciplinares necessárias no caso (...);”
- “ (...) No Brasil há uma epidemia de queixas de LER. Estatísticas dos serviços de saúde 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. Este fato e a incapacidade para o trabalho por tempo prolongado exigem da parte dos profissionais de segurança, saúde, ergonomia e produção, sindicatos e empresas seriedade na abordagem dos

diversos aspectos envolvidos, tanto na ocorrência e agravamento do quadro, como na possibilidade de diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação adequados (...).

De acordo com a OS n. 606/1998 (INSS/DSS), as Lesões por Esforços Repetitivos - LER são entendidas como sendo uma “síndrome clínica”, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho. A Norma ressalta que:

- “(...) o termo LER é genérico e o médico deve sempre procurar determinar o diagnóstico específico (...).
- Como o termo se refere a diversas patologias distintas, torna-se difícil estabelecer o tempo necessário para uma lesão persistente passar a ser considerada como crônica e, além disso, a mesma patologia pode se instalar e evoluir de forma diferente, dependendo-se dos fatores etiológicos.

Com todas essas limitações, a Norma esclarece aquilo que se poderia dizer sobre as lesões causadas por esforços repetitivos:

- (...) São patologias, manifestações ou síndromes patológicas que se instalam insidiosamente em determinados segmentos do corpo, em consequência de trabalho realizado de forma inadequada. Assim, o nexó é parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conhecem a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador, donde a proposta da nova terminologia Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (...).

A a Seção I da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) esclarece que “(...) O desenvolvimento das Lesões por Esforços Repetitivos é multicausal, sendo importante analisar os fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. A expressão "fator de risco" designa, de maneira geral, os fatores do trabalho relacionados com as LER (...) Os fatores de risco não são independentes. Na

prática, há a interação destes nos locais de trabalho. Na identificação dos fatores de risco, deve-se integrar as diversas informações. Sobre o plano conceitual, os mecanismos de lesão dos casos de LER são considerados um acúmulo de influências que ultrapassam a capacidade de adaptação de um tecido, mesmo se o funcionamento fisiológico deste é mantido parcialmente (...).”.

Entre os grupos de risco das LER, a Seção I da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) elenca os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho, entendidos como sendo percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho, dentre as quais: as considerações relativas à carreira, a carga e o ritmo de trabalho e o ambiente social e técnico do trabalho. A percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho seria o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho.

A OS n. 606/1998 (INSS/DSS), em sua Seção I, trouxe, de forma exemplificativa, uma relação entre o trabalho e algumas patologias (Quadro 4).

Quadro 4 – Relação exemplificativa entre o trabalho e algumas patologias

LESÕES	CAUSAS OCUPACIONAIS	EXEMPLOS	ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Bursite do cotovelo (olecraniana)	Compressão do cotovelo contra superfícies duras	Apoiar o cotovelo em mesas	Gota, traumatismos e artrite reumatóide
Contratura de fáscia palmar	Compressão palmar associada a vibração	Operar compressores pneumáticos	Heredo-familiar (Contratura de Dupuytren)

continua...

...continuação

LESÕES	CAUSAS OCUPACIONAIS	EXEMPLOS	ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Dedo em Gatilho	Compressão palmar associada a realização de força	Apertar alicates e tesouras	Diabetes, artrite reumatóide, mixedema, amiloidose e tuberculose pulmonar.
Epicondilites do Cotovelo	Movimentos com esforços estáticos e prensão prolongada de objetos, principalmente com o punho estabilizado em flexão dorsal e nas pronosupinações com utilização de força.	Apertar parafusos, jogar tênis, desencapar fios, tricotar, operar motosserra	Doenças reumáticas e metabólicas, hanseníase, neuropatias periféricas, traumas e forma T de hanseníase.
Síndrome do Canal Cubital	Flexão extrema do cotovelo com ombro abduzido. Vibrações.	Apoiar cotovelo em mesa	Epicondilite medial, seqüela de fratura, bursite olecraniana forma T de Hanseníase
Síndrome do Canal de Guyon	Compressão da borda ulnar do punho.	Carimbar	Cistos sinoviais, tumores do nervo ulnar, trombozes da artéria ulnar, trauma , artrite reumatóide e etc
Síndrome do Desfiladeiro Torácico	Compressão sobre o ombro, flexão lateral do pescoço, elevação do braço.	Fazer trabalho manual sobre veículos, trocar lâmpadas, pintar paredes, lavar vidraças, apoiar telefones entre o ombro e a cabeça	Cérvico-braquialgia, síndrome da costela cervical, síndrome da primeira costela, metabólicas, Artrite Reumatóide e Rotura do Supra-espinhoso
Síndrome do Interósseo Anterior	Compressão da metade distal do antebraço.	Carregar objetos pesados apoiados no antebraço	
Síndrome do Pronador Redondo	Esforço manual do antebraço em pronação.	Carregar pesos, praticar musculação, apertar parafusos.	Síndrome do túnel do carpo
Tendinite da Porção Longa do Bíceps	Manutenção do antebraço supinado e fletido sobre o braço ou do membro superior em abdução.	Carregar pesos	Artropatias metabólicas e endócrinas, artrites, osteofitose da goteira bicipital, artrose acrômio-clavicular e radiculopatias (C5-C6)

continua...

...continuação e conclusão

LESÕES	CAUSAS OCUPACIONAIS	EXEMPLOS	ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Tendinite do Supra-Espinhoso	Elevação com abdução dos ombros associada a elevação de força.	Carregar pesos sobre o ombro, jogar vôlei ou peteca	Bursite, traumatismo, artropatias diversas, doenças metabólicas
Tenossinovite de De Quervain	Estabilização do polegar em pinça seguida de rotação ou desvio ulnar do carpo, principalmente se acompanhado de realização de força.	Torcer roupas, apertar botão com o polegar	Doenças reumáticas, tendinite da gravidez (particularmente bilateral), estiloidite do rádio
Tenossinovite dos extensores dos dedos	Fixação antigravitacional do punho. Movimentos repetitivos de flexão e extensão dos dedos.	Digitar, operar <i>mouse</i>	Artrite Reumatóide, Gonocócica, Osteoartrose e Distrofia Simpático Reflexa (Síndrome Ombro-Mão)
Síndrome do Túnel do Carpo	Movimentos repetitivos de flexão, mas também extensão com o punho, principalmente se acompanhados por realização de força.	Digitar, fazer montagens industriais, empacotar	Menopausas, tendinite da gravidez (particularmente se bilateral), artrite reumatóide, amiloidose, diabetes, lipomas, neurofibromas, insuficiência renal, obesidade, lúpus eritematoso, condrocalcinose do punho, trauma

Quanto ao diagnóstico, a Seção I da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) valorizou o exame clínico e explicitou limitações quanto à utilização de **exames complementares** que apoiavam o diagnóstico clínico, dispondo que:

- “(...) o diagnóstico da lesão ou doença subjacente às Lesões por Esforços Repetitivos deve ser individualizado a cada uma delas. Em geral é eminentemente clínico e muitas vezes difícil. São minoria os casos em que os exames complementares apóiam o diagnóstico clínico”.

- (...) Os quadros clínicos podem ser de etiologia compressiva, inflamatória ou desconhecida, e neste caso, provavelmente, são causadas por distúrbio neurológico de percepção da dor”.
- (...) Um dos elementos mais freqüentes para sua caracterização é a dor. Esta em geral é insidiosa, de início remoto, sem data precisa de instalação. (...) Sua localização varia dependendo da estrutura comprometida, sendo, por vezes, pouco definida, sugerindo distúrbio neurológico central. Quando precisa, traduzindo comprometimento de um músculo, tendão ou nervo específico, a dor pode ser reproduzida por manobras no exame físico. A duração da dor tende a ser mais breve no início, surgindo ao fim do expediente e aliviando com o repouso noturno; com o tempo passa a ser mais duradoura, até tornar-se contínua nos casos graves”.
- (...) A ocorrência de parestesias (dormências) traduz a existência de compressão nervosa e pode indicar a necessidade de eletroneuromiografia para diagnóstico diferencial. A eletroneuromiografia traduz impulsos elétricos em ventres musculares, não sendo exame complementar (no caso das DORTs) que possa concluir, esclarecer ou indicar topografia do caso. Tem alto custo, é invasiva e sem resposta conclusiva adequada para o diagnóstico de DORT. O conhecimento anatômico das estruturas do pescoço e membros superiores permite identificar, via de regra com grande precisão, o local exato da compressão apenas com o exame clínico”.

No que diz respeito ao Tratamento e Prevenção, a a Seção I da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) descrevia que *“a formação de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, engenheiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, torna-se de fundamental importância na instituição de tratamento com uma abordagem mais integral e uniforme”*, perdendo a oportunidade de explicitar o papel que outros profissionais, como aqueles graduados em Educação Física (no planejamento e execução de programas de ginástica laboral) e de

Odontologia (no estudo de quadros miálgicos da face e sua relação com distúrbios da articulação têmporo-mandibular, sobretudo em profissionais que sobrecarregam estas estruturas anatômicas, como por exemplo, os operadores de telemarketing) poderiam exercer nas medidas e programas de prevenção e promoção à saúde neste grupo de patologias.

A Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) dispunha sobre a “Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa em Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho”. (Brasil, 1998)

Sobre os procedimentos administrativos e periciais para a emissão da comunicação de acidentes de trabalho (CAT), a Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) descrevia que:

(Item 2.1.1) – *“(...) Todos os casos com diagnóstico firmado de DORT devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador, com o devido preenchimento do Laudo do Exame Médico (LEM) ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo PCMSO, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar onexo causal e técnico. (...) Na falta de comunicação por parte do empregador, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos, os prazos legais. (...) Considerando a possibilidade de evolução da doença para um agravamento e recidiva de sintomatologias incapacitantes o empregador, nestas condições, deve emitir nova CAT em reabertura”.*

(Item 2.1.3) – *“(...) Recebendo a CAT, o Setor de Benefícios do INSS fará o registro e a caracterização do nexoadministrativo, devendo exigir o completo preenchimento de todos os campos da CAT/LEM, sem prejuízo da conclusão posterior da Perícia Médica”.*

(Item 2.1.3.1) – “(...) O nexo técnico somente será estabelecido caso a previsão de afastamento, no Laudo do Exame Médico maior que 15 dias (E-91) se confirme, caso contrário, haverá apenas notificação (E-90: sem afastamento do trabalho, ou E-99: com afastamento do trabalho até 15 dias)”.

(Item 2.1.3.2) – “(...) Caso haja recomendação de afastamento do trabalho por um período superior a 15 dias, o Setor de Benefícios do INSS encaminhará o segurado ao Setor de Perícias Médicas para realização de exame pericial, a partir do 16º dia de afastamento”.

Diferentemente das normas pretéritas, que até então haviam regulamentado a temática sobre Lesões por Esforços Repetitivos (LER-DORT), a Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) abordou aspectos específicos atinentes à atividade pericial médica:

(Item 2.2) – “(...) O perito deve desempenhar suas atividades com ética, competência, boa técnica e respeito aos dispositivos legais e administrativos. Deve conceder o que for de direito e negar toda pretensão injusta e/ou descabida. São três as etapas de sua avaliação: (a) identificar e caracterizar o quadro clínico e epidemiológico; (b) avaliar a incapacidade laborativa e (c) correlacioná-las ao trabalho (nexo técnico)”.

A Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) esclarece que ao examinar segurados que reivindicam o reconhecimento de uma dada patologia ocupacional por excesso de solicitação osteomioligamentar nos membros superiores, o médico perito deverá assumir a seguinte conduta:

(Itens 2.2.1 e 2.2.2.) – “(...) Realização de exame pericial onde constarão os seguintes elementos: a) história Clínico-Ocupacional: a.1.) anamnese dirigida para caracterização dos

sintomas: a.1.1) dor ; a.1.2) edema; a.1.3) choques; a.1.4) câimbras; a.1.5) dormência e formigamento; a.1.6) quedas de objetos; a.1.7) tempo de aparecimento dos sintomas na função; a.1.8) tempo com sintomatologia antes do afastamento; a.1.9) pesquisa do movimento precipitado; a.1.10) dupla jornada; a.1.11) comprometimento das atividades da vida diária; a.2.) - antecedentes pessoais: a.2.1) profissões anteriores; a.2.2) fraturas atingindo os membros superiores; a.2.3) diagnóstico prévio de patologia reumática; distúrbios endócrinos (diabetes mellitus, acromegalia, mixedema); uso de anticoncepcional oral; atividade física (ginástica, hobbies); uso de instrumentos musicais (violão, baixo, piano e violino) e os registros de atendimentos médicos/afastamentos anteriores”.

A Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) também trouxe orientações específicas quanto ao diagnóstico das Lesões por Esforços Repetitivos (LER-DORT):

(Item 2.3) – *“(...) O diagnóstico é eminentemente clínico e comumente difícil. São minoria os casos em que os exames complementares apóiam o diagnóstico; exames laboratoriais, raios-X e eletroneuromiografia não se têm mostrado eficazes na detecção de DORT, porém podem ter sido realizados para fins de diagnóstico diferencial de outras doenças de base (...) Os exames complementares não deverão, em princípio, ser solicitados na prática pericial para avaliação de incapacidade laborativa, porque não trazem nenhum esclarecimento adicional. O segurado deverá ser encaminhado com diagnóstico da*

doença/quadro clínico de base já estabelecido, pois trata-se do fundamento legal para a emissão da CAT (...) O termo DORT não é aceito como diagnóstico clínico, fazendo-se necessário ser mais específico, definindo exatamente qual das doenças está sendo referida e que deverá constar no LEM, inclusive com os exames subsidiários pertinentes. Isto significa que haverá dois momentos: um primeiro, em que se define uma doença ou um quadro clínico específico, e um segundo, em que se estabelece ou não a relação com o trabalho, que, caso confirmado, define-se como DORT (...) Sabe-se que se o exame clínico for feito com o desvelo merecido, ele por si só se basta, cabendo ao perito avaliar a repercussão desta patologia na capacidade laborativa e estabelecer o nexo técnico, isto é, se a atividade profissional é capaz, por si, de desencadear o processo (...) Os quadros clínicos fisiopatológicos podem ser de causa compressiva, inflamatória ou desconhecida, quando provavelmente são causados por distúrbio neurológico de percepção da dor. (...) E ainda como recurso subsidiário para diagnóstico, o perito poderá valer-se de informações prestadas pelo médico da empresa, com relação a exames e acompanhamento clínico do segurado e, principalmente, sobre as condições de trabalho, afastamentos anteriores e registros de atendimento médico pregresso que confirmem a natureza insidiosa e evolutiva do quadro”.

Com relação à avaliação da incapacidade (Item 2.4) e à caracterização pericial do nexo técnico com o trabalho (Item 2.5) das Lesões por Esforços Repetitivos (LER-DORT), a Seção II da OS n. 606/1998 (INSS/DSS) dispunha que:

(Item 2.4) – “A avaliação da incapacidade laborativa levará em conta cada caso em particular, dependendo das queixas clínicas,

dos achados do exame físico e do diagnóstico firmado em relação à atividade exercida pelo segurado. Deve-se sempre confrontar o quadro clínico frente à postura e aos gestos envolvidos na atividade de trabalho (maneira como o trabalho é executado). A incapacidade laborativa é reconhecida pela associação dos sintomas clínicos (dor em repouso, dor à movimentação) e dos achados de exame físico (dor à movimentação ativa e passiva, crepitação, hipotrofia/atrofia muscular e perda de força muscular) que resultem em impotência funcional, correlacionada com a sua atividade laborativa. A queixa de dor deve, sempre, ser correlacionada com os achados do exame físico. Ressaltamos que o exame pericial e sua conclusão baseiam-se, essencialmente, na relação entre o quadro clínico e a efetiva repercussão na capacidade de trabalho de seu portador, considerando-se a sua atividade/função e as manifestações clínicas. A incapacidade para o trabalho deve ser verificada quanto ao tipo de atividade exercida e à sintomatologia presente, bem como a sua evolução temporal, que na maioria das vezes não guarda relação com alterações de exames complementares. O nexo deve ser analisado à luz do envolvimento do examinado e seu trabalho, que deve ser muito bem esclarecido pelo perito”.

- (Item 2.5) – “O nexo técnico deve ser entendido como o vínculo entre a afecção de unidades motoras e a existência de fatores ergonômicos de risco para desenvolvimento de DORT. O nexo causal correlaciona a clínica com a etiologia, enquanto o nexo técnico relaciona o diagnóstico com o trabalho. Apenas o cotejamento das características clínicas do caso (notadamente anátomo-funcionais) com as condições específicas de trabalho (gestos, posições, movimentos, esforços, tensões, ritmo, carga de trabalho etc.) permitem afirmar ou excluir o vínculo com o seu

trabalho. A incidência da lesão em outros trabalhadores que executam atividades semelhantes (critério epidemiológico) pode direcionar, mas não estabelece o vínculo técnico. A caracterização pericial do nexu técnico não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a afecção e a execução do seu trabalho. Sendo evidente a presença de fatores ergonômicos de risco em relação às estruturas comprometidas, é clara a ação do trabalho como fator desencadeante/agravante do quadro. A constatação de afecção subjacente (reumática, traumática, endócrino-metabólica), por si, não descaracteriza o nexu com o trabalho que pode ser fator agravante sobre uma condição pré-existente (...) Os fatores presentes no trabalho reconhecidos como certamente relacionados a manifestações osteomusculares são: a configuração ergonômica do posto de trabalho e seus elementos, as forças exercidas, as posturas adotadas e a frequência e a variação no tempo das forças e posturas consideradas para cada diagnóstico específico (...) A importância relativa de cada um destes fatores varia de caso para caso, mas os fatores ditos psicossociais, entendidos como a percepção que o trabalhador tem dos aspectos da organização do trabalho e que podem resultar em fadiga pelo acúmulo de tensão psíquica, estão presentes provavelmente em grande número dos casos de DORT (...) Em casos de nexu duvidoso, sendo a atividade reconhecida epidemiologicamente ou não, como causadora de DORT, será necessário estudo mais acurado para caracterização ou não do nexu técnico, inclusive com a realização da vistoria do posto de trabalho com elaboração do respectivo laudo técnico. Constatando-se através de um desses mecanismos a existência de riscos específicos, estará estabelecido o nexu técnico. A descaracterização do nexu técnico significa que aquele

trabalho não é seu fator desencadeante/agravante, embora não exclua uma possível correlação com outras atividades. Caso ocorra o agravamento sem vínculo com o trabalho, o nexó técnico será negado de imediato, assim como quando da superveniência de complicações não relacionadas ao trabalho”.

Em 18 de novembro de 1999, ocorreu a publicação da Portaria Federal n. 1339/GM - MS, através da qual, o então Ministro de Estado da Saúde, José Serra, no uso de suas atribuições e considerando: o artigo 6º, parágrafo 3º inciso VII da Lei n. 8080/90 (que delega ao Sistema Único de Saúde - SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho); a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, n. 220, de 05 de maio de 1997 (que recomenda ao Ministério da Saúde a publicação da Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho) e a importância da definição do perfil nosológico da população trabalhadora para o estabelecimento de políticas públicas no campo da saúde do trabalhador, resolveu (Art. 1º) instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria, contendo no item 13, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas com o trabalho (Grupo XIII da CID-10), conforme disposto no Quadro 5. (Brasil, 1999)

Quadro 5 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, relacionadas com o trabalho (Grupo XIII da CID-10) de acordo com a Portaria Federal n. 1339/GM- MS/1999

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Artrite Reumatóide associada a Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão (J60.-): “Síndrome de Caplan” (M05.3)	<input type="checkbox"/> Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) <input type="checkbox"/> Exposição ocupacional a poeiras de sílica livre (Z57.2)(Quadro 18)
Gota induzida pelo chumbo (M10.1)	<input type="checkbox"/> Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)

continua...

...continuação

Outras Artroses (M19.-)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Síndrome Cervicobraquial (M53.1)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Dorsalgia (M54.-): Cervicalgia (M54.2); Ciática (M54.3); Lumbago com Ciática (M54.4)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) <input type="checkbox"/> Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Sinovites e Tenossinovites (M65.-): Dedo em Gatilho (M65.3); Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain) (M65.4); Outras Sinovites e Tenossinovites (M65.8); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas (M65.9)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) <input type="checkbox"/> Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
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).	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) <input type="checkbox"/> Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
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)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Ritmo de trabalho penoso (Z56) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)

continua...

...continuação e conclusão

Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)	<input type="checkbox"/> Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Osteomalácia do Adulto induzida por drogas (M83.5)	<input type="checkbox"/> Cádmio ou seus compostos (X49.-)(Quadro 6) <input type="checkbox"/> Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12)
Fluorose do Esqueleto (M85.1)	<input type="checkbox"/> Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 11)
Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose devida a drogas (M87.1); Outras Osteonecroses secundárias (M87.3)	<input type="checkbox"/> Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12) <input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) <input type="checkbox"/> Radiações ionizantes (Z57.1) (Quadro 24)
Ostéolise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos)	<input type="checkbox"/> Cloreto de Vinila (X49.-; Z57.5)(Quadro 13)
Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3)	<input type="checkbox"/> “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondropatias especificadas (M93.8)	<input type="checkbox"/> Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)

No ano de 1999, ocorreu em 23 de dezembro, a publicação da Resolução INSS/DC n. 10 pela Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, a qual aprovou “Os Protocolos Médicos, com alterações realizadas pela Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade da Diretoria de Benefícios”, dentre os quais, no Anexo 13, aqueles relativos às Doenças Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo que poderiam estar relacionadas com o trabalho.

Em 05 de dezembro de 2003, a Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS 2003 publicou a Instrução Normativa n. 98 INSS/DC, através da qual aprovava a “Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT”, revendo a Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT, aprovada pela Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606/1998, sendo esta Norma, a mais atual em vigência no ordenamento jurídico brasileiro, regulamentando o tema LER-DORT.

Atualmente, o documento legal aplicado em relação às LER-DORT é a Instrução Normativa 98/2003 que define as LER/DORT como sendo uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários

sintomas de aparecimento insidioso (dor, parestesia, sensação de peso, fadiga), concomitantes ou não, ocorrendo geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer os membros inferiores e também serem expressas como entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos e síndromes miofasciais.

Esta norma, tendo por objetivo o registro e a vigilância dos casos de LER-DORT, preconiza sua devida notificação, garantindo ao segurado os direitos previstos na legislação acidentária, prevendo que, diante da suspeita de diagnóstico de LER-DORT, deve ser emitida a CAT. Ainda esclarece que, para fins estatísticos e epidemiológicos, a empresa deverá comunicar as doenças do trabalho, nas quais se enquadram as LER/DORT e que todos os casos com suspeita diagnóstica de LER-DORT devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador, com o devido preenchimento do atestado médico da CAT ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar onexo causal. Na falta de Comunicação por parte do empregador, poderá formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública.

2.3 Aspectos Jurisprudenciais

2.3.1 Legislação sobre acidentes do trabalho no Brasil do século XIX até a as duas primeiras décadas do século XX — Características principais

Até o início do século XX, não havia no Brasil qualquer legislação específica para o acidente de trabalho, sendo o mesmo regulado pelo Direito Civil. Prevalencia, nessa época, a teoria extra-contratualista da relação de trabalho, da qual se extraía a não obrigatoriedade de reparação ao empregado quanto aos danos causados pelo acidente. Tratava-se, pois, de

responsabilidade subjetiva do empregador, ou seja, mediante a comprovação de culpa³⁷. (Hasson, 2002)

O Código Civil de 1916 (Lei n. 3071 - de 1º de janeiro de 1916 - DOU de 05/01/1916) em seu artigo 159, dispunha que: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”.

Até o presente momento, prevaleciam os princípios da teoria da “culpa aquiliana”, ou seja, a responsabilidade pelo dano era de natureza extracontratual, cabendo ao trabalhador provar a culpa do empregador. Como ressalta Martins (1997), “o operário, porém, não conseguia fazer a prova do acidente quanto à culpa do empregador, pois as testemunhas que arrolava não compareciam, visto que eram oriundas da própria empresa, por ficarem com medo de serem despedidas pelo patrão”.

Antes que houvesse no Brasil a publicação do primeiro documento legal pertinente às obrigações resultantes dos acidentes no trabalho, houve a precedência de vários Projetos de Lei e alguns Decretos concernentes a esta matéria (Quadro 6):

Quadro 6 – Histórico Legislativo Previdenciário. Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social

ANO	COMENTÁRIOS
1888	A Lei n. 3397, de 24 de novembro de 1888, criou a Caixa de Socorros em cada uma das Estradas de Ferro do Império.
1892	A Lei n. 217, de 29 de novembro de 1892, instituiu a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte dos operários do Arsenal da Marinha do Rio de Janeiro.
1904	O Projeto de Lei n. 169/1904 apresentado pelo Deputado Federal Medeiros e Albuquerque, visava instituir um seguro de acidente do trabalho. No mesmo sentido foram os projetos dos Deputados Federais Graccho Cardoso, Sá Freire, Altino Arantes e Simeão Leal (Projeto de Lei n. 274/1908); Wenceslau Escobar (Projeto de Lei n. 337/1908) e do Senador da República Adolpho Gordo (Projeto de Lei n. 237/1915).
1908	
1915	

³⁷ HASSON, Roland. Acidente de Trabalho & Competência: conseqüências das normas no tempo. 1ª ed. Curitiba: Juruá Editora, p. 21, 2002.

1917	O Projeto de Lei n. 284/1917 - O relator foi o Deputado Federal Maximiano de Figueiredo e um dos autores o Deputado Maurício de Lacerda ³⁸ .
1918	O Projeto de Lei n. 239/1918 apresentado pelo Deputado Federal Andrade Bezerra.

2.3.2 Legislação sobre acidentes do trabalho no Brasil das duas primeiras décadas do século XX até os dias atuais — Características principais

Surge, neste momento, no arcabouço jurídico brasileiro, o Decreto n. 3724, de 15 de janeiro de 1919³⁹ (*Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho*), que passou a prever a responsabilização do empregador quanto ao ressarcimento de danos decorrentes de um acidente de trabalho. Este Decreto é o primeiro a abordar o acidente do trabalho como categoria especial do termo genérico “dano ao trabalhador”. Adotou o legislador a teoria do risco profissional em detrimento da culpa aquiliana. A partir de então, cria-se uma responsabilidade objetiva do empregador no que tange ao acidente do trabalho, ou seja, o empregador responde por todo e qualquer acidente do trabalhos sem que seja necessário o trabalhador provar a culpa do mesmo. (Waldvogel, 1999)

Após este, sucederam-no vários outros, que na inclusão progressiva de Artigos, aprofundaram gradativamente a regulamentação sobre o tema (Quadro 7):

³⁸ Neste sentido, o Deputado Maurício de Lacerda apresentou em 1917 (sob o impacto do movimento revolucionário russo) um projeto mais amplo criando um Departamento Nacional do Trabalho, antecessor daquele Ministério, e o Código do Trabalho, a materializar-se na Consolidação das Leis do Trabalho. O primeiro projeto proposto por Maurício de Lacerda previa as comissões de conciliação e arbitragem; o segundo, a oito horas da jornada de trabalho; o terceiro regulava o trabalho feminino, proibia o das grávidas impedia sua demissão; o quarto determinava a instalação de creches nas fábricas; o quinto fixava entre quatorze e dezesseis anos a admissão masculina ao trabalho, entre quatorze e dezoito às mulheres; o sexto previa "o contrato de aprendizagem", pago ou gratuito, entre empregados e empregadores. A maioria da Câmara dos Deputados invocou a necessidade de uma lei codificando as legislações trabalhistas já existentes e ela não foi apresentada. Borges de Medeiros, muito importante entre os políticos gaúchos e os positivistas, foi dos mais ativos no impedimento da aprovação daqueles e de vários projetos de legislação trabalhista, ao invocar objeções constitucionais e até ideológicas anti-estatizantes.[in ALMEIDA LIMA, Mário de. "A Proteção ao Trabalho e a Contribuição de Lindolfo Collor" introdução a Origens da Legislação Trabalhista (Exposições de Motivos de Lindolfo Collor). Porto Alegre: Fundação Paulo de Couto e Silva, 1990, pp. 37-40. Disponível em <http://www2.interlegis.gov.br/interlegis/processo_legislativo/20050124115411/20050124115504/view?page=histri34.htm#n150>. Acesso em 15.05.2007]

³⁹ BRASIL. Decreto n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007. Modificado pelo Decreto n. 13.493, de 05.03.1919 e, por fim, regulamentado pelo Decreto n. 13.498, de 12.03.1919.

Quadro 7 – Histórico Legislativo Previdenciário. Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social

ANO	REGULAMENTAÇÃO LEGAL	COMENTÁRIOS
1919	Decreto n. 3724 - De 15 de janeiro de 1919 (Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho).	Presidente da República - Delfim Moreira da Costa Ribeiro. Este Decreto é considerado a primeira legislação brasileira sobre acidente do trabalho e continha com 30 Artigos.
1934	Decreto n. 24637 - De 10 de julho de 1934 (Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho, e dá outras providências).	Presidente da República - Getúlio Vargas. Este Decreto é considerado a segunda legislação brasileira sobre acidente do trabalho e continha com 79 Artigos.
1943	Decreto-Lei n. 5452 - De 01 de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho).	Presidente da República - Getúlio Vargas. Embora não trate exclusivamente sobre legislação acidentária, este Decreto não poderia deixar de ser citado por ser um marco da Legislação Trabalhista Brasileira. Continha 921 Artigos.
1944	Decreto-Lei n. 7036 - De 10 de novembro de 1944 (Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho).	Presidente da República - Getúlio Vargas. Este Decreto-Lei é considerado a terceira legislação brasileira sobre acidente do trabalho e continha com 116 Artigos.
1967	Decreto-Lei n. 293 - De 23 de fevereiro de 1967 (Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho).	Presidente da República – Humberto de Alencar Castello Branco. Este Decreto-Lei é considerado a quarta legislação brasileira sobre acidente do trabalho e como o mesmo regulamentava especificamente o seguro de acidentes do trabalho, apresentava 39 Artigos.

continua ...

...continuação

1967	Lei n. 5316 - De 14 de setembro de 1967 (Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências).	Presidente da República – Arthur da Costa e Silva. Esta Lei é considerada a quinta legislação brasileira sobre acidente do trabalho e, como o mesmo também tratava de matérias específicas, contendo exclusivamente de 42 Artigos.
1976	Lei n. 6367 - De 19 de outubro de 1976 (Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências).	Presidente da República – Ernesto Beckmann Geisel. Esta Lei é considerada a sexta legislação brasileira sobre acidente do trabalho e, como o mesmo também tratava de matérias específicas, contendo exclusivamente de 22 Artigos.
1991	Lei n. 8212 - De 24 de julho de 1991 (Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências - Lei Orgânica da Seguridade Social - LOSS).	Presidente da República – Fernando Affonso Collor de Mello. Esta Lei dispõe essencialmente sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências - Lei Orgânica da Seguridade Social – LOSS, contendo 105 Artigos.
1991	Lei n. 8213 - De 24 de julho de 1991 (Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências - PBPS).	Presidente da República – Fernando Affonso Collor de Mello. Embora esta Lei disponha essencialmente sobre os planos de benefícios da previdência social, ela é considerada a sétima legislação brasileira sobre acidente do trabalho, contendo 156 Artigos.
1991	Decreto n. 357 - De 7 de dezembro de 1991 (Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social).	Presidente da República – Fernando Affonso Collor de Mello. Este Decreto aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, contendo 299 Artigos e 03 Anexos.
1992	Decreto n. 611 - De 21 de julho de 1992 (Dá nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social)	Presidente da República – Fernando Affonso Collor de Mello. Este Decreto dá nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 357, de 7 de dezembro de 1991, e incorpora as alterações da legislação posterior.
1997	Decreto n. 2172 - De 5 de março de 1997 (Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social).	Presidente da República – Fernando Henrique Cardoso. Este Decreto aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, contendo 265 Artigos e 04 Anexos.

continua ...

...continuação e conclusão

1999	Decreto n. 3048 - De 06 de maio de 1999 (Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências).	Presidente da República – Fernando Henrique Cardoso. Este Decreto passa a regulamentar a Previdência Social, contando de 382 Artigos e 05 Anexos. Sofreu alterações, sobretudo, pelo Decreto n. 3265 de 29 de novembro de 1999 (Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 3048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências); pelo Decreto n. 4079 de 9 de janeiro de 2002 (Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 3048, de 6 de maio de 1999) e pelo Decreto n. 6042 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).
1999	Portaria Federal n. 1339 – De 18 de novembro de 1999 (Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria).	Presidente da República – Fernando Henrique Cardoso. Esta portaria foi editada pelo Ministério da Saúde, considerando-se: 1) o artigo 6º, parágrafo 3º inciso VII da Lei nº 8.080/90, que delega ao Sistema Único de Saúde (SUS) a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho; 2) A Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 220, de 05 de maio de 1997, que recomenda ao Ministério da Saúde a publicação da Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho e 3) A importância da definição do perfil nosológico da população trabalhadora para o estabelecimento de políticas públicas no campo da saúde do trabalhador.
2007	Decreto n. 6.042 - de 12 de fevereiro de 2007 (Altera o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências).	Presidente da República – Luiz Inácio Lula da Silva. Este Decreto 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.).
2008	Lei n. 11430 - De 26 de dezembro de 2006 (Altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências).	Presidente da República – Luiz Inácio Lula da Silva. Esta Lei dispõe sobre a caracterização da natureza acidentária da incapacidade quando da constatação da ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo.

Considera-se o Decreto n. 3724/19 como a primeira previsão legislativa brasileira específica sobre o infortúnio laboral, vindo a regulamentar as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho no Brasil, sendo oriundo da

Comissão Especial e Legislação Social (criada em 18 de novembro de 1918 pela Câmara de Deputados). Nesta ocasião, o presidente da República era Delfim Moreira da Costa Ribeiro, vice-presidente em exercício, em razão da morte de Francisco de Paula Rodrigues Alves^{40,41}.

O Decreto 3.724/19, no seu artigo 1º, assim conceituava o acidente do trabalho:

TÍTULO I – DOS ACIDENTES NO TRABALHO: Art. 1º –

Consideram-se acidentes no trabalho, para os fins da presente lei:

- a) *O produzido por uma causa súbita, violenta, externa e involuntária no exercício do trabalho, determinando lesões corporais ou perturbações funcionais que constituam a causa única da morte ou perda total ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.*
- b) *a moléstia contraída exclusivamente pelo exercício do trabalho, quando este for de natureza a só por si causá-la, e desde que determine a morte do operário, ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária para o trabalho.*

Observa-se que este Decreto conceitua o acidente do trabalho (art.1º a, b), contudo, não faz referência aos termos doença profissional, nem doença do trabalho. Depreende-se, diante do exposto, que a alínea “a” corresponderia à definição do acidente típico do trabalho. Já a alínea “b” ao conter no seu corpo textual a palavra “*exclusivamente*”, contemplaria e faria uma correlação do acidente do trabalho apenas com a doença profissional típica (*ou seja, aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho; que tem o nexos causal presumido em face da profissão exercida. Assim, para configurar o acidente, o empregado deve provar que exercia a atividade geradora de doença profissional. Atualmente é conhecida como tecnopatia*). Observa-se que a alínea “b” não permite a inclusão conceitual da doença profissional atípica (*ou seja, aquela que advém, não da profissão em si, mas das condições do*

⁴⁰ PEREIRA, Luiz da Rocha Castello. 80 anos da primeira lei de acidentes no trabalho no Brasil. Revista da Procuradoria Geral do Inss, Volume 5, n. 4, janeiro-março, 1999. Disponível em <http://menta.dataprev.gov.br/publique/dat/doc/REV_5499.pdf>. Acesso em 16/03/2007.

⁴¹ A Comissão Especial e Legislação Social apresenta em sessão de 3 de dezembro de 1918 o “Projeto de Lei sobre acidentes do trabalho”, o qual foi aprovado quase integralmente pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, originando o Decreto 3.724/19. Neste Sentido – MENEZES, João Salvador Reis; PAULINO, Naray Jesimar Aparecida. Sobre Acidente do Trabalho, incapacidade e invalidez. São Paulo. Editora LTr; 2002. p.19-20.

exercício da função e do ambiente do trabalho. A doença do trabalho não depende da existência de qualificação profissional do obreiro, não acompanha o trabalhador no exercício da atividade. Alcança todos que laborem em condições adversas à saúde. É contraída, deflagrada ou agravada em virtude das circunstâncias em que o trabalho é realizado, sendo hodiernamente também denominada de mesopatia)⁴².

Em conformidade com esta Lei (Título I - Dos acidentes no trabalho), ressalta-se que o empregador já era responsável por arcar com a indenização para o operário ou à sua família calculada de acordo com a gravidade das seqüelas do acidente. Contudo, não havia ainda a obrigação de se contratar um seguro para ressarcir o acidentado:

Art. 2º. O acidente, nas condições do Artigo anterior, quando ocorrido pelo fato do trabalho ou durante este, obriga o patrão a pagar uma indenização ao operário ou à sua família, excetuados apenas os casos de força maior ou dolo da própria vítima ou de estranhos.

Art. 5º. A indenização será calculada segundo a gravidade das conseqüências do acidente, as quais podem ser: a) morte; b) incapacidade total e permanente para o trabalho; c) incapacidade total e temporária; d) incapacidade parcial e permanente; e) incapacidade parcial e temporária.

Para todo acidente do trabalho que obrigasse o operário a suspender o serviço ou se ausentar, a lei exigia uma comunicação imediata à autoridade policial do lugar, pelo próprio operário, pelo patrão ou por qualquer outra pessoa. Importante perceber que o único Artigo que tratava da realização de exame médico para verificação ulterior do estado de saúde do acidentado era o Artigo 20 (Título III - Da declaração do acidente). Não havia a menção da nomeação de peritos oficiais ou de médicos-legistas para a realização deste exame:

Art. 19. Todo o acidente de trabalho que obrigue o operário a suspender o serviço ou se ausentar, deverá ser imediatamente comunicado à autoridade policial do lugar, pelo patrão, pelo próprio operário, ou qualquer outro. A autoridade policial comparecerá sem demora ao lugar do acidente e ao em que

⁴² Neste Sentido – FRANÇA, Genival Veloso. Medicina Legal. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004. p. 192-193 e MARANO, Vicente Pedro. Doenças Ocupacionais. São Paulo: Editora LTr; 2003. p.33-34.

se encontrar a vítima, tomando as declarações desta, do patrão e das testemunhas, para lavrar o respectivo auto, indicando o nome, a qualidade, a residência do patrão, o nome, a qualidade, a residência e o salário da vítima, o lugar preciso, a hora e a natureza do acidente, as circunstâncias em que se deu e a natureza dos ferimentos, os nomes e as residências das testemunhas e dos beneficiários da vítima.

§ 1º. No quinto dia, a contar do acidente, deve o patrão enviar á autoridade policial, que tomou conhecimento do fato, prova de que fez á vítima o fornecimento de socorros médicos e farmacêuticos ou hospitalares, um atestado medico sobre o estado da vítima, as conseqüências verificadas ou prováveis do acidente, e a época em que será possível conhecer-lhe o resultado definitivo.

§ 2º. Nesse mesmo dia a autoridade policial remeterá o inquérito, com os documentos a que se refere o parágrafo anterior, ao juízo competente, para a instauração do sumário.

Art. 20. Durante o tratamento, é permitido, quer ao patrão, quer ao operário, requerer a verificação do estado de saúde deste último, nomeando o juiz um medico para fazer o exame que se efetuará em presença do medico assistente. Se houver divergência entre ambos sobre o estado da vítima e as suas condições de capacidade para o trabalho, o juiz nomeará um outro medico para fazer o exame e no seu laudo baseará o julgamento.

As ações judiciais relacionadas com este Decreto (3.724/19), de acordo com o Título IV – Da ação judicial – deveriam ser julgadas pela justiça comum, através de rito sumário.

Art. 21. Recebidos pelo juiz competente, o inquérito e documentos de que trata o § 2º do art. 18, será imediatamente instaurado o processo judicial, que deverá ser encerrado no prazo Maximo de 12 dias, contados da data do acidente. Findo esse prazo, será proferida sentença e ordenado o pagamento devido pelo acidente.

Art. 22. Todas as ações que se originarem da presente lei serão processadas perante a justiça comum, segundo as prescrições da respectiva organização judiciária, terão curso sumário e prescreverão no prazo de dois anos.

Segundo CORREIA (2005)⁴³, este instrumento normativo fundamentou-se na teoria do risco profissional, segundo a qual, as atividades realizadas pelos empregadores envolviam riscos de acidentes, e em razão do vínculo empregatício, estes deveriam arcar com todas as conseqüências da atividade profissional e, conseqüentemente, ressarcir os prejuízos decorrentes de um acidente.

No ano de 1934, o Congresso Nacional promulgou o Decreto n. 24637, 10 de julho de 1934 (*Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho, e dá outras providências*), que reformulou pontualmente o que dispunha a lei anterior⁴⁴. De acordo com Hasson (2002)⁴⁵, esta foi a segunda lei acidentária do Brasil, vindo a revogar o Decreto 3.724/19 e a ampliar o conceito de acidente de trabalho, incluindo de forma expressa a categoria de doenças profissionais inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade.

Desta forma, o Decreto 24.637/34, no seu Capítulo I – Dos acidentes do trabalho – passou a conceituar o acidente do trabalho como:

Art. 1º – Considera-se acidente do trabalho, para os fins da presente lei, toda lesão corporal, perturbação funcional, ou doença produzida pelo exercício do trabalho ou em conseqüência dele, que determine a morte, ou a suspensão ou limitação, permanente ou temporária, total ou parcial, da capacidade para o trabalho.

§ 1º – São doenças profissionais, para os efeitos da presente lei, além das inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade, as resultantes exclusivamente do exercício do trabalho, as resultantes exclusivamente especiais ou excepcionais em que o mesmo for realizado, não sendo assim consideradas as endêmicas quando por elas forem atingidos empregados habitantes da região.

⁴³ CORREIA, Elizabeth Lilian Flores, Política de Segurança do Trabalho: análise do programa de saúde e segurança do trabalho do SESI – Vitória da Conquista –BA. Versão em html do arquivo - Disponível em <<http://www.adm.ufba.br/disserta/mestinst/disserta/CORREIA,%20Elizabeth%20Lilian%20Flores.pdf>>
www.adm.ufba.br/disserta-mestinst-disserta-CORREIA,ElizabethLilianFlores.pdf. Acesso em 01 de Outubro de 2005.

⁴⁴ BRASIL. Decreto n. 24.637, de 10 de julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho e dá outras providências. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

⁴⁵ HASSON, Roland. Acidente de Trabalho & Competência: conseqüências das normas no tempo. 1ª ed. Curitiba: Juruá Editora, p. 25, 2002.

§ 2º – A relação das doenças profissionais inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade será organizada e publicada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e revista trienalmente, ouvidas as autoridades competentes.

Verifica-se a evolução do conteúdo normativo deste Decreto, que além de incluir a definição de acidente do trabalho, no *caput* do Artigo 1º; passou a incluir, no seu parágrafo 1º, o aspecto conceitual concernente tanto à doença profissional típica, como à doença profissional atípica, excluindo a doença de natureza endêmica. Não havia, neste decreto a proteção ao acidente de trajeto, conforme expresso no parágrafo 2º do Artigo 2º (Capítulo I - Dos acidentes do trabalho).

Art. 2º. § 2º – A responsabilidade do empregador deriva somente de acidentes ocorridos pelo fato do trabalho, e não dos que se verificarem na ida do empregado para o local da sua ocupação ou na sua volta dali salvo havendo condição especial fornecida pelo empregador.

o Decreto 24.637/34 foi mais enfático e extensivo que o precedente (Decreto 3.724/19) no que se refere à especificação da atuação da atividade pericial oficial exercida, na época, através do médico legista (Art. 33 - Capítulo IV - Da assistência médica, farmacêutica e hospitalar); ou mesmo da participação do perito *ad hoc*, ou seja, nomeado pela autoridade judicial (Art. 47, Art. 50 e Art. 55 — Capítulo VI - Da declaração do acidente; Capítulo VII - Da liquidação do acidente e Capítulo VIII - Do procedimento judicial, respectivamente).

Art. 33. É permitido à vítima ou ao seu representante reclamar contra o tratamento que esteja sendo aplicado. Neste caso, a autoridade designará um perito médico-legista para examinar a vítima, decidindo afinal.

Art. 47. A perícia médica, se for necessária, será efetivada por médicos oficiais, de preferência, legistas, ou onde não os houver, por quaisquer médicos diplomados.

Art. 50. Quando ocorrer a consolidação da lesão, ou, mediante exame pericial, promovido por quaisquer interessados e efetuado por médicos legistas oficiais,

se verificar incapacidade permanente, será feito o devido cálculo, consoante a tabela a que se refere o art. 25, e realizado o pagamento da indenização, por meio de acordo, reduzido a escrito, nos termos do modelo oficial, e homologado sempre pelo juiz competente..

Parágrafo Único. Nos exames periciais que forem ordenados não poderão servir como peritos, pessoas ligadas por parentesco, ou interesse, ao empregador, ao seu segurador ou à vítima, e os laudos deverão ser sempre apresentados dentro do prazo de oito dias.

Art. 55. (Parágrafo Único) – No caso de haver discordância apenas quanto à natureza e extensão da lesão, poderá o juiz ordenar nova perícia, na forma do art. 47, sendo o respectivo laudo junto aos autos, que subirão para sentença.

Destaca-se que o empregador, o qual já era responsável por arcar com a indenização para o operário ou à sua família, passou a ter a obrigação de escolher entre seguro privado e depósito obrigatório no Banco do Brasil ou na Caixa Econômica Federal, para garantia do pagamento das indenizações (Art. 36 – Capítulo V - Da garantia de indenização):

Art. 36. Para garantir a execução da presente lei, os empregadores sujeitos ao seu regime, que não mantiverem contrato de seguro contra acidentes, cobrindo todos os riscos relativos às várias atividades, ficam obrigados a fazer um depósito, nas repartições arrecadoras federais, nas Caixas Econômicas da União, ou no Banco do Brasil, em moeda corrente ou em títulos da dívida pública federal, na proporção de 20:000\$000 (vinte contos de réis), para cada grupo de 50 (cinquenta) empregados ou fração, até ao máximo de 200:000\$000 (duzentos contos de réis), podendo a importância do depósito, a juízo das autoridades competentes, ser elevada até ao triplo, ao se tratar de risco excepcional ou coletivamente perigoso.

A comunicação do acidente para a autoridade policial passou a ser realizada de forma mais simplificada, sendo esta comunicação realizada dentro de 24 horas (Art. 44 – Capítulo VI - Da declaração do acidente) e não mais imediatamente, conforme era preconizado pelo Decreto 3.724/19:

Art. 44. Ocorrendo acidente que obrigue a vítima a abandonar o trabalho, o empregador o registrará no livro próprio, e, dentro de 24 horas, enviará, do

sucedido, comunicação à autoridade policial competente, sob a pena prevista no art. 63, alínea f, observando o modelo oficial e indicando o segurador, se o houver.

§ 1º. Não sendo a comunicação feita pelo empregador, poderá a autoridade recebê-la da vítima ou de terceiro.

§ 2º. No caso de falta de comunicação do responsável pelo acidente e quando a mesma comunicação não satisfizer os requisitos legais, a autoridade policial competente deverá fazer o inquérito necessário e aguardará a respectiva requisição Judiciária para a devida remessa.

Deve-se, nesta linha histórica do tempo, fazer uma ressalva ao Decreto-Lei n. 5452 de 01 de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), o qual, embora não trate exclusivamente sobre legislação acidentária, não poderia deixar de ser citado, por ser um marco da Legislação Trabalhista Brasileira. A CLT alberga no seu Capítulo V, sobre Higiene e Segurança do Trabalho, quatro Secções:

- Secção I (Introdução) – Contém 03 Artigos (154 ao 156).
- Secção II (Higiene do Trabalho) – Contém 35 Artigos (157 ao 191).
- Secção III (Segurança do trabalho) – Contém 31 Artigos (192 ao 222).
- Secção IV (Das penalidades) – Contém três Artigos (223).

Destaca-se que na Secção II da CLT, nos seus Artigos 180 e 181 (Capítulo VI- Da declaração do acidente), já se identifica alguma preocupação incipiente de natureza ergonômica.

Art. 180. Para evitar a fadiga será obrigatória a disposição de assentos ajustáveis à altura do indivíduo e à função exercida.

Art. 181. Aos trabalhadores é vedado remover material de peso superior a sessenta quilogramas para o trabalho contínuo, e setenta e cinco quilogramas para o trabalho ocasional.

Em 1944, foi publicado o Decreto-Lei n. 7036/44 (*Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho*)⁴⁶, modificando novamente a legislação, para regular o conceito de acidente de trabalho:

Neste sentido, o Decreto-Lei n. 7036/44 (Capítulo I - Do acidente do trabalho), passou a conceituar o acidente do trabalho como:

Art. 1º. Considera-se acidente do trabalho, para os fins da presente lei, todo aquele que se verifique pelo exercício do trabalho, provocando, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional, ou doença, que determine a morte, a perda total ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Art. 2º. Como doenças, para os efeitos desta lei, entendem-se, além das chamadas profissionais, - inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividades -, as resultantes das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho for realizado.

Parágrafo único. A relação das doenças chamadas profissionais, será organizada e publicada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e revista trienalmente..

Art. 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 empregado, bastando que entre o evento e a morte ou incapacidade haja uma relação de causa e efeito.

Art. 4º. Não se consideram agravações ou complicações de um acidente do trabalho, que haja determinado lesões então já consolidadas, quaisquer outras lesões corporais ou doenças, que às primitivas se associem ou se superponham, em virtude de um novo acidente.

Art. 5º. Incluem-se entre os acidentes do trabalho por que responde o empregador, de conformidade com o disposto nos Artigos anteriores, todos os sofridos pelo empregado no local e durante o trabalho, em consequência de: a) atos de sabotagem ou terrorismo levados a efeito por terceiros, inclusive companheiros de trabalho; b) ofensas físicas intencionais, causadas por companheiros de trabalho do empregado, ou não, em virtude de disputas relacionadas com o trabalho; c) qualquer ato de imprudência, de negligência ou brincadeiras de terceiros, inclusive companheiros de trabalho; d) atos de terceiros privados do uso da razão; e) desabamentos, inundações ou incêndios, respeitado o disposto na letra b do art. 7º.

⁴⁶ BRASIL. Decreto-Lei n. 7036, de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

Art. 6º. Ficam igualmente abrangidos por esta lei, considerados como produzidos pelo exercício do trabalho ou em consequência dele, embora ocorridos fora do local e do horário do trabalho, os acidentes sofridos pelo empregado: a) na execução de ordens ou realização de serviços sob a autoridade do empregador; b) pela prestação espontânea de qualquer serviço ao empregador com o fim de lhe evitar prejuízos ou de lhe proporcionar proveito econômico; c) em viagem a serviço do empregador, seja qual for o meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de sua propriedade.

Parágrafo único. No período de tempo destinado às refeições, ao descanso ou na satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local ou durante o trabalho, é o empregado considerado, para os efeitos desta lei, como a serviço do empregador.

Art. 7º. Não é acidente do trabalho: a) o que resultar de dolo do próprio acidentado, compreendida neste a desobediência a ordens expressas do empregador; b) o que provier de força maior, salvo o caso de ação de fenômenos naturais determinados ou agravada pelas instalações do estabelecimento ou pela natureza do serviço; c) o que ocorrer na ida do empregado para o local de sua ocupação ou na volta dali, salvo se houver condução especial fornecida pelo empregador, ou se a locomoção do empregado se fizer necessariamente por vias e meios que ofereçam reais perigos, a que não esteja sujeito o público em geral.

Parágrafo único. Também não são amparadas por esta lei as doenças endêmicas adquiridas por empregados habitantes das regiões em que elas se desenvolvem, exceto quando ficar comprovado que a doença resultou de uma exposição ou contato direto que a natureza do trabalho houver determinado.

Observa-se que o Decreto-Lei n. 7036/44 apresentou no seu *Capítulo I (Do Acidente do Trabalho)* modificações quantitativas e, sobretudo, qualitativas tanto em relação ao Decreto 24.637/34 (*Capítulo I – Dos Acidentes do Trabalho*), como ao Decreto 3.724/19 (*Título I – Dos Accidentes no Trabalho*), sendo estas abaixo caracterizadas:

- I) Sob o ponto de vista quantitativo, verifica-se que enquanto o *Título I* do Decreto 3.724/19 continha quatro Artigos (sendo duas alíneas no Artigo 1º) e o *Capítulo I* do Decreto 24.637/34 possuía apenas dois Artigos (com dois

parágrafos cada); o *Capítulo I* do Decreto-Lei n. 7036/44 apresentava sete Artigos: com um parágrafo único no Artigo 2º; cinco alíneas no Artigo 5º e três alíneas e um parágrafo único tanto no Artigo 6º, como no 7º. Este fato explicita o maior detalhamento do Decreto-Lei n. 7036/44 ao caracterizar o tópico “*Do Acidente do Trabalho*”.

- II) O Artigo 3º deste Decreto-Lei explicitou, pela primeira vez, que a existência da relação de causa e efeito seria suficiente para a caracterização do acidente;
- III) O Artigo 5º deste Decreto-Lei passa a proteger o empregado dos atos lesivos provocados por terceiros (inclusive companheiros de trabalho);
- IV) O Artigo 6º deste Decreto-Lei passa a proteger o empregado (em situações específicas) de acidentes sofridos ocorridos mesmo fora do local e do horário do trabalho (assim como nos períodos destinados às refeições, ao descanso ou na satisfação de outras necessidades fisiológicas);
- V) Não havia ainda, neste Decreto-Lei, a proteção adequada ao acidente de trajeto, conforme expresso na alínea “c” do Artigo 7º.
- VI) O Parágrafo único do Artigo 7º passa a amparar a aquisição de doenças endêmicas pelos empregados quando ficar comprovado que as mesmas resultaram de uma exposição ou contato direto que a natureza do trabalho houver determinado.

Observa-se no Decreto-Lei n. 7036/44 (artigos 46 e 47 — Capítulo VII- Da comunicação do acidente), que a comunicação do acidente para a autoridade policial passou a ser dispensada, exceto em caso de morte; diferentemente daquilo que preconizava o Decreto 3.724/19 (comunicação imediata) e o Decreto 24.637/34 (comunicação realizada dentro de 24 horas da ocorrência do acidente):

Art. 46. Tendo conhecimento do acidente, o empregador o anotarà no registro de que trata o art. 10 e, dentro de 24 horas, enviará do sucedido comunicação escrita à autoridade judiciária competente.

Art. 47. No caso de morte, é obrigatória a comunicação do acidente à autoridade policial, que instaurará o respectivo inquérito e o remeterá, dentro do prazo de 10 (dez) dias, ao Juízo competente..

O seguro privado passou a ser obrigatório (Art 94, Capítulo XV - Da garantia do pagamento das indenizações). De acordo com a legislação anterior, o empregador escolhia entre o seguro privado e o depósito obrigatório no Banco do Brasil ou na Caixa Econômica Federal, para garantia do pagamento das indenizações.

Art. 94. Todo empregador é obrigado a segurar os seus empregados contra os riscos de acidente do trabalho..

Parágrafo único. Os empregadores sujeitos ao regime desta lei deverão, sob pena de incorrerem na multa cominada no art. 104, manter afixados nos seus escritórios e nos locais de trabalho de seus empregados, de modo perfeitamente visível, exemplares dos certificados das entidades em que tiver realizado a seguro.

O Decreto-Lei n. 7036/44 destacou-se em relação às legislações anteriores que regulamentaram o tema (Decreto 3.724/19 e Decreto 24.637/34), igualmente sobre dois aspectos: passou a abordar especificamente no seu Capítulo XII (Da prevenção de acidentes e da higiene do trabalho, artigos 77 e 82), os temas de segurança e higiene no trabalho, assim como de os relativos às comissões internas de prevenção de acidentes:

Art. 77. – Todo empregador é obrigado a proporcionar a seus empregados a máxima segurança e higiene no trabalho, zelando pelo cumprimento dos dispositivos legais a respeito, protegendo-os, especialmente, contra as imprudências que possam resultar do exercício habitual da profissão.

Art. 82. – Os empregadores, cujo número de empregados seja superior a 100, deverão providenciar a organização, em seus estabelecimentos, de comissões internas, com representantes dos empregados, para o fim de estimular o interesse pelas questões de prevenção de acidentes, apresentar sugestões quanto à orientação e fiscalização das medidas de proteção ao trabalho, realizar palestras instrutivas, propor a instituição de concursos e prêmios e tomar outras providências, tendentes a educar o empregado na prática de prevenir acidentes.

Seguindo a tendência já expressa no Decreto 24.637/34, de especificar cada vez mais a atuação da atividade pericial oficial (exercida, na época, através do médico legista); ou mesmo da participação do perito *ad hoc* (nomeado pela autoridade judicial), o Decreto-Lei n. 7036/44 além de tratou o tema em diferentes Capítulos e Artigos sobre a atuação médico-pericial (Art. 12 – Capítulo IV - Da assistência médica, farmacêutica e hospitalar; Art. 49 – Capítulo VII - Da comunicação do acidente; Art. 58 – Capítulo VII - Da comunicação do acidente e artigos 83 a 89 – Capítulo XIII - Da perícia médica):

Art. 12. – § 2º. Ao acidentado, diretamente ou por intermédio de um seu representante, é permitido reclamar à autoridade judiciária competente contra a forma por que lhe estiver sendo prestada a assistência de que trata o presente capítulo. Nesse caso, a referida autoridade nomeará um perito médico para averiguar a procedência ou não da queixa argüida, podendo, em face das conclusões do perito, determinar ao empregador a designação, sujeita à sua prévia aprovação, de outro médico para assistir o acidentado, ou de outro estabelecimento hospitalar para sua internação.

Art. 49. – Parágrafo Único. No caso deste Artigo, a autoridade judiciária mandará dar vista ao representante do Ministério Público competente que requererá, como medida preliminar, além de outras diligências que julgue necessárias, o exame médico do acidentado, não se tratando de morte, assim como tomará as declarações dos interessados e, dentro do prazo de 10 (dez) dias, iniciará a respectiva ação ou solicitará o arquivamento.

Art. 58. – Parágrafo Único. No caso de haver discordância apenas quanto à natureza e extensão da lesão, poderá o Juiz ordenar nova perícia, obedecidas as prescrições do Capítulo XIII. sendo o respectivo laudo juntado aos autos, que serão conclusos para sentença.

Art. 83 – A verificação da incapacidade, para efeito desta lei, na localidade em que houver médico legista oficial, deverá ser, sempre, procedida por ele.

Art. 84 – Respeitado e disposto no Artigo anterior, a perícia em juízo será feita por perito nomeado pelo juiz, que lhe fixará os honorários.

Art. 85 – Sempre que possível, os exames periciais que forem ordenados pelo Juiz deverão ser realizados na sede do respectivo Juízo..

Art. 86 – Em todo o caso em que, de um acidente do trabalho, resultar a morte do empregado, ou em que a um acidente do trabalho ela for atribuída, dever-se-á proceder à autópsia, que poderá ser ordenada pela autoridade judiciária ou policial, por sua própria iniciativa, a pedido de qualquer das partes, ou do médico assistente da vítima.

§ 1º – A autoridade que determinar a autópsia nomeará o respectivo perito, arbitrando-lhe honorários, salvo quando a perícia deva ser efetuada em Instituto ou Serviço Médico Legal oficial.

§ 2º – A autoridade que ordenar a autópsia providenciará sempre para que o perito incumbido de realizá-la seja convenientemente informado sobre a natureza do acidente tido como responsável pela morte do empregado; sobre as circunstâncias em que se verificou; sobre a natureza do tratamento a que teria a vítima sido submetida; e sobre a "causa mortis" indicada pelo seu médico assistente. Para isso, todo pedido de autópsia feito às autoridades judiciárias ou policiais por quaisquer interessados, deverá ser sempre acompanhado de esclarecimentos sobre os referidos fatos.

Art. 87 – Os honorários dos peritos, nos casos de acidentes do trabalho, serão fixados de acordo com o disposto no regimento de custas..

Art. 88 – Salvo quando procedido com finalidade especial, determinada pela autoridade judiciária competente, todo laudo de perícia médica realizada no vivo, com fundamento num acidente de trabalho, deverá conter: a) os dados relativos à identidade do examinado (nome, cor, sexo, idade, profissão, nacionalidade, estado civil e residência); b) o histórico da lesão ou doença, com informações

sobre sua evolução, extensão e gravidade; c) a descrição dos antecedentes pessoais, mórbidos ou não, que se possam relacionar com a incapacidade atribuída ao acidente; d) conclusões sobre a existência ou não de relação de causalidade entre as alterações mórbidas verificadas e o fato alegado decorrente do exercício do trabalho; e) a verificação da incapacidade por acaso resultante do acidente, com a determinação da época provável da cura ou da consolidação das lesões ou, no caso de prognóstico letal, de tempo de vida provável do acidentado; f) informações sobre a natureza e duração dos cuidados médicos ainda necessários ao acidentado; sobre a natureza do aparelho de prótese para ele indicado ou sobre os característicos e eficiência do aparelho já usado.

Art. 89 – Nas perícias no morto, orientar-se-á sempre o perito no sentido de bem esclarecer a relação de causa e efeito entre o acidente e a morte.

Sucedendo o Decreto-Lei n. 7036/44, houve o Decreto-Lei n. 293/67, que dispunha especificamente sobre o seguro de acidentes do trabalho⁴⁷.

O Decreto-Lei 293/67, no seu Artigo 1º (Capítulo I- Do acidente do trabalho e sua cobertura), assim conceituava o acidente do trabalho:

Art. 1º. Para os fins do presente decreto-lei, considera-se acidente do trabalho todo aquele que provocar lesão corporal ou perturbação funcional no exercício do trabalho, a serviço do empregador, resultante de causa externa súbita, imprevista ou fortuita, determinando a morte do empregado ou sua incapacidade para o trabalho, total ou parcial, permanente ou temporária.

Art. 2º. O risco de acidente do trabalho é responsabilidade do empregador, o qual fica obrigado a manter seguro que lhe dê cobertura.

§ 1º. Ao fazer o seguro de acidentes do trabalho, o empregador transfere, à Entidade Seguradora, a responsabilidade de que trata este Artigo, da qual fica desobrigado, salvo o direito regressivo desta última, na hipótese de infração do contrato de seguro.

§ 2º. O pagamento das indenizações do seguro de acidentes do trabalho não exclui os benefícios que o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS concede aos acidentados, seus associados, dentro dos planos normais.

⁴⁷ BRASIL. Decreto-Lei n. 293, de 23 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

Segundo este Decreto-Lei (Art. 3º – CAPÍTULO I - DO ACIDENTE DO TRABALHO E SUA COBERTURA) , o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) poderia operar o seguro contra os riscos de acidentes do trabalho em regime de concorrência com as sociedades seguradoras.

Art. 3. Nos termos do art. 158, inciso XVII, da Constituição Federal, o seguro de acidentes do trabalho é um seguro privado integrando-se no sistema criado pelo Decreto-lei n. 73, de 21 de novembro de 1966.

§ 1º. O INPS poderá operar o seguro contra os riscos de acidentes do trabalho, em regime de concorrência com as Sociedades Seguradoras.

§ 2º. É condição para as operações de que trata este Artigo , subordinar-se ao regime de autorização, normas técnicas, tarifas e fiscalização estabelecido para as Sociedades Seguradoras.

O Decreto-Lei n. 293/67 destacou-se, sobretudo, devido aos seguintes aspectos:

- I) Foi o primeiro instrumento normativo a equiparar tacitamente, no seu Artigo 4º (Capítulo I- Do acidente do trabalho e sua cobertura), as doenças profissionais e do trabalho, ao acidente do trabalho, para os efeitos de seguro:

Art. 4. Equiparam-se ao acidente do trabalho, para os efeitos de seguro:

- a) as doenças profissionais;*
b) as doenças do trabalho.

- II) Apresentou a relação das doenças profissionais a que se refere o art. 4º deste Decreto-Lei. Apesar desta lista contemplar apenas dezoito situações referentes a possíveis intoxicações, infecções e afecções⁴⁸; a mesma, contudo, representava um avanço, já que

⁴⁸ Relação das doenças profissionais a que se refere o art. 4º do Decreto-Lei n. 293/67 — intoxicações, infecções e afecções: 1 - Causadas pelo arsênico e seus compostos; 2 - Causadas pelo Berilo e seus compostos; 3 - Causadas pelo chumbo, suas ligas e seus compostos; 4 - Causadas pelo cromo e seus compostos; 5 - Causadas pelo fósforo e seus compostos; 6 - Causadas pelo mercúrio; suas amálgamas e seus compostos; 7 - Causadas pelos elementos cloro, bromo, flúor e iodo; 8 - Causados pelo benzeno seus derivados homólogos e seus derivados nitrosos e aminados; 9 - Causadas pelos derivados halógenos dos hidrocarbonetos da série graxa; 10 - Causadas pelo manganês e seus compostos; 11 - Causadas pelo sulfureto de carbono; 12 - Causadas pelo monóxido de carbono; 13 - Causadas pelo alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina ou produtos residuais destas substâncias lastamas malignos da pele; 14 - Causadas por radiações ionizantes, Raio-X e substâncias radioativas naturais e artificiais; 15 - Causadas pelo trabalho em ar comprimido; 16 - Causadas pela inalação de poeiras de sílica livre ou misturadas a

nenhuma legislação anterior apresentou no seu corpo qualquer listagem específica das doenças profissionais. Ressalta-se que:

- O Decreto n. 3724/19 sequer mencionava esta relação.
- O Decreto n. 24637/34 trazia no Art. 1º; § 2º que – “*A relação das doenças profissionais inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade será organizada e publicada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e revista trienalmente*”, e
- O Decreto-Lei n. 7036/44 contemplava no Art. 2º; parágrafo único que – “*A relação das doenças chamadas profissionais, será organizada e publicada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e revista trienalmente*”.

III) Inovou, ao caracterizar no seu Artigo 4º (Capítulo I- Do acidente do trabalho e sua cobertura), o acidente ocorrido no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para a residência, como também sendo acidente do trabalho.

Art. 4º. Incluem-se entre os acidentes do trabalho:

II - O acidente sofrido pelo empregado, ainda que fora do local e horário do trabalho: d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela.

O Decreto-Lei n. 293/67 foi revogado, no mesmo ano, pela Lei n. 5316/67⁴⁹, que, de acordo com seu Artigo 1º, passou a integrar o seguro de acidentes do trabalho na previdência social:

Art. 1º. O seguro obrigatório de acidentes do trabalho, de que trata o Artigo 158, item XVII, da Constituição Federal, será realizado na previdência social.

A Lei n. 5316/67, assim conceituava o acidente do trabalho:

outras poeiras (silicose com ou sem tuberculose pulmonar); 17 - Causadas pela inalação de poeiras de asbestos; 18 - Causadas por agentes biológicos patogênicos -infecção por carbúnculo.

⁴⁹ BRASIL. Lei n. 5316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. Disponível em <<<http://www.senado.gov.br/sf/>>>. Acesso em 08/01/2007.

Art. 2º. Acidente do trabalho será aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 1º. Doença do trabalho será: a) qualquer das chamadas doenças profissionais, inerentes a determinados ramos de atividade relacionadas em ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social; b) a doença resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho for realizado.

§ 2º. Será considerado como do trabalho o acidente que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte ou a perda ou redução da capacidade para o trabalho.

Art. 3º. Será também considerado acidente do trabalho: I - o acidente sofrido pelo empregado no local e no horário do trabalho em consequência de: a) ato de sabotagem ou de terrorismo praticado por terceiros, inclusive companheiros de trabalho; b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho; c) ato de imprudência ou de negligência de terceiros, inclusive companheiro de trabalho; d) ato de pessoa privada do uso da razão; e) desabamento, inundação ou incêndio; f) outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior. II - o acidente sofrido pelo empregado, 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, seja qual for o meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do empregado; d) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela. Parágrafo único. Nos períodos destinados a refeições ou descanso, ou pôr ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado será considerado a serviço da empresa.

A Lei n. 5316/67 destacou-se, ainda, devido aos seguintes aspectos:

- I) No Art. 5º, há algumas considerações acerca da doença do trabalho:

Art. 5º. Para os fins desta Lei: I - equipara-se ao acidente do trabalho a doença do trabalho; II - equipara-se ao acidentado o trabalhador acometido de doença

do trabalho; III - considera-se como data do acidente, no caso de doença do trabalho, a data da comunicação desta à empresa.

- II) No Artigo 6º (incisos I,II,III e parágrafos 8º e 9º), faz-se, pela primeira vez, em relação aos instrumentos normativos anteriores, menção ao auxílio-doença, à aposentadoria por invalidez e à pensão:

Art. 6º. Em caso de acidente do trabalho ou de doença do trabalho, a morte ou a perda ou redução de capacidade para o trabalho darão direito, independentemente de período de carência, às prestações previdenciárias cabíveis, concedidas, mantidas, pagas e reajustadas na forma e pelos prazos da legislação de previdência social, salvo no tocante ao valor dos benefícios de que tratam os itens I, II e III e que será o seguinte:

I - auxílio-doença - valor mensal igual ao do salário de contribuição devido ao empregado no dia do acidente, deduzida a contribuição previdenciária, não podendo ser inferior ao seu salário de benefício, com a mesma dedução; II - aposentadoria por invalidez - valor mensal igual ao do salário de contribuição devida ao empregado no dia do acidente, não podendo ser inferior ao seu salário de benefício; III - pensão - valor mensal igual ao estabelecido no item II, qualquer que seja o número inicial de dependentes. § 8º O direito ao auxílio-doença, à aposentadoria por invalidez ou à pensão, nos termos deste Artigo, exclui o direito aos mesmos benefícios nas condições da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960), sem prejuízo de qualquer outro benefício assegurado pela legislação de previdência social. § 9º O auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez e a pensão de que tratam os itens I, II e III darão direito também ao abono especial previdenciário.

A Lei n. 6367/76⁵⁰, que sucedeu a Lei n. 5316/67, tratava precipuamente sobre o seguro de acidentes do trabalho, dispondo no seu Artigo 1º, que o seguro de acidentes do trabalho ficaria a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

⁵⁰ BRASIL. Lei n. 6367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

Art. 1º. O seguro obrigatório contra acidentes do trabalho dos empregados segurados do regime de previdência social da Lei número 3.807, de 26 de agosto de 1960 (Lei Orgânica da Previdência Social), e legislação posterior, é realizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

§ 1º. Consideram-se também empregados, para os fins desta lei, o trabalhador temporário, o trabalhador avulso, assim entendido o que presta serviços a diversas empresas, pertencendo ou não a sindicato, inclusive o estivador, o conferente e assemelhados, bem como o presidiário que exerce trabalho remunerado.

A Lei n. 6367/76, assim definia o acidente do trabalho:

Art. 2º. Acidente do trabalho é aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

A Lei n. 6367/76, considerava equiparado ao acidente do trabalho:

Art. 2º.

§ 1º. Equiparam-se ao acidente do trabalho, para os fins desta lei:

I - a doença profissional ou do trabalho, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);

II - o acidente que, ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte, ou a perda, ou redução da capacidade para o trabalho;

III - o acidente sofrido pelo empregado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

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

IV - a doença proveniente de contaminação acidental de pessoal de área médica, no exercício de sua atividade;

V - o acidente sofrido pelo empregado 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, seja qual for o meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do empregado;*
- d) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela.*

§ 2º. Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado será considerado a serviço da empresa.

O parágrafo 3º do artigo 2º da referida Lei, abriu a oportunidade da inclusão de patologias não constantes na relação prevista no inciso I, do parágrafo 1º, deste artigo, mas que resultassem das condições especiais em que o trabalho é executado e que com ele se relacionasse diretamente:

Art. 2º, § 3º. Em casos excepcionais, constatando que doença não incluída na relação prevista no item I do § 1º resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, o Ministério da Previdência e Assistência Social deverá considerá-la como acidente do trabalho.

A Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991⁵¹ viria a ser a próxima legislação sobre acidente do trabalho no Brasil.

Esta Lei, nos seus artigos 19, 20 e 21 (Capítulo II - Das prestações em geral – Seção I - Das Espécies de Prestações) também estabelecia o conceito de acidente do trabalho, assim como das situações que poderiam ser equiparadas ao mesmo:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que

⁵¹ BRASIL. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em 08/01/2007.

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.

§ 1º. Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;*
- b) a inerente a grupo etário;*
- c) a que não produza incapacidade laborativa;*
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.*

§ 2º. Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo 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.

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 conseqüência 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;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - 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.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

A Lei n. 8213/91, no seu Artigo 21-A (Capítulo II - Das prestações em geral – Seção I - Das espécies de prestações), atribuiu à perícia médica do INSS a caracterização da natureza acidentária da incapacidade, incluindo um novo elemento, que seria o estabelecimento do nexo técnico epidemiológico.

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 (Incluído pela Lei n. 11430, de 2006).

§ 1º A perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexo de que trata o caput deste artigo (Incluído pela Lei n. 11430, de 2006).

§ 2º A empresa poderá requerer a não aplicação do nexo técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso com efeito suspensivo, da empresa ou do segurado, ao Conselho de Recursos da Previdência Social (Incluído pela Lei n. 11430, de 2006).

Sobre a comunicação do acidente do trabalho, a Lei n. 8213/91 nos seus Artigos 22 e 23 (Capítulo II - Das prestações em geral – Seção I - Das espécies de prestações), atribuiu observância estrita a prazos, com a aplicação de multa sucessivamente aumentada nas reincidências e a especificação do que seria considerado o “dia do acidente”, para fins previdenciários:

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

§ 1º Da comunicação a que se refere este artigo receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria.

§ 2º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo.

§ 3º A comunicação a que se refere o § 2º não exime a empresa de responsabilidade pela falta do cumprimento do disposto neste artigo.

§ 4º Os sindicatos e entidades representativas de classe poderão acompanhar a cobrança, pela Previdência Social, das multas previstas neste artigo.

§ 5º A multa de que trata este artigo não se aplica na hipótese do caput do art. 21-A. (Incluído pela Lei n. 11430, de 2006)

Art. 23. Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

A Lei n. 8213/91 também contemplou os Benefícios, no seu Capítulo II (Das prestações em geral), em Seção própria (Seção V - Dos Benefícios), discriminando em Subseções, cada um deles:

Subseção I

Da Aposentadoria por Invalidez

Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

§ 2º A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Art. 43. A aposentadoria por invalidez será devida a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença, ressalvado o disposto nos §§ 1º, 2º e 3º deste artigo.

Subseção V

Do Auxílio-Doença

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos..

Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.

Subseção XI

Do Auxílio-Acidente

Art. 86. O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem seqüelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. (Redação dada pela Lei n. 9528, de 1997).

A Lei n. 8213/91 foi o primeiro instrumento normativo, até então, que trouxe especificações em seção próprias (Capítulo II- Das prestações em geral; Seção VI - Dos Serviços; Subseção II - Da Habilitação e da Reabilitação Profissional), acerca da habilitação e da reabilitação Profissionais:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Parágrafo único. A reabilitação profissional compreende:

- a) o fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;*
- b) a reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados no inciso anterior, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário;*
- c) o transporte do acidentado do trabalho, quando necessário.*

Art. 90. A prestação de que trata o artigo anterior é devida em caráter obrigatório aos segurados, inclusive aposentados e, na medida das possibilidades do órgão da Previdência Social, aos seus dependentes.

Art. 91. Será concedido, no caso de habilitação e reabilitação profissional, auxílio para tratamento ou exame fora do domicílio do beneficiário, conforme dispuser o Regulamento.

Art. 92. Concluído o processo de habilitação ou reabilitação social e profissional, a Previdência Social emitirá certificado individual, indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar.

Este instrumento normativo, também contemplou a obrigatoriedade por parte do segurado, de: submeter-se ao exame médico a cargo da Previdência Social, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e a tratamento, que não fosse o cirúrgico ou a transfusão de sangue (Capítulo II - Das prestações em geral; Seção VIII - Das disposições diversas relativas às prestações):

Art. 101. O segurado em gozo de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e o pensionista inválido estão obrigados, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos. (Redação dada pela Lei n. 9032, de 1995).

Sucedendo a Lei n. 8213/1991, vieram os Decretos n. 357/1991; 611/1992 e 2.172/1997. Estes três últimos instrumentos normativos passaram a apresentar, nos seus respectivos Anexos - II, as listagens das “doenças profissionais ou do trabalho”. Nestas listas, nos seus correspondentes itens de número 22, dentre os riscos físicos, definiam-se as vibrações, como sendo “afecções dos músculos, tendões, ossos, articulações, vasos sanguíneos periféricos ou dos nervos periféricos, em trabalhadores da indústria metalúrgica, construção naval e automobilística; mineração; agricultura (motoserras); instrumentos pneumáticos; ferramentas vibratórias elétricas manuais; condução de caminhões e ônibus etc”. Ressalta-se que estas normas continham a mesma construção textual no tocante à descrição das vibrações, dentre os riscos físicos e, em consonância com o Decreto-Lei n. 293/1967, todos estes instrumentos normativos não elencavam nenhuma doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionada com o trabalho.

A norma sucessora, o Decreto n. 3048/1999, passou a representar um divisor de águas entre os instrumentos normativos pretéritos e posteriores. Apesar do anexo II deste Decreto apresentar uma relação contendo os “agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho”, na qual, configura-se no item 22, uma definição de ‘vibrações’ semelhante àquela contida em normas pregressas; contudo, verifica-se que este anexo veio a apresentar também duas Listas: a Lista (A) – apresentando os “agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional relacionados com a etiologia de doenças profissionais e de outras doenças relacionadas com o trabalho” e a Lista (B) – relativa aos grupos de doenças relacionadas com o trabalho e contidos na classificação internacional de doenças (CID-10). A grande importância deste Decreto decorre do fato de que estas Listas, ao mesmo tempo em que representam um ponto significativo de inovação e inclusão em relação ao reconhecimento de situações nocivas à saúde do trabalhador não

alcançadas pelas normas anteriores, foram extensivas ao ponto de serem pouco alteradas nos instrumentos normativos ulteriores, ou seja, a Portaria n. 1339/1999 e o Decreto n. 6042/2007.

Torna-se relevante comentar que até o advento da Lei 11.430/2006 , prevalecia o entendimento da Lei 8213/91 de que todos os casos com suspeita diagnóstica de LER-DORT deveriam ser objeto de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo empregador, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexos causal, sendo que, na falta de comunicação por parte do empregador, poderia formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública.

Ou seja, a Lei 8213/91 determinava, para caracterização do acidente de trabalho pela Previdência Social, além da presença da lesão e da incapacidade para o trabalho, o requisito de demonstração do nexos causal entre a moléstia adquirida e o trabalho exercido, gerando dificuldades de natureza prática, visto que as empresas resistiam em emitir a CAT, para se esquivarem do encargo de assumir a responsabilidade pelo comprometimento ocorrido na saúde do trabalhador. Decorre que, diante da dificuldade em se prover a demonstração do nexos causal, o benefício era admitido como auxílio doença comum, incorrendo, assim, em pelo menos um prejuízo imediato ao trabalhador que seria a ausência de garantia, pelo prazo mínimo de doze meses, da manutenção do seu contrato de trabalho na empresa quando do seu retorno à atividade, conforme preconizado no artigo 118 da Lei nº 8.213/91.

O artigo 21-A da Lei 11430/2006, instituiu o nexos técnico epidemiológico (NTEP), assim dispondo in verbis: "Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos 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".

A partir da Lei 11430/2006, a constatação da ocorrência do nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, tornou-se presumida através da análise conjunta do CNAE (Código Nacional de Atividade Econômica) e a listagem de entidades nosológicas promotoras da incapacidade de acordo com

a Classificação Internacional de Doença (CID 10) relacionada no anexo II do Decreto 3048/99, alterado pelo Decreto 6042/2007, ponderando-se, contudo, que essa presunção apresenta duas características importantes: trata-se de uma presunção legal relativa (*juris tantum*), ou seja, que admite prova em sentido contrário, possibilitando ao empregador o direito à contraprova e à impetração de recurso com efeito suspensivo junto ao Conselho de Recursos da Previdência Social, conforme o parágrafo 2º do artigo 21-A da Lei 11430/2006 e, esta presunção não é um ato discricionário do corpo de médicos peritos do INSS, pois é fundamentada em dados de estudos estatísticos que demonstram a maior susceptibilidade de trabalhadores que desenvolvem certa atividade econômica quanto à ocorrência de determinadas patologias de origem ocupacional.

A introdução da Lei 11.430/2006(36) no âmbito jurídico inovou o alcance e aplicação da Lei 8.213/91(13), através do aditamento do artigo 21-A, com o nexó técnico epidemiológico.

Conclui-se que as modificações implementadas pela Lei 11430/2006(36) instituíram, no âmbito administrativo do contexto do nosso ordenamento jurídico, a inversão do ônus da prova, ou seja, até a vigência da Lei 8213/91(13) poder-se-ia dizer que o trabalhador ficava refém da demonstração do nexó causal entre a moléstia adquirida e o trabalho exercido e da emissão da CAT. Contudo, com o advento da Lei 11430/2006(36), passou a ser incumbência da autarquia previdenciária (INSS) a obrigação de estabelecer esse nexó, transferindo-se ao empregador o ônus de provar que a patologia contraída pelo empregado não foi ocasionada pela atividade laboral porventura exercida.

3 MÉTODOS

Este estudo adotou uma metodologia qualitativa, com formato de pesquisa documental, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo.

A pesquisa qualitativa não objetiva enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Busca a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. (Godoy, 1995; Neves, 1996)

O formato de pesquisa documental é constituído pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar, podendo se constituir em base de útil para outros tipos de estudos. (Godoy, 1995)

Bardin (1977) definiu a análise de conteúdo como sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Segundo Rodrigues e Leopardi (1999), o emprego da técnica de análise de conteúdo tem se ampliado significativamente em diferentes campos e circunstâncias de pesquisa, especialmente em trabalhos que envolvem avaliações e interpretações de dados e seus resultados, com base em elementos textuais de um contexto discursivo.

Como foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para que fossem trabalhados os elementos textuais de natureza médica, legislativa ou jurisprudencial, a estratégia de ação foi pautada na realização de três fases fundamentais: 1ª – A pré-análise dos conteúdos de natureza médica ou jurídica; 2ª – A exploração do material; e 3ª – O tratamento dos resultados. (Godoy, 1995)

3.1 Aspectos Diagnósticos

O levantamento bibliográfico das avaliações das técnicas de exames complementares, que atualmente estão disponíveis para uma definição mais

adequada do diagnóstico clínico de cada patologia relacionada com as LER-DORT, foi instrumentalizado através da análise de livros especializados, material acadêmico (monografias, dissertações e teses) e dos artigos que foram publicados nos últimos 05 (cinco) anos, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa, cujos conteúdos estivessem relacionados com os métodos de diagnósticos, que incluem a utilização dos exames complementares (ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrasonografia e eletroneuromiografia), nos casos de LER-DORT.

As principais causas da exclusão de artigos deveram-se, principalmente, à não adequação aos parâmetros definidos na metodologia, no que diz respeito ao idioma de publicação; a não apresentarem acesso ao *abstract* ou ao texto completo; a não apresentarem resultados expressos de forma clara, em relação às técnicas utilizadas; ou trabalhos que não relataram patologias reunidas nas desordens relacionadas ao trabalho.

Os periódicos avaliados pertenceram às seguintes bases de dados: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online* ou Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), todos presentes no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do endereço eletrônico <http://www.bireme.br>, além de outros periódicos presentes nas bases de dados denominadas Pubmed, Index Medicus e DocuRights.

A busca dos estudos acerca dos métodos complementares de diagnóstico utilizados para os casos de LER-DORT foi realizada através de descritores em saúde para o assunto em foco, bem como todos os cruzamentos entre os mesmos que foram possíveis e de importância para o presente estudo (Quadro 8).

Quadro 8 – Descritores utilizados para a busca de artigos, de acordo com a terminologia presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

DESCRITORES	CATEGORIAS
Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho	C21.866.844.150
Diagnóstico por Imagem	E01.370.350 VS3.003.001.006.005.001
Ressonância Magnética	E05.196.867.519 H01.671.579.631
Tomografia Computadorizada	E01.370.350.825
Ultra-sonografia	E01.370.350.850
Eletromiografia	E01.370.405.255 E01.370.530.255

3.2 Aspectos Periciais

A revisão e seleção do conteúdo normativo foram realizadas através de sítios eletrônicos do Governo Federal Brasileiro (<http://www81.dataprev.gov.br>; <http://dtr2001.saude.gov.br>; <http://e-legis.bvs.br> e <http://www.planalto.gov.br>). O levantamento bibliográfico complementar ao estudo normativo foi realizado através das análises de livros especializados, de artigos publicados pertencentes às bases de dados: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), todas acessadas a partir do sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do endereço eletrônico <http://www.bireme.br>, além de materiais de produção acadêmica do acervo das bibliotecas das Universidades Federais do Rio Grande do Norte (UFRN) e de Pernambuco (UFPE), assim como da Universidade de Pernambuco (UPE).

Utilizaram-se como descritores: saúde do trabalhador, transtornos traumáticos cumulativos, classificação de doenças e legislação trabalhista. O período adotado para o levantamento do conteúdo normativo foi de 1967 (ano de publicação do Decreto-Lei 293/67, que representou o primeiro documento legal a elencar um rol das doenças profissionais) a 2008 (compreendendo-se um intervalo de 41 anos). Foram encontrados vinte e nove documentos legais,

tendo-se excluído onze por se referirem a especificidades da legislação acidentária não contempladas neste estudo, sendo, portanto, selecionadas dezoito normas para o desenvolvimento desta revisão.

Realizou-se a leitura do conteúdo dos textos legais, fichamentos para determinar as espécies normativas por meio de palavras-chave e recortes de trechos importantes acerca da temática. A partir daí, foi possível determinar a codificação dos documentos legais analisados. A fase de exploração do material consistiu em agregar as diferentes normas, realizando-se a sua contextualização interpretativa a partir da literatura pertinente e da reflexão crítica dos seus conteúdos.

3.3 Aspectos Jurisprudenciais

O conteúdo jurisprudencial de interesse previdenciário disponível sobre o tema “LER-DORT” foi explorado nos seguintes endereços eletrônicos (Quadro 9):

Quadro 9 – Órgãos relacionados às jurisprudências sobre as LER-DORT

ÓRGÃOS	ENDEREÇO ELETRÔNICO
Supremo Tribunal Federal	http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp
Superior Tribunal de Justiça	http://www.stj.gov.br/SCON/
Jurisprudência unificada do Tribunal Superior do Trabalho e dos 24 (vinte e quatro) Tribunais Regionais do Trabalho	http://www.tst.gov.br/basesjuridicas/
Jurisprudência unificada dos 05 (cinco) Tribunais Regionais Federais e das Turmas dos Juizados Especiais Federais	http://www.cjf.gov.br/Jurisp/Juris.asp

Ressalta-se que foram pesquisadas jurisprudências correspondentes aos descritores “lesões por esforços repetitivos” e “distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”.

Como critério de inclusão, as jurisprudências encontradas deveriam conter obrigatoriamente os descritores anteriormente mencionados, além de apresentarem decisão proferida pelo Tribunal no período compreendido entre 2003 e 2008, o qual foi estabelecido como parâmetro de busca no presente estudo.

Para a análise de conteúdo das jurisprudências selecionadas, utilizou-se a padronização de unitermos, correspondentes aos descritores em saúde para o assunto em foco, presentes no sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do endereço eletrônico <http://www.bireme.br> (Quadro 10).

Quadro 10 – Sumário dos descritores e categorias utilizados para pesquisa jurisprudencial

DESCRITORES	CATEGORIAS (C) / IDENTIFICADOR ÚNICO (IU)
<p>Descritor português Transtornos Traumáticos Cumulativos</p> <p>Sinônimos: Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho DORT LER LER-DORT Lesões por Esforços de Repetição Lesões por Esforços Repetitivos TDR - Traumatismo por Distensão Repetida Síndrome por Uso Excessivo</p> <p>Descritor inglês Cumulative Trauma Disorders</p> <p>Descritor espanhol Trastornos de Traumas Acumulados</p>	<p>(C): C21.866.844.150 VS4.002.001.002.001.002</p> <p>(IU): D012090</p>

4 RESULTADOS

4.1 Estado da Arte dos Aspectos Diagnósticos

Após a busca realizada nos diferentes *sites* de pesquisa citados no capítulo referente aos métodos utilizados para o delineamento do presente estudo, foram identificados 48 artigos abordando os descritores selecionados para a análise.

Com a finalidade de facilitar a visualização dos estudos encontrados que tiveram como objetivo avaliar o diagnóstico complementar das condições relacionadas às LER-DORT, foram dispostos quadros, de acordo com os descritores selecionados, demonstrando o número de estudos e principais resultados encontrados referentes aos últimos cinco anos, relacionados aos métodos de diagnóstico complementares mais utilizados ao longo desse tempo, de acordo com as patologias em foco, bem como a base de dados pesquisada.

4.1.1 Diagnóstico por Imagem das LER-DORT

As LER-DORT, por englobarem uma série de patologias (muitas delas apresentando uma maior complexidade diagnóstica), necessitam de um apurado conjunto de técnicas complementares, de forma que a condição seja avaliada rapidamente e as medidas de minimização e prevenção possam ser aplicadas, visando à qualidade de vida dos trabalhadores.

O Quadro 11 demonstra os principais achados e técnicas complementares utilizadas para diagnóstico das LER-DORT nos últimos anos, podendo-se observar, desde já, o maior destaque dado à ultra-sonografia (USG) e à ressonância magnética (RM), quando comparadas à tomografia computadorizada (TC) e aos exames obtidos pela técnica radiográfica convencional (R), considerando-se apenas a combinação entre os descritores

“Diagnóstico por Imagem”, “Lesões por Esforços Repetitivos” e “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho”.

Circunscrevendo-se o período de busca para os últimos cinco anos e, também, aplicando-se os critérios de exclusão adotados no presente estudo, obtiveram-se 08 (oito) artigos, dos quais 05 (cinco) foram encontrados na base de dados Medline e os demais na base Scielo. Na base de dados LILACS não foram encontrados artigos que atendessem ao cruzamento entre os descritores acima e que apresentassem relação direta com o objeto de estudo em questão.

4.1.1.1 LER-DORT x Ressonância Magnética e Ultrassonografia

O cruzamento dos descritores “Lesões por Esforços Repetitivos” e “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” com “Ressonância Magnética” e “Ultra-sonografia” resultou em 18 (dezoito) artigos, disponíveis nas bases de dados Medline/Pubmed (Quadro 12).

Apenas 01 (um) estudo relacionando DORT e o exame diagnóstico por Ressonância Magnética foi encontrado na base de dados Lilacs. Contudo, não foi possível o acesso completo ao trabalho, o qual consistiu em uma teste intitulada: “Uso da espectroscopia de fósforo por ressonância magnética em mulheres portadoras de algia miofascial relacionada com o trabalho”.

Quadro 11 - Principais achados e técnicas complementares utilizadas para diagnóstico das LER-DORT entre 2003 e 2008

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Llopis, Padrón, 2007	Irlanda	Medline	Artigo de Revisão	Anterior knee pain	RM, TC, USG	Ressalta a importância dos exames de imagem (principalmente da RM) para o diagnóstico das patologias entre os atletas.
Barile et al., 2007	Irlanda	Medline	Artigo de Revisão	Spinal injury in sport	TC, RM	Ressalta a importância da TC e da RM como meios de diagnóstico de lesões à coluna vertebral entre atletas.
Helfenstein Jr, 2006	Brasil	SciELO	Relato de Caso	Fibromialgia, LER, entre outras confusões diagnósticas	TC, USG, RM	Descreve o uso da TC, USG e RM no caso de uma alegação de LER/DORT, demonstrando que os achados dos exames complementares não correspondiam à incapacidade para o trabalho alegada pela paciente.
Anderson, 2005	EUA	Medline	Artigo de Revisão	Sports Injuries	TC, RM	Analisa a TC e RM como exames de escolha para lesões relacionadas aos esportes, defendendo uma avaliação criteriosa do que será examinado, de forma a aplicar a técnica por imagem mais adequada.
Turrinil et al., 2005	Brasil	SciELO	Vinheta Imagenológica	Diagnóstico por imagem do punho na síndrome do túnel do carpo	RM, USG	No diagnóstico da STC, a RM foi superior na detecção de graus moderados de compressão do nervo mediano e na identificação de potenciais causas de STC, assim como em tenossinovites dos flexores ou em lesões ocupando espaço. Entretanto, o baixo custo e a rapidez favorecem o uso da USG como estudo inicial da imagem na avaliação da STC.

continua...

... continuação e conclusão

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Chen et al., 2003	EUA	Medline	Artigo de Revisão	Imaging of the elbow in the overhead throwing athletes	R, USG, TC, RM	Destaca a importância dos exames por imagem para o diagnóstico de lesões em atletas, principalmente a ressonância magnética.
Wang et al., 2003	EUA	Medline	Relato de Caso	Extensor Carpi Ulnaris Tendon Rupture in an Ice Hockey Player	RM, TC, USG	Tanto a imagem por RM como por TC auxiliaram no diagnóstico do caso avaliado. Os autores ressaltam, também, a USG como uma outra alternativa para a análise da continuidade do tendão.
Zorzetto et al., 2003	Brasil	SciELO	Estudo Transversal	A ecografia no diagnóstico das lesões músculo-tendinosas do ombro	USG	Recomenda o uso da USG para lesões de ombro, ressaltando que a limitação no uso dessa técnica para o diagnóstico dessas patologias está relacionada à falta de conhecimento e experiência dos profissionais.

RM: Ressonância Magnética; TC: Tomografia Computadorizada; USG: Ultrassonografia; R: Radiografia.

Quadro 12 – Estudos encontrados que realizaram a avaliação das LER-DORT através da Ressonância Magnética e Ultrassonografia, entre 2003 e 2008

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Elias et al., 2008	Inglaterra	Medline	Estudo Transversal	Bone stress injury of the ankle in professional ballet dancers seen on MRI	RM	Edema medular foi observado como um achado específico da RM no talus de profissionais do balé, possivelmente associado a reações de estresse biomecânico, devido aos movimentos realizados durante suas atividades de dança. Clinicamente, essa condição pode indicar um sinal de injúria óssea traumática do calcanhar.
Nguyen et al., 2008	EUA	Medline	Relatos de Casos	Stress-related injuries around the lesser trochanter in long-distance runners	RM	O estudo refere o uso da RM no diagnóstico de lesão trocantérica em atletas, ressaltando a boa visualização de tendão, edema e periostite.
Hébert et al., 2008	EUA	Medline	Estudo Transversal	MRI appearance of chronic stress injury of the iliac crest apophysis in adolescent athletes	RM	A RM foi importante na observação de características de lesão crônica do íliaco em atletas com dor no quadril, pélvica ou nas costas.
Koh et al., 2007	Inglaterra	Medline	Artigo de Revisão	MRI of overuse injury in elite athletes	RM	A RM é o melhor método para o diagnóstico de traumatismos decorrentes de uso excessivo em atletas de todos os níveis.
McShane et al., 2007	EUA	Medline	Artigo de Revisão	Noninsertional Achilles tendinopathy: pathology and management.	USG	A USG pode auxiliar na identificação da porção anormal do tendão.

continua...

.... continuação

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Broadhurst, Simmons, 2007	Austrália	Medline	Artigo de Revisão	Musculoskeletal Ultrasound - Used to best advantage	USG	A imagem por USG apresenta muitas vantagens sobre outras modalidades de avaliação da disfunção músculo-esquelética. As maiores vantagens são a não utilização de radiação, a visualização dos tecidos em tempo real e o padrão-ouro de avaliação de tendões.
Kong et al., 2007	Alemanha	Medline	Artigo de Revisão	MRI and US of gluteal tendinopathy in greater trochanteric pain syndrome.	RM, USG	Destaca o uso da RM e da USG na avaliação das inserções do tendão glúteo na síndrome da dor do grande trocantérico
Guerini et al., 2007	França	Medline	Artigo de Revisão	Imagerie du poignet du sportif	RM, USG	Destaca a USG, comparativamente, como um processo dinâmico e acurado na detecção de lesões tendíneas.
Maquirriain, Ghisi, 2007	Inglaterra	Medline	Relatos de Casos	Stress injury of the lunate in tennis players: a case series and related biomechanical considerations	RM	A queixa de dor no punho causada por uso excessivo em jogadores de tênis foi detectada através de RM, a qual revelou a presença de traumatismo no local lesionado.
Koulouris et al., 2007	EUA	Medline	Estudo de Coorte	Magnetic Resonance Imaging Parameters for Assessing Risk of Recurrent Hamstring Injuries in Elite Athletes	RM	Dos parâmetros de imagem, a extensão da lesão observada por RM apresentou a correlação mais forte com o traumatismo repetitivo do tendão da perna e pode auxiliar na identificação de quais atletas são mais susceptíveis à ocorrência de novas lesões.

continua...

...continuação

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Silva et al., 2007	Inglaterra	Medline	Relatos de Casos	Stress reaction of the humerus in tennis players	RM	Destaca o uso da RM do diagnóstico de lesões umerais por uso excessivo, em todos os atletas avaliados.
Obembe et al., 2007	Alemanha	Medline	Relatos de Casos	Little Leaguer's shoulder (proximal humeral epiphysiolysis): MRI findings in four boys	RM	Extensão focal da área de crescimento normal em T1 e gradiente de intensidade do sinal na metáfise adjacente é um indício de injúria traumática na área de crescimento umeral proximal.
Peace et al., 2006	Escócia	Medline	Artigo de Revisão	Imaging the infrapatellar tendon in the elite athlete	RM, USG	Ressalta que a RM é um exame de importância para condições que se comportam de forma semelhante à tendinopatia infrapatelar. Contudo, a USG é, segundo os autores, o método de escolha para o diagnóstico dessa patologia, por ser de baixo custo, dinâmico e acessível.
Montalvan et al., 2006	Inglaterra	Medline	Série de Casos	Extensor carpi ulnaris injuries in tennis players: a study of 28 cases	RM, USG	A USG e a RM são ferramentas úteis de diagnóstico para auxiliar no monitoramento de processos de cicatrização de lesões no extensor ulnar do carpo de jogadores de tênis.

continua...

...continuação e conclusão

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Wahl et al., 2004	EUA	Medline	Relatos de Casos	Internal Coxa Saltans (Snapping Hip) as a Result of Overtraining: A Report of 3 Cases in Professional Athletes With a Review of Causes and the Role of Ultrasound in Early Diagnosis and Management	RM, USG	Destaca a RM como importante auxiliar ao exame físico e à avaliação por USG em lesões relacionadas ao quadril em atletas.
Shalabi, 2004	Dinamarca	Medline	Estudo Comparativo	Magnetic resonance imaging in chronic Achilles tendinopathy	RM	A RM pode ser utilizada como uma técnica adjunta à avaliação clínica pelo monitoramento dos efeitos morfológicos resultantes de diferentes tratamentos, possibilitando a adição de evidências em estudos clínicos em pacientes com tendinopatia crônica do tendão de Aquiles.
Kyrölä et al., 2004	Suécia	Medline	Estudo Prospectivo	Long-term MRI findings in operated rotator cuff tear	RM	A ruptura do manguito rotador pode ser avaliada com seqüências-padrão de RM. Sem saturação de gordura, durante um tempo de preservação prolongado.
Musluoğlu et al., 2004	Bélgica	Pubmed	Estudo comparativo	Clinical, electrophysiological and magnetic resonance imaging findings in carpal tunnel syndrome	RM	A RM pode ser útil no diagnóstico de casos não diagnosticados por TC. Ela também possibilita a informação anatômica que se adequa com os achados fisiológicos em relação à severidade da compressão do nervo mediano.

RM: Ressonância Magnética; USG: Ultrassonografia.

A partir da análise do quadro anterior, depreende-se que há uma predominância da indicação e do uso da ressonância magnética e da ultrasonografia como técnicas complementares para os casos relativos às LER-DORT.

A tomografia computadorizada é muito pouco citada nos últimos cinco anos, em relação ao diagnóstico das LER-DORT, uma vez que no que se refere à avaliação de estruturas do aparelho músculo-esquelético, trata-se de uma técnica de exame voltada, primordialmente, para a observação dos componentes anatômicos de natureza óssea, através do uso de radiação ionizante, diferentemente do que ocorre com a ultrasonografia e com a ressonância magnética, ambas sendo largamente empregadas para avaliação dos planos de partes moles (músculos, tendões, ligamentos, superfícies sinoviais, articulares e estruturas meniscais), destacando-se a capacidade da RM em promover uma avaliação extensiva sobre os elementos anatômicos ósseos, no que diz respeito aos seus componentes corticais e medulares. (Stoller, 2000; Greenspan, 2001; Lee et al., 2001)

Pelo fato de fornecerem esse maior detalhamento dessas estruturas anatômicas que também são afetadas pelas patologias relacionadas ao trabalho, essas duas últimas técnicas são as mais citadas na literatura e utilizadas na atualidade para esse fim. (De Jonge et al., 2002; Musluoğlu et al., 2004; Teefey et al., 2004; Kotevoglou, Gülbahce-Saglama, 2005; Khoury et al., 2007; Hébert et al., 2008)

Dessa forma, foram também buscados os estudos que avaliaram a sensibilidade e a especificidade dessas técnicas na detecção das patologias em estudo. A primeira corresponde à capacidade de identificação da patologia, através do exame complementar, entre os indivíduos doentes; a segunda (especificidade), diz respeito à habilidade do teste identificar corretamente indivíduos que não apresentam determinada doença. (DeCS, 2008)

O Quadro 13 apresenta os estudos que foram encontrados na literatura, através dos critérios já citados na metodologia, que fizeram referência ao caráter de sensibilidade e especificidade da USG e da RM, tanto isolada como conjuntamente.

Quadro 13 – Estudos que abordaram a sensibilidade e a especificidades dos estudos de Ressonância Magnética e Ultrassonografia em casos de LER-DORT

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Warden et al., 2007	EUA	Medline	Estudo de Coorte	Comparative Accuracy of Magnetic Resonance Imaging and Ultrasonography in Confirming Clinically Diagnosed Patellar Tendinopathy	RM, USG	A RM e a USG apresentaram especificidade equivalente na avaliação da tendinopatia patelar (82% vs 82%; P = 1.00). Contudo, a sensibilidade da USG em escala de cinza foi maior do que a da RM (87% vs 57%; P = .01).
Lo et al., 2007	EUA	Medline	Relato de Caso	Report Stress Fracture of the Distal Phalanx of the Great Toe in a Professional Ballet Dancer: A Case Report	RM	A imagem por RM nesse caso apresentou boa sensibilidade na confirmação diagnóstica.
Kijowski et al., 2007	Alemanha	Medline	Ensaio Clínico	Magnetic resonance imaging findings in patients with peroneal tendinopathy and peroneal tenosynovitis	RM	A maior sensibilidade da RM observada na detecção de tendinopatia peroneal ou tenossinovite peroneal foi de 92%. A maior especificidade observada da imagem por RM na avaliação da ausência de tendinopatia peroneal ou tenossinovite peroneal foi de 100%.
Ardic et al., 2006	EUA	Medline	Estudo Transversal	Shoulder Impingement Syndrome - Relationships Between Clinical, Functional, and Radiologic Findings	RM, USG	Apesar da alta sensibilidade da USG no diagnóstico de lesões no manguito rotador (98,1%) e patologias bicipitais (100%), a RM demonstrou ser superior à USG na avaliação de estruturas do ombro (P< 0.01).

continua...

...continuação e conclusão

Autor(es)/Ano	País	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Teefey et al., 2005	EUA	DocuRights	Estudo Prospectivo	Detection and quantification of rotator cuff tears. Comparison of ultrasonographic, magnetic resonance imaging, and arthroscopic findings in seventy-one consecutive cases	RM, USG	A USG e a RM apresentam acurácia de imagem comparáveis na identificação e mensuração da extensão das rupturas parcial e completa do manguito rotador.
Kotevoglou, Gülbahce-Saglana, 2005	Suécia	Pubmed/Medline	Estudo Comparativo	Ultrasound imaging in the diagnosis of carpal tunnel syndrome and its relevance to clinical evaluation	USG	A sensibilidade e a especificidade da USG foram 89% e 100%, respectivamente. A combinação de sintomas clínicos típicos e pelo menos um aumento patológico na mensuração feita através da USG do nervo medial é altamente preditiva no diagnóstico da síndrome do túnel do carpo.
Nallamshetty et al., 2005	Alemanha	Medline	Estudo Comparativo	Evaluation of posterior tibial pathology: comparison of sonography and MR imaging	RM, USG	Os achados de USG e RM foram consistentes em 17 dos 22 casos (77%). Nesse estudo, as imagens de USG e RM foram correspondentes na maioria dos casos. A USG foi levemente menos sensível do que a RM, mas essas discrepâncias não afetaram a conduta clínica.
Pasternack et al., 2003	Finlândia	Pubmed/Medline	Revisão Sistemática	Magnetic resonance imaging findings in respect to carpal tunnel syndrome	RM	A avaliação confiável da sensibilidade e especificidade de alguns sinais de RM na síndrome do túnel do carpo permanece difícil devido à heterogeneidade dos estudos. Há uma necessidade óbvia de serem realizados estudos por imagem nos quais critérios diagnósticos validados sejam utilizados.

RM: Ressonância Magnética; USG: Ultrassonografia.

Observa-se que os estudos realizados nos últimos cinco anos, que avaliaram a especificidade e a sensibilidade dos exames por ressonância magnética e por ultrassonografia, demonstraram que ambas as técnicas comportam-se de maneira semelhante, no tocante a esses dois parâmetros.

Por esse motivo, essas duas modalidades de exame complementar são largamente utilizadas na prática clínico-diagnóstica atual, fornecendo informações altamente confiáveis para a detecção dos sinais de acometimento por patologias englobadas no rol das LER-DORT.

4.1.2 LER-DORT x Eletromiografia

A eletromiografia ou eletroneuromiografia consiste em uma técnica de diagnóstico que avalia a função das vias de condução neuromusculares, de forma a se estabelecer se essas estruturas anatômicas estão sendo acometidas por alguma entidade nosológica. (Clasby et. al., 2003)

A análise da atividade neuromuscular tem sido bastante útil na avaliação das LER-DORT, fornecendo subsídios para uma análise mais detalhada da real carga neuro-músculo-esquelética que o trabalho exerce sobre o organismo e sua capacidade de causar distúrbios relacionados ao trabalho. (Roman-Liu, Tokarski, 2005; Goudy, Mclean, 2006; Harwood et al., 2008)

Diversos estudos sobre a avaliação da atividade neuromuscular foram encontrados na literatura, no período compreendido entre 2003 e 2008. Contudo, foram selecionadas apenas as avaliações que apresentavam relação com o tema LER-DORT.

As principais causas da exclusão de artigos, no caso da técnica da eletromiografia (eletroneuromiografia), foram: a utilização de animais; não se adequarem aos parâmetros definidos na metodologia, no que diz respeito ao idioma de publicação e ao objeto de estudo; tratarem sobre aspectos de biomecânica; ou serem trabalhos com objetivos de desenvolvimento de projetos ergonômicos.

Na base de dados Medline, 38 (trinta e oito) estudos relacionando LER-DORT e o exame diagnóstico por Eletromiografia foram encontrados; contudo, apenas 14 (quatorze) foram selecionados. A busca em outras bases, como a Scielo e o *Index Medicus* resultou em 01 (um) artigo em cada, conforme pode ser observado no Quadro 14.

Quadro 14 – Estudos que avaliaram as LER-DORT através da Eletromiografia, no período entre 2003 e 2008

Autor(es)/Ano	País de Publicação	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Wu et al., 2008;	EUA	Medline	Estudo Experimental	Analysis of musculoskeletal loading in an index finger during tapping	EMG	O modelo proposto no estudo, com o uso da EMG, para o estudo da carga sobre o dedo indicador durante as tarefas de digitação, demonstrou ser importante para os bioengenheiros e designers ergonômicos para que o <i>design</i> dos teclados sejam melhorados, de forma a minimizarem cargas músculo-esqueléticas nos dedos.
Rietveld et al., 2007	Inglaterra	Medline	Ensaio Clínico	Stress-induced muscle effort as a cause of repetitive strain injury?	EMG	Os resultados iindicaram que ambos os grupos apresentaram mais atividade eletromiográfica nos músculos do ombro durante a digitação após estresse do que após relaxamento. Concluiu-se que desvios na atividade muscular durante a utilização do computador, assim como neuroticismo e a experiência, expressão e descrição de respostas emocionais (alexitimia), podem ser fatores de risco para as LER.
Pizzato et al., 2007	Brasil	SciELO	Ensaio Clínico	Análise da frequência mediana do sinal eletromiográfico de indivíduos com lesão do ligamento cruzado anterior em exercícios isométricos de cadeia cinética aberta e fechada	EMG	A EMG comportou-se como uma ferramenta eletromiográfica eficaz na caracterização da lesão crônica do ligamento cruzado anterior.

continua...

...continuação

Autor(es)/Ano	País de Publicação	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Li et al., 2007	EUA	Medline	Estudo Experimental	Neuromuscular response to cyclic lumbar twisting	EMG	Os autores destacam a importância dos resultados desse estudo, obtidos através da EMG, para a compreensão de fatores de risco associados com problemas lombares relacionados ao trabalho que envolvam rotação lateral cíclica da região lombar.
Lin et al., 2007	Inglaterra	Medline	Estudo Experimental	Effects of user experience, working posture and joint hardness on powered nutrunner torque reactions.	EMG	Avaliou, através da EMG, a atividade muscular de membros superiores de trabalhadores quando do uso de ferramentas, observando a importância de adaptações no ambiente de trabalho como facilitadoras para melhores posturas na prevenção de problemas musculares entre os trabalhadores.
Jones, Kumar, 2007	Inglaterra	Medline	Estudo Experimental	Assessment of physical demands and comparison of multiple exposure definitions in a repetitive sawmill job: board edger operator	EMG	Trabalhadores de serrarias analisados apresentaram movimentos repetitivos diários, examinados através da EMG, que variaram, em média, de 2.015 a 9.365. Observou-se um elevado relato de injúrias musculoesqueléticas dos membros superiores entre esses trabalhadores.
Xia, Bush, 2007	Alemanha	Medline	Relato de Caso	Modulation of reflex responses in hand muscles during rhythmical finger tasks in a subject with writer's cramp.	EMG	Relata o uso da EMG na análise da atividade muscular em duas regiões da mão, durante movimentos repetitivos.

continua...

...continuação

Autor(es)/Ano	País de Publicação	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Dong et al., 2006	EUA	Medline	Ensaio Clínico	The effects of periodontal instrument handle design on hand muscle load and pinch force	EMG	O estudo demonstrou que o diâmetro e pedo do instrumento periodontal pode ter efeito na carga muscular da mão e no movimento de profissionais realizando raspagem. Os instrumentos com diâmetros maiores (10 mm e 11.5 mm) e um peso menor (15 g) necessitaram de menor carga muscular e movimento durante a raspagem. Instrumentos com diâmetros menores foram associados com uma maior atividade e força muscular.
Oksa et al., 2006	Finlândia	Medline	Estudo Experimental	Changes in neuromuscular function due to intermittently increased workload during repetitive work in cold conditions	EMG	A EMG foi utilizada na observação da condição de trabalho muscular em uma situação de ambiente de trabalho frio, observando-se que a fadiga muscular causada pelo frio pode ser parcialmente restaurada através do aumento intermitente da carga de trabalho.
Goudy, McLean, 2006	Alemanha	Medline	Ensaio Clínico	Using myoelectric signal parameters to distinguish between computer workers with and without trapezius myalgia	EMG	O modelo de avaliação por EMG obteve uma sensibilidade de 85,7% e especificidade de 42,9%.
Simmer-Beck et al., 2006	EUA	Medline	Ensaio Clínico	Comparison of muscle activity associated with structural differences in dental hygiene mirrors.	EMG	A EMG foi utilizada para mensurar a atividade muscular de técnicos em higiene dental utilizando o espelho bucal. Apesar dos profissionais estudados relatarem conforto no uso de alguns espelhos, esses dados não foram consistentes com os resultados apontados pela EMG.

continua...

...continuação e conclusão

Autor(es)/Ano	País de Publicação	Base de Dados	Tipo de Estudo	Título	Tipo(s) de Exame(s) Citado(s)	Principal(is) Achado(s)
Peper et al., 2003	EUA	Medline	Estudo Experimental	The Integration of Electromyography (SEMG) at the Workstation: Assessment, Treatment, and Prevention of Repetitive Strain Injury (RSI)	EMG	Destaca que o uso da EMG em avaliações musculares em ambientes de trabalho é de importância suprema.
Clasby et al., 2003	EUA	Index Medicus	Estudo de Casos	The Use of Surface Electromyographic Techniques in Assessing Musculoskeletal Disorders in Production Operations	EMG	Os autores destacam a especificidade e a capacidade de avaliação acurada da EMG na análise de estresses musculares observados em ambientes de trabalho.
Madeleine et al., 2003	Alemanha	Medline	Estudo Prospectivo	The effects of neck-shoulder pain development on sensory-motor interactions among female workers in the poultry and fish industries. A prospective study	EMG	Entre as trabalhadoras estudadas que apresentavam queixas relacionadas ao ombro e pescoço, foi observada maior sensibilidade à pressão, menor nível de força, maior atividade eletromiográfica, diminuição da amplitude do movimento do braço e aumento da postura e amplitude de movimento do tronco ($p < 0,05$), quando comparadas às trabalhadoras que não apresentavam queixas.

EMG: Eletromiografia.

Depreende-se, a partir da análise do quadro anterior, que a eletromiografia, a exemplo do que ocorre com os exames de diagnóstico por imagem (ultrassonografia e ressonância magnética), constitui-se em ferramenta de extrema importância para o diagnóstico de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, complementando, assim, o rol de avaliações diagnósticas dessas patologias, consubstanciando os achados que devem ser apurados previamente, através de um exame clínico detalhado, criterioso.

4.2 Estado da Arte dos Aspectos Periciais

O Estado da arte dos aspectos periciais sobre as LER-DORT encontra-se representado pela Instrução Normativa n. 98 publicada pela Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social (IN 98/2003 - INSS/DC), de 05 de dezembro de 2003, a qual aprovou a “Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho -DORT”, revendo a Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT, anteriormente descrita pela Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606/1998, sendo esta Norma (IN 98/2003), a mais atual em vigência no ordenamento jurídico brasileiro, no que concerne à regulamentação do tema LER-DORT.

A Diretoria Colegiada do INSS, em reunião extraordinária realizada no dia 5 de dezembro de 2003, no uso da competência que lhe confere o Decreto nº 4.688, de 7 de maio de 2003, considerando:

- A necessidade de rever a Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT, aprovada pela Ordem de Serviço INSS/DSS Nº 606, de 5 de agosto de 1998, em razão das constantes reivindicações da população trabalhadora;
- A necessidade de simplificar, uniformizar e adequar a atividade médico-pericial frente ao atual nível de conhecimento da

síndrome das Lesões por Esforços Repetitivos–LER, e dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho–DORT;

- E a evolução da Medicina do Trabalho, da Medicina Assistencial e Preventiva e dos meios de diagnósticos, bem como a nova realidade social.

Resolveu aprovar a Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, constante do anexo, a qual possui duas seções: SEÇÃO I - Atualização clínica: Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e a SEÇÃO II - Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa.

A IN 98/2003 (INSS/DC) trouxe de forma explícita, no seu conceito (Item 2), novos parâmetros a serem considerados na definição de um quadro de LER-DORT, como: a possibilidade de acometimento dos membros inferiores, a importância não só da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, mas também da falta de tempo para sua recuperação, o efeito lesivo da permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado e de fatores como a necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho. Igualmente, deixou claro que o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, respectivamente, por meio do Decreto nº 3.048/99, anexo II e da Portaria nº 1.339/99, organizaram uma lista extensa, porém apenas exemplificativa, de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho. Este aspecto foi de extrema importância pois, valoriza o reconhecimento de cada situação patológica de acordo com sua relação com o trabalho, aspecto que ficaria extremamente comprometido se viesse a ser estabelecido como *numerus clausus*, numa lista fechada, meramente enunciativa.

- (Item 2) – “Entende-se LER-DORT como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso,

geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, síndromes miofaciais, que podem ser identificadas ou não. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência das estruturas músculo-esqueléticas contra a gravidade. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER/DORT".

A IN 98/2003 (INSS/DC) inovou, quando trouxe em seu corpo textual, na descrição dos aspectos epidemiológicos (Item 3), outros fatores que viriam a explicar a elevada prevalência atual dos casos de LER-DORT, como: o estabelecimento de metas e produtividade pelas empresas, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais, assim como a imposição da adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas.

(Item 3) – “(...) A alta prevalência das LER/DORT tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas. 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 (...).

No seu Item 5 (Diagnóstico), a IN 98/2003 (INSS/DC) enfoca a atenção que se deve ter ao caráter insidioso da doença, à progressão dos sintomas, à presença de dor crônica, ao tratamento inadequado que não propicie o controle de fatores desencadeantes e agravantes, aos sintomas de comprometimento psicológico, à posição do médico frente à doença, a importância de fatores não-ocupacionais, os comportamentos e hábitos relevantes que possam causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético e à história ocupacional de cada indivíduo acometido.

(Item 5) – “(...) O diagnóstico de LER/DORT consiste, como em qualquer caso, nas etapas habituais de investigação clínica, com os objetivos de se estabelecer a existência de uma ou mais entidades nosológicas, os fatores etiológicos e de agravamento (...) As queixas mais comuns entre os trabalhadores com LER/DORT são a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso. Muitos relatam formigamento, dormência, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento muscular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese

excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal). São queixas encontradas em diferentes graus de gravidade do quadro clínico (...) É importante caracterizar as queixas quanto ao tempo de duração, localização, intensidade, tipo ou padrão, momentos e formas de instalação, fatores de melhora e piora, variações no tempo (...).

- (Item 5) – “(...) O início dos sintomas é insidioso, com predominância nos finais de jornada de trabalho ou durante os picos de produção, ocorrendo alívio com o repouso noturno e nos finais de semana. Poucas vezes o paciente se dá conta de sua ocorrência precocemente (...) A necessidade de responder às exigências do trabalho, o medo de desemprego, a falta de informação e outras contingências, principalmente nos momentos de crise que vivemos, estimulam o paciente a suportar seus sintomas e a continuar trabalhando como se nada estivesse ocorrendo (...) Aos poucos, os sintomas intermitentemente tornam-se presentes por mais tempo durante a jornada de trabalho e, às vezes, passam a invadir as noites e finais de semana. Nessa fase, há um aumento relativamente significativo de pessoas que procuram auxílio médico, por não conseguirem mais responder à demanda da função. No entanto, nem sempre conseguem receber informações dos médicos sobre procedimentos adequados para conter a progressão do problema (...) Em geral, o alerta só ocorre para o paciente quando os sintomas passam a existir, mesmo por ocasião da realização de esforços mínimos, comprometendo a capacidade funcional, seja no trabalho ou em casa (...) Com o passar do tempo, os sintomas aparecem espontaneamente e tendem a se manter continuamente, com a existência de crises de dor intensa, geralmente desencadeadas por movimentos bruscos,

pequenos esforços físicos, mudança de temperatura ambiente, nervosismo, insatisfação e tensão. Às vezes, as crises ocorrem sem nenhum fator desencadeante aparente. Essas características já fazem parte de um quadro mais grave de dor crônica, que merecerá uma abordagem especial por parte do médico, integrado em uma equipe multidisciplinar (...) Nessa fase, dificilmente o trabalhador consegue trabalhar na mesma função e várias de suas atividades cotidianas estão comprometidas”.

- (Item 5) – “(...) Especial menção deve ser feita em relação à dor crônica dos pacientes com LER/DORT. Trata-se de quadro caracterizado por dor contínua, espontânea, atingindo segmentos extensos, com crises álgicas de duração variável e existência de comprometimento importante das atividades da vida diária. Estímulos que, a princípio não deveriam provocar dor, causam sensações de dor intensa, acompanhadas muitas vezes de choque e formigamento. Os achados de exame físico podem ser extremamente discretos e muitas vezes os exames complementares nada evidenciam, restando apenas as queixas do paciente, que, por definição, são subjetivas. O tratamento convencional realizado para dor aguda não produz efeito significativo, e para o profissional pouco habituado com o seu manejo, parece incompreensível que pacientes há muito tempo afastados do trabalho e sob tratamento, apresentem melhora pouco significativa e mantenham períodos de crises intensas (...) Essa situação freqüentemente desperta sentimentos de impotência e “desconfiança” no médico, que se julga ‘enganado’ pelo paciente, achando que o problema é de ordem exclusivamente psicológica ou de tentativa de obtenção de ganhos secundários. Do lado de alguns pacientes, essa evolução extremamente incômoda e sofrida, traz depressão e falta de esperança,

despertando o sentimento de necessidade de ‘provar a todo o custo’ que realmente têm o problema e que não se trata de ‘invenção de sua cabeça’ (...).”

(Item 5) – “(...) É comum que se identifiquem evidências de ansiedade, angústia, medo e depressão, pela incerteza do futuro tanto do ponto de vista profissional, como do pessoal. Embora esses sintomas sejam comuns a quase todos os pacientes, com longo tempo de evolução, às vezes, mesmo pacientes com pouco tempo de queixas também os apresentam, por testemunharem problemas que seus colegas nas mesmas condições enfrentam, seja pela duração e dificuldade de tratamento, seja pela necessidade de peregrinação na estrutura burocrática da Previdência Social, seja pelas repercussões nas relações com a família, colegas e empresa (...).”

(Item 5) – “(...) Muitas vezes recebem tratamento baseado apenas em antiinflamatórios e sessões de fisioterapia, que ‘mascaram’ transitoriamente os sintomas, sem que haja ação de controle de fatores desencadeantes e agravantes. O paciente permanece, assim, submetido à sobrecarga estática e dinâmica do sistema músculo-esquelético, e os sintomas evoluem de forma tão intensa, que sua permanência no posto de trabalho se dá às custas de muito esforço. Não ocorrendo mudanças nas condições de trabalho, há grandes chances de piora progressiva do quadro clínico (...).”

(Item 5) – “(...) Para ser significativo como causa, o fator não-ocupacional precisa ter intensidade e frequência similar àquela dos fatores ocupacionais conhecidos. O achado de uma patologia não-ocupacional não descarta de forma alguma a existência concomitante de LER/DORT. Não

esquecer que um paciente pode ter dois ou três problemas ao mesmo tempo. Não há regra matemática neste caso: é impossível determinar com exatidão a porcentagem de influência de fatores laborais e não laborais e freqüentemente a evolução clínica os dá maiores indícios a respeito (...) Do ponto de vista da legislação previdenciária, havendo relação com o trabalho, a doença é considerada ocupacional, mesmo que haja fatores concomitantes não relacionados à atividade laboral”.

(Item 5) – “(...) hábitos que possam causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético devem ser objeto de investigação: uso excessivo de computador em casa, lavagem manual de grande quantidade de roupas, ato de passar grande quantidade de roupas, limpeza manual de vidros e azulejos, ato de tricotar, carregamento de sacolas cheias, polimento manual de carro, o ato de dirigir, etc. (...) Essas atividades acima citadas geralmente agravam o quadro de LER/DORT, mas dificilmente podem ser consideradas causas determinantes dos sintomas do sistema músculo-esquelético, tais como se apresentam nas LER/ODRT, uma vez que são atividades com características de flexibilidade de ritmo e tempos (...) As tarefas domésticas não devem ser confundidas com atividades profissionais de limpeza, faxina ou cozinha industrial. Estas últimas são consideradas de risco para a ocorrência de LER/DORT (...)”.

(Item 5) – “(...) História ocupacional - Tão fundamental quanto elaborar uma boa história clínica é perguntar detalhadamente como e onde o paciente trabalha, tentando ter um retrato dinâmico de sua rotina laboral: duração de jornada de trabalho, existência de tempo de pausas, forças exercidas, execução e freqüência de movimentos repetitivos, identificação de musculatura e

segmentos do corpo mais utilizados, existência de sobrecarga estática, formas de pressão de chefias, exigência de produtividade, existência de prêmio por produção, falta de flexibilidade de tempo, mudanças no ritmo de trabalho ou na organização do trabalho, existência de ambiente estressante, relações com chefes e colegas, insatisfações, falta de reconhecimento profissional, sensação de perda de qualificação profissional (...) Fatores como ruído excessivo, desconforto térmico, iluminação inadequada e móveis desconfortáveis contribuem para a ocorrência de LER/DORT. Deve-se observar, também, empregos anteriores e suas características, independente do tipo de vínculo empregatício (...) Em condições ideais, a avaliação médica deve contar com uma análise ergonômica, abrangendo o posto de trabalho e a organização do trabalho (...).”

(Item 5) – “(...) Exames complementares - exames complementares devem ser solicitados à luz de hipóteses diagnósticas e não de forma indiscriminada. Seus resultados devem sempre levar em conta o quadro clínico e a evolução, que são soberanos na análise e conclusão diagnóstica (...).”

(Item 5) – “(...) Conclusão diagnóstica: a conclusão diagnóstica deve considerar o quadro clínico, sua evolução, fatores etiológicos possíveis, com destaque para a anamnese e fatores ocupacionais. É importante lembrar sempre que os exames complementares devem ser interpretados à luz do raciocínio clínico. Um diagnóstico não-ocupacional não descarta LER/DORT (...).”

No Item 6 (Tratamento), a IN 98/2003 (INSS/DC) enfatiza a necessidade de que haja um diagnóstico e início de tratamento o mais precoces possíveis,

a participação de equipes de terapeutas corporais e complementares, assim como dos apoios fisioterápico e psicoterapêutico-pedagógico.

- (Item 6) – “(...) Nas LER/DORT, em geral, como em qualquer outro caso, quanto mais precoce o diagnóstico e o início do tratamento adequado, maiores as possibilidades de êxito. Isto depende de vários fatores, dentre eles, do grau de informação do paciente, da efetividade do programa de prevenção de controle médico da empresa, da possibilidade de o paciente manifestar-se em relação às queixas de saúde sem ‘sofrer represálias’, explícitas ou implícitas, e da direção da empresa, que pode facilitar ou não o diagnóstico precoce (...) O papel do médico da empresa é fundamental no diagnóstico precoce, no controle dos fatores de risco e na realocação do trabalhador dentro de um programa de promoção da saúde, prevenção de agravos ocupacionais, diminuição da possibilidade de agravamento e cronificação dos casos e reabilitação (...)”.
- (Item 6) – “(...) O controle da dor crônica músculo-esquelética exige o emprego de abordagem interdisciplinar, que tente focalizar as raízes do problema. Os tratamentos costumam ser longos e envolvem questões sociais, empregatícias, trabalhistas e previdenciárias, além das clínicas. Se todos estes aspectos não forem abordados adequadamente, dificilmente obtém-se sucesso no tratamento (...)”.
- (Item 6) – “(...) A equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, **terapeutas corporais**, profissionais de **terapias complementares**, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, deve estabelecer um programa com objetivos gerais e específicos do tratamento e da reabilitação para cada caso, e cada meta deve ser conhecida pelos pacientes,

pois do contrário as pequenas conquistas não serão valorizadas, esperando-se curas radicais e imediatas (...).”

(Item 6) – “(...) Atividades coletivas com os grupos de adoecidos por LER/DORT têm sido realizadas com bons resultados nos serviços públicos de saúde, permitindo a socialização da vivência do adoecimento e da incapacidade, a discussão e reflexão sobre os temores e dúvidas dos pacientes em relação ao adoecimento e às dificuldades encontradas no estabelecimento do diagnóstico, tratamento e reabilitação (...).”

(Item 6) – “(...) A fisioterapia utiliza recursos de eletrotermofototerapia, massoterapia e cinesioterapia, sendo que a combinação de técnicas adequadas deve ser definida para cada caso. Não é possível padronizar o tipo nem a duração do tratamento. Seus objetivos principais são: alívio da dor, relaxamento muscular e prevenção de deformidades, proporcionando uma melhora da capacidade funcional dos pacientes portadores de LER/DORT. A presença ativa do fisioterapeuta é fundamental para uma avaliação contínua da evolução do caso e para mudanças de técnicas ao longo do tratamento. Alguns recursos como alongamentos, automassagem, e relaxamentos podem ser realizados em abordagens grupais; as técnicas específicas para cada caso são aplicadas em sessões individuais (...).”

(Item 6) – “(...) **Apoio psicológico** é essencial aos pacientes portadores de LER/DORT, para que se sintam amparados em sua insegurança e temor no que se refere às atividades prévias no trabalho, às conseqüências do adoecimento, às perspectivas no emprego. A abordagem dos aspectos psicossociais das LER/DORT e do sofrimento mental que

cada paciente apresenta são muito úteis no processo de recuperação e reabilitação (...)”.

(Item 6) – “(...) Os **grupos informativo-psicoterapêutico-pedagógicos**, promovidos por profissionais da área de saúde mental, também propiciam a troca de experiências a respeito de toda problemática das LER/DORT, enriquecendo as discussões e os progressos durante o tratamento. Situações de conflitos, de medo, que trazem sofrimento expresso de diferentes maneiras são enfrentadas coletivamente, por meio de técnicas diversificadas (...)”.

(Item 6) – “(...) A **terapia ocupacional** tem se mostrado bastante importante na conquista da autonomia dos pacientes adoecidos por LER/DORT. Nas atividades em grupo são discutidos temas referentes às atividades da vida cotidiana, para que esses trabalhadores possam se apropriar novamente das suas capacidades e re-significar o seu “fazer”, levando em conta as mudanças decorrentes do adoecimento. Individualmente, a terapia ocupacional também pode atuar na indicação e confecção de órteses de posicionamento adequadas para cada caso visando a prevenção de deformidades; as terapias complementares, como a acupuntura, do-in, shiatsu, entre outras, também têm se mostrado bastante eficazes no tratamento da LER/DORT. Terapias corporais de relaxamento, alongamento e reeducação postural têm sido de extrema importância, assim como a hidroterapia (...)”.

(Item 6) – “(...) Nos casos em que houver quadro de compressão nervosa periférica, também o tratamento clínico deve ser instituído de **forma integral e inter-disciplinar**. Os procedimentos cirúrgicos não têm se mostrado úteis,

mesmo nos casos em que a indicação cirúrgica parece adequada. Frequentemente ocorre evolução para dor crônica de difícil controle (...)”.

No seu Item 7 (Prevenção), a IN 98/2003 (INSS/DC) ressalta que A prevenção das LER/DORT não depende de medidas corretivas isoladas de mobiliários e equipamentos.

(Item 7) – “(...) Um programa de prevenção das LER/DORT em uma empresa inicia-se pela criteriosa identificação dos fatores de risco presentes na situação de trabalho. Deve ser analisado o modo como as tarefas são realizadas, especialmente as que envolvem movimentos repetitivos, movimentos bruscos, uso de força, posições forçadas e por tempo prolongado. Aspectos organizacionais do trabalho e psicossociais devem ser especialmente focalizados (...)”.

(Item 7) – “(...) A identificação de aspectos que propiciam a ocorrência de LER/DORT e as estratégias de defesa, individuais e coletivas, dos trabalhadores, deve ser fruto de análise integrada entre a equipe técnica e os trabalhadores, considerando-se o saber de ambos os lados. Análises unilaterais geralmente não costumam retratar a realidade das condições de risco e podem levar a conclusões equivocadas e a conseqüentes encaminhamentos não efetivos (...)”.

(Item 7) – “(...) Embora normas técnicas ajudem a estabelecer alguns parâmetros, o resultado de um programa de prevenção de agravos decorrentes do trabalho em uma empresa, depende da participação e compromisso dos atores envolvidos, em especial a direção da empresa, passando pelos diversos níveis hierárquicos, incluindo trabalhadores

e seus sindicatos, supervisores, cipeiros, profissionais da saúde e de serviço de segurança do trabalho, gerentes e cargos de chefia (...)”.

No seu Item 8 (Da Notificação), a IN 98/2003 (INSS/DC) dispõe que a notificação tem por objetivo o registro e a vigilância dos casos das LER/DORT, garantindo ao segurado os direitos previstos na legislação acidentária

(Item 8) – “(...) Havendo suspeita de diagnóstico de LER/DORT, deve ser emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT. A CAT deve ser emitida mesmo nos casos em que não acarrete incapacidade laborativa para fins de registro e não necessariamente para o afastamento do trabalho. Segundo o artigo 336 do Decreto nº 3.048/99, “para fins estatísticos e epidemiológicos, a empresa deverá comunicar o acidente de que tratam os artigos 19, 20, 21 e 23 da Lei nº 8.213, de 1991”. Dentre esses acidentes, se encontram incluídas as doenças do trabalho nas quais se enquadram as LER/DORT (...)”.

(Item 8) – “(...) Do artigo 336 do Decreto nº 3.048/99, destacam-se os seguintes parágrafos: Parágrafo 1º Da comunicação a que se refere este artigo receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria; Parágrafo 2º Na falta do cumprimento do disposto no caput, caberá ao setor de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social comunicar a ocorrência ao setor de fiscalização, para a aplicação e cobrança da multa devida e Parágrafo 3º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nesses casos o prazo previsto neste artigo (...)”.

A IN 98/2003 (INSS/DC) também contém na sua Seção II, a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa e os procedimentos administrativos e periciais aplicados nos casos de LER/DORT.

Conforme a Norma Técnica da IN 98/2003, todos os casos com suspeita diagnóstica de LER/DORT devem ser objeto de emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) pelo empregador, com o devido preenchimento do Atestado Médico da CAT ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional-PCMSO, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar onexo causal e, na falta de Comunicação por parte do empregador, pode formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo, nestes casos, os prazos legais, observando-se que os casos de agravamento ou recidiva de sintomatologias incapacitantes deverão ser objeto de emissão de nova CAT em reabertura.

O encaminhamento da CAT Pela empresa, ao INSS, deverá ser feito até o 1º dia útil após a data do início da incapacidade, sendo que, nos casos em que a Comunicação não for feita pela empresa, não prevalecerão esses prazos legais.

Segundo a Norma Técnica da IN 98/2003, o Setor de Benefícios do INSS, ao receber a CAT, fará o seu registro com verificação do preenchimento de seus campos. Caso o preenchimento esteja incompleto, deverá ser encaminhado procedimento para completá-lo, sem prejuízo da conclusão posterior da Perícia Médica.

O acidente será caracterizado tecnicamente pela Perícia Médica do INSS (artigo 337 do Decreto nº 3.048/99), que fará o reconhecimento técnico donexo causal entre: o acidente e a lesão; a doença e o trabalho e a causa mortis e o acidente.

Nenhuma CAT poderá ser recusada, devendo ser registrada independentemente da existência de incapacidade para o trabalho, para fins estatísticos e epidemiológicos. Caso haja recomendação de afastamento do trabalho por um período superior a quinze dias, a área de Benefícios do INSS

encaminhará o segurado à Perícia Médica, para realização de exame pericial, a partir do 16º dia de afastamento. Contudo, os trabalhadores avulsos e segurados especiais deverão ser encaminhados para realização de exame médico pericial a partir do primeiro dia útil do afastamento do trabalho.

A Norma Técnica da IN 98/2003 dispõe acerca da Conduta Médico Pericial que o médico perito deve desempenhar suas atividades com ética, competência, boa técnica e respeito aos dispositivos legais e administrativos. O Médico Perito deve levar em conta os relatórios médicos portados pelo segurado; caso identifique a necessidade de algum exame complementar, deve solicitá-lo, utilizando os serviços públicos ou credenciados pela Instituição ou de escolha do segurado; podendo também, requerer colaboração ao colega que assiste o segurado, não podendo, em hipótese alguma, delegar ao segurado verbalmente, a responsabilidade de realização de qualquer exame ou avaliação especializada.

Sobre a conclusão médico pericial, a Norma Técnica da IN 98/2003 fez a previsão de três situações possíveis:

- I. não se constatou incapacidade laborativa em nenhum momento, portanto configura-se caso de indeferimento do auxílio-doença acidentário requerido, independentemente do nexo causal;
- II. existe incapacidade laborativa, porém o nexo causal não foi caracterizado, logo concede-se o auxílio-doença previdenciário (E-31);
- III. existe incapacidade laborativa com nexo causal caracterizado, tratando-se de caso de deferimento do auxílio doença acidentário como requerido (E-91);

A Norma Técnica da IN 98/2003 esclarece que, com alguma frequência, é dado ao Perito avaliar segurado desempregado e, neste caso, é necessário considerar que podem ocorrer as seguintes situações: o segurado pode ter tido início do quadro antes da demissão, tendo ocultado sua situação, por medo de discriminação e demissão e, o segurado pode ter agravamento dos sintomas, independentemente de estar submetido aos fatores de risco para a ocorrência de LER/DORT, pois pode ter dor crônica. Desta forma, o fato de o

segurado encontrar-se desempregado não descarta em hipótese alguma que apresente incapacidade para o trabalho por existência de LER/DORT.

A Norma Técnica da IN 98/2003 dispõe que constatada a remissão dos sinais e sintomas clínicos que fundamentaram a existência da incapacidade laborativa, a conclusão pericial será pela cessação do auxílio-doença, o que poderá ocorrer já no exame inicial, sem ou com seqüelas permanentes que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. O retorno ao trabalho, com quadro estabilizado, deverá dar-se em ambiente e atividade/função adequados, sem risco de exposição, uma vez que a remissão dos sintomas não garante que o trabalhador esteja livre das complicações tardias que poderão advir, se voltar às mesmas condições de trabalho que geraram a incapacidade laborativa. Em todos os casos de cessação do auxílio-doença acidentário, será necessária a emissão da Comunicação do Resultado de Exame Médico (CREM) ou da Comunicação de Resultado de Requerimento (CRER), que deverá ser entregue ao segurado pelo Médico Perito. Como preceito da ética médica, deve prestar informações ao segurado, especialmente quando solicitado.

De acordo com a Norma Técnica da IN 98/2003, o auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso e ao segurado especial quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüela definitiva, que implique em redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e a aposentadoria acidentária será concedida somente para os casos irrecuperáveis e com incapacidade total e permanente para todas as profissões (omniprofissional) e insuscetível de reabilitação profissional, geralmente representados por casos gravíssimos e irreversíveis, com repercussão anatômica e funcional importante que se apresenta com atrofia musculares ou neuropatia periférica e com importante diminuição da força muscular ou perda do controle de movimentos no segmento afetado, o que caracteriza, sem dúvida, impotência funcional severa.

Nos termos finais, esta norma preconiza, quanto ao programa de reabilitação profissional que os segurados que apresentem quadro clínico estabilizado e necessitem de mudança de atividade ou função serão encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional e que as Unidades

Técnicas de Reabilitação Profissional deverão abordar cada caso, analisando cuidadosamente os aspectos físicos e psicossociais do reabilitando, e as condições reais apresentadas pela empresa, para receber de volta o seu funcionário e efetivamente contribuir para a sua reabilitação profissional, sem discriminação.

4.3 Estado da Arte dos Aspectos Jurisprudenciais

Como resultado da busca à Jurisprudência Federal acerca das LER-DORT, referentes aos Tribunais Regionais Federais, como também ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) e ao Supremo Tribunal Federal (STF), obteve-se um total de **75 documentos legais (jurisprudências)** compreendidos no período entre os anos de 2003 e 2008, considerando-se o descritor **LER** tanto na forma singular (*Lesão por Esforços Repetitivos*) como no plural (*Lesões por Esforços Repetitivos*) e o o descritor **DORT** tanto na forma singular (*Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho*) como no plural (*Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho*), cuja distribuição pode ser observada na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das jurisprudências do STF, STJ e TRFs relativas às LER-DORT, , no período entre 2003 e 2008

Tribunais	Número de Documentos
Supremo Tribunal Federal	2
Superior Tribunal de Justiça	28
Tribunal Regional Federal 1ª Região	14
Tribunal Regional Federal 2ª Região	3
Tribunal Regional Federal 3ª Região	8
Tribunal Regional Federal 4ª Região	12
Tribunal Regional Federal 5ª Região	8
TOTAL	75

O **Supremo Tribunal Federal (STF)** é o órgão de cúpula do Poder Judiciário, e a ele compete, precipuamente, a guarda da Constituição, conforme definido no art. 102 da Constituição Federal. O STF é composto por onze Ministros, brasileiros natos (art. 12, § 3º, IV, da CF/88), escolhidos dentre cidadãos com mais de 35 e menos de 65 anos de idade, de notável saber jurídico e reputação ilibada (art. 101 da CF/88), e nomeados pelo Presidente da República, após aprovação da escolha pela maioria absoluta do Senado Federal. Criado pela Constituição Federal de 1988, o **Superior Tribunal de Justiça (STJ)** é a corte responsável por uniformizar a interpretação da lei federal em todo o Brasil, seguindo os princípios constitucionais e a garantia e defesa do Estado de Direito. O STJ é a última instância da Justiça brasileira para as causas infraconstitucionais, não relacionadas diretamente à Constituição. Como órgão de convergência da Justiça comum, aprecia causas oriundas de todo o território nacional, em todas as vertentes jurisdicionais não-especializadas.

Há na divisão da Jurisdição Federal comum ou ordinária, cinco Tribunais Regionais Federais, cada um composto pelos Estados de uma determinada região do território brasileiro. São eles: **Primeira Região**, com sede em Brasília; **Segunda Região**, com sede no Rio de Janeiro; **Terceira Região**, com sede em São Paulo; **Quarta Região**, com sede em Porto Alegre; e **Quinta Região**, com sede no Recife. Para se ter uma dimensão da distribuição dos Tribunais Regionais Federais e sua correlação com os Estados da Federação Brasileira, observa-se a Figura 1.



Figura 1 - Distribuição dos Tribunais Regionais Federais no Brasil. Fonte: <http://www.jfsc.gov.br/secadm/historia/35/div/trf.htm>

A busca realizada na esfera do Tribunal Superior do Trabalho e dos Tribunais Regionais do Trabalho com decisões correspondentes ao período de 2003 a 2008 evidenciou a existência de um total de **70 documentos legais (jurisprudências)**, considerando-se o descritor **LER** tanto na forma singular (*Lesão por Esforços Repetitivos*) como no plural (*Lesões por Esforços Repetitivos*) e o o descritor **DORT** tanto na forma singular (*Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho*) como no plural (*Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho*), cuja distribuição pode ser observada na Tabela 9.

Tabela 7 – Distribuição das jurisprudências do TST e TRTs relativas às LER-DORT, no período entre 2003 e 2008

Tribunais	Número de Documentos	Tribunais	Número de Documentos
T.S.T	12	TRT 13ª Região	1
TRT 1ª Região	2	TRT 14ª Região	1
TRT 2ª Região	8	TRT 15ª Região	0
TRT 3ª Região	2	TRT 17ª Região	0
TRT 4ª Região	0	TRT 18ª Região	0
TRT 6ª Região	0	TRT 19ª Região	8
TRT 7ª Região	0	TRT 20ª Região	0
TRT 8ª Região	0	TRT 21ª Região	0
TRT 9ª Região	0	TRT 22ª Região	1
TRT 10ª Região	0	TRT 23ª Região	9
TRT 12ª Região	0	TRT 24ª Região	26
SUBTOTAL	24	SUBTOTAL	46
TOTAL		70	

A Instância extraordinária da Justiça do Trabalho corresponde ao **Tribunal Superior do Trabalho (TST)**, com sede em Brasília-DF e jurisdição em todo o território nacional, tem por principal função uniformizar a jurisprudência trabalhista. De acordo com o artigo 111-A, "O Tribunal Superior do Trabalho compor-se-á de vinte e sete Ministros, escolhidos dentre brasileiros com mais de trinta e cinco e menos de sessenta e cinco anos, nomeados pelo Presidente da República após aprovação pela maioria absoluta do Senado Federal".

A Justiça do Trabalho conta com 24 TRTs, e segundo a nova redação do artigo 112 da Constituição Federal, "A lei criará varas da Justiça do Trabalho, podendo, nas comarcas não abrangidas por sua jurisdição, atribuí-las aos juízes de direito, com recurso para o respectivo Tribunal Regional do Trabalho". Composição de cada TRT, segundo o art. 670 da CLT: **1ª Região** (Rio de Janeiro) 54 juízes; **2ª Região** (São Paulo) 64 juízes; **3ª Região** (Minas Gerais) 36 juízes; **4ª Região** (Rio Grande do Sul) 36 juízes; **5ª Região** (Bahia) 29 juízes; **6ª Região** (Pernambuco) 18 juízes; **7ª Região** (Ceará) 8 juízes; **8ª Região** (Pará) 23 juízes; **9ª Região** (Paraná) 28 juízes; **10ª Região** (Distrito Federal) 17 juízes; **11ª Região** (Amazonas) 8 juízes; **12ª Região** (Santa Catarina) 18 juízes; **13ª Região** (Paraíba) 8 juízes; **14ª Região** (Rondônia) 8 juízes; **15ª Região** (Campinas/SP), 36 juízes; **16ª Região** (Maranhão) 8 juízes; **17ª Região** (Espírito Santo) 8 juízes; **18ª Região** (Goiás) 8 juízes; **19ª Região** (Alagoas) 8 juízes; **20ª Região** (Sergipe) 8 juízes; **21ª Região** (Rio Grande do Norte) 8 juízes; **22ª Região** (Piauí) 8 juízes; **23ª Região** (Mato Grosso) 8 juízes e **24ª Região** (Mato Grosso do Sul) 8 juízes (Figura 2).



Figura 2 - Distribuição dos Tribunais Regionais do Trabalho no Brasil. Fonte: <http://www.tst.gov.br/Sseest/TRT/trtgeral.html>⁵²

⁵² 1ª Região - Rio de Janeiro/RJ | 2ª Região - São Paulo/SP | 3ª Região - Belo Horizonte/MG | 4ª Região - Porto Alegre/RS | 5ª Região - Salvador/BA | 6ª Região - Recife/PE | 7ª Região - Fortaleza/CE | 8ª Região - Belém/PA - AP | 9ª Região - Curitiba/PR | 10ª Região - Brasília/DF - TO | 11ª Região - Manaus/AM - RR | 12ª Região - Florianópolis/SC | 13ª Região - João Pessoa/PB | 14ª Região - Porto Velho/RO - AC | 15ª Região - Campinas/SP | 16ª Região - São Luís/MA | 17ª Região - Vitória/ES | 18ª Região - Goiânia/GO | 19ª Região - Maceió/AL | 20ª Região - Aracaju/SE | 21ª Região - Natal/RN | 22ª Região - Teresina/PI | 23ª Região - Cuiabá/MT | 24ª Região - Campo Grande/MS |

Apesar do Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região albergar um maior número de jurisprudências, não foi possível analisar 22 (vinte e duas) delas, devido ao fato de não estarem disponíveis no seu sítio eletrônico, nem a Ementa, nem as Decisões/Méritos destes julgados⁵³.

O Estado da arte dos aspectos jurisprudenciais sobre as LER-DORT, referente aos Tribunais Regionais Federais, ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao Supremo Tribunal Federal (STF), assim como, no Tribunal Superior do Trabalho e nos Tribunais Regionais do Trabalho, foi separado, disposto em

⁵³ **NESTE SENTIDO – não houve o acesso nem às Ementas, nem às Decisões/Méritos dos seguintes processos:**
¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 46. Número Único Proc: RO - 46-2006-046-24-09.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 30.01.2007. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 27/02/2007. Relator: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandoná;
²⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 44. Número Único Proc: RO - 44-2006-022-24-00.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 17.01.2007. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 15/02/2007. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz Márcio Eurico Vitral Amaro;
³⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 38. Número Único Proc: RO - 38-2006-005-24-07.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 17.01.2007. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 09/02/2007. Relator: Juiz Abdalla Jallad. Revisor: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior;
⁴⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1691. Número Único Proc: RO - 1691-2005-005-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 04.10.2006. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 27/10/2006. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz André Luís Moraes de Oliveira;
⁵⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 509. Número Único Proc: RO - 509-2004-003-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 18.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 14/09/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz André Luís Moraes de Oliveira;
⁶⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 464. Número Único Proc: RO - 464-2004-061-24-07.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 04.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 08/09/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida;
⁷⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 378. Número Único Proc: RO - 378-2004-051-24-07.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 04.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 08/09/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz João de Deus Gomes de Souza;
⁸⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 331. Número Único Proc: RO - 331-2004-005-24-00.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 24.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 27/09/2005. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz João de Deus Gomes de Souza;
⁹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 314. Número Único Proc: RO - 314-2004-022-24-00.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 04.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 08/09/2005. Relator: Juiz Abdalla Jallad. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandoná;
¹⁰⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 292. Número Único Proc: RO - 292-2004-021-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 17.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 13/09/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz Abdalla Jallad;
¹¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1607. Número Único Proc: RO - 1607-2003-021-24-08.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 13.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 04/08/2005. Relator: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida. Revisor: Juiz André Luís Moraes de Oliveira;
¹²⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1505. Número Único Proc: RO - 1505-2003-004-24-07.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 20.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 09/08/2005. Relator: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandoná;
¹³⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1505. Número Único Proc: RO - 1505-2003-001-24-08.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 20.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 05/08/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida;
¹⁴⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1324. Número Único Proc: RO - 1324-2003-071-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 04.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 30/08/2005. Relator: Juiz Abdalla Jallad. Revisor: Juiz Marcio Eurico Vitral Amaro;
¹⁵⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 1028. Número Único Proc: RO - 1028-2003-003-24-03.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 27.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 04/08/2005. Relator: Juiz André Luís Moraes de Oliveira. Revisor: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior;
¹⁶⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 833. Número Único Proc: RO - 833-2003-056-24-05.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 03.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 22/08/2005. Relator: Juiz Marcio Eurico Vitral Amaro. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandoná;
¹⁷⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 800. Número Único Proc: RO - 800-2003-005-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 09.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 24/08/2005. Relator: Juiz Marcio Eurico Vitral Amaro. Revisor: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida;
¹⁸⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 679. Número Único Proc: RO - 679-2003-004-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 27.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 10/08/2005. Relator: Juiz Marcio Eurico Vitral Amaro. Revisor: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior;
¹⁹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 602. Número Único Proc: RO - 602-2003-071-24-04.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 20.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 04/08/2005. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz André Luís Moraes de Oliveira;
²⁰⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 503. Número Único Proc: RO - 503-2003-022-24-02.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 27.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 10/08/2005. Relator: Juiz Ricardo G. M. Zandoná. Revisor: Juiz Márcio Eurico Vitral Amaro;
²¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 324. Número Único Proc: RO - 324-2003-003-24-07.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 27.07.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 24/08/2005. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandoná;
²²⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 179. Número Único Proc: RO - 179-2003-051-24-08.** Tribunal: 24ª Região. Decisão: 03.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 30/08/2005. Relator: Juiz Abdalla Jallad. Revisor: Juiz Márcio Eurico Vitral Amaro.

grupos e analisado, sob o ponto de vista qualitativo, de acordo com os temas nucleares das respectivas ementas dos julgados.

Na análise jurisprudencial, dezoito temas dominaram as pautas dos julgados (Quadro 15).

Quadro 15 – Temas mais freqüentes relacionados com as LER-DORT e que dominaram a pauta do repositório jurisprudencial no período de 2003 a 2008

TEMAS	QUANTIDADE DE JURISPRUDÊNCIAS RELACIONADAS
1) LER-DORT – são doença do trabalho ou doença profissional?	8
2) Estabelecimento do nexo causal das LER-DORT através do exame pericial.	7
3) Condicionamento da concessão do benefício previdenciário à possível reversão da incapacidade.	6
4) Os anexos dos instrumentos normativos que tratam de questões previdenciárias não são <i>numerus clausus</i> .	1
5) Danos Moral e Material sofridos pelos indivíduos portadores de LER-DORT.	29
6) Valoração da prova e do laudo pericial.	18
7) Nenhuma jurisdição está subordinada aos pareceres de peritos da autarquia previdenciária (INSS). Discordância entre os pareceres emitidos pelo Perito Médico do Juízo e o Perito Médico da autarquia previdenciária (INSS).	5
8) Havendo indícios de irreversibilidade para ambos os pólos do processo, o juiz é premido pelas circunstâncias, a optar pelo mal menor, ou seja, o dano possível ao INSS é proporcionalmente inferior ao severamente imposto àquele que carece do benefício.	4
9) É inviável o reexame de fatos e provas em recurso especial, assim como o prequestionamento é requisito imprescindível ao seu conhecimento, tanto em sede de recurso especial, como de recurso extraordinário.	8
10) Postura vigilante do Poder Judiciário frente ao numero crescente de ações ajuizadas envolvendo o tema LER-DORT.	7
11) Competência da União, Justiça Comum (Federal/Estadual), assim como da Justiça do Trabalho, nas várias questões atinentes às ações previdenciárias e trabalhistas.	15
12) A RECLAMAÇÃO perante o STF e STJ, quando da não observância da competência originária.	1
13) Microtraumas / LER-DORT e acidente pessoal	3
14) A invalidez permanente decorrente de LER-DORT enseja o preenchimento dos requisitos para a cobertura do saldo do financiamento habitacional pela seguradora.	1
15) A importância do Tema LER-DORT no dissídio coletivo de categorias profissionais, como a dos bancários e dos trabalhadores em processamento de dados.	2
16) Proteção conferida pelo art. 118 da Lei nº 8.213/91 ao trabalhador acometido por moléstia profissional.	6
17) O empregado afastado por motivo de doença ocupacional (LER-DORT) tem direito ao recebimento de auxílio-alimentação?	1
18) Nos casos de Lesão por Esforço Repetitivo, o termo inicial do prazo prescricional deve ser contado a partir da data em que a vítima teve ciência inequívoca da doença.	1
TOTAL	123⁵⁴

⁵⁴ Ao **Total de 123 (cento e vinte e três) jurisprudências** analisadas e divididas pelos temas mais freqüentes, devem-se **somar as 22 jurisprudências** do Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, cuja análise não foi possível devido ao fato de não estarem disponíveis no seu sítio eletrônico, nem suas Ementas nem suas Decisões/Méritos, perfazendo-se, desta forma, o total de 145 documentos legais (jurisprudências) com decisões correspondentes ao período de **2003 a 2008**, considerando-se o descritor **LER** tanto na forma singular (*Lesão por Esforços Repetitivos*), como no plural (*Lesões por Esforços Repetitivos*) e o o descritor **DORT** tanto na forma singular (*Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho*), como no plural (*Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho*).

Um dos tópicos mais relevantes relaciona-se com o questionamento levantado no próprio desenvolvimento do trabalho, acerca da definição se as LER-DORT seriam consideradas como doença do trabalho ou como doença profissional. Neste sentido, confrontando estes conceitos, são abaixo dispostas as seguintes orientações jurisprudenciais.

I. **Acórdão 685/2003, processo TRT RO-133/2003** (TRT 14^a Região), Juiz Prolator MM. Carlos Augusto Gomes Lobo. Data da Publicação/Fonte DOJT14 n. 034, de 09.06.2003. DECISÃO DO MÉRITO — “(...) As doenças ocupacionais subdividem-se em, pelo menos, dois tipos: as tecnopatias e as mesopatias. As tecnopatias ou doenças profissionais são aquelas em que a doença está ligada à profissão do trabalhador, havendo, em razão disso, presunção imediata de que sua origem está ligada ao trabalho do obreiro. Cita-se, por exemplo, a silicose dos obreiros que trabalham com sílica. As mesopatias ou doenças do trabalho aparecem, apenas, em razão das condições especiais de realização do trabalho, sendo, portanto, estabelecer onexo causal para sua caracterização. A LER/DORT enquadra-se no conceito legal de doença do trabalho, sendo que, por força da Lei n. 8.213/91 (art. 20), os seus efeitos jurídicos são equiparados ao acidente de trabalho. É o fato de ser doença do trabalho que leva algumas empresas (como, no caso, a Reclamada) e, até a Previdência Social, a se negar a reconhecer a suspeita de LER, como oriunda das condições de trabalho do seu empregado. A obreira, inequivocamente, é portadora de LER/DORT tendo gozado auxílio-doença. No momento da realização do exame demissional, em 13.06.2002, foi solicitado exame complementar, cujo resultado só foi analisado pelo médico em 19.06.2002, concluindo pela existência de tendinite do extensor curto do polegar (...)”.

II. **Acórdão – processo 01562.2003.008.13.00-1** (TRT 13^a Região), Juiz Relator MM. Edvaldo Andrade. Data da Publicação/Fonte DJ/PB em 18.08.2004. DECISÃO DO MÉRITO — “(...) A priori, cumpre esclarecer que, tanto os documentos acostados aos autos, em especial aqueles às fls. 50/66 e 90, quanto a própria natureza e desenvolvimento da doença (tendinite aguda e escoliose cêrvico dorsal) atestam o fato de que a demandante contraiu esta enfermidade no curso da relação laboral e que foi se agravando com o passar do tempo. Por outro lado, o nexo causal negado pela reclamada não pode ser aferido de sua simples dedução leiga, superficialmente, até porque decorre de **presunção legal.** *In*

casu, os tipos de atividades exercidas pela recorrente, de telefonista e atendente geral, esta normalmente feita com uso contínuo do computador, inserem-se naquelas deduzidas como provocadoras dessa espécie de lesão muscular.⁵⁵ Logo, caberia à ré o ônus de comprovar circunstância diversa, ou seja, que o mal contraído pela empregada não decorreu da lida. **A doença ocupacional popularmente denominada LER – lesão por esforço repetitivo** está enquadrada para a Previdência Social como acidente do trabalho desde novembro de 1986, conforme circular n. 10 da Diretoria Geral do INAMPS, e **caracterizada como doença do trabalho pela Portaria 4062.** Isto porque tem sido comum e alarmante a quantidade de pessoas que têm adquirido esta moléstia em decorrência de uso repetitivo de grupos musculares e má postura quando da realização de atividades laborais, mormente quando se trabalha numa jornada de oito horas diárias, ou mais, como na hipótese sub examine. É considerada a doença dos anos 90, devido à tecnologia e à rapidez dos serviços, sendo responsável por 50% dos casos de doenças ocupacionais (...).”

III. **Acórdão**⁵⁶ **Classe: AC - Apelação Cível - 199934000108417 UF:DF**, processo 199934000108417, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 22.06.2004. Documento: TRF100169085, relator MM. Desembargador Federal Antonio Savio de Oliveira Chaves. Data da Publicação/Fonte DJ 09.07.2004. p.30). **EMENTA - ADMINISTRATIVO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PROPORCIONAL AO TEMPO DE SERVIÇO. CONVERSÃO PARA APOSENTADORIA INTEGRAL. TENOSSINOVITE. MOLÉSTIA PROFISSIONAL. ART. 186, I, DA LEI N. 8.112/90. APELAÇÃO E REMESSA OFICIAL NÃO PROVIDAS. “(...) 1. A tenossinovite dos flexores da mão direita, que acarretou a incapacidade total e permanente da autora para o desempenho das suas atividades profissionais, é considerada doença profissional, consubstanciando a hipótese prevista no art. 186, I, da Lei n. 8.112/90, que assegura o direito à aposentadoria com proventos integrais (...)”**

⁵⁵ **NESTE MESMO SENTIDO – Quando a atividade profissional cotidianamente desenvolvida pelo trabalhador é de natureza braçal ou está sujeita a riscos ergonômicos, tem-se que as lesões inflamatórias surgidas nos tendões do ombro, cotovelo e punho são de natureza ocupacional, competindo ao empregador provar o contrário:** ¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. Num: 1686. Número Único Proc: RO - 1686-2005-004-24-03.** Tribunal TRT: 24ª Região. Decisão: 04.09.2006. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 10/10/2006. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz Ricardo G. M. Zandona; ²⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 273. Número Único Proc: RO - 273-2004-031-24-03.** Tribunal TRT: 24ª Região. Decisão: 03.08.2005. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 02/09/2005. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz João de Deus Gomes de Souza.

⁵⁶ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação e à remessa oficial.

IV. **Recurso Especial**⁵⁷ - **REsp 682799/PE. Processo: 200401134646 UF:PE** (STJ, T5 - Quinta Turma, relatora MM. Ministra LAURITA VAZ. Data da Publicação/Fonte DJ 28.05.2007, p. 388). **EMENTA** — ADMINISTRATIVO. **SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PERMANENTE. MOLÉSTIA PROFISSIONAL. DORT. NEXO DE CAUSALIDADE COMPROVADA POR LAUDO PERICIAL. REFORMA DO ACÓRDÃO. INVIABILIDADE. SÚMULA N.º 07/STJ. MOLÉSTIA PROFISSIONAL. DORT. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO LEGAL.** “(...) 1. A Lei n.º 8.213/99, em seu art. 20, equipara a doença do trabalho ao acidente de trabalho, estabelecendo que a doença deve constar de relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, sendo certo que os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT encontram-se descritos no Anexo II do Decreto n.º 3.048/99 (...) 3. Estando comprovados a existência de moléstia profissional, que incapacitou permanentemente o servidor, e o nexo de causalidade entre a enfermidade e as atividades desempenhadas no exercício do cargo público, a aposentadoria integral deve ser concedida ainda que ausente expressa especificação em texto legal da patologia⁵⁸ (...)”.

V. **Acórdão**⁵⁹ **Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL - 200138000100425, processo: 200138000100425 UF:MG**, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão: 21.05.2007. Documento: TRF100249269, relatora MMA. Desembargadora Federal Selene Maria de Almeida. Data da Publicação/Fonte DJ 31.05.2007. p.75). **EMENTA** - **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO. SERVIDORA PÚBLICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. DOENÇA PROFISSIONAL. ÔNUS DA PROVA. APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA, AMBOS NÃO PROVIDOS.** (...) O deslinde da questão se restringe a verificar se a doença de que foi acometida a autora é considerada moléstia profissional e se decorreu do exercício das suas atividades profissionais no cargo público em atividade. (...) CONSIDERANDO que a síndrome é resultante de condições especiais e adversas em que o trabalho é realizado, portanto podendo ser incluída no dispositivo do parágrafo 3º do artigo 2º

⁵⁷ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da QUINTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, não conhecer do recurso. Os Srs. Ministros Arnaldo Esteves Lima, Felix Fischer e Gilson Dipp votaram com a Sra. Ministra Relatora.

⁵⁸ **NESTE MESMO SENTIDO – pelo entendimento de que a falta de previsão expressa da doença na lei não obsta a percepção de aposentadoria por invalidez com proventos integrais:** ¹⁾ **Acórdão - Origem: Tribunal TRF - Quarta Região. Classe: AC - Apelação Cível. Processo: 200371010051400. UF:RS.** Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão: 20/08/2008. Documento: TRF400170258. Fonte: D.E. 08/09/2008. Relator(a): Valdemar Capeletti.

⁵⁹ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação e a remessa.

da Lei n. 6.367/76, configurando, assim, DOENÇA DO TRABALHO, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente...". (...) Conclui-se, portanto, que a autora padece de "tenossinovite" em razão de esforços repetitivos no desempenho de suas atividades profissionais, caracterizada como MOLÉSTIA PROFISSIONAL que lhe acarretou a incapacitação total e permanente para o trabalho (...)"

A jurisprudência traz à baila a confirmação doutrinária da necessidade de se estabelecer o nexa causal das LER-DORT e a atividade laboral através do competente exame pericial. Neste sentido, corroborando a premissa da importância do estabelecimento do nexa causal das LER-DORT, são abaixo dispostos diversos julgados, havendo procedência dos pedidos, quando comprovado o nexa causal, e de outra forma, sua improcedência diante do não estabelecimento do nexa causal:

I. Acórdão⁶⁰ Classe: AC - Apelação Cível – 199801000335798, processo: 199801000335798 UF:MG, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Terceira Turma Suplementar. Data da decisão: 31.10.2002. Documento: TRF100140426, relator MM. Juiz Federal Juiz Carlos Alberto Simões de Tomaz conv. Data da Publicação/Fonte DJ 12.12.2002, p. 215). **EMENTA** — INDENIZAÇÃO EM DECORRÊNCIA DE INFORTÚNIO. TENOSSINOVITE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOS FATOS CONSTITUTIVOS DO PRETENSO DIREITO (AS CONDIÇÕES ADVERSAS PROPORCIONADAS PELO EMPREGADOR PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO, A DOENÇA (DANO) E O NEXO DE CAUSALIDADE) “(...) 1. O pedido de indenização não prospera quando sequer o dano, a incapacitação decorrente do infortúnio, é comprovado. Na verdade, não comprova a autora sequer que é vítima da doença invocada. 2. No direito pátrio é ônus da parte comprovar suas alegações, CPC: art. 333, I. (*Alegare nihil et allegatum non probare paria sunt*) (...)”.

II. Acórdão⁶¹ Classe: AC - Apelação Cível – 285947, processo: 200084000114846 UF:RN, origem: TRF - Quinta Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 04.09.2003. Documento: TRF500073595, relator MM. Desembargador Federal Rogério Fialho Moreira. Data da

⁶⁰ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação.

⁶¹ Decisão unânime.

Publicação/Fonte DJ 27.10.2003, p. 527). EMENTA — PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-ACIDENTE. ART. 86 DA LEI N. 8.213/91. TELEFONISTA. TENOSSINOVITE CRÔNICA COMPROVADA. INAPTIDÃO PARCIAL PARA O TRABALHO – “(...) há de se reconhecer o direito ao auxílio-acidente, a teor do art. 86, da lei n. 8.213/91, ao segurado que teve comprometida, parcialmente, a capacidade laboral para as atividades que desempenhava, em decorrência do esforço repetitivo e prolongado dos seus membros superiores no exercício de suas funções – comprovado restou o nexo causal existente entre a enfermidade apresentada, tenossinovite crônica, e a atividade laboral que a desencadeou a justificar a outorga do benefício. Apelações e remessa oficial improvidas (...)”.

III. **Acórdão⁶² Classe: AC - Apelação Cível – 397978, processo: 200651010033750 UF:RJ**, origem: TRF Segunda Região (Órgão Julgador: Sétima Turma Especializada, Data da decisão: 05.09.2007 Documento: TRF200170793, relator MM. Desembargador Federal Sérgio Schwaitzer. Data da Publicação/Fonte DJU 21.09.2007 p.423). EMENTA — CONSTITUCIONAL– ADMINISTRATIVO – SERVIDOR PÚBLICO CIVIL FEDERAL INATIVO –APOSENTADORIA COMPULSÓRIA POR INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL – ART. 40 DA CR/88– ART. 186 DA LEI N.º 8.112/90 – PRETENSÃO DE RETIFICAÇÃO DOS RESPECTIVOSPROVENTOS DE PROPORCIONAIS A INTEGRAIS – CAUSAS E RELAÇÕES DE CAUSALIDADE– NÃO-COMPROVAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. “(...) II – No entanto, não restou evidente qualquer relação de causalidade, em um primeiro momento, entre o serviço prestado e a LER (o que, aliás, tornaria imprópria a especificação desta como DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho); e, em um segundo momento, entre a LER e a invalidez permanente e total (...)”.

IV. **Acórdão⁶³ num: 20060565815. Decisão: 01 08 2006. Tipo: RO01 num: 02441. número único Proc: RO01 - 02441-2005-316-02-00.** Ano: 2006. Tribunal TRT: 2ª Região Recurso Ordinário Turma: 11ª. Fonte: DOE SP, PJ, TRT 2ª. Data: 19/09/2006. Relator: Eduardo de Azevedo Silva.

⁶² Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator. **NESTE MESMO SENTIDO – por não restar provada a relação de causalidade:** ¹⁾ **Agravo Regimental no Agravo de Instrumento - AgRg no Ag 676439/SP** (STJ, T6 - Sexta Turma, relator MM. Ministro Nilson Naves. Data da Publicação/Fonte DJ 17.10.2005, p. 358); ²⁾ **Acórdão - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00715-2005-007-19-00-6.** Ano: 2005. Tribunal TRT: 19ª região. Decisão: 18.07.2006. Região: 7ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00715-2005-007-19-00-6. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL Data:13-09-2006. Relator: Juiz Severino Rodrigues. Revisor(a): Juiz Nova Moreira.

⁶³ Decisão - Por unanimidade de votos, dar provimento parcial ao recurso ordinário, para limitar a condenação, no tocante ao pensionamento, ao período de três anos, contados do término da relação de trabalho, bem assim como para também excluir da condenação a obrigação de constituir capital, nos termos da fundamentação do voto. Manter a sentença quanto ao mais.

Revisor(a): Maria Cristina Christianini Trentini. EMENTA - Danos materiais e morais. LER/DORT. Prova. Nexa etiológico. Laudo médico que confirma a lesão e estabelece a relação com a atividade laborativa (...) Cisto sinovial no punho direito. Lesão por esforço repetitivo. Doença, porém, reversível. Limitação do período de pensionamento (...).”

V. **Acórdão⁶⁴. Tipo: RO. NUM: 00074. Número Único Proc: RO - 00074-2006-153-03-00-7.** Tribunal TRT: 3ª Região. Decisão: 07.05.2007. Turma: Sexta Turma. Fonte: DJMG. Data: 24/05/2007. Relatora: Juíza Emília Facchini. EMENTA - DORT - DANOS - REPARAÇÃO CIVIL - NEXO ENTRE A MOLÉSTIA E O TRABALHO PRESTADO - PRESUNÇÃO INADMISSÍVEL. “ (...) O distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) não é simplesmente resultado de esforços repetitivos, tampouco, de forma absoluta, do mobiliário utilizado pelo trabalhador. Importante considerar a possibilidade de o psiquismo estar contribuindo para o surgimento da doença ou mesmo a existência de predisposição do empregado. A literatura médica já se assenta no sentido de que nos dias atuais, tendo em conta também inúmeros fatos de origem externa ao trabalho, muitas e muitas pessoas estão predispostas a desenvolver alterações do gênero. Assim, não basta o diagnóstico da lesão, ou a emissão da CAT, ou mesmo a concessão de benefícios pelo INSS para ensejar a reparação indenizatória que o sistema jurídico normatiza por danos acometidos ao empregado, resultantes de acidente de trabalho ou doença equiparada. É essencial a demonstração segura de nexa entre a doença e o trabalho prestado, com o proceder culposu do empregador. Ausentes estes supostos, não há como conceder indenização (...)”

Outro delineamento cuja aceitação é assente, hodiernamente, em doutrina e jurisprudência, trata do entendimento de que comprovada a redução da capacidade e o nexa de causalidade com a atividade desenvolvida, o segurado faz jus ao auxílio-acidente, a teor do artigo 86 da Lei n. 8.213/91, não se podendo condicionar a concessão do benefício previdenciário à possível

⁶⁴ Decisão - A Turma, preliminarmente, à unanimidade, conheceu de ambos os recursos interpostos; no mérito, sem divergência, deu-lhes provimento parcial, ao da Reclamante, para afastar a prescrição total pronunciada na origem em relação ao pleito de indenização de danos morais, bem assim a prescrição parcial abrangendo a pretensão reparatória de danos materiais, concedendo-lhe, ainda, os benefícios da gratuidade de justiça; ao da Reclamada, para absolvê-la na presente demanda, afastando a obrigação de pagamento de pensão mensal comandada na origem e indeferindo o pedido inicial de f. 17, item "b.2", envolvendo indenização por danos morais; invertidos os ônus da sucumbência, honorários periciais pela Autora, que fica dispensada do pagamento, facultando-se ao perito habilitar o seu crédito na forma do Provimento/TRT de n. 04/2006; custas no importe de R\$2.000,00, calculadas sobre o valor dado à causa, igualmente pela Reclamante, isenta.

reversão da incapacidade, impondo-se restrição não prevista em lei. Neste sentido:

I. **Processo⁶⁵ REsp 397917/SP - Recurso Especial 2001/0193437-9** (Órgão Julgador T6 - Sexta Turma - STJ. Data do Julgamento: 26.05.2004, relator MM. Ministro Paulo Gallotti. Data da Publicação/Fonte DJ 07.11.2005, p. 397). EMENTA — PREVIDENCIÁRIO. AÇÃO ACIDENTÁRIA. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER. POSSIBILIDADE DE REVERSÃO DA LESÃO. IRRELEVÂNCIA. REDUÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL E NEXO CAUSAL COMPROVADOS. BENEFÍCIO DEVIDO. “(...) 1. A Terceira Seção desta Corte, em ambas as Turmas, já firmou o entendimento de que não se pode condicionar a concessão do benefício previdenciário à possível reversão da incapacidade, impondo-se restrição não prevista em lei. 2. Comprovada a redução da capacidade e o nexo de causalidade com a atividade desenvolvida, o segurado faz jus ao auxílio-acidente, a teor do artigo 86 da Lei n. 8.213/91. 3. Precedentes. 4. Recurso provido (...)”

II. **Processo⁶⁶ AgRg no Ag 596236/SP; Agravo Regimental no Agravo de Instrumento 2004/0047127-6** (Órgão Julgador T6 - SEXTA TURMA - STJ. Data do Julgamento 21.10.2004, relator MM. Ministro Paulo Gallotti. Data da Publicação/Fonte DJ 06.03.2006, p. 466). EMENTA — PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AUXÍLIO-ACIDENTE. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER. FALTA DE INCAPACIDADE. REEXAME DE PROVA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. “(...) 1. Comprovada a redução da capacidade e o nexo de causalidade com a atividade desenvolvida, o segurado faz jus ao auxílio-acidente, a teor do artigo 86 da Lei n. 8.213/91, não se podendo condicionar a concessão do benefício previdenciário à possível reversão da incapacidade, impondo-se restrição não prevista em lei. 2. Contudo, asseverando o Tribunal de origem que não se constatou a incapacidade laborativa, inviável rever esse posicionamento em sede de recurso especial, pois implicaria em

⁶⁵ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Paulo Medina e Hamilton Carvalhido votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Hamilton Carvalhido. **NESTE MESMO SENTIDO – pela impossibilidade de se condicionar a concessão do benefício previdenciário à possível reversão da incapacidade –** ⁷¹ Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: AGRESP - Agravo Regimental no Recurso Especial – 779383. Processo: 200501479763 UF:SP. Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão: 29/11/2005. Documento: STJ000256044. Fonte: DJ DATA:06/02/2006 PG:00401. Relator(a): Hamilton Carvalhido.

⁶⁶ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Paulo Medina, Hélio Quaglia Barbosa e Nilson Naves votaram com o Sr. Ministro Relator. Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro Hamilton Carvalhido.

análise do conjunto fático-probatório. 3. Agravo regimental improvido (...)"

III. Processo⁶⁷ REsp 604394/SP - Recurso Especial 2003/0199467-2 (Órgão Julgador T5 - QUINTA TURMA - STJ. Data do Julgamento 07/04/2005, relator MM. Ministro José Arnaldo da Fonseca. Data da Publicação/Fonte DJ 09.05.2005 p. 460 / RST vol. 193 p. 66). EMENTA — RECURSO ESPECIAL. PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-ACIDENTE. POSSIBILIDADE DE REVERSÃO. TRATAMENTO. CIRURGIA. POSSIBILIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO. "(...) Comprovada a natureza permanente das lesões adquiridas por esforços repetitivos, não se pode condicionar a concessão do benefício previdenciário à possível reversão da incapacidade. Revelando o quadro fático que a autora sofre de tenossinovite em razão de esforços repetitivos no desempenho de suas atividades profissionais, não se pode afastar a natureza permanente da incapacidade laboral, sob alegação de se tratar de moléstia reversível pela interrupção dos movimentos repetitivos. Recurso provido (...)"

IV. Processo⁶⁸ REsp 476740 / SP ; Recurso Especial 2002/0152176-7 (Órgão Julgador T6 - Sexta Turma - STJ. Data do Julgamento 20.02.2003, Relator MM. Ministro Vicente Leal. Data da Publicação/Fonte DJ 24.03.2003 p. 306). EMENTA — PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-ACIDENTE. LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS - L.E.R. CIRCUNSTÂNCIAS LEGAIS. NATUREZA DA INCAPACIDADE LABORATIVA. "(...) O artigo 86 da Lei n. 8.213/90, regulamentado pela Lei n. 9.032/95, é expresso ao estatuir que o benefício previdenciário do auxílio-acidente é devido quando demonstrado o nexo de causalidade entre a redução de natureza permanente da capacidade laborativa e o desempenho do serviço. Revelando o quadro fático que o autor sofre de tenossinovite em razão de esforços repetitivos no desempenho de suas atividades profissionais, não se pode afastar a natureza permanente da incapacidade laboral, sob alegação de se tratar de moléstia reversível pela interrupção dos movimentos repetitivos. Recurso especial conhecido (...)"

⁶⁷ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça: "A Turma, por unanimidade, conheceu do recurso e lhe deu provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator." Os Srs. Ministros Felix Fischer, Gilson Dipp e Laurita Vaz votaram com o Sr. Ministro Relator. Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Arnaldo Esteves Lima.

⁶⁸ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro-Relator. Os Srs. Ministros Fernando Gonçalves, Hamilton Carvalhido, Paulo Gallotti e Fontes de Alencar votaram com o Sr. Ministro-Relator.

V. “(...) **Processo⁶⁹ AgRg no Ag 619039 / SP - Agravo Regimental no Agravo de Instrumento 2004/0099481-1** (Órgão Julgador T6 - SEXTA TURMA - STJ. Data do Julgamento 19/04/2005, relator MM. Ministro Nilson Naves. Data da Publicação/Fonte DJ 27.06.2005, p. 461 e RNDJ vol. 69 p. 92). **EMENTA** — **PREVIDENCIÁRIO. BURSITE E TENOSSINOVITE. CONCESSÃO DE AUXÍLIO-ACIDENTE (POSSIBILIDADE). 1. Comprovada a existência da moléstia e sua relação de causalidade com o trabalho, o fato de se tratar de incapacidade laboral reversível é irrelevante para a concessão do benefício do auxílio-acidente. Precedentes. 2. Agravo regimental improvido (...)**”.

Outro tema de fundamental importância, trata do entendimento de que os anexos dos instrumentos normativos que tratam de questões previdenciárias, não são *numerus clausus*, ou seja, exaustivos, no que tange ao elenco das doenças (patologias) inclusas nestes, não se podendo condicionar a concessão do benefício previdenciário à existência nominal de tal ou qual doença nestes anexos. Neste sentido:

I. **Acórdão⁷⁰ Classe: AC - APELAÇÃO cível – 634975, processo: 199961170053930 UF:SP**, Origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Nona Turma. Data da decisão: 18/10/2004. Documento: TRF300088297, relator MM. Juíza Marianina Galante. Data da Publicação/Fonte DJU 09.12.2004, p. 487). **EMENTA** — **PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO ASSISTENCIAL. INVÁLIDA. CUMPRIDOS OS REQUISITOS LEGAIS. TUTELA ANTECIPADA. “(...) I - É de se deferir o benefício assistencial à autora, hoje tem 59 anos, inválida, que apresenta hipertensão arterial, bursite e angina e que mora com seu marido e com um neto de 13 anos que foi abandonado pela mãe. A família é mantida com apenas um salário mínimo, percebido pelo marido, a título de aposentadoria, que é insuficiente para sua manutenção já que, tanto a autora como seu esposo fazem uso de muitos medicamentos. Além do que, há uma criança para sustentar. II - Pessoa portadora de deficiência é aquela que está incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão dos males**

⁶⁹ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Hamilton Carvalhido, Paulo Gallotti, Paulo Medina e Hélio Quaglia Barbosa votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Paulo Gallotti.

⁷⁰ Decisão - A Nona Turma, por maioria, deu provimento ao recurso e, de ofício, concedeu a tutela antecipada, nos termos do voto da Relatora, que foi acompanhada pelo Desembargador Federal Santos Neves, vencida a Desembargadora Federal Marisa Santos que negava provimento ao recurso

que a cometem. O rol previsto no artigo 4º, do Decreto n. 3.298/98 não é exaustivo. VII - Recurso da autora provido. VIII - Sentença reformada (...)”.

Um tema relevante, cuja importância é assente, hodiernamente, em doutrina e jurisprudência, trata da questão do Dano Moral e do Dano Material sofridos pelos indivíduos portadores de LER-DORT. Neste sentido, são abaixo dispostos diversos julgados, havendo procedência dos pedidos, quando comprovado o Dano Moral, e de outra forma, sua improcedência diante do não estabelecimento deste:

I. **Processo⁷¹ REsp 569351 / MG - Recurso Especial 2003/0128884-0** (Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA – STJ. Data do Julgamento 07.12.2004, relator MM. Ministro Carlos Alberto Menezes Direito. Data da Publicação/Fonte DJ 04.04.2005 p. 304 e RT vol. 837 p. 161). **EMENTA** — INDENIZAÇÃO. DANO MATERIAL E DANO MORAL. ACIDENTE DO TRABALHO. DORT (DISTÚRBIO OSTEOMUSCULAR RELACIONADO AO TRABALHO). ARTIGO 1.539 DO CÓDIGO CIVIL DE 1916 (950 DO VIGENTE). PROVA DO DANO. LUCROS CESSANTES. JUROS MORATÓRIOS. PRECEDENTES DA CORTE. “(...) 3. É pertinente a condenação por dano moral quando há lesão à saúde, por menor que seja, ainda mais quando, como no caso, gera incapacidade absoluta e permanente do ofendido para o exercício da sua profissão. 7. Recurso especial da autora conhecido e provido e recurso especial da instituição financeira não conhecido (...)”.

II. **Processo⁷² REsp 537386/PR - Recurso Especial 2003/0061515-0** (Órgão Julgador T4 - Quarta Turma – STJ. Data do Julgamento 19.04.2005, relator MM. Ministro Jorge Scartezini. Data da Publicação/Fonte DJ 13.06.2005 p. 311; RDDP vol. 29 p. 110 e RSTJ vol. 202 p. 353). **EMENTA** — CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ACIDENTE DE TRABALHO. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER.

⁷¹ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, prosseguindo o julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Castro Filho, por unanimidade, conhecer do recurso especial da autora e dar-lhe provimento e não conhecer do recurso especial da instituição financeira. Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Castro Filho e Antônio de Pádua Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator. Não participou do julgamento o Sr. Ministro Humberto Gomes de Barros. Notas - Indenização por dano moral fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

⁷² Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Srs. Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, em conhecer em parte do recurso e, nesta parte, dar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator, com quem votaram de acordo os Srs. Ministros Barros Monteiro, Fernando Gonçalves e Aldir Passarinho Junior. Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro César Asfor Rocha. Notas - Indenização por dano moral mantida em R\$ 30.000,00 - trinta mil reais

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS. MANUTENÇÃO DO QUANTUM. SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. INOCORRÊNCIA. "(...) 1. Consideradas as peculiaridades do caso em questão, o valor arbitrado pelo Tribunal a quo a título de danos morais mostra-se razoável, limitando-se à compensação do sofrimento advindo do evento danoso, e não afrontando o princípio que veda o enriquecimento sem causa. Outrossim, o montante de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), equivalente a cerca de 115 (cento e quinze) salários mínimos, atualmente, guarda total consonância com a quantia arbitrada, em casos semelhantes, por esta Quarta Turma. Precedentes. Desta feita, devidamente guardados os parâmetros jurisprudenciais acerca do arbitramento do quantum indenizatório, que não se revela ínfimo ou excessivo, não se justifica a excepcional interferência desta Corte Superior, sob pena de indevida imiscção no contexto fático-probatório dos autos, a esbarrar no óbice representado pela Súmula 07 da Corte, em razão do que, neste aspecto, não se conhece do Recurso Especial pela divergência interpretativa (Súmula 83 da Corte). 2. Dadas as dificuldades tanto na aferição da lesão imaterial, como na apuração do valor indenizatório, esta Corte tem reiteradamente admitido que o quantum inicialmente pedido em ação de indenização por dano moral seja genérico ou meramente estimativo. (...)" Neste caso, vindo a ação a ser julgada procedente em montante inferior ao sugerido pelo ofendido, não há que se falar em sucumbência recíproca, porquanto não se está diante de pedido quantitativamente certo. Tal hipótese configurará, ao revés, caso de sucumbência total, visto que o objeto imediato do pedido, é dizer, a providência jurisdicional que se pleiteia, a condenação por dano moral, foi julgado procedente. 3. A sucumbência total deve ser reconhecida não obstante tenha a recorrente decaído no concernente aos lucros cessantes, aplicando-se, por se cuidar de "parte mínima do pedido", os ditames do parágrafo único do art. 21 do CPC. 4. Recurso parcialmente conhecido e, nesta parte, provido (...)"

III. **Processo⁷³ REsp 603822 / MG - Recurso Especial 2003/0195089-6** (Órgão Julgador T4 - Quarta Turma – STJ. Data do Julgamento 24.05.2005, relator MM. Ministro Aldir Passarinho Junior. Data da Publicação/Fonte DJ 20.06.2005 p. 290 e LEXSTJ vol. 191 p. 152). **EMENTA** — CIVIL E

⁷³ Acórdão - Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, à unanimidade, conhecer do recurso e dar-lhe parcial provimento, na forma do relatório e notas taquigráficas constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado. Participaram do julgamento os Srs. Ministros Jorge Scartezini, Barros Monteiro, César Asfor Rocha e Fernando Gonçalves. **NESTE MESMO SENTIDO – pelo reconhecimento de que é responsabilidade do empregador o pagamento de indenização por dano moral e material ao trabalhador:** ¹⁾ Acórdão - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00585-2003-006-19-00-3. Ano: 2003. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 27.09.2005. Região: 6ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00585-2003-006-19-00-3. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL. Data: 25.11.2005 Relator: Juiz Severino Rodrigues. Revisor(a): Juiz Antônio Catão.

PROCESSUAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ACIDENTE DE TRABALHO. LESÃO DE ESFORÇO REPETITIVO (LER). NEXO CAUSAL RECONHECIDO. RESSARCIMENTO. VALOR. FIXAÇÃO. “(...) I. Identificado o nexo causal, na hipótese dos autos, entre o mal incapacitante e a forma como desempenhado o trabalho da empresa ré, devida a indenização por dano moral, cujo valor ora se eleva para compatibilizá-lo com a lesão sofrida, evitado, no entanto, o enriquecimento sem causa. II Recurso especial conhecido e parcialmente provido (...)”.

IV. **Acórdão⁷⁴ Classe: AC - APELAÇÃO CIVEL – 200034000295041. Processo: 200034000295041 UF:DF,** origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 02/04/2008 Documento: TRF100270878. Relator MM. Desembargador Federal José Amilcar Machado. Data da Publicação/Fonte e-DJF1 DATA: 15/04/2008, p. 22). **EMENTA — ADMINISTRATIVO, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. PROVENTOS INTEGRAIS. ART. 186, INCISO I, DA LEI Nº 8.112/90. LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER). DOENÇA PROFISSIONAL. CULPA EXCLUSIVA DA ADMINISTRAÇÃO. CONCESSÃO DO BENEFÍCIO. DANO MATERIAL. DESPESAS MÉDICAS NÃO COMPROVADAS. RESSARCIMENTO INDEVIDO. DANO MORAL. INDENIZAÇÃO CABÍVEL.** “(...) 1. As provas dos autos conduzem à conclusão de que as moléstias adquiridas pela autora, classificadas como lesões por esforços repetitivos (LER), tiveram origem profissional, decorrentes do exercício prolongado da função de datilógrafa/digitadora, não tendo a ré se desincumbido adequadamente de infirmar a imputação de culpa pela conduta omissa na prevenção da doença⁷⁵. 2. Ainda que

⁷⁴ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à remessa oficial e ao recurso de apelação da União e deu parcial provimento ao recurso adesivo da autora

⁷⁵ **NESTE MESMO SENTIDO – a conduta inobservante, omissa, deficitária ou culposa da empresa ou empregador na prevenção da doença ocupacional caracteriza o nexo causal necessário à configuração do direito obreiro à indenização por danos físicos e morais:** ¹⁾ **Acórdão Num: 20060410340. Decisão: 06 06 2006. Tipo: RO01 num: 01367. Ano: 2005. Número Único. Proc: RO01 - 01367-2005-411-02-00.** Tribunal TRT: 2ª Região. Recurso Ordinário Turma: 4ª Órgão Julgador - Quarta Turma. Fonte: DOE SP, PJ, TRT 2ª. Data: 23/06/2006. Relator: Sergio Winnik. Revisor(A): Odette Silveira Moraes; ²⁾ **Acórdão Classe: AC - Apelação Cível , processo: 199738000495368 UF:MG,** Origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 23.05/2007. Documento: TRF100248116, relator MM. Desembargador Federal José Amilcar Machado. Data da Publicação/Fonte DJ 04.06.2007, p. 05); ³⁾ **Acórdão - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00223-2004-003-19-00-4.** Ano: 2004. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 31.05.2005. Região: 3ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00223-2004-003-19-00-4. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL DATA:08-06-2005. Relator: Juiz Severino Rodrigues. Revisor(a): Juiz Antônio Catão; ⁴⁾ **Acórdão - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00353-2004-003-19-00-7.** Ano: 2004. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 07.04.2005. Região: 3ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00353-2004-003-19-00-7. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL Data:05-05-2005 Relator: Juiz Severino Rodrigues. Revisor(a): Juiz Antônio Catão; ⁵⁾ **Acórdão - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00729-2003-003-19-00-2.** Ano: 2003. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 09 12 2004. Região: 3ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00729-2003-003-19-00-2. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL DATA:04-02-2005. Redator Designado: Juiz Severino Rodrigues. Revisor(a): Juiz Severino Rodrigues; ⁶⁾ **Acórdão. Tipo: RO. Num: 00093-2005-046-23-00-7. Número Único Proc: RO - 00093-2005-046-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 28.03.2006. Fonte: DJ/MT. Data: 24-04-2006.

adquirida em serviço doença incapacitante, não restou devidamente comprovado nos autos o efetivo prejuízo de ordem patrimonial sofrido pela autora, especialmente quanto à realização de despesas com o tratamento médico, sendo, pois, indevido o respectivo ressarcimento. 3. O dano moral sofrido caracteriza-se pela redução da auto-estima da autora, em decorrência da situação aflitiva a que teve de se submeter devido à redução da sua capacidade motora, dor esta que não se confunde com o merodissabor natural aos fatos da vida. São claras, na espécie, as restrições sofridas pela autora na sua vida familiar, social e profissional, bem como a grande inquietação que viveu enquanto vítima de uma doença profissional não amenizada pela empregadora. 4. Remessa oficial e recurso de apelação a que se nega provimento. Recurso adesivo parcialmente provido (...).”

V. Acórdão⁷⁶ - Recurso Ordinário. Tipo: RO. Num: 00584-2005-004-19-00-8. Ano: 2005. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 16.01.2007. Região: 4ª Vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 00584-2005-004-19-00-8. Turma:

Relatora: Juíza Leila Calvo; ⁷⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00391-2002-056-23-00-1. Número Único Proc: RO - 00391-2002-056-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 18.04.2006. Fonte: DJ/MT. Data: 31/05/2006. Relator: Juiz José Simioni; ⁸⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00251-2005-003-23-00-0. Número Único Proc: RO - 00251-2005-003-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 21.11.2007. Fonte: DJ/MT. Data: 30/11/2007. Relator: Desembargador Luiz Alcântara; ⁹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 02901-2005-022-23-00-0. Número Único Proc: RO - 02901-2005-022-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 14.11.2007. Fonte: DJ/MT. Data: 30/11/2007. Relator: Desembargador Luiz Alcântara. Redator Designado: Desembargador Osmair Couto; ¹⁰⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00080-2005-026-23-00-3. Número Único Proc: RO - 00080-2005-026-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 25.04.2007. Fonte: DJ/MT. Data: 31/05/2007. Relator: Desembargador Luiz Alcântara. ¹¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00465-2006-026-23-00-1. Número Único Proc: RO - 00465-2006-026-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 07.03.2007. Fonte: DJ/MT. Data: 30/03/2007. Relator: Desembargador Luiz Alcântara; ¹²⁾ **Acórdão - Origem: Tribunal TRF- Quarta Região. Classe: AC - Apelação Cível. Processo: 200004010886989 UF:RS.** Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão: 17/12/2002. Documento: TRF400086607. Fonte: DJ 12/02/2003 PÁGINA: 740. Relator(a): Francisco Donizete Gomes; ¹³⁾ **Acórdão - Origem: Tribunal TRF - Quarta Região. Classe: AC - Apelação Cível. Processo: 200472000152225 UF:SC.** Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão: 10/06/2008 Documento: TRF400168013. Fonte: D.E. 16/07/2008. Relator(a) Luiz Carlos de Castro Lugon.

⁷⁶⁾ DECISÃO - Acordam os Juizes do Tribunal Regional do Trabalho da Décima Nona Região, por unanimidade, negar provimento ao apelo patronal; por unanimidade, dar parcial provimento ao apelo obreiro para majorar o valor da indenização por danos morais e materiais para R\$120.000,00 (cento e vinte mil reais). Oficie-se o Ministério Público do Trabalho para tomar ciência dos fatos narrados nos autos e, caso entenda necessário, tome as medidas cabíveis. **NESTE MESMO SENTIDO – pelo reconhecimento da peculiaridade do trabalho de caixas em banco (bancários) que propicia o aparecimento de lesões decorrentes dos movimentos repetitivos com ambos os membros superiores e pelo reconhecimento do Dano Moral:** ¹⁾ **Acórdão - Recurso Ordinário Tipo: RO. Num: 01527-2003-004-19-00-4.** Ano: 2003. Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 25.10.2005. Região: 4ª vara do Trabalho de Maceió – AL. Número Único Proc: RO - 01527-2003-004-19-00-4. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL. Data: 02-12-2005. Relator: Juiz Antônio Catão. Revisor(a): Juiz Nova Moreira; ²⁾ **Acórdão. Tipo: RO01. Num: 20060651053. Número Único Proc: RO01 - 02742-1999-031-02-00.** Tribunal TRT: 2ª Região. Decisão: 22.08.2006. Turma: 4ª Turma. Fonte: DOE SP PJ, TRT 2ª. Data: 01/09/2006. Relator: Juiz Paulo Augusto Câmara. Revisor: Juiz Carlos Roberto Husek; ³⁾ **Acórdão. Tipo: RO01. NUM: 20060292517. Número Único Proc: RO01 - 01823-2001-382-02-00.** Tribunal TRT: 2ª Região. Decisão: 02.05.2006. Turma: 4ª Turma. Fonte: DOE SP PJ, TRT 2ª. Data: 12/05/2006. Relator: Juiz Paulo Augusto Câmara. Revisor: Juiz Ricardo Artur Costa e Trigueiros; ⁴⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00584-2005-004-19-00-8. Número Único Proc: RO - 00584-2005-004-19-00-8.** Tribunal TRT: 19ª Região. Decisão: 16.01.2007. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL. Data: 22/02/2007. Relator: Juiz Antônio Catão. Revisor: Juiz Pedro Inácio.

TP - Tribunal Pleno. Fonte: DOE/AL Data:22.02.2007. Relator: Juiz Antônio Catão. Revisor(a): Juiz Pedro Inácio. EMENTA – “(...) 1- RECURSO ORDINÁRIO PATRONAL. **DANOS MORAIS E MATERIAIS**. CARACTERIZAÇÃO. **O laudo pericial conclusivo apontou ser a reclamante portadora de Lesão por Esforço Repetitivo - LER, adquirida em face do labor exercido na Caixa. Consabido que o trabalho desenvolvido por bancários, máxime do setor de caixa, exige condições de trabalho mecanizadas** para a autenticação de documentos - em grande número, conferência de dinheiro, abertura de gavetas, e outras atribuições relacionadas com a bateria de caixa e de outras atividades, tais como escriturária e auxiliar de supervisor. **Para tais atividades, os membros superiores constituem a parte do corpo mais recorrida**, o que a torna mais vulnerável às lesões por esforço repetitivo. **Sendo a reclamante submetida a tratamento com medicação, em virtude da lesão sofrida - LER, devido o dano material, com o fito de que a reclamada arque com as despesas necessárias ao respectivo tratamento.** Recurso desprovido. 2- RECURSO ORDINÁRIO OBREIRO. DANO MORAIS E MATERIAIS. FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. **Na quantificação do valor referente à indenização no tocante ao dano moral sofrido pela reclamante, o magistrado deve considerar o grau de culpa do agente, a extensão do dano causado à vítima e à sua família e a eventual participação da vítima para o resultado danoso.** Quando analisados e ponderados estes elementos pelo Estado-Juiz, bem como, quando se estiver diante da harmonia entre o gravame sofrido e a condição econômica do ofendido, emergirá escoreito qualquer provimento jurisdicional que fixe indenização por danos morais. **Assim, entendo que o valor arbitrado pelo Juízo "a quo" foi aquém do que poderíamos aceitar como razoável e coerente, no que, reforma-se a decisão querreada para majorar o referido valor para R\$100.000,00 (cem mil reais).** Recurso parcialmente provido (...).”

VI. **Acórdão num: 20070131923. Número único Proc: RO01 - 02233-2005-004-02-00.** Tribunal TRT: 2ª Região. Decisão: 27.02.2007. Tipo: RO01. num: 02233. Ano: 2005. Recurso Ordinário Turma: 6ª. Órgão Julgador - Sexta Turma. Fonte: DOE SP, PJ, TRT 2ª Data: 23/03/2007. Relatora: Ivani Contini Bramante. Revisor(A): Ivete Ribeiro. EMENTA - INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. ACIDENTE DO TRABALHO. DOENÇA PROFISSIONAL. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO. INCAPACIDADE PARCIAL E PERMANENTE. (Art. 5º, V e X e art. 7º, XXII e XXVIII, da CF; Art.186 e 944 e 950CC). “(...) **A obrigação de reparar os danos moral, estético, material, espécies do gênero dano pessoal, decorrente de acidente de trabalho, encontra-se prevista na Constituição Federal, art. 5º,V e X e art. 7º, XII e XXVII e, ainda, nos arts. 186 e 950 do Código Civil, observados os elementos: a**

ofensa a uma norma preexistente ou erro de conduta, um dano e o nexa de causalidade. A lesão à integridade psicofísica, por si só, é capaz de causar dano, ainda mais quando causa incapacidade para o trabalho, pois traz repercussões negativas, aptas a causar abalos psíquicos de dor, sofrimento e angústia. Isto porque, entrava a nova colocação no mercado de trabalho e, ainda, não se pode descartar as conseqüências nos atos e no ambiente da vida civil, familiar e social. A fixação do valor da indenização deve se pautar pelo princípio da razoabilidade e proporcionalidade (art. 944, CC), ou seja, satisfazer o interesse de compensação do lesado e a repressão à conduta do lesador. Assim, deve levar em consideração a gravidade da conduta; a extensão do dano, tendo em conta o sofrimento e as repercussões pessoais, familiares e sociais; a situação econômica do lesador e; o caráter pedagógico da sanção. Isto porque, a indenização tem natureza compensatória, uma vez que o dano moral é de difícil mensuração (...)”.

VII. Acórdão⁷⁷ Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL, Processo: 20023000022787 UF: AC, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 03.05.2006 .Documento: TRF100230270. Relator MM. Desembargador Federal José Amílcar Machado. Data da Publicação/Fonte DJ 19.06.2006, p. 22). **EMENTA** — CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. MAGISTRADO DO TRABALHO. DOENÇA PROFISSIONAL (LER/DORT). COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. CUMULAÇÃO DE PEDIDOS. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ COM PROVENTOS INTEGRAIS. POSSIBILIDADE. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. IMPOSSIBILIDADE. 1. O pedido de aposentadoria com proventos integrais, em razão de doença profissional, cumulado com indenização por danos morais e materiais, formulado por servidor estatutário, enseja a competência da Justiça Federal e, em sede recursal, da Colenda Primeira Seção desta Corte Regional. 2. A Lesão por Esforços Repetitivos - LER, atualmente denominada DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, consubstancia no caso concreto, à vista da prova dos autos, doença incapacitante a ensejar a aposentadoria por invalidez do autor com proventos integrais, **não ensejando direito à indenização por danos materiais e morais que não foram comprovados**, mas tão-somente a conseqüência prevista na Constituição Federal, qual seja, a aposentação com proventos integrais. 3. Apelação do autor e remessa oficial não providas (...)

VIII. Acórdão⁷⁸ Classe: AC - Apelação Cível , Processo: 200038000107107 UF:MG, Origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 30.04.2007.

⁷⁷ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação e à remessa oficial.

⁷⁸ Decisão - A Turma, à unanimidade, negou provimento à apelação.

Documento: TRF100247620, Relator MM. Desembargador Federal Antônio Sávio de Oliveira Chaves. Data da Publicação/Fonte DJ 21.05.2007, p.48). **EMENTA** — ADMINISTRATIVO. DOENÇA PROFISSIONAL (LER/DORT). APOSENTADORIA POR INVALIDEZ INTEGRAL. PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. IMPOSSIBILIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. “(...) 1. A Lesão por Esforços Repetitivos - LER, atualmente denominada DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, não enseja no caso concreto direito a indenização por danos materiais e morais já que estes não foram comprovados. 2. A autora foi licenciada e recebeu assistência médica continuada, submetendo-se por diversas vezes a consultas e aos respectivos tratamentos indicados pelos médicos, sem que isto lhe trouxesse ônus financeiro, pois como servidora pública federal, pertencente ao quadro permanente do INSS, estava protegida pelo Plano de Seguridade Social mantido pelo Estado e pelos próprios servidores. 3. Não ficou comprovado que houve violação a imagem, intimidade ou honra da autora que ensejaria indenização por danos morais, nem há provas de que o evento tenha sido causado por dolo ou culpa do empregador, a impor o reconhecimento da indenização prevista no artigo 7º, inciso XXVIII, da Constituição Federal. 4. O direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais foi reconhecido administrativamente (...)”.

IX. Acórdão⁷⁹ Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL – 1027275, processo: 200503990206861 UF:SP, origem: Tribunal TRF- Terceira Região (Órgão Julgador: Segunda Turma. Data da decisão: 26/06/2007. Documento: TRF300122648, relator MM. Juiz Nelton dos Santos. Data da Publicação / Fonte DJU 20.07.2007, p. 691). **EMENTA** — CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO. FATOS NÃO COMPROVADOS. PEDIDO IMPROCEDENTE. “(...) 1. É do autor o ônus de provar os fatos constitutivos de seu direito (Código de Processo Civil, art. 333, inciso I). 2. O conjunto probatório não evidenciou a ocorrência do danoafirmado pelo autor, tampouco o nexos de causalidade que pudesse importar a responsabilidade do réu. 3. Pedido improcedente. Apelação desprovida (...)”.

X. Acórdão⁸⁰ Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL, processo: 200471000377750 Origem: TRIBUNAL TRF - Quarta Região UF:RS (Órgão Julgador: QUARTA TURMA. Data da decisão:

⁷⁹ Decisão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, em que são partes as acima indicadas. Decide a Segunda Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, por votação unânime, negar provimento à apelação, na forma do relatório e voto constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado

⁸⁰ Decisão - Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, decide a Egrégia 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, por unanimidade, negar provimento à apelação, nos termos do relatório, voto e notas taquigráficas que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

18/07/2007. Documento: TRF400152397. Relator MM. Desembargador Federal Edgard Antônio Lippmann Júnior. Data da Publicação/Fonte D.E. 30/07/2007). EMENTA — INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. SERVIDOR CIVIL. DIGITADOR. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO ALEGADAMENTE EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE. IMPROVADO O DANO, O ATO ILÍCITO E NEXO CAUSAL APTOS A EMBASAR A CONDENAÇÃO. “(...) Não se vislumbra hipótese de dano moral a gerar o direito à indenização pleiteada, uma vez que o pedido se funda no sentimento de frustração decorrente da aposentadoria por invalidez da servidora, o que não configura na espécie o abalo moral indenizável. A ré agiu dentro dos limites que a lei estabelece para a sua atuação, portanto inócua o ato ilícito necessário para embasar o pedido. A atividade ocupacional que a autora alegou como responsável pela lesão contraída, também era exercida em atividades particulares que não estavam relacionadas no seu cargo (...)”.

XI. **Acórdão⁸¹. Tipo: RO. NUM: 00800-2001-004-23-00-0. Número Único Proc: RO - 00800-2001-004-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 03.06.2003. Fonte: DJ/MT. Data: 30-06-2003. Relator: Juiz Bruno Weiler. EMENTA - “(...) LER (LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO). AUSÊNCIA DE PROVA. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. Para que o trabalhador acometido de uma lesão decorrente de esforço repetitivo (LER) tenha direito a indenização por danos materiais e morais, imperioso comprovar de forma robusta a responsabilidade culposa do empregador pelo surgimento ou agravamento da lesão. Verificado nos autos que o empregado ativava-se em várias funções e, manifestando a existência de incômodos (inchaço, dores) o empregador concede licenças médicas por expressivo lapso temporal como forma de possibilitar o restabelecimento, não se há falar em culpa desta, ainda mais, se o laudo pericial do INSS não concluiu pela existência da lesão; sendo que através do exame médico demissional ficou registrado que o trabalhador estava apto para a função (...)”

No que concerne à valoração da prova e do laudo pericial, a jurisprudência é assente em consolidar sua importância na comprovação e definição da doença ocupacional e da incapacidade laboral, no curso de processos judiciais em indivíduos portadores de LER-DORT. Neste sentido:

⁸¹ Decisão - Por unanimidade, conhecer parcialmente do Recurso Ordinário e, no mérito, dar-lhe parcial provimento para reconhecer e declarar que a Reclamante é isenta do recolhimento do valor dos honorários periciais, nos termos do voto do Juiz Relator.

I. **Acórdão**⁸² **Classe: AC - Apelação Cível, processo: 200301000100488 UF:MG**, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão: 30.07.2008. Documento: TRF100281583, relator MM. Desembargador Federal João Batista Moreira. Data da Publicação/Fonte e-DJF1 12.09.2008, p123). **EMENTA** — RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DECORRENTE DE DOENÇA PROFISSIONAL. PRESCRIÇÃO NÃO CONSUMADA. DUAS PERÍCIAS. LAUDOS DIVERGENTES. ADOÇÃO PELO JUIZ DO LAUDO DA SEGUNDA PERÍCIA. POSSIBILIDADE. LIMITAÇÕES E SOFRIMENTO EXPERIMENTADOS PELA AUTORA. DEVER DE INDENIZAR. INDENIZAÇÃO. INDEXAÇÃO AO SALÁRIO MÍNIMO. IMPOSSIBILIDADE. FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. "(...) 2. Trata-se de ação ajuizada por servidora celetista em face do ex-empregador pretendendo indenização por danos morais decorrentes de moléstia contraída no exercício da atividade laboral. 4. É possível a desconsideração de laudo técnico manifestamente superficial, notadamente quando não leva em conta elementos probatórios já acostados aos autos. 5. Deve-se acolher laudo da segunda perícia quando ele se mostra mais substancial do que o da primeira, baseando-se em toda a documentação médica juntada nos autos. 6. O simples fato de haver duas perícias conflitantes não torna indispensável a realização de nova diligência. 7. Estando comprovado que a autora foi acometida de doença resultante de sua atividade profissional (Síndrome do Interosseo dos Cotovelos, Epicondilite e Tendinite), que seu posto de trabalho "não era ergonomicamente bem dimensionado", que suas atividades "exigiam esforços físicos sob uma postura inadequada" e que ela era submetida a condições de trabalho aptas a causarem lesão por esforço repetitivo, impõe-se reconhecer a prática de conduta omissiva e culposa (negligência) por seu empregador causadora do surgimento de tal moléstia. 8. As limitações e os sofrimentos impostos à autora em decorrência da patologia são idôneos a causar abalo emocional, mostrando-se cabível a indenização por danos morais. 9. A fixação de indenização em determinado número de salários mínimos contraria o art. 7º, inciso IV, da Constituição. 10. Indagado se a autora manifestou "seqüelas anatômicas e/ou funcionais, tais como deformidades, debilidade de função ou limitação da anatomia" em decorrência da moléstia contraída no exercício de suas funções, respondeu afirmativamente o perito responsável pela segunda perícia. 11. Atendendo à gravidade das lesões e ao considerável tempo de duração das restrições impostas à autora, há que se elevar o montante da indenização ao patamar de R\$ 50.000,00

⁸² Decisão - A Turma, por maioria, fixou a competência da Justiça Federal para a causa, vencido o Relator, e, por unanimidade, negou provimento à apelação e deu parcial provimento ao recurso adesivo e à remessa oficial

(cinquenta mil reais), que se mostra mais adequado à justa reparação (...)”.

II. Acórdão⁸³ Classe: AC - Apelação Cível – 1118919 processo: 200603990208692 UF:SP, origem: Tribunal TRF- Terceira Região (Órgão Julgador: Sétima Turma. Data da decisão:08.10.2007. Documento: TRF300133322, relator(a) Juíza Vanessa Mello. Data da Publicação/Fonte DJU:25.10.2007p.401). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. TRABALHADORA URBANA. REQUISITOS: CARÊNCIA, MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO E INCAPACIDADE. PREENCHIMENTO. TERMO INICIAL DO BENEFÍCIO. VALOR. JUROS MORATÓRIOS. CORREÇÃO MONETÁRIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. CUSTAS PROCESSUAIS. “(...) 5 - Incapacidade laborativa total e temporária, comprovada no laudo médico, por apresentar a parte autora sinais e sintomas de síndrome do túnel do carpo em punho esquerdo, compatível com uma lesão por esforço repetitivo. 12 - Apelação da parte autora parcialmente provida. Reforma da sentença (...)”.

III. Processo⁸⁴ REsp 595355/MG - Recurso Especial 2003/0168387-0 (Órgão Julgador T3 - Terceira Turma (STJ). Data do Julgamento 14/12/2004, Relator(a) MM. Ministro Carlos Alberto Menezes Direito. Data da Publicação/Fonte DJ 11.04.2005 p. 290). **EMENTA** — Ação de indenização. Doença profissional gerando incapacidade para o trabalho. LER ou DORT. Cerceamento de defesa. Nexo causal. Juros moratórios. Danos morais. Precedentes da Corte. “ (...) 1. Não há falar em cerceamento de defesa diante do indeferimento de nova prova pericial, considerada idônea a perícia realizada. O tema da qualificação do profissional não foi tratado no acórdão, e, ainda, a circunstância da associação com patologia psiquiátrica não malfez o cerne da incapacidade gerada pela LER – Lesão por Esforço Repetitivo. 2. O nexo causal foi devidamente identificado pelo Tribunal de origem, com base no laudo pericial objetivamente posto, com identificação de doença incurável em decorrência do trabalho exercido, impossível de reexame diante

⁸³ Decisão - Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas decide a Sétima Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, por unanimidade, dar parcial provimento à apelação da parte autora, nos termos do relatório e voto da Senhora Juíza Federal Convocada, constante dos autos e na conformidade da ata de julgamento, que ficam fazendo parte integrante do julgado. **NESTE MESMO SENTIDO – acerca da comprovação do exame pericial de se tratar de incapacidade temporária:** ¹⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 38. Número Único Proc: RO - 38-2006-056-24-00.** Tribunal TRT: 24ª Região. Decisão: 23.01.2007. Turma: Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 22/02/2007. Relator: Juiz Amaury Rodrigues Pinto Júnior. Revisor: Juiz João de Deus Gomes de Souza.

⁸⁴ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conhecer do recurso especial e dar-lhe parcial provimento. Os Srs. Ministros Nancy Andrighi e Castro Filho votaram com o Sr. Ministro Relator. Ausentes, justificadamente, os Srs. Ministros Antônio de Pádua Ribeiro e Humberto Gomes de Barros.

da Súmula n. 7 da Corte. 4. A jurisprudência da Corte já assentou que não há falar em prova do dano moral, mas, apenas, do fato que lhe deu causa. 5. Recurso especial conhecido e provido, em parte (...).

IV. Processo⁸⁵ REsp 294515/SP - Recurso Especial 2000/0137339-0 (Órgão Julgador T4 - Quarta Turma –STJ. Data do Julgamento 09/11/2004, Relator MM Ministro Barros Monteiro. Data da Publicação/Fonte DJ 07.03.2005 p. 258). **EMENTA** — SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS. ACIDENTE DO TRABALHO. **TENOSSINOVITE**. MICROTRAUMAS. PROVA PERICIAL, CONCLUINDO PELA INEXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE PERMANENTE E IRREVERSÍVEL. “ (...) Havendo a perícia declarado ser o autor portador de lesão de natureza muito leve e em fase inicial, passível de recuperação em face dos recursos terapêuticos existentes, não há no caso incapacidade laborativa a indenizar. Recurso especial conhecido pela divergência jurisprudencial, mas improvido (...)”.

V. Processo⁸⁶ REsp 687536/GO - Recurso Especial 2004/0140416-2 (Órgão Julgador T3 - Terceira Turma – STJ. Data do Julgamento 14/06/2005, relatora Mma. Ministra Nancy Andrighi. Data da Publicação/Fonte DJ 01.07.2005 p. 531). **EMENTA** — RECURSO ESPECIAL. DOENÇA PROFISSIONAL. SINOVITE CRÔNICA. RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA. INDENIZAÇÃO PELO DANO MATERIAL E MORAL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO OMISSOS. “ (...) Supervisor de turno e produção alega ter sido acometido por enfermidade profissional em virtude do grande esforço físico e continuado a que era submetido. Pleiteia junto à empresa empregadora indenização pelo ato ilícito que teria sofrido. O Tribunal a quo, ao reformar integralmente a decisão de 1º grau, omitiu-se quanto a elucidação de aspectos importantes que o levaram a formação do seu convencimento. O Tribunal não logrou constituir de modo convincente a existência do nex causal, cuja existência foi negada pela perícia. Íntegra do Acórdão — “da violação ao art. 535: Ao realizar o cotejo entre as diversas razões expendidas nos embargos de declaração interpostos e nos sucessivos acórdãos, chega-se a conclusão de que o Tribunal a quo, efetivamente, deixou de tecer

⁸⁵ Acórdão - Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas: Decide a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conhecer do recurso e negar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator, na forma do relatório e notas taquigráficas precedentes que integram o presente julgado. Votaram com o Relator os Srs. Ministros César Asfor Rocha, Fernando Gonçalves, Aldir Passarinho Junior e Jorge Scartezzini.

⁸⁶ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer do recurso especial e dar-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Castro Filho, Humberto Gomes de Barros e Carlos Alberto Menezes Direito votaram com a Sra. Ministra Relatora. Sustentou oralmente o Dr. Antônio Carlos Gonçalves, pelo recorrente.

considerações importantes acerca das alegações formuladas pelo embargante. O Tribunal a quo não logrou constituir, de modo extremo de dúvidas, a existência do nexu causal a ensejar a reparação, tampouco, explicitou de forma a convencer os motivos que o levaram a contrariar as conclusões do lado médico pericial. Segundo transliteração do próprio tribunal, o juiz lastreou sua decisão nas assertivas do médico perito, segundo o qual, o esforço contínuo ou o trabalho pesado não são a causa da doença, nos seguintes termos: "clara é, igualmente, a resposta do perito ao quesito n. 6 da Ré: 'pode-se afirmar, com segurança e certeza, a existência de nexu causal entre os problemas de saúde apontados pelo Autor e suas atividades na Ré?'; diáfana, dizia a resposta: 'as atividades que o paciente exercia não são a causa da doença.'" Muito embora, o colegiado tenha pautado seu julgamento em indícios supostamente reveladores de danos injustos capazes de responsabilizar civilmente o empregador, o fato é que as provas testemunhais e pericial possuem o mesmo valor, por isso, não restaram suficientemente convincentes as argumentações tecidas, a ponto de expressar com clareza o fenômeno jurídico motivador do ato ilícito que deu ensejo à modificação do julgamento monocrático. Em não o fazendo, o Tribunal incorreu em violação ao artigo supracitado. Tampouco é possível esquecer da possibilidade do trabalhador ter sido negligente e/ou imprudente no exercício de suas atividades, de modo a da causa ao desenvolvimento da doença que lhe acometeu (embargos de declaração de fls. 373) . Forte em tais razões, CONHEÇO do Recurso especial e, dou-lhe PROVIMENTO, com fundamento no art. 557, parágrafo 1º- A do CPC, devendo os autos retornar ao Tribunal de origem para que siga o devido processo legal". Retirado do Código de Processo Civil - Obs: Art. 535. Cabem embargos de declaração quando: (Redação dada pela Lei n. 8.950, de 13.12.1994) I - houver, na sentença ou no acórdão, obscuridade ou contradição; (Redação dada pela Lei n. 8.950, de 13.12.1994); II - for omitido ponto sobre o qual devia pronunciar-se o juiz ou tribunal. (Redação dada pela Lei n. 8.950, de 13.12.1994). Recurso especial provido (...)".

VI. Acórdão⁸⁷ Classe: AC - Apelação Cível – 405666, processo: 20083000011083 UF:PE, origem: Tribunal TRF - Quinta Região (Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão: 08.03.2007. Documento: TRF500135226, relator MM Desembargador Federal Manoel Erhardt. Data da Publicação/Fonte DJ 27.04.2007. p.985. n.81). EMENTA - CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. SERVIDORA PÚBLICA FEDERAL. ESCRIVÃ DA POLÍCIA FEDERAL. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. MOLÉSTIA PROFISSIONAL CARACTERIZADA. COMPROVAÇÃO EM

⁸⁷ Decisão Unânime.

LAUDO DE PERITO JUDICIAL. CABIMENTO DA PERCEPÇÃO DE PROVENTOS INTEGRAIS (ART. 40, PARÁGRAFO 1o, I, DA CF/88, C/C O ART. 186, I, DA LEI N. 8.112/90). HOMOLOGAÇÃO IMPLÍCITA DOS HONORÁRIOS PERICIAIS NA SENTENÇA. DECISÃO INTERLOCUTÓRIA POSTERIOR RATIFICANDO A FIXAÇÃO DOS HONORÁRIOS PERICIAIS. AGRAVO RETIDO IMPROVIDO. APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA INSTRUMENTALIDADE E CELERIDADE PROCESSUAIS. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS MEDIANTE APRECIÇÃO EQUITATIVA. APELAÇÃO DA UNIÃO IMPROVIDA. REMESSA OFICIAL PARCIALMENTE PROVIDA APENAS PARA RETIFICAR O TERMO A QUO PARA CÁLCULO DAS DIFERENÇAS NÃO PERCEBIDAS. “(...) 7 - No mérito, melhor sorte não assiste à UNIÃO, visto que os documentos acostados, o laudo pericial oficial e seu posterior esclarecimento demonstram inequivocamente que existiu relação de causalidade entre as doenças adquiridas pela autora (síndrome do túnel do carpo, sinovite, e tenossinovite), consideradas genericamente como distúrbios ósteo-musculares relacionados com o trabalho (DORT), e o exercício do cargo de escrivã da Polícia Federal, configurando a hipótese de aposentadoria por invalidez em decorrência de moléstia profissional, o que garante a ora apelada o direito de perceber proventos integrais, nos termos do art. 40, PARÁGRAFO 1o, I, da CF/88, c/c o art. 186, I, da Lei n. 8.112/90; 13 - Agravo retido e apelação da UNIÃO improvidos (...)”

VII. Acórdão⁸⁸ Classe: AC - Apelação cível – 362115, processo: 20083000114509 UF:PE, origem: Tribunal TRF-Quinta Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão: 06.10.2005. Documento: TRF500104559, relator MM. Desembargador Federal Paulo Machado Cordeiro. Data da Publicação/Fonte DJ 31.10.2005. p.73. n.209). EMENTA - ADMINISTRATIVO. SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL. ESCRIVÃO DE POLÍCIA. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. LEI N. 8.112/90, ART. 186, PARÁGRAFO 1º. INCAPACIDADE NÃO COMPROVADA. LICENÇA MÉDICA. EFETIVO EXERCÍCIO. OCORRÊNCIA. ART. 102, VIII, LETRA B, DA LEI 8.112/90. APLICAÇÃO. “ (...) A aposentadoria por invalidez no serviço público federal, com proventos integrais, somente ocorre nos casos expressamente previstos no parágrafo 1º do art. 186 da Lei n. 8.112/90, e com base na medicina especializada. - In casu, concluiu a perícia médica de ser a servidora portadora da doença conhecida como "LER - Lesão por Esforço Repetitivo", cientificamente denominada de "DORT - Doença Osteomuscular Relacionado com o Trabalho", cujo grau de incidência não a incapacita para o trabalho, tanto

⁸⁸ Decisão Unânime.

assim que prosseguiu em atividade aposentando-se por tempo de serviço com proventos integrais, que, dessa forma, ratifica conclusão a que chegou o perito do juízo (...)”.

VIII. **Acórdão** ⁸⁹ **Classe: AC - Apelação Cível - 200038000009986, processo: 200038000009986 UF:MG,** origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão:18.04.2005. Documento: TRF100210572, relatora MMA. Desembargadora Federal Selene Maria de Almeida. Data da Publicação/Fonte DJ.12.05.2005. p.11). **EMENTA - CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. INSS. VÍNCULO ESTATUTÁRIO. DANOS MORAIS E MATERIAIS DECORRENTES DE DOENÇA PROFISSIONAL (LER - LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO) ADQUIRIDA EM RAZÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO OFERECIDAS À SERVIDORA. EXISTÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A PRETENSÃO FALHA NO SERVIÇO E O PREJUÍZO EXPERIMENTADO. EXISTÊNCIA DE DANOS MORAIS. INEXISTÊNCIA DE DANOS MATERIAIS COMPROVADOS. APELAÇÕES DO INSS E DA AUTORA PARCIALMENTE PROVIDAS. REMESSA PREJUDICADA. “ (...) 1 - A conduta da Administração consistiu na omissão no fornecimento de equipamento mobiliário e de trabalho adequado, o que provocou após vários anos de prestação de serviço, doença profissional em servidora do INSS, acarretando-lhe deficiências de movimento de seus membros superiores (LER - lesões por esforço repetitivo), que culminaram na aposentadoria da autora por invalidez. 2 - A relação de causalidade entre a doença profissional (Lei 8.213/91, art. 20, inciso I) e as atividades laborais prestadas pela autora, além de indicada na perícia médica do INSS, foi reconhecida pela decisão médica que determinou a aposentadoria por invalidez decorrente de doença adquirida no trabalho em razão da correlação entre as lesões verificadas e as funções exercidas pela servidora na Instituição⁹⁰. 3 - Não há fundamento para o deferimento de indenização por danos materiais, uma vez que a autora não comprovou nos autos qualquer despesa realizada em razão da doença profissional, sendo certo que a reparação de prejuízos dessa espécie fica condicionada à comprovação das despesas realizadas, em conformidade com a jurisprudência pátria. 4 - É cabível a concessão de indenização por dano moral, pois restou**

⁸⁹ Decisão - A Turma, à maioria, deu parcial provimento à apelação da autora e, por unanimidade, deu parcial provimento à apelação do INSS e julgou prejudicada a remessa oficial.

⁹⁰ **NESTE MESMO SENTIDO – pelo entendimento de que a LER – “Lesão por Esforço Repetitivo”, cientificamente denominada de DORT – “Doença Osteomuscular Relacionada com o Trabalho”, desenvolvida em razão das atribuições do cargo e cuja invalidez permanente foi atestada pela perícia judicial, faz jus à concessão da aposentadoria por invalidez, com proventos integrais, nos termos do art. 40, parágrafo 1º, I, da CF/88, c/c o art. 186, I, da Lei nº 8.112/90:** ¹⁾ **Acórdão - Origem: Tribunal TRF - Quinta Região. Classe: AC - Apelação Cível – 429709. Processo: 200685000010486 UF:SE. Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão: 10/04/2008. Documento: TRF500159706. Fonte DJ: Data: 05/06/2008 - página:336 - nº:106. Relator(a): Desembargador Federal Élio Wanderley de Siqueira Filho.**

comprovada a existência de nexos de causalidade entre a doença profissional (Lei 8.213/91, art. 20, inciso I) e as atividades laborais prestadas pela autora, que afastada das atividades em idade produtiva, experimenta rebaixamento na auto estima e abalo emocional que justificam o deferimento de indenização por lesão ao patrimônio imaterial. 5 - Comprovado o nexo de causalidade entre a conduta da Administração e o prejuízo, acolhe-se parcialmente o pedido de indenização pleiteado, apenas em relação ao dano moral requerido, fixando-o em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). 7 - Apelação da autora parcialmente provida para reconhecer o direito à indenização por danos morais. 8 - Apelação do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS parcialmente provida para afastar a condenação em danos materiais (...).”

IX. Acórdão ⁹¹ Classe: AG - Agravo de Instrumento – 54800, processo: 20040500079840 UF:PB, origem: Tribunal TRF - Quinta Região (Órgão Julgador: Segunda Turma. Data da decisão:05.04.2005. Documento: TRF500096297, relator MM. Desembargador Federal Petrucio Ferreira. Data da Publicação/Fonte DJ 02.06.2005. p.902). EMENTA - CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO E REGIMENTAL. SFH. SEGURO POR INVALIDEZ PERMANENTE. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ ACIDENTÁRIA CONCEDIDA PELO INSS. ENFERMIDADE DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO - LER -. INVALIDEZ PERMANENTE. OCORRÊNCIA. PROVA MÉDICO-PERICIAL REQUERIDA E INDEFERIDA. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. “ (...) 1. As provas apresentadas pela parte autora, ora agravada, foram suficientes para comprovar a verossimilhança do fato alegado - invalidez permanente -, tendo em vista ser indiscutível a aposentadoria por invalidez acidentária concedida à autora pela Previdência Social, conforme declaração de fls., declaração esta que é condição necessária para cobertura do seguro, conforme consta na Apólice de Seguro, bem como pela perícia médica realizada junto ao referido instituto que concluiu que a incapacidade definitiva se deu em 10.02.1999, apresentando-se, portanto, desnecessária a prova médico-pericial requerida; 2. Restando ausente o "*fumus boni juris*", não há que se falar em modificação do "*decisum*" (...).”

X. Acórdão ⁹² Classe: AG - Agravo de Instrumento – 252993, processo: 200503000892514 UF:SP, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Nona Turma. Data da

⁹¹ Decisão Unânime.

⁹² Decisão - A Nona Turma, por maioria, deu provimento ao agravo de instrumento e deferiu a tutela antecipada, nos termos do voto da Relatora, que foi acompanhada pelo Desembargador Federal Nelson Bernardes, vencida a Desembargadora Federal Marisa Santos que lhe dava parcial provimento para determinar que o juiz apreciasse o requerimento de tutela.

decisão:04.12.2006. Documento: TRF300111395, relator MMa. Juíza Vanessa Mello. Data da Publicação/Fonte DJU 31.01.2007. p.520). EMENTA - PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. RESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA. TRABALHADORA RURAL. CONCESSÃO DE TUTELA ANTECIPADA. EXISTÊNCIA DE PROVA INEQUÍVOCA DE INCAPACIDADE LABORATIVA DA AUTORA. RECURSO PROVIDO. “ (...) 1. Os exames radiológicos trazidos aos autos indicam que a autora é portadora de "espondiloartrose lombar com discopatia degenerativa L2-L3 e L4-L5", "Peri-tendinite do supra-espinhoso", "osteoporose difusa" e "artrose carpo-primeiro metacarpiano". 2. Concessão de anteriores auxílios-doença revelam o caráter degenerativo das doenças ósseas que acometem a agravante. 3. Trabalhadora rural com diagnóstico de doença crônica, contando atualmente com 76 (setenta e seis) anos de idade, situação essa que inviabiliza sua inserção no atual mercado de trabalho, em atividade que não agrave seu quadro clínico. 4. Existência de prova inequívoca e possibilidade de ocorrência de dano irreparável, consubstanciado na sobrevivência da autora. 5. Agravo de instrumento provido (...)”

XI. **Acórdão** ⁹³ **Classe: AC - Apelação Cível, processo: 200271130022185 UF:RS**, origem: Tribunal TRF - Quarta Região (Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão:15.12.2004. Documento: TRF400103422, relator MM. Juiz Nylson Paim de Abreu. Data da Publicação/Fonte DJU 19.01.2005. p.395). EMENTA - PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. LAUDO PERICIAL. INCAPACIDADE. MARCO INICIAL DO BENEFÍCIO. CONSECTÁRIOS LEGAIS. “ (...) 1. Nas ações em que se objetiva auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, o julgador firma seu convencimento, via de regra, com base na prova pericial. 2. Concede-se o benefício de auxílio-doença quando a perícia médica conclua que a segurada está acometida por patologia degenerativa osteo-articular da coluna e dos membros superiores (espondiloartrose difusa da coluna vertebral, tendinite crônica dos tendões supra espinhosos), encontrando-se incapacitada para o exercício de sua atividade laboral, até a sua reabilitação em outra atividade que lhe garanta a subsistência (...)”

XII. **Acórdão** ⁹⁴ **Classe: AG - AGRAVO DE INSTRUMENTO, processo: 200304010594074 UF:PR**, origem: Tribunal TRF - Quarta Região (Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão:08.09.2004. Documento: TRF400100547, relator MM.

⁹³ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação e à remessa oficial, nos termos do voto do Relator.

⁹⁴ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator. (OBS - mostra que, muito provavelmente, pela controvérsia nas avaliações acerca da condição de saúde do autor, haverá a necessidade de um perito do juiz).

Juiz Amaury Chaves de Athayde. Data da Publicação/Fonte DJU 27.10.2004. p.685). EMENTA - ADMINISTRATIVO PROCESSUAL CIVIL. TUTELA ANTECIPADA. REINTEGRAÇÃO DE MILITAR. “ (...) Controvertido o fato de o militar licenciado estar ou não apto ao serviço – parecer da Junta de Inspeção de Saúde do Exército entendeu pela capacidade laboral do militar; laudo particular sugere tendinite crônica patelar – acertada a decisão que indefere tutela antecipada visando a reintegração do autor às fileiras do Exército, diante da ausência de prova inequívoca da verossimilhança da alegação, devendo a sua real capacidade às atividades da caserna ser esclarecida no decorrer da instrução (...)”.

XIII. Acórdão ⁹⁵ Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL- 787517, processo: 200203990127194 UF:SP, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Nona Turma. Data da decisão:17.05.2004. Documento: TRF300083322, relatora MMa. Juiza Marisa Santos. Data da Publicação/Fonte DJU 29.07.2004. p.284). EMENTA - PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. RURÍCOLA. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS. DESNECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DE RECOLHIMENTOS PREVIDENCIÁRIOS. EXERCÍCIO DE ATIVIDADE NO CAMPO POR MAIS DE 12 MESES: PROVA TESTEMUNHAL E INÍCIO RAZOÁVEL DE PROVA MATERIAL: CERTIDÃO DE CASAMENTO. CERTIFICADOS DE CADASTRO NO IBRA/INCRA. DECLARAÇÕES DE PRODUTOR RURAL: QUALIFICAÇÃO DO MARIDO COMO LAVRADOR EXTENSIVA À ESPOSA. INTERRUÇÃO DO TRABALHO EM RAZÃO DE DOENÇA INCAPACITANTE: QUALIDADE DE SEGURADA MANTIDA. NÃO VINCULAÇÃO DO JUIZ AO LAUDO PERICIAL. ART. 436 DO CPC. INCAPACIDADE TIDA COMO TOTAL, PERMANENTE E INSUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO OU READAPTAÇÃO. TERMO INICIAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DA FAZENDA PÚBLICA. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. “ (...) VII - O julgador não está adstrito às conclusões do laudo pericial, devendo formar sua convicção através da análise dos aspectos sociais e subjetivos do autor, para decidir se o segurado possui ou não condições de retornar ao mercado de trabalho, para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. VIII - Se o laudo atesta que a autora, trabalhadora rural, é portadora de osteoporose de coluna, artrose de joelho e epicondilite, não mais podendo trabalhar na lavoura, e que as doenças datas de aproximadamente 30 anos, difícil crer que, com mais de 50 anos de idade, possa se adaptar a outro ofício, mormente em cidades pequenas, ou que poderá ser readaptada para outra atividade, capaz de disputar um lugar no

⁹⁵ Decisão - A Nona Turma, por unanimidade, deu parcial provimento à apelação e à remessa oficial e acolheu o pleito de antecipação da tutela jurisdicional, para que o INSS proceda à imediata implantação da prestação em causa.

atual mercado de trabalho, devendo ser tida como incapacitada total e permanentemente para o exercício de qualquer atividade laborativa, fazendo jus à aposentadoria por invalidez. IX - Na ausência de prévio requerimento administrativo onde demonstrada a incapacidade laborativa, o marco inicial da prestação deve corresponder à data da realização do laudo pericial, quando reconhecida, no feito, a presença dos males que impossibilitam o exercício de atividade vinculada à Previdência Social (...)”

XIV. **Acórdão**⁹⁶ **Classe: REO - Remessa Ex Offício - 371212, processo: 200483020023692 UF:PE**, origem: Tribunal TRF - Quinta Região (Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão:13.07.2006. Documento: TRF500122689, relator MM. Desembargador Federal Manoel Erhardt. Data da Publicação/Fonte DJU 25.09.2006. p.677. n.184). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ OU AUXÍLIO-DOENÇA. SEGURADO PORTADOR DE EPICONDILITE CRÔNICA DO COTOVELO ESQUERDO. INCAPACIDADE PARA O TRABALHO COMPROVADA ATRAVÉS DE LAUDO JUDICIAL. “(...) 1. Constatação, mediante perícia, de que o Autor está incapacitado para exercer a sua profissão, por ser portador de epicondilite crônica do cotovelo esquerdo, conforme atestado pelo laudo pericial⁹⁷ (...)”.

XV. **Origem**⁹⁸ **Tribunal: TST Decisão: 08.09.2003 Proc: err num: 695524.** Ano: 2000. Região:17. Embargos em Recurso de Revista. Turma: D1. Órgão Julgador - Subseção I Especializada em Dissídios Individuais. Fonte DJ Data: 26-09-2003. Relator Ministro Rider Nogueira De Brito. “(...) **EMENTA** - acidente de trabalho - estabilidade provisória. Estabilidade provisória deferida apesar de não haver a empregada percebido auxílio-doença no curso do contrato de trabalho. Interpretação razoável conferida à matéria pelo TRT, diante dos fatos e provas considerados para decidir; **comprovação da doença ocupacional pelo laudo pericial**; demissão da empregada quando já era portadora da doença profissional, adquirida em decorrência da atividade exercida na Reclamada; ausência de comunicação, pela Empresa, do acidente de trabalho à Previdência Social. Incidente o Enunciado 221/TST a impedir o

⁹⁶ Decisão Unânime.

⁹⁷ **NO SENTIDO DE QUE – Tendo sido comprovada por perícia a incapacidade do segurado para o trabalho, em virtude de síndrome de lesão por esforço repetitivo - LER, a alteração desta condição pressupõe sua submissão a nova perícia, capaz de comprovar o possível retorno da capacidade laborativa. Aplicação do princípio da uniformidade dos meios, exigência do devido processo legal:**

⁷¹ **Acórdão - Origem: Tribunal TRF - Quinta Região. Classe: REO - Remessa ex officio – 70423. Processo: 200005000028899 UF:CE.** Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da Decisão: 12/12/2002. Documento: TRF500066677. Fonte:DJ - Data:04/04/2003. página:632. Relator(a): Desembargador Federal Alcides Saldanha.

⁹⁸ Decisão - Por unanimidade, não conhecer dos Embargos, com ressalva de entendimento dos Exmos. Ministros Milton de Moura França e João Batista Brito Pereira.

conhecimento da Revista pela apontada violação legal. Intacto o artigo 896 da CLT. Embargos não conhecidos (...)"

Um dos maiores problemas para os portadores de LER-DORT, está no reconhecimento do seu quadro patológico na perícia realizada pela autarquia previdenciária, o INSS. Muitas vezes, o INSS não reconhece a doença do trabalhador, obrigando-o a ajuizar uma ação previdenciária junto à Justiça Federal, a qual é atualmente julgada perante os Juizados Federais Especiais Cíveis, para ter efetivado o seu direito subjetivo.

Geralmente, a tese do INSS é de que não existe o preenchimento dos requisitos para concessão do benefício e que o segurado poderá ser submetido, pelo INSS, a procedimento de reabilitação profissional que lhe propicie a aquisição de outro labor que lhe garantisse o sustento.

Como os autores e a União (INSS) são partes do processo, o Magistrado sente a necessidade de fundamentar sua decisão numa avaliação médica neutra, que seja de sua confiança, e que será realizada através do Perito Médico do Juízo, conforme preconiza o Código de Processo Civil Brasileiro⁹⁹, no seu artigo 145, *in verbis*: "Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o Juiz será assistido por perito, segundo o disposto no artigo 421¹⁰⁰", respeitando-se, contudo, o disposto no artigo 436 do CPCB, *in verbis* "O Juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos". Ou seja, o Juiz poderá ser assistido pelo perito e, embora não esteja adstrito à conclusão do Laudo Pericial, ele terá que fundamentar a sua discordância e, muitas vezes, o entendimento do Magistrado corrobora a conclusão do Laudo Pericial do Perito do Juízo, pois, este é escolhido dentre os profissionais com capacidade técnica e que gozam da confiança do Juiz.

Importante ressaltar que a Justiça do Trabalho, nem qualquer outra jurisdição, está subordinada aos pareceres de peritos da autarquia previdenciária (INSS).

Decorre que, há casos em que os pareceres emitidos entre o Perito Médico do Juízo e o Perito Médico da autarquia previdenciária (INSS) são

⁹⁹Código de Processo Civil Brasileiro (CPCB) - Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973.

¹⁰⁰ Art. 421 (CPCB). O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para a entrega do laudo.

discordantes. No entanto, a jurisprudência tem entendido que não há hierarquia entre a Perícia realizada pelo corpo de peritos do INSS e a perícia realizada pelo perito do Juízo.

Diante do exposto, são abaixo dispostos diversos julgados:

I. **Acórdão** ¹⁰¹ **Classe: AC - Apelação Cível - 199938000128959, processo: 199938000128959 UF:MG**, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão:09.08.2006. Documento: TRF100236336, relator MM. Desembargador Federal Luiz Gonzaga Barbosa Moreira. Data da Publicação/Fonte DJU 09.10.2006. p.5). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO - AUXÍLIO-DOENÇA E APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE PERMANENTE POR LAUDO OFICIAL - LAUDOS DIVERGENTES - PREVALÊNCIA DO LAUDO DO PERITO OFICIAL - QUALIDADE DE SEGURADO E CARÊNCIA COMPROVADAS - TERMO INICIAL - CORREÇÃO - JUROS - HONORÁRIOS - TUTELA ANTECIPADA. (...) 1. Comprovado, mediante laudo pericial oficial, que a autora sofre de "Lombargia Crônica e Tendinopatia Calcânea Bilateral, causando dificuldades para deambular e com conseqüências psicológicas", que a tornam incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. 2. Havendo divergência entre o laudo oficial e o laudo do assistente técnico do INSS, deve prevalecer, em princípio, a conclusão do perito do juízo. Precedentes: AC 2000.01.00.079588-0/MG, Rel. Des. Federal Eustáquio Silveira, in DJ 18/11/2002 e AC 95.01.22255-1/MG, Rel. Des. Federal Amílcar Machado, in DJ 29/10/2001. (...) 4. O Superior Tribunal de Justiça já decidiu que "Não há nulidade por julgamento extra petita na sentença que, constatando o preenchimento dos requisitos legais para tanto, concede aposentadoria por invalidez ao segurado que havia requerido o pagamento de auxílio-doença" (Resp n. 293.659/SC, Rel. Min. Félix Fischer, DJI de 19/03/2001, pág. 138) (...)"

II. **Acórdão** ¹⁰² **Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL - 358422, processo: 97030076670 UF:SP**, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Nona Turma. Data da decisão:18.08.2003. Documento: TRF300074052, relatora MMa. Juíza Marisa Santos. Data da Publicação/Fonte DJU 04.09.2003. p.327). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. REQUISITOS: PREENCHIMENTO. NÃO VINCULAÇÃO DO JUIZ AO LAUDO PERICIAL. INVIABILIDADE DE EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES

¹⁰¹ Decisão - A Turma, por unanimidade, deu parcial provimento à apelação e à remessa oficial.

¹⁰² Decisão - A Nona Turma, por unanimidade, negou provimento às apelações.

HABITUAIS E DE READAPTAÇÃO A OUTRAS. TERMO INICIAL DO BENEFÍCIO. I - Comprovados nos autos os requisitos para a percepção da aposentadoria por invalidez (cumprimento do período de carência, qualidade de segurada, incapacidade total e definitiva para o trabalho, impossibilidade de reabilitação). II - O laudo pericial concluiu pela incapacidade parcial da autora. Porém, o Juiz não está adstrito unicamente às suas conclusões, devendo valer-se de outros elementos para a formação de sua convicção¹⁰³. No caso, corretamente considerada a falta de condições da autora para exercer suas funções habituais de cozinheira, em razão de tenossinovite no punho e problemas de coluna, que levaram-na a perder as forças das mãos, bem como sua idade avançada e as dificuldades financeiras e físicas para exercer outra profissão ou aprender novo ofício. Mantida a sentença que deferiu o benefício da aposentadoria por invalidez à autora (...)”.

III. **Processo**¹⁰⁴ **AgRg no REsp 439574 / MG; Agravo Regimental no Recurso Especial 2002/0055919-9** (Órgão Julgador T4 – Quarta Turma - STJ. Data do Julgamento 15.04.2003, relator MM. Sálvio de Figueiredo Teixeira. Data da Publicação/Fonte DJ 05.05.2003, p. 307). **EMENTA** - PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ACIDENTE NO TRABALHO. LER. MOTIVAÇÃO. LAUDO PERICIAL. NÃO-ADSTRIÇÃO. ART. 463, CPC. PRINCÍPIO DO LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO. CULPA E NEXO CAUSAL. REVOLVIMENTO DE MATÉRIA FÁTICA. ENUNCIADO N. 7 DA SÚMULA/STJ. AGRAVO DESPROVIDO. “(...) I - O juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos, sendo certo, ademais, que o princípio do livre convencimento motivado apenas reclama do juiz que fundamente sua decisão, em face dos elementos dos autos e do ordenamento jurídico. II - O recurso especial não demanda reexame de matéria fática, a teor do enunciado n. 7 da súmula/STJ (...)”.

IV. **Acórdão**¹⁰⁵. **Tipo: RO01. Num: 20060672166. Número Único Proc: RO01 - 00372-2004-262-02-00.** Tribunal TRT: 2ª

¹⁰³ **NESTE MESMO SENTIDO – que o Juiz não está adstrito ao laudo pericial (prova pericial), avaliando-a conjuntamente com outros elementos para apurar o nexo causal, tais como o histórico médico do autor, o caráter endêmico da doença nas instalações da recorrente no período e a constatação do INSS sobre onexo etiológico** - ¹⁾ Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: RESP - Recurso Especial – 550929. Processo: 200300687295 UF:ES. Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão: 07/10/2003. Documento: STJ000197275. Fonte:DJ DATA:19/12/2003 PG:00490. Relator(a): Cesar Asfor Rocha.

¹⁰⁴ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental. Votaram com o Relator os Ministros Barros Monteiro, Ruy Rosado de Aguiar e Fernando Gonçalves. Ausente, justificadamente, o Ministro Aldir Passarinho Junior. Presidiu a Sessão o Ministro Fernando Gonçalves.

¹⁰⁵ Decisão - Por unanimidade de votos, dar provimento parcial ao recurso ordinário, para acrescer à condenação o pagamento de indenização correspondente aos salários, férias + 1/3, 13º salário e FGTS + 40% calculados sobre o período de 12 meses após da data da dispensa. Redimensiona-se o valor da

Região. Decisão: 29.08.2006. Turma: 4ª Turma. Fonte: DOE SP PJ, TRT 2ª. Data: 18/09/2006. Relator: Juiz Paulo Augusto Câmara. Revisor: Juiz Carlos Roberto Husek. EMENTA - Estabilidade - Doença ocupacional. Provas. “(...) As lesões por esforços repetitivos (Síndrome das Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho- DORT, dentre as quais a epicondilite, a tendinite e a bursite) configuram moléstias oriundas de micro-lesões, de ação lenta e insidiosa, que não se instalam em apenas alguns dias, mas acometem o trabalhador ao longo dos anos. (...) **A inexistência de perícia médica do INSS não configura obstáculo à acolhida do pedido, pois a Justiça do Trabalho não está subordinada aos pareceres de peritos da autarquia previdenciária.** Quanto à cláusula da Convenção Coletiva de Trabalho, na parte que dispõe que acidente do trabalho será caracterizado somente através de perícia técnica a cargo do INSS, é inócua, pelos motivos já expendidos e porque não cabe à norma coletiva fixar meios de prova, os quais somente podem ser definidos por lei ordinária federal (...)”.

Ademais, persistindo-se as divergências, entre o entendimento da perícia médica realizada pela autarquia previdenciária (INSS) e a doença comprovada pelo autor da ação previdenciária ajuizada para validar seu benefício, a jurisprudência tem entendido que havendo indícios de irreversibilidade para ambos os pólos do processo, o juiz é premido pelas circunstâncias, a optar pelo mal menor, ou seja, o dano possível ao INSS é proporcionalmente inferior ao severamente imposto àquele que carece do benefício. Inclusive, em sede de antecipação dos efeitos da tutela nas causas de natureza previdenciária, uma vez atendidos os pressupostos legais insertos no art. 273, I e II, do CPCB¹⁰⁶, é lícito conceder liminar contra a Fazenda Pública, nos termos da súmula 729/STF¹⁰⁷. Neste sentido, são abaixo dispostos diversos julgados:

condenação para R\$ 15.000,00, sobre os quais incidem custas no importe de R\$ 300,00, mantendo, quanto ao remanescente, a r. sentença combatida, tudo nos termos da fundamentação.

¹⁰⁶ **Art. 273 (CPCB)** – “ O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e: I - haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação”.

¹⁰⁷ **STF - Súmula n. 729** – “A decisão na ação direta de constitucionalidade 4 não se aplica à antecipação de tutela em causa de natureza previdenciária”.

I. **Acórdão¹⁰⁸ Classe: AG - Agravo de Instrumento - 291448, processo: 200703000105641 UF:SP**, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Oitava Turma. Data da decisão:04.06.2007. Documento: TRF300120759, relatora MMA. Juíza Marianina Galante. Data da Publicação/Fonte DJU 27.06.2007. p.964). **EMENTA** - AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA ANTECIPADA. PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. PRESENÇA DOS REQUISITOS LEGAIS NECESSÁRIOS À CONCESSÃO. RECURSO NÃO PROVIDO. “(...) II - Agravada esteve no gozo de auxílio-doença no período de 08.10.2004 a 18.06.2006, todavia, os relatórios médicos retro referidos, produzidos em 16.10.2006 e 17.10.2006, indicam que a incapacidade laboral da recorrida continuou a existir, demonstrando, assim, que, apesar de cessada a concessão do benefício, a situação anterior permaneceu inalterada. III - A plausibilidade do direito invocado pela parte autora tem o exame norteado pela natureza dos direitos contrapostos a serem resguardados. IV - Havendo indícios de irreversibilidade para ambos os pólos do processo, é o juiz, premido pelas circunstâncias, levado a optar pelo mal menor. In casu, o dano possível ao INSS é proporcionalmente inferior ao severamente imposto àquele que carece do benefício (...)”.

II. **Acórdão¹⁰⁹ Classe: AG - AGRAVO DE INSTRUMENTO - 270569, processo: 200603000528882 UF:SP**, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Oitava Turma. Data da decisão:23.04.2007. Documento: TRF300117052, relatora MMA. Juíza Marianina Galante. Data da Publicação/Fonte DJU 16.05.2007. p.461). **EMENTA** - AGRAVO DE INSTRUMENTO. PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. PRESENÇA DOS REQUISITOS LEGAIS NECESSÁRIOS À CONCESSÃO DA TUTELA ANTECIPADA. (...) II - Vale destacar, de acordo com o documento, que o próprio INSS, por meio de perícia realizada em 08.02.2006, reconheceu a incapacidade do ora agravado e prorrogou o pagamento do benefício até 09.04.2006, mas, contraditoriamente, fez cessar o benefício em 08.02.2006, sob a alegação de falta de período de carência, circunstância que não restou comprovada nos autos. III - Salta aos olhos, também, o fato de, nas razões do presente recurso, a Autarquia Previdenciária não ter feito qualquer referência à

¹⁰⁸ Decisão Vistos, relatados e discutidos estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Oitava Turma do Tribunal Regional Federal da Terceira Região, por votação unânime, negar provimento ao agravo, nos termos do voto da Senhora Desembargadora Federal, e na conformidade da ata de julgamento, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado. Custas, como de lei.

¹⁰⁹ Decisão Vistos, relatados e discutidos estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Oitava Turma do Tribunal Regional Federal da Terceira Região, por votação unânime, negar provimento ao agravo, nos termos do voto da Senhora Desembargadora Federal, e na conformidade da ata de julgamento, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

ausência de cumprimento do citado requisito, limitando-se a questionar a incapacidade do ora agravado. IV - A plausibilidade do direito invocado pela parte autora tem o exame norteado pela natureza dos direitos contrapostos a serem resguardados. V - Havendo indícios de irreversibilidade para ambos os pólos do processo é o juiz premido pelas circunstâncias a optar pelo mal menor, in casu, o dano possível ao INSS é proporcionalmente inferior ao severamente imposto àquele que carece do benefício (...)”.

III. **Acórdão** ¹¹⁰ **Classe: AG - Agravo de Instrumento - 266330, processo: 200603000323410 UF:SP**, origem: Tribunal TRF - Terceira Região (Órgão Julgador: Oitava Turma. Data da decisão:28.08.2006. Documento: TRF300106043, relatora MMA. Juíza Marianina Galante. Data da Publicação/Fonte DJU 20.09.2006. p.834). **EMENTA - PROCESSO CIVIL. PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AUXÍLIO-DOENÇA. PRESENÇA DOS REQUISITOS LEGAIS AUTORIZADORES DA TUTELA ANTECIPADA.** I - Presença de elementos que demonstram que a recorrente é portadora de hérnia de disco cervical (M75.3, M53.1 e M51.1) e bursite de ombro, encontrando-se impossibilitada de trabalhar, nos termos dos atestados médicos juntados aos autos. II - Autora esteve no gozo de auxílio-doença no período compreendido entre 02.09.2004 e 31.01.2006, todavia, os atestados médicos produzidos em 18.04.2006, 24.03.2006 e 21.03.2006, indicam que a incapacidade laboral da recorrente continuou a existir. III - A plausibilidade do direito invocado pela parte autora tem o exame norteado pela natureza dos direitos contrapostos a serem resguardados. In casu, o dano possível ao INSS é proporcionalmente inferior ao severamente imposto àquele que carece do benefício (...)”

IV. **Acórdão Classe: AGA - Agravo Regimental no Agravo de Instrumento - 200701000005420, processo: 200603001070460 UF:MG**, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Primeira Turma. Data da decisão:02.04.2007. Documento: TRF100246375, relator MM. Desembargador Federal José Amilcar Machado. Data da Publicação/Fonte DJU 16.04.2007. p.41). Decisão A Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo regimental. **EMENTA - PROCESSUAL CIVIL - AGRAVO REGIMENTAL - PREVIDENCIÁRIO - ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA - RESTABELECIMENTO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-DOENÇA - LIMINAR CONCEDIDA CONTRA A FAZENDA PÚBLICA - SÚMULA N. 729/STF.** “(...) 1. Em sede de antecipação dos efeitos da tutela nas causas de natureza

¹¹⁰ Decisão - A Oitava Turma, por unanimidade, deu provimento ao agravo de instrumento.

previdenciária, uma vez atendidos os pressupostos legais insertos no art. 273, I e II, do CPC¹¹¹, é lícito conceder liminar contra a Fazenda Pública, nos termos da súmula 729/STF¹¹².

2. In casu, o benefício foi restabelecido ao argumento de que realizada perícia judicial em que foi constatado que a agravada padece de Fibromialgia, hipertensão arterial, tromboflebite, epicondilite, reconhecendo-lhe a incapacidade para o trabalho, tendo o perito oficial pugnado pela realização de mais exames tão-somente para responder a quesito em que inquirido se o mal é permanente ou temporário (...).”

Algumas ações, após decisões desfavoráveis na 2ª Entrância, em sede de Recurso Especial, entram no mérito de apreciação do STJ. Contudo, há de se resaltar que através, da Súmula 07¹¹³ do Superior Tribunal de Justiça (STJ), a jurisprudência desta Corte é assente ao afirmar que é inviável o reexame de fatos e provas em recurso especial, assim como o prequestionamento, é requisito imprescindível ao seu conhecimento, tanto em sede de recurso especial, como de recurso extraordinário.

I. **Processo¹¹⁴ AgRg no REsp 685444/SP;** Agravo Regimental no Recurso Especial 2004/0105721-0 (Órgão Julgador T3 - Terceira Turma - STJ. Data do Julgamento 08.11.2005, relator MMA. Ministra Nancy Andrighi. Data da Publicação/Fonte DJ 28.11.2005 p. 282). EMENTA - Civil. Agravo no recurso especial . Ação de indenização. Lesão por esforço repetitivo. “(...) É inviável o recurso que não impugna os fundamentos da decisão recorrida. É inviável o reexame de fatos e provas em recurso especial (...)”

II. **Processo¹¹⁵ AgRg no REsp 728232 / SP;** Agravo Regimental no Recurso Especial 2005/0031102-9 (Órgão Julgador T6 - Sexta Turma - STJ. Data do Julgamento

¹¹¹ Art. 273 CPCB – “ O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e: I - haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação”.

¹¹² **STF - Súmula n. 729** – “A decisão na ação direta de constitucionalidade 4 não se aplica à antecipação de tutela em causa de natureza previdenciária”.

¹¹³ **STJ - Súmula n. 07** – “ A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial”.

¹¹⁴ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Castro Filho, Ari Pargendler e Carlos Alberto Menezes Direito votaram com a Sra. Ministra Relatora. Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Humberto Gomes de Barros.

¹¹⁵ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Paulo Medina, Hélio Quaglia Barbosa, Nilson Naves e Hamilton Carvalhido votaram com o Sr. Ministro Relator.

31.05.2005, relator MM. Ministro Paulo Gallotti. Data da Publicação/Fonte DJ 03.10.2005 p. 354). **EMENTA** - AGRAVO REGIMENTAL PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-ACIDENTE. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - **LER**. AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE. REEXAME DE PROVA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. “(...) 1. Para constatar se restou comprovada a incapacidade para o trabalho haveria necessidade de análise do conjunto fático-probatório dos autos, o que não é possível na via estreita do recurso especial(...)”

III. **Processo¹¹⁶ REsp 346013 / MG; Recurso Especial 2001/0110814-1** (Órgão Julgador T4 - Quarta Turma - STJ. Data do Julgamento 12.12.2005, relator MM. Ministro Fernando Gonçalves. Data da Publicação/Fonte DJ 01.02.2006 p. 560). **EMENTA** - PROCESSO CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INDENIZAÇÃO. **TENOSSINOVITE**. PREVISÃO CONTRATUAL. REEXAME DE PROVAS. SÚMULAS 5 E 7/STJ. INCIDÊNCIA. “(...) 1 - Afastada a possibilidade de indenização nas instâncias ordinárias pela existência de expressa e lícita limitação contratual dos riscos do seguro, a análise da irresignação esbarra na censura das Súmulas 05 e 07/STJ¹¹⁷, dado que a esta Corte, em sede especial, não cabe se imiscuir na soberana interpretação do contrato e das provas, realizada pelas instâncias ordinárias(...)”

IV. **Acórdão¹¹⁸ - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: AGA - Agravo Regimental no Agravo de**

¹¹⁶ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, não conhecer do recurso. Os Ministros Aldir Passarinho Junior, Jorge Scartezini, Barros Monteiro e Cesar Asfor Rocha votaram com o Ministro Relator.

¹¹⁷ **STJ - Súmula n. 5** – “A simples interpretação de cláusula contratual não enseja Recurso Especial”. **STJ - Súmula n. 7** – “A pretensão de simples reexame de prova não enseja Recurso Especial”. **NESTE MESMO SENTIDO – seguindo estas orientações sumuladas pelo STJ** – ¹⁾ **Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: AGA - Agravo Regimental no Agravo de Instrumento – 739401. Processo: 200600137654 UF:SP.** Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão: 12/08/2008. Documento: STJ000335481. Fonte DJE DATA: 15/09/2008 Indexação: aguardando análise. Relator(a): Carlos Fernando Mathias (Juiz Federal convocado do TRF 1ª Região); ²⁾ **Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: AGA - Agravo Regimental no Agravo de Instrumento – 550980. Processo: 200301669482 UF:RS.** Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão: 08/06/2004. Documento: STJ000212047. Fonte: DJ DATA:16/08/2004 PG:00265. Relator(a): Aldir Passarinho Junior; ³⁾ **Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: RESP - Recurso Especial – 408702. Processo: 200200107481 UF:MG.** Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão: 16/09/2003. Documento: STJ000199294. Fonte DJ DATA:01/03/2004. PG:00179. Relator(a): Castro Filho.

¹¹⁸ Decisão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Srs.Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, em negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Votaram com o Sr. Ministro Relator os Srs. Ministros Barros Monteiro e Cesar Asfor Rocha. Não participou do julgamento o Sr. Ministro Fernando Gonçalves. Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro Aldir Passarinho Junior. **NESTE MESMO SENTIDO – quando há falta de prequestionamento:** ¹⁾ **Acórdão - Origem: STF - Supremo Tribunal Federal. Classe: AI-Agr - Ag.Reg.no Agravo de Instrumento. Processo: 522164 UF:RS** - Rio Grande do Sul. Fonte: DJe-041 DIVULG 06-03-2008 PUBLIC 07-03-2008. EMENT VOL-02310-05 PP-01123. Relator(a): Gilmar Mendes.

Instrumento – 701289. Processo: 200501354886 UF:RJ.
 Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da Decisão: 12/12/2005
 Documento: STJ000257059. Fonte: DJ DATA:13/02/2006
 PG:00821. Relator(a): Jorge Scartezini. Ementa -
 PROCESSO CIVIL - AGRAVO DE INSTRUMENTO -
 NEGATIVA DE PROVIMENTO -AGRAVO REGIMENTAL -
 RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO - LESÃO POR
 ESFORÇO REPETITIVO - PREQUESTIONAMENTO -
 SÚMULA 211/STJ -SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA -
 INOCORRÊNCIA - DANOS MORAIS – QUANTUM
 INDENIZATÓRIO - RAZOABILIDADE - DESPROVIMENTO.
 “(...) 1 - O PREQUESTIONAMENTO, entendido como a
 necessidade de o tema objeto do recurso haver sido
 examinado pela decisão atacada, constitui exigência
 inafastável da própria previsão constitucional do recurso
 especial, impondo-se como requisito imprescindível ao seu
 conhecimento. Não examinada a matéria objeto do especial
 pela instância a quo, e rejeitados os embargos declaratórios a
 integrar o acórdão recorrido, incide o enunciado da Súmula
 211¹¹⁹ deste egrégio Superior Tribunal de Justiça.”

Na análise da jurisprudência atual sobre o tema LER-DORT, percebe-se que os colendos Tribunais Superiores encontram-se atentos às situações nas quais não poderá haver o reconhecimento do dano corporal relativo às LER-DORT, fazendo com que o direito subjetivo argüido em ação não possa ser aplicado em espécie. Esta postura vigilante se faz necessária, pois conforme demonstrado no curso deste trabalho, o número crescente de ações ajuizadas envolvendo o tema LER-DORT, caso não sejam apreciadas com cautela, poderão inviabilizar o financiamento futuro do próprio sistema previdenciário. Neste sentido:

I. **Processo¹²⁰ RMS 13655 / SE; Recurso Ordinário em Mandado de Segurança 2001/0103882-0** (Órgão Julgador T6 - Sexta Turma - STJ. Data do Julgamento 23.03.2004, relator MM. Ministro Paulo Medina. Data da Publicação/Fonte DJ 26.04.2004 p. 219). EMENTA - ADMINISTRATIVO. SERVIDOR PÚBLICO DO PODER JUDICIÁRIO. GRATIFICAÇÃO DE INSALUBRIDADE. USO DO COMPUTADOR. ASSESSOR

¹¹⁹ STJ - Súmula n. 211 – “Inadmissível recurso especial quanto à questão que, a despeito da oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pelo Tribunal a quo.”

¹²⁰ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da SEXTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Hamilton Carvalho e Paulo Gallotti votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Hamilton Carvalho.

JURÍDICO. GRATIFICAÇÃO PRÓPRIA DE DIGITADORES. - O uso do computador hoje é quase inerente à função pública, haja vista haver uma busca de aprimoramento, que perpassa pela informatização das repartições públicas. O **simples fato de utilizar computador na prática diária do exercício das funções**, não tem o condão de autorizar a Assessor Jurídico de Desembargador a percepção de uma gratificação que, na hipótese de contrair doenças como a LER e a tenossinovite, destina-se a digitadores. Recurso ordinário a que se nega provimento.

II. **Acórdão**¹²¹ **Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL - 257683 UF:RN, processo 200084000087831**, origem: Tribunal TRF - Quinta Região (Órgão Julgador: Segunda Turma. Data da decisão:25.06.2002. Documento: TRF500066486, relator MM. Desembargador Federal Élio Wanderley de Siqueira Filho. Data da Publicação/Fonte DJU 28.03.2003. p.1222). EMENTA - PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO. BANCÁRIO. NÃO ENQUADRAMENTO DE SUAS ATIVIDADES COMO ESPECIAIS. NATUREZA JURÍDICA DA PENOSIDADE. INSALUBRIDADE EM ALTO GRAU. INOCORRÊNCIA. “(...) 1. Embora o legislador não tenha esclarecido o que se entende por atividade penosa, não existindo, na verdade, uma terceira modalidade de exposição da saúde e da integridade física do trabalhador a agentes agressivos, há que se identificá-la quando o segurado é submetido a um elevado grau de insalubridade. 2. não se caracteriza a dita insalubridade nas condições de trabalho a que está sujeito o bancário, não se justificando, em função do risco do mesmo contrair a LER - lesão por esforço repetitivo ou outras enfermidades, o enquadramento de suas atividades como especiais, para fins previdenciários (...)”.

III. **Origem**¹²² **Tribunal: TST. Decisão: 10 12 2003. Proc: RR num: 459063.** Ano: 1998. Região: 03. Recurso de Revista. Turma: 05. Órgão Julgador - Quinta Turma. Fonte DJ DATA: 06-02-2004. Relatora Juíza Convocada Rosita de Nazaré Sidrim Nassar. EMENTA RECURSO DE REVISTA. CONHECIMENTO. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA. HONORÁRIOS PERICIAIS. ISENÇÃO. SÍNTESE Tema(s) não abordado(s) na ementa: I - Embargos declaratórios - prequestionamento - violação dos artigos 1º, 535 e 536 do CPC. - Recurso não conhecido. II - Nulidade da sentença - cerceamento de defesa - indeferimento de nova perícia técnica - doença profissional. - Recurso não conhecido. III - **Dano material - dano moral - doença**

¹²¹ Decisão Unânime.

¹²² Decisão - À unanimidade, conhecer do recurso de revista apenas quanto ao tema “Honorários Periciais. Justiça Gratuita”, por divergência jurisprudencial e, no mérito, dar-lhe provimento para, reformando o v. acórdão do Tribunal Regional, isentar a reclamante do pagamento dos honorários periciais, que ficam excluídos da condenação.

profissional - indenização - fibromialgia - LER - lesão por esforço repetitivo - descaracterização. - Recurso não conhecido. REFERÊNCIA LEGISLATIVA Leg. Federal (AJG) LEI:1060 ano:1950 art.3º inc.V INDEXAÇÃO Gratuidade da justiça, honorários de perito.

IV. **Origem Tribunal: TST Decisão: 29 10 2003 Proc: RR num: 803728.** Ano: 2001. Região:03. Recurso de Revista Turma: 04. Órgão Julgador - Quarta Turma. Fonte DJ DATA: 14-11-2003. Relator Ministro Antônio José de Barros Levenhagen. EMENTA CERCEAMENTO DE DEFESA. “(...) Tendo o Regional salientado a realização, pelo perito, de todas as diligências necessárias e de exame físico pericial criterioso para fins de análise e formação de sua convicção, bem assim registrado a manifestação deste quanto à desnecessidade dos exames pleiteados por conta de não terem o condão de influenciar o laudo, não há cogitar em afronta ao art. 5º, LV, da Carta Magna, encontrando-se subjacente à decisão recorrida a aplicação dos arts. 130, "in fine", e 131 do CPC. Recurso não conhecido. ESTABILIDADE PROVISÓRIA. DOENÇA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. **Constatando-se na decisão recorrida a inexistência de nexos de causalidade entre a doença afirmada pelo autor, que sequer fora confirmada, e o trabalho por ele desenvolvido, não há cogitar em responsabilidade do empregador, descartando-se as propaladas ofensas aos arts. 5º, X, e 7º, XXVIII, da Lei Maior,** bem assim a higidez dos julgados colacionados, a teor do Enunciado nº 296, porquanto não partem das mesmas premissas delineadas na decisão recorrida (...).”

V. **Origem. Tribunal: TST. Decisão: 06.08.2003. Proc: RR num: 616158.** Ano: 1999. Região: 03. Recurso de Revista. Turma: 05 Órgão Julgador - Quinta Turma. Fonte: DJ Data: 05-09-2003. Relator: Ministro Rider Nogueira de Brito. EMENTA ESTABILIDADE PROVISÓRIA - ART. 118 DA LEI Nº 8.213/91. “(...) A estabilidade prevista no art. 118 da Lei nº 8.213/91 está relacionada à efetiva ocorrência de acidente de trabalho ou doença profissional e, **tendo o TRT consignado expressamente que a doença sofrida pela reclamante não estava relacionada ao trabalho desempenhado na empresa, não haveria como se reconhecer o direito postulado, ante a ausência de nexos de causalidade entre a doença e as condições de trabalho.** Recurso de revista não conhecido, no particular (...).”

VI. **Acórdão¹²³. Num: 20040188498. Decisão: 20.04.2004. Tipo: RO01. Num: 01624. Ano: 2003. Número Único Proc:**

¹²³ DECISÃO - Por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso do autor; por igual votação, dar provimento ao recurso da ré, para afastar a condenação em diferenças de horas extras e incidências,

RO01 - 01624-2002-059-02-00. Tribunal TRT: 2ª Região. Recurso Ordinário Turma: 6ª Órgão Julgador - Sexta Turma. Fonte: DOE SP, PJ, TRT 2ª. Data: 07/05/2004. Relator: Francisco Antonio de Oliveira. Revisor(A): Marcos Emanuel Canhete. EMENTA - Digitador. Intervalo de dez minutos. Analogia do art. 72, CLT. Enunciado nº 346 do C. TST. “(...) **A analogia beneficia o verdadeiro digitador, aquele que se dedica em tempo integral ao trabalho de digitação de texto, com necessidade de descanso de dez minutos a cada cinquenta de trabalho, com natureza medicinal, minimizando o efeito da "LER" (lesão por esforço repetitivo). O benefício não se estende àquele que se ocupa do mister esporadicamente, cuja função principal é de "caixa (...)**”

VII. **Acórdão¹²⁴.** Tipo: RO. Num: 01006-2005-022-23-00-9. Número Único Proc: RO - 01006-2005-022-23-00. Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 11.07.2007. Fonte: DJ/MT Data: 30-07-2007. Relatora: Desembargadora Leila Calvo. EMENTA - ACIDENTE DE TRABALHO. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER. “(...) **Além do que, o curto prazo em que a Reclamante foi acometida pela doença, não é suficiente para formar o convencimento no sentido de que a lesão que acometeu a reclamante guarda nexos de causalidade com as funções desempenhadas por ela (...)**”

Ao se deparar com a análise da jurisprudência atual sobre o tema LER-DORT, torna-se de extrema relevância trazer à baila a discussão sobre a competência da União, da Justiça Comum (tanto na esfera Federal como Estadual), assim como da Justiça do Trabalho, nas várias questões atinentes às ações previdenciárias e trabalhistas, inclusive acerca da análise dos danos moral e material, sobretudo com a promulgação da Emenda Constitucional 45/2004. Neste sentido, pode-se acompanhar um resumo desta competência no disposto no Quadro 16, assim como no repositório jurisprudencial relativo à questão.

absolvendo a ré de qualquer condenação neste processo. Inverte-se a sucumbência, devendo o autor ser condenado em custas sobre o valor da causa.

¹²⁴ Decisão - Por unanimidade, conhecer dos recursos ordinários, bem assim das contra-razões e, no mérito, negar provimento ao recurso da Reclamante e dar provimento ao Recurso da Reclamada, para julgar a ação improcedente, restando prejudicado o recurso do Município, no tocante à responsabilidade subsidiária, tudo nos termos do voto da Desembargadora Relatora. Decidiu ainda a e. Turma, tendo em vista que o reclamado teve seu recurso provido, inverter o ônus da sucumbência relativamente às custas, ficando dispensada a Reclamante, nos termos do art.790, § 1º da CLT”.

Quadro 16 – Competências da Justiça Comum e do Trabalho para questões previdenciárias e trabalhistas

AÇÃO	COMPETÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislar sobre <u>Direito do Trabalho</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É competência privativa da União, legislar sobre <u>Direito do Trabalho</u> (Art. 22, inciso I, da Constituição Federal/1988).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações de indenização por <u>danos morais</u> e <u>materiais</u> decorrentes de acidente de trabalho, quando <u>envolverem servidor e ente público</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A <u>competência</u> para o julgamento das será da <u>Justiça Comum (Estadual ou Federal)</u>, conforme o caso.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de indenização por <u>danos morais</u> ou <u>patrimoniais</u> decorrentes de <u>típica relação de trabalho</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Competência da Justiça do Trabalho</u>. O art. 114,VI, da CF/88 aplica-se tão-somente aos casos de indenização por danos morais ou patrimoniais decorrentes de típica relação de trabalho, mas não às lides que envolvem o regime estatutário.” (STJ - CC 68187/MG, Rel. Min. Castro Meira,DJU de 05/03/2007).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo e julgamento das questões relativas a benefícios decorrentes de <u>acidente do trabalho</u> (ou seja, lides estritamente acidentárias, movidas pelo segurado contra o INSS para pleitear o auxílio-acidente a que alude o art. 86 da Lei nº 8.213/91). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É da competência da <u>Justiça Comum Estadual, em primeiro e segundo graus</u> da jurisdição, nos termos do disposto no artigo 109, inciso I, da Lei Fundamental.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ As demais lides entre o segurado <u>contra o INSS</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É da <u>competência da Justiça Comum Federal, em primeiro e segundo graus da jurisdição</u>, nos termos do disposto no artigo 109, inciso I, da Lei Fundamental. ▪ Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar: I - as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, <u>exceto</u> as de falência, <u>as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho</u>. ▪ O art. 109, I,da CF/88, ao <u>exceção da Competência Federal</u> as causas de <u>acidente de trabalho</u>, abarcou tão-somente as <u>lides estritamente acidentárias, movidas pelo segurado contra o INSS para pleitear o auxílio-acidente a que alude o art. 86 da Lei nº 8.213/91</u>. Não estão abrangidas pela exceção as ações de indenização por acidente de trabalho movidas pelo empregado contra o empregador.

Fonte: TRF¹²⁵

¹²⁵ Acórdão Classe: AGV - Agravo - 151343, processo: 200602010138946 UF:ES; II. Acórdão Classe: AG - Agravo de Instrumento - 200201000292930 UF:MG.

I. Acórdão¹²⁶. Origem: STF - Supremo Tribunal Federal. Classe: ADI-MC - Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade. Processo: 1862 UF: RJ - Rio de Janeiro. Fonte DJ 01-12-2006 PP-00065. EMENT VOL-02258-01. PP-00086 LEXSTF v. 29, n. 339, 2007, p. 87-98. Relator(a): Ministro Néri da Silveira. EMENTA - “(...) MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE - LEI 2.586/1996 DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO QUE ESTABELECE NORMAS DE PREVENÇÃO RELATIVAS ÀS ATIVIDADES QUE POSSAM DESENCADEAR LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS - ALÍNEA B DO INCISO III DO ART. 3º DA LEI Nº 2.586/1996 QUE REGULA JORNADA E INTERVALOS DE TRABALHO - VIOLAÇÃO DA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA DA UNIÃO PARA LEGISLAR SOBRE DIREITO DO TRABALHO (ART. 22, INCISO I, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL) (..)”.

II. Acórdão¹²⁷ Classe: AGV - Agravo - 151343, processo: 200602010138946 UF:ES, origem: TRF - Segunda Região (Órgão Julgador: Sexta Turma Especializada. Data da decisão:10.03.2008. Documento: TRF200179499, relator MM. Desembargador Federal Benedito Goncalves. Data da Publicação/Fonte DJU 27.03.2008. p.405). **EMENTA** - PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. AÇÃO MOVIDA EM FACE DE AUTARQUIA FEDERAL. INDENIZAÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO(LER). VÍNCULO ESTATUTÁRIO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. EC Nº45/2004. ART. 114, INCISO VI, DA CRFB/88. ADIN Nº 3.395-DF/STF. DECISÃO REFORMADA. – “(...) A competência para o julgamento das ações de indenização por danos morais e materiais decorrentes de acidente de trabalho, quando envolverem servidor e ente público, será da Justiça Comum - Estadual ou Federal - conforme o caso, nos termos do entendimento firmado pelo Pretório Excelso ao julgar a ADIn nº 3.395-DF, Rel. Min. Cezar Peluso, que impugnou a nova redação dada pela Emenda Constitucional 45/2004 ao art. 114, I, da CRFB/88¹²⁸, suspendendo qualquer interpretação que

¹²⁶ Decisão - O Tribunal, por maioria, deferiu, em parte, o pedido de medida cautelar para, dando interpretação conforme à Constituição, suspender, sem redução de texto, a alínea b, do inciso III, do art. 3º, da Lei nº 2.586, de 03/7/1996, do Estado do Rio de Janeiro, relativamente aos empregados celetistas, vencido, em parte, o Sr. Ministro Marco Aurélio, que, dando interpretação conforme à Constituição, suspendia, sem redução de texto, toda a Lei nº 2.586/96, relativamente aos empregados celetistas, e os Srs. Ministros Néri da Silveira (Relator) e Carlos Velloso, que indeferiram integralmente o pedido. Ausentes, justificadamente, neste julgamento, os Srs. Ministros Celso de Mello (Presidente) e Sydney Sanches. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Carlos Velloso (Vice-Presidente). Plenário, 18.3.99.

¹²⁷ Decisão - Acordam os membros da Sexta Turma Especializada do Tribunal Regional Federal da Segunda Região, nos termos do voto do Relator, em acolher a Questão de Ordem formulada pelo Relator, para re-ratificar o julgamento anterior para fazer constar: dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator.

¹²⁸ Art. 114 CF/88 - Compete à Justiça do Trabalho processar e julgar: I as ações oriundas da relação de trabalho, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta da

inclua na competência da Justiça do Trabalho a apreciação de ação movida contra o Poder Público por servidor subordinado ao regime estatutário. Nesse sentido: “O art. 109, I, da CF/88, ao excetuar da competência federal as causas de acidente de trabalho, abarcou tão-somente as lides estritamente acidentárias, movidas pelo segurado contra o INSS para pleitear o auxílio-acidente a que alude o art. 86 da Lei nº 8.213/91. Não estão abrangidas pela exceção as ações de indenização por acidente de trabalho movidas pelo empregado contra o empregador. O art. 114, VI, da CF/88 aplica-se tão-somente aos casos de indenização por danos morais ou patrimoniais decorrentes de típica relação de trabalho, mas não às lides que envolvem o regime estatutário.” (STJ - CC 68187/MG, Rel. Min. Castro Meira, DJU de 05/03/2007).- In casu, os autores, ora agravantes, são servidores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, uma Autarquia Federal, os quais, por sua vez, sujeitam-se ao Regime Jurídico Único, ou seja, possuem vínculo estatutário com o ente público, e não trabalhista, a ensejar à submissão à regra inserta no art. 109, I, da Magna Carta, como entendeu o Magistrado a quo. - Agravo provido. Data Publicação 27/03/2008 (...)”.

III. Acórdão ¹²⁹ **Classe: AG - Agravo de Instrumento - 200201000292930 UF:MG**, origem: TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Segunda Turma. Data da decisão: 11.06.2003. Documento: TRF100152067, relator MM. Desembargador Federal Tourinho Neto. Data da Publicação/Fonte DJ 06.08.2003. p.8). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO. CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO. INCOMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. CONSTITUIÇÃO, ARTIGO 109, INCISO I. 1. É da Justiça Comum Estadual, em primeiro e segundo graus da jurisdição, nos termos do disposto no artigo 109, inciso I, da Lei Fundamental, a competência para processo e julgamento das questões relativas a benefícios decorrentes de acidente do trabalho. Precedentes do Supremo Tribunal Federal e desta Corte Regional. 2. Pretendendo a ora agravada, no caso, com a ação por ela proposta, a concessão de aposentadoria por invalidez, esclarecendo que a moléstia em que se funda a pretensão por ela deduzida substancia lesão por esforço repetitivo decorrente do exercício de suas atividades laborais,

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

¹²⁹ Decisão - A Turma, por maioria, vencido o Relator, que negou provimento ao Agravo de Instrumento, declinou da competência em favor do Egrégio Tribunal de Alçada de Minas Gerais, nos termos do voto divergente do Desembargador Federal Carlos Moreira Alves. Participaram do Julgamento os Exmos. Srs. Desembargador Federal Carlos Moreira Alves e o Exmo. Sr. Juiz Federal convocado Iran Velasco Nascimento. **NESTE MESMO SENTIDO:** ¹⁾ **Acórdão Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL UF:RS, processo 200471120024856**, origem: Tribunal TRF - Quarta Região (Órgão Julgador: Turma Suplementar. Data da decisão: 11.10.2006. Documento: TRF400134540, relator MM. Desembargador Federal Luis Alberto D Azevedo Aurvalle. Data da Publicação/Fonte DJ 25.10.2006. p.1071).

denominada pela classe médica como Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), é a Justiça Comum do Estado a competente para seu processo e julgamento. 3. Determinação de remessa dos autos à Justiça Comum do Estado de Minas Gerais. Data Publicação 06/08/2003

IV. Acórdão ¹³⁰ Classe: EDAC - Embargos de Declaração na Apelação Cível UF:SC, processo 200572050045500, origem: Tribunal TRF - Quarta Região (Órgão Julgador: Turma Suplementar. Data da decisão:14.12.2006. Documento: TRF400139229, relator MM. Desembargador Federal Luis Alberto D Azevedo Aurvalle. Data da Publicação/Fonte DJ 17.01.2007). **EMENTA** - PREVIDENCIÁRIO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AUXÍLIO-DOENÇA. DORT. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. ART 109 CF/88. CONTRARIEDADE. INEXISTÊNCIA. “ (...) 2. A exceção do art. 109, inciso I da Constituição Federal deve ser interpretada de forma extensiva, cabendo à Justiça Estadual não apenas o julgamento da ação relativa ao acidente de trabalho, mas também em todos reflexos que possam advir dessa decisão. 3. Quando a doença incapacitante é decorrente de doença ocupacional ou relacionada ao trabalho - LER/DORT, considerada como acidente de trabalho, o foro competente para processar e julgar as ações acidentárias previdenciárias é o da Justiça Comum Estadual (...)”.

V. Acórdão¹³¹ Classe: AC - Apelação Cível UF:MG, processo 200001000805253, origem: Tribunal TRF - Primeira

¹³⁰ Decisão - A turma, por unanimidade, decidiu negar provimento aos embargos de declaração. **NESTE MESMO SENTIDO - pelo entendimento da competência da Justiça Estadual para o julgamento da ação relativa ao acidente de trabalho em si e também quanto a todos os reflexos que possam advir desse evento determinante:** ¹⁾ **Acórdão** - Origem: Tribunal TRF - Quarta Região. Classe: REO - Remessa ex officio. Processo: 200770990042026 UF:PR. Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão: 30/05/2007. Documento: TRF400150291. Fonte: D.E. 19/06/2007. Relator(a): Victor Luiz dos Santos Laus; ²⁾ **Acórdão** - Origem: Tribunal TRF - Quarta Região. Classe: QUOAC - Questão De Ordem em Apelação Cível. Processo: 20037000044950 UF:PR. Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão: 28/06/2005. Documento: TRF400114051. Fonte: DJ 05/10/2005 página:910. Relator(a): Victor Luiz dos Santos Laus; ³⁾ **Acórdão** - Origem: Tribunal TRF - Quarta Região. Classe: QUOAC - Questão De Ordem em Apelação Cível. Processo: 200171130053049 UF:RS. Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão: 23/06/2004. Documento: TRF400098010. Fonte DJ 11/08/2004 página: 460. Relator(a): Victor Luiz dos Santos Laus.

¹³¹ Decisão - A Turma, por unanimidade, reconheceu a incompetência absoluta da Justiça Federal, anulou os atos decisórios proferidos pelo Juízo a quo, determinou a remessa dos autos à Justiça do Trabalho e declarou prejudicada a apelação. **NESTE MESMO SENTIDO:** ¹⁾ **Acórdão Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL - 89718 UF:RJ, processo 9502227662**, origem: Tribunal TRF - Segunda Região (Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão:18.02.2004. Documento: TRF200116199, relator MM. Desembargador Federal Poul Erik Dyrlund. Data da Publicação/Fonte DJ 10.03.2004. p.105); ²⁾ **Origem Tribunal: TST Decisão: 17 12 2003 Proc: RR num: 794924**. Ano: 2001 Região: 17. Recurso de Revista. Turma: 03. Órgão Julgador - Terceira Turma. Fonte: DJ Data: 27-02-2004. Relator Juiz Convocado Alberto Luiz Bresciani Pereira; ³⁾ **Origem Tribunal: TST Decisão: 29.10.2003. Proc: RR num: 711512**. Ano: 2000. Região:03. Recurso de Revista. Turma: 01. Órgão Julgador - Primeira Turma. Fonte: DJ DATA: 14-11-2003. Relatora: Juíza Convocada Eneida Melo; ⁴⁾ **Origem Tribunal: TST Decisão: 29 05 2003. Proc: err num: 483206**. Ano: 1998 Região: 03. Embargos em Recurso de Revista. Turma: D1. Órgão Julgador - Subseção I Especializada em Dissídios Individuais. Fonte: Dj Data: 17-10-2003. Redator Designado Ministro Vantuil Abdala. **NO SENTIDO DE QUE - É da Justiça do Trabalho a**

Região (Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão:23.04.2007. Documento: TRF100247968, relator MM. Desembargador Federal João Batista Moreira. Data da Publicação/Fonte DJ 17.05.2007. p.54). EMENTA - PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL E MATERIAL. ACIDENTE DO TRABALHO. INCOMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. “(...) 1. A ação ajuizada por ex-empregado da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT, visando à condenação desta a lhe pagar indenização por danos morais e materiais resultantes de doença adquirida em serviço (LER), se submetia à competência da Justiça Estadual até a promulgação da Emenda Constitucional 45/2004 (art. 109, I, parte final, CF/88; Súmula 501/STF; Súmula 15/STJ), passando, a partir de então, a competir à Justiça do Trabalho (art. 114, VI, CF/88 com a redação dada pela EC 45/2004). Precedentes. 2. Sendo a Justiça Federal absolutamente incompetente para conhecer da causa desde o ajuizamento da ação, devem ser anulados todos os atos decisórios proferidos pelo Juízo a quo (art. 113, §2º, CPC). 3. A desconstituição da sentença implica a perda de objeto da apelação interposta. 4. Reconhecimento da incompetência da Justiça Federal. Anulação dos atos decisórios. Remessa dos autos à Justiça do Trabalho. Apelação prejudicada. (...)”.

VI. Acórdão¹³² **Classe: EIAC - Embargos Infringentes na Apelação Cível UF:DF**, processo 199801000853373, origem: Tribunal TRF - Primeira Região (Órgão Julgador: Terceira Seção. Data da decisão:16.10.2002. Documento: TRF100153715, relator MM. Desembargador Federal Fagundes de Deus. Data da Publicação/Fonte DJ 12.09.2003. p.76). EMENTA - PROCESSUAL CIVIL. **EMBARGOS INFRINGENTES: ADMISSIBILIDADE. SÚMULA 26 DO TRF/1ª REGIÃO. COMPETÊNCIA. INDENIZAÇÃO POR ENFERMIDADE RESULTANTE DA ATIVIDADE LABORATIVA: LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER. RESPONSABILIDADE CIVIL DA CEF.** “(...) 2. A Lei n. 10.352, que deu nova redação ao artigo 530 do CPC, ao dispor que os embargos infringentes são cabíveis quando o acórdão, não unânime, reformar sentença de mérito, só passou a vigorar em março/2002. 3. **Compete à Justiça Federal processar e julgar**

competência para o processamento e julgamento de ação ordinária de indenização decorrente de doença profissional, porquanto as causas de acidente de trabalho compreendem-se no conceito de dissídio entre trabalhador e empregador, não tendo a CF de 1988 as retirado da competência da justiça obreira: ¹⁾ Acórdão - Origem: TRF - Primeira Região. Classe: AG - Agravo de Instrumento - 200101000027767. Processo: 200101000027767 UF:MG. Órgão Julgador: Sexta Turma. Data da decisão: 31/05/2004. Documento: TRF100170999. Fonte: DJ DATA: 30/08/2004 página: 78. Relator(a): Desembargador Federal Souza Prudente. Relator Acórdão: Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro.

¹³² Decisão - A Seção, por maioria, afastou a preliminar de não-conhecimento do recurso e deu provimento aos embargos infringentes.

causas, movidas contra empresa pública federal, em que se discute a reparação de danos decorrentes de lesão por esforço repetitivo - LER, adquirida pelo empregado em razão da atividade profissional desenvolvida no âmbito do local de trabalho (...)”.

Diante da inobservância da competência de qualquer juiz ou Tribunal, o remédio jurídico denomina-se de — **RECLAMAÇÃO** — a qual é de competência originária do STF e do STJ, conforme o caso, e que consiste no meio mediante o qual se traz a essas Cortes Superiores do ordenamento jurídico brasileiro, a notícia da usurpação de sua competência ou desobediência a julgado seu, cometida por Juiz ou Tribunal inferior. Sendo procedente a RECLAMAÇÃO, cassa-se a decisão do Juiz ou Tribunal *a quo*, que declinou de sua competência, determinando a remessa dos autos para estes. Neste sentido:

I. **Acórdão**¹³³ - **Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: RCL - RECLAMAÇÃO - 1859. Processo: 200500585745 UF:MG. Órgão Julgador: Segunda Seção. Data da decisão: 22/06/2005. Documento: STJ000248802. Fonte: DJ DATA: 24/10/2005. PG:00167. LEXSTJ VOL.:00195 PG:00104. Relator(a): Nancy Andrighi. Ementa “(...) Processual civil. **Reclamação**. Descumprimento de acórdão do STJ. **Garantia da autoridade da decisão**. **Hipótese em que a Justiça Comum estadual, declarada competente para o julgamento de ação indenizatória, por um de seus juízos, descumpra o acórdão proferido em conflito de competência no STJ e declina novamente de sua competência. Evidenciada a necessidade de garantir a autoridade da decisão do STJ**. Pedido julgado procedente (...)”.**

A jurisprudência não é assente no que concerne à caracterização das LER-DORT no conceito de acidente pessoal, entendendo, contudo que, os microtraumas, incluem-se neste conceito. Neste sentido:

¹³³ Decisão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por maioria, julgar procedente a reclamação para cassar a decisão da il. Juíza de Direito da 1ª Vara Cível de Pará de Minas, que declinou de sua competência, determinando a remessa dos autos ao juízo comum estadual, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Votou vencido o Sr. Ministro Ari Pargendler. Os Srs. Ministros Castro Filho, Barros Monteiro, Cesar Asfor Rocha, Fernando Gonçalves, Carlos Alberto Menezes Direito e Jorge Scartezini votaram com a Sra. Ministra Relatora. Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Humberto Gomes de Barros.

I. **Processo**¹³⁴ **REsp 507820 / MG; Recurso Especial 2003/0018307-5** (Órgão Julgador T3 - Terceira Turma - STJ. Data do Julgamento 04.11.2004, relatora MMA. Ministra Nancy Andrighi. Data da Publicação/Fonte DJ 07.03.2005. p. 241). **EMENTA** - Civil e processo civil. Recurso especial. Ação de indenização. Seguro de vida. Doença adquirida no exercício da atividade laborativa. Cobertura. Reexame de cláusula contratual. Vedação. - O conceito de acidente pessoal está delimitado em cláusula contratual, sendo seu reexame vedado em sede de recurso especial. Precedentes. - Tendo o Tribunal de origem entendido que a **doença adquirida pela recorrente (LER) não se caracteriza como acidente pessoal**, a eventual modificação do acórdão recorrido seria inviável. Recurso especial não conhecido.

II. **Processo**¹³⁵ **REsp 324197 /SP; Recurso Especial 2001/0057592-1** (Órgão Julgador T4 - Quarta Turma - STJ. Data do Julgamento 23.11.2004, relator MM. Ministro Barros Monteiro. Data da Publicação/Fonte DJ 14.03.2005. p. 340). **EMENTA** - SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS. **MICROTRAUMAS. LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS** E HÉRNIA DISTAL. INCAPACITAÇÃO PARCIAL E PERMANENTE DE 50%. – Os **microtraumas** sofridos pelo operário, quando exposto a esforços repetitivos no ambiente de trabalho, **incluem-se no conceito de acidente pessoal** definido no **contrato de seguro**. Precedentes. Recurso especial conhecido e provido.

Um aspecto interessante nesta pesquisa, foi o entendimento jurisprudencial de que a invalidez permanente decorrente de LER-DORT (no caso manifestada pelas patologias síndrome do túnel do carpo e de tendinite nos membros superiores direito) enseja o preenchimento dos requisitos para a cobertura do saldo do financiamento habitacional pela seguradora. Neste sentido:

¹³⁴ Acórdão - Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, não conhecer do recurso especial. Os Srs. Ministros Castro Filho, Antônio de Pádua Ribeiro, Humberto Gomes de Barros e Carlos Alberto Menezes Direito votaram com a Sra. Ministra Relatora.

¹³⁵ Acórdão - Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas: Decide a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conhecer do recurso e dar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator, na forma do relatório e notas taquigráficas precedentes que integram o presente julgado. Votaram com o Relator os Srs. Ministros Fernando Gonçalves, Aldir Passarinho Junior e Jorge Scartezzini. Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Cesar Asfor Rocha. **NESTE MESMO SENTIDO – pelo entendimento de que os microtraumas (por Lesões por Esforços Repetitivos) sofridos pelo operário, quando exposto a esforços repetitivos no ambiente de trabalho, incluem-se no conceito de acidente pessoal:** ¹⁾ Acórdão - Origem: STJ - Superior Tribunal de Justiça. Classe: RESP - Recurso Especial – 456456. Processo: 200201018676 UF:MG. Órgão Julgador: Quarta Turma. Data da decisão: 20/02/2003. Documento: STJ000178796. Fonte:DJ DATA:17/03/2003. PG:00237. Relator(a): Sálvio de Figueiredo Teixeira.

I. **Acórdão**¹³⁶ **Classe: AC - APELAÇÃO CÍVEL UF:RS, processo 200071000215628**, origem: Tribunal TRF - Quarta Região (Órgão Julgador: Terceira Turma. Data da decisão:01.12.2005. Documento: TRF400120171, relatora MMA. Juíza Federal Vânia Hack de Almeida. Data da Publicação/Fonte DJU 08.02.2006. p.409). **EMENTA** - AÇÃO ORDINÁRIA. QUITAÇÃO DE FINANCIAMENTO IMOBILIÁRIO. LIBERAÇÃO DE HIPOTECA. SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE. “ (...) A demandante narrou que foi considerada pela Previdência Social portadora de invalidez permanente decorrente de Síndrome do Túnel do Carpo e de Tendinite nos Membros Superiores Direito e Esquerdo. Juntou documentos que comprovam o tratamento médico do acidente do trabalho e a posterior declaração de invalidez permanente. Tais documentos comprovam que a demandante foi considerada pela Previdência Oficial permanentemente inválida para qualquer atividade laborativa, já que se assim não fosse perceberia o benefício de auxílio- doença, que é benefício temporário. Dessa forma, não resta dúvida de que preenche os requisitos para a cobertura do saldo do financiamento habitacional pela seguradora, sendo **suficientes para comprovação da incapacidade permanente para o trabalho do órgão oficial da previdência para a qual contribuía**, nos termos do próprio documento expedido pela CEF. Não vejo, de outro lado, motivação para uma condenação por litigância de má fé. Penso que a demandada está apenas a exercer seu direito de defesa. Quanto ao recurso da CEF, tenho que merece provimento. Com efeito, a CEF foi condenada a expedir o documento de liberação da hipoteca junto ao registro Imobiliário, pretensão que ela em momento algum recusou-se a acatar. Apenas precisa da quitação do seguro, ato que não lhe competia (...)”.

Há de se destacar a importância do tema LER-DORT, sobretudo no dissídio coletivo de categorias profissionais, como a dos bancários e dos trabalhadores em processamento de dados, fazendo com que o assunto ocupe de forma relevante as pautas das decisões dos julgados. Neste sentido:

I. **Origem Tribunal: TST. Decisão: 13.11.2003. Numeração Única Proc: DC - 105137-2003-000-00-00** Originário TST Dissídio Coletivo. Turma: DC. Órgão Julgador - Seção Especializada em Dissídios Coletivos. Fonte DJ Data: 06-02-2004. *Relator* Ministro Gelson de Azevedo. **EMENTA** Ação Coletiva. Banco Regional de Brasília S.A. Fixação das condições de trabalho para os empregados do Banco Regional

¹³⁶ Decisão - A Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso da SASSE e deu provimento ao recurso da CEF.

de Brasília S.A. Ação coletiva julgada procedente em parte. **DECISÃO** "(...) IV - Por unanimidade, deferir em parte as cláusulas seguintes, fixando as condições de trabalho para os empregados do Banco de Brasília S.A. Cláusula 47 - AGs E FGs PARA LESIONADOS - O Banco compromete-se a apresentar proposta visando a solucionar, dentro do que for possível, os problemas dos servidores acometidos de L.E.R. (Lesão de Esforços Repetitivos), a ser discutido com a CONTEC e o SEEB/DF; COMITÊ DE ERGONOMIA E SAÚDE - Fica mantido, na vigência desta sentença normativa, o comitê de ergonomia e saúde, com o objetivo de promover discussões acerca de temas ligados à saúde do empregado, asseguradas duas cadeiras aos representantes indicados pela CONTEC; DOENÇAS OCUPACIONAIS - A CONTEC e o SEEB/DF indicarão 2 (dois) representantes, entre os empregados do Banco, para, em conjunto com a área de saúde, promover estudos e propor medidas voltadas à prevenção de doenças ocupacionais (...)"¹³⁷

Importante ressaltar que a jurisprudência é assente ao reconhecer que o art. 118 da Lei nº 8.213/91 visou a proteger o trabalhador que estivesse acometido por moléstia ocupacional, evitando que o empregador promovesse sua dispensa imotivada até um ano a partir da alta médica, ou seja, no período estável; assim como, reitera o direito assegurado pela legislação previdenciária ao auxílio-acidente, em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional a ele equiparada, como é o caso da lesão por esforço repetitivo "LER-DORT". Neste sentido:

I. **Origem**¹³⁸ **Tribunal: TST. Decisão: 12 11 2003. Proc: RR num: 347775.** Ano: 1997. Região: 03. Recurso de Revista

¹³⁷ **NESTE MESMO SENTIDO:** ¹⁾ **Acórdão. Tipo: 8. NUM: 2004002300. Número Único Proc: 8 - 20104-2004-000-02-00.** Tribunal TRT: 2ª Região. Decisão: 23.09.2004. Turma: SDC. Fonte: DOE SP PJ, TRT 2ª. Data: 05/11/2004. Relator: Juiz Delvio Buffulin. Revisora: Juiza Wilma Nogueira de Araujo Vaz da Silva.

¹³⁸ Decisão - Por unanimidade, não conhecer do recurso. **NESTE MESMO SENTIDO – acerca da garantia conferida ao obreiro pelo art. 118 da Lei nº 8.213/91, visto que este artigo visou a proteger o trabalhador que estivesse acometido por moléstia profissional, evitando que o empregador promovesse a dispensa imotivada até um ano a partir da alta médica:** ¹⁾ **Origem Tribunal: TST. Decisão: 01.09.2003. Proc: err num: 381587.** Ano: 1997. Região: 03. Embargos em Recurso de Revista. Turma: D1. Órgão Julgador - Subseção I Especializada em Dissídios Individuais. Fonte: DJ Data: 26-09-2003. Relator Ministro Milton de Moura França; ²⁾ **Origem Tribunal: TST. Decisão: 03.09.2003. Proc: RR num: 507229.** Ano: 1998. Região: 03. Recurso de Revista Turma: 04. Órgão Julgador - Quarta Turma. Fonte DJ DATA: 26-09-2003. Relator Juiz Convocado José Antonio Pancotti; ³⁾ **Origem Tribunal: TST Decisão: 26.03.2003. Proc: RR num: 702659** ANO: 2000. Região: 03. Recurso de Revista Turma: 04. Órgão Julgador - Quarta Turma. Fonte: DJ Data: 04-04-2003. Relator: Ministro Antônio José de Barros Levenhagen; ⁴⁾ **Acórdão. Tipo: RO. NUM: 00120-2004-004-23-00-9. Número Único Proc: RO - 00120-2004-004-23-00.** Tribunal TRT: 23ª Região. Decisão: 16.08.2005. Fonte: DJ/MT. Data: 30/09/2005.

Turma: 04 ÓRGÃO Julgador - Quarta Turma. Fonte DJ Data: 05-12-2003. Relator Ministro Ives Gandra Martins Filho. **EMENTA** - ESTABILIDADE - DOENÇA PROFISSIONAL - LER - ORIENTAÇÃO JURISPRUDENCIAL Nº 230 DA SBDI-1 DO TST. O art. 118 da Lei nº 8.213/91 visou a proteger o trabalhador que estivesse acometido por moléstia profissional, evitando que o Empregador promovesse a dispensa imotivada até um ano a partir da alta médica. Nesse sentido é a Orientação Jurisprudencial nº 230 da SBDI-1 do TST. No caso, o Regional deferiu a reintegração pelo fato de a Reclamante ter sido dispensada em período posterior à percepção do auxílio-doença, em face da doença profissional decorrente de **lesão por esforço repetitivo** (LER), no período estabilitário. Recurso de revista não conhecido. **SÍNTESE** Tema(s) não abordado(s) na ementa: I - Pagamento de salários cumulativamente com o auxílio-doença. - Recurso não conhecido.

- II. **Acórdão¹³⁹: Tribunal TRT: 1ª Região. Decisão: 08.08.2005. Número Único Proc: - 01259-2002-221-01-00.** Turma: 3ª. Turma. Fonte: DORJ, III, De 26.08.2005. Relator: Desembargadora Maria das Graças Cabral Viégas Paranhos. **EMENTA** - DOENÇA PROFISSIONAL. ACIDENTE DE TRABALHO. DISPENSA. NULIDADE. TENOSSINOVITE. LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - DOENÇA PROFISSIONAL - ACIDENTE DE TRABALHO - NULIDADE DA DISPENSA. “(…) A legislação previdenciária assegura o direito ao auxílio-acidente, em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional a ele equiparada, como é o caso da lesão por esforço repetitivo "LER-DORT", que é aquela que provoca a redução da força e/ou capacidade funcional da mão, do punho, do antebraço ou de todo o membro superior em grau sofrível ou inferior da classificação de desempenho muscular - tenossinovite, a teor do disposto no quadro n. 8 do anexo III do Decreto n. 2.172/97. O autor foi considerado inapto para o trabalho, em razão desse problema de saúde, logo, nulo é o ato de dispensa que o impediu de habilitar-se ao benefício previdenciário e à garantia de emprego concedida em lei ao acidentado (…)”.

Um outro ponto importante versa acerca do questionamento — Se o empregado afastado por motivo de doença ocupacional tem direito ao

Relator: Juiz João Carlos; ⁵⁾ **Acórdão. Tipo: RR. NUM: 347775.** Tribunal: TST. Decisão: 12.11.2003. Turma: 4ª Turma. Fonte: DJ. Data: 05/12/2003. Relator: Ministro Ives Gandra Martins Filho.

¹³⁹ Decisão por unanimidade.

recebimento de auxílio-alimentação? — É fato que a jurisprudência reconhece tal direito. Neste sentido:

I. Acórdão. Tipo: ROPS. Num: 01363. Ano: 2004. Número Único Proc: ROPS - 01363-2004-001-22-00-0. Tribunal TRT: 22ª Região. Decisão: 10.05.2005. Fonte: DJT Data: 19-05-2005. Pg: 02. Relator: Juiz Fausto Lustosa Neto. DECISÃO – “(...) MÉRITO - Insurge-se a empresa recorrente contra a sentença de 1º grau que determinou o pagamento do auxílio-alimentação ao reclamante em gozo de auxílio-doença. Sustenta a recorrente que por se tratar de licença não remunerada, consoante o disposto no art. 476 da CLT, não faz jus o obreiro ao pagamento da parcela de auxílio-alimentação. Cumprе decifrar, pois, se o empregado afastado por motivo de doença ocupacional tem direito ao recebimento de auxílio-alimentação. In casu, o reclamante encontra-se afastado do serviço, percebendo auxílio-doença da Previdência Social, em razão de ter adquirido LER - lesão por esforços repetitivos - , que de acordo com a Portaria 4062 do INAMPS é considerada doença ocupacional. Com efeito, o art. 476 da CLT estabelece que "em caso de seguro-doença ou auxílio-enfermidade, o empregado é considerado em licença não remunerada, durante o prazo desse benefício". Em que pese a licença do reclamante efetivar-se sem remuneração por parte do empregador, não reputo justo seja o obreiro apenado com o não recebimento do auxílio-alimentação em razão de ter adquirido doença no exercício de sua atividade laborativa. O fato do obreiro estar percebendo auxílio-doença da Previdência Social não constitui, a meu ver, óbice ao pagamento do auxílio-alimentação, sobretudo considerando que tal benefício era pago em pecúnia, hipótese que gera a integração da verba requestada à remuneração do obreiro para todos os efeitos, principalmente nas situações em que o obreiro tem suas forças laborativas restringidas em face dos meios ou métodos que a empresa empregadora utiliza na execução de suas atividades. A respeito da matéria, Maurício Godinho Delgado, em sua obra Curso de Direito do Trabalho, 3. ed., São Paulo, LTr, 2004, ensina que o afastamento por acidente de trabalho é "causa vinculada ao próprio risco empresarial, que se abateu infortunisticamente sobre o obreiro (acidente ou doença profissional)". E segue o ilustre magistrado mineiro afirmando que "a solução drástica padronizada na suspensão não é equânime, atingindo muito mais o trabalhador do que o empregador (que deveria, afinal, responder por parte dos efeitos, em face dos riscos assumidos no contrato)". Assim, a matéria discutida nos autos exige do julgador bom senso e razoabilidade, não sendo concebível que a Justiça do Trabalho neque auxílio-

alimentação a trabalhador que adoeceu em serviço. Dessa forma, correta a decisão de 1º grau que deferiu o pagamento das parcelas de auxílio-alimentação (...)”.

Uma questão de natureza processual importante diz respeito ao fato de que, nos casos de Lesão por Esforço Repetitivo (assim como em outras doenças ocupacionais), o termo inicial do prazo prescricional deve ser contado a partir da data em que a vítima teve ciência inequívoca da doença. Neste sentido:

I. **Acórdão¹⁴⁰. Tipo: RO. Num: 1775. Número Único Proc: RO - 1775-2005-005-24-06.** Tribunal TRT: 24ª Região. Decisão: 23.01.2007. Turma: TP - Tribunal Pleno. Fonte: DO-MS. Data: 14/02/2007. Relator: Juiz Marcio V. Thibau de Almeida. Revisor: Juiz Márcio Eurico Vitral Amaro. **EMENTA - DANO MORAL LER - PRAZO PRESCRICIONAL - TERMO INICIAL - SÚMULA 278 DO STJ. “(...) Nos casos de Lesão por Esforço Repetitivo, o termo inicial do prazo prescricional deve ser contado a partir da data em que a vítima teve ciência inequívoca da doença, por analogia à Súmula 278 do STJ. Se da ciência inequívoca da doença até o ajuizamento da ação decorreu prazo maior do que cinco anos, deve ser pronunciada a prescrição prevista no art. 7º, inciso XXIX, da CF (...)”.**

¹⁴⁰ Decisão - Acordam os Desembargadores do Egrégio Tribunal Regional do Trabalho da Vigésima Quarta Região, por unanimidade, aprovar o relatório, conhecer do recurso e, no mérito, dar-lhe provimento, nos termos do voto do Desembargador Marcio Vasques Thibau de Almeida (relator). Por motivo justificado, esteve ausente o Desembargador Amaury Rodrigues Pinto Junior (Presidente). Campo Grande, 24 de janeiro de 2007.

5 DISCUSSÃO

A determinação do “estado da arte” procura mostrar, através da literatura existente, o que já se sabe sobre o tema, as lacunas existentes e os principais entraves teóricos ou metodológicos. (Luna, 1997)

O estado da arte dos aspectos periciais sobre as LER-DORT encontra-se representado pela Instrução Normativa n. 98 publicada pela Diretoria Colegiada do Instituto Nacional do Seguro Social (IN 98/2003 - INSS/DC), de 05 de dezembro de 2003, a qual aprovou a “Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho -DORT”. Seguindo-se o preceito de Luna (1997), nesta fase do trabalho, procurar-se-á estabelecer as lacunas e os principais entraves teóricos ou metodológicos existentes e ainda passíveis de avaliação crítica desta norma.

O conceito de LER/DORT estabelecido pela IN 98/2003 (INSS/DC) e de forma geral contemplado pelas normas técnicas pretéritas acerca do tema LER/DORT, confere o entendimento de que as LER/DORT são uma *“síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores”*.

Seria oportuno que já na parte conceitual, houvesse a explicitação de que apesar da atual Classificação Internacional de Doenças albergar diversas patologias englobadas nas siglas LER-DORT, não há no CID-10 referência aos acrônimos LER e/ou DORT, ou ainda aos seus respectivos significados literais, o que equivale dizer que estes termos não são codificados ou reconhecidos isoladamente como doenças (CID-10, 2008).

Verthein e Minayo-Gomez (2001) consideram que termos como LER/DORT abrem espaço para interpretações psicologizantes dos diagnósticos, reduzindo a natureza da doença às características de personalidade do próprio sujeito.

No Item 3, da IN 98/2003 (INSS/DC), que aborda os aspectos epidemiológicos e legais haveria a oportunidade de se relacionar as queixas e patologias que podem estar presentes nas LER/DORT, com a ocorrência delas na população em geral, o que não foi efetivado.

Quando analisou normas técnicas pretéritas acerca do tema LER/DORT, Oliveira (1999a) propôs uma discussão que permanece pertinente, mesmo com a edição da IN 98/2003 (INSS/DC), de que a queixa de dor isolada, sem sinais clínicos de lesão, poderia ser suficiente para o diagnóstico de LER/DORT, com todos os desdobramentos médicos e de benefícios sociais, desde que tivessem um nexo com a atividade laboral, abrindo caminho para qualquer trabalhador com sintomas dolorosos regionais habilitar-se a um benefício.

Em outro artigo intitulado – “Incapacidade e a Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT”, Oliveira (1999b) tece críticas acerca da norma técnica expedida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através da ordem de serviço INSS/DSS n. 606 de 5 de agosto de 1998, que permanecem atuais diante da IN 98/2003 (INSS/DC). Apesar desta norma técnica abordar a questão dos sintomas dolorosos das extremidades superiores em trabalhadores e assumir uma posição a respeito de diagnóstico, etiologia e tratamento, fazendo recomendações sobre medidas preventivas; a mesma pouco desenvolve o tema de incapacidade, que seria o seu objetivo formal.

A IN 98/2003 (INSS/DC) não menciona qualquer estudo de estadiamento das LER/DORT, o que favorece a críticas, como as de Oliveira (1999b) que esta lacuna provavelmente favorece o reconhecimento de sua natureza fictícia.

Nenhum dos fatores de risco é quantificado por esta norma, sendo que alguns são excepcionalmente subjetivos, como na definição de fatores organizacionais: Os fatores organizacionais e psicossociais são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho.

Em relação à determinação de incapacidade, a IN 98/2003 (INSS/DC) estimula o diagnóstico de alguma patologia que possa ser responsável pelos sintomas, destacando-se várias entidades nosológicas e síndromes clínicas no seu Quadro I. O estabelecimento do diagnóstico de sintomas sem patologia

evidente é difícil, não tendo a maioria dos médicos sido educados nessa tarefa, ou seja, atribuir um sintoma a uma patologia é sempre mais confortável para o médico e mais aceitável pelo paciente com queixas somáticas, do que atribuir os sintomas a distúrbios psicopatológicos, o que leva freqüentemente a confrontos. Dessa forma, a ênfase às doenças com patologias conhecidas dá a impressão falsa de que elas predominam como causas dos sintomas dolorosos apresentados pelos trabalhadores, quando uma condição comumente encontrada, na verdade, é um quadro de dor difusa, mal-localizada e sem sinais objetivos. (Loeser, Sullivan,1997; Oliveira,1999B; Egri, 1999; Santos Filho, Barreto, 2001; Walsh et al., 2004; Murofuse, Marziale, 2005)

Um estudo realizado com estudantes de Odontologia no Brasil (Carvalho et al., 2009) demonstrou que a dor ou fadiga durante ou logo após o atendimento a pacientes ocorreu em 76,2% dos indivíduos, principalmente de forma associada, isto é, em mais de uma região anatômica, bem como nos segmentos vertebrais (cervical, lombar e dorsal), ombros, punhos e mãos. Desses participantes que relataram dor, 76,3% não procuraram assistência médica, muito embora 18,5% deles terem informado que já haviam, anteriormente, sido diagnosticados, de alguma forma, como portadores de patologias relacionadas aos DORT, como espondilgia, bursite e tendinite.

Cabe, ainda, uma crítica com relação à Instrução Normativa nº 98/2003, a qual reconhece que há a necessidade de uma interação multiprofissional relacionada às LER-DORT e enfoca a participação de várias categorias profissionais como os médicos, enfermeiros, terapeutas corporais, profissionais de terapias complementares, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais. Contudo, não faz referência à importância da atuação do profissional de educação física, nem enfoca a relevância da ginástica laboral nos programas de prevenção contra as LER-DORT entre os trabalhadores. (Carvalho et al., 2006)

Com relação ao estado da arte dos aspectos diagnósticos, os quais, no presente estudo, foram analisados sob a perspectiva dos exames por imagem e por eletromiografia, com a finalidade de atuarem de forma complementar ao diagnóstico clínico das patologias relacionadas às LER-DORT, observa-se que, cada vez mais têm sido utilizados os exames por ressonância magnética, ultrassonografia e eletroneuromiografia. A tomografia computadorizada, pelo

fato de apresentar maior especificidade voltada à análise de estruturas ósseas, não tem sido muito utilizada como técnica complementar para o diagnóstico das LER-DORT, quando comparada aos exames por ressonância magnética e ultrassonografia, os quais não se utilizam de radiação ionizante para a obtenção das imagens para diagnóstico. (Stoller, 2000; Greenspan, 2001; Lee et al., 2001)

A ressonância magnética e a ultrassonografia apresentam a importante propriedade de possibilitar a visualização de estruturas musculares, tendíneas, peritendíneas e bursas sinoviais, que são as estruturas mais acometidas pelas diversas patologias que fazem parte do complexo LER-DORT. Por esse motivo, a literatura demonstra que a escolha atual para a identificação por imagem desses agravos deve recair sobre esses dois métodos, uma vez que eles demonstraram, através dos artigos avaliados no presente estudo, apresentar, tanto isolada como conjuntamente, maior especificidade e sensibilidade para a detecção de alterações teciduais patológicas relacionadas ao trabalho. (Teefey et al., 2005; Warden et al., 2007)

Individualmente, as maiores vantagens da ultrassonografia são a rapidez de realização e o baixo custo, enquanto que a ressonância magnética, apesar de apresentar como desvantagem um maior custo, quando comparada ao exame por ultrassonografia, permite a realização de qualquer seqüência de imagem em qualquer plano anatômico, bem como uma excelente individualização dos tecidos. (Turrini et al., 2005)

A eletromiografia surge como uma outra técnica complementar amplamente utilizada e estudada na literatura. Pôde-se verificar, na análise bibliográfica sobre o assunto, no presente estudo, que essa é uma ferramenta importante e bastante aplicada nos dias atuais para os casos de LER-DORT, de forma a confirmar, assim como as demais técnicas anteriormente citadas, o diagnóstico clínico-pericial aplicado a cada caso.

O diagnóstico das diversas patologias que compõem o rol das LER-DORT deve ser feito, portanto, através das melhores técnicas de exames complementares apontadas cientificamente, de forma a promover uma detecção precoce das lesões, uma adequada intervenção nos problemas detectados, bem como auxiliar prevenção de intercorrências futuras.

Com relação a esse último aspecto, ressalta-se que diversos locais de trabalho já vêm adotando os programas de ginástica laboral, a qual consiste na atividade física praticada na pelos trabalhadores na hora do expediente, podendo ser preparatória, quando realizada no início do expediente ou compensatória, quando realizada no meio do expediente. (Leite, 1995; Carvalho et al., 2006)

Essa forma terapêutica e preventiva contra as LER-DORT pode propiciar a redução de acidentes de trabalho o aumento da produtividade, a diminuição da ocorrência de doenças ocupacionais, a redução do absenteísmo e rotatividade dos funcionários, o aumento da disposição e motivação para o trabalho, bem como a correção de vícios posturais. (Dias, 1994; Militão, 2001)

Com relação ao Estado da arte dos aspectos jurisprudenciais, é habitualmente entendido pelo ordenamento jurídico brasileiro o fato das LER-DORT serem consideradas como doenças do trabalho e não como doenças profissionais, equiparando-se ao acidente de trabalho, ensejando a possibilidade de ação por danos morais. Essa equiparação ocorreu com o advento da Lei 8213/1991.

Para o desenvolvimento da doença do trabalho, é mister que seja estabelecida a relação de causalidade, conforme aponta não apenas a Jurisprudência da Justiça Federal, mas também da Justiça Trabalhista. Em outras palavras, a jurisprudência entende que para o desenvolvimento das LER/DORT é necessário que haja um nexo causal, ou seja, é preciso que a causa do problema esteja de alguma forma relacionada com a atividade desempenhada pelo indivíduo como, por exemplo: jornadas de trabalho excessivas; falta de orientação ergonômica e má adequação do ambiente de trabalho, a existência de movimentos repetitivos no trabalho; ausência de pausas durante o desempenho das atividades, em conjunto com um tempo prolongado de desempenho da mesma atividade. (Brasil, 2003) Dessa forma, presentes estas condições, estar-se-ia diante de um panorama altamente propício para o aparecimento das LER/DORT.

Nesse sentido, merece ser registrado um Acórdão emitido pela Primeira Turma do TRT de Santa Catarina (Acórdão Classe: AC, processo: RO03748-2006-054-12-00-4. UF:SC, origem: TRT/SC. Unânime. Data da decisão:14.10.2008. Red. Desig.: Juíza Viviane Colucci. Disp. TRT-SC/DOE

07.01.09. Data da Publicação: 08.01.09), que trata do nexu concausal e que diz, *in verbis*: “A doença que se origina de múltiplos fatores não deixa de ser enquadrada como patologia ocupacional se o exercício da atividade laborativa houver contribuído direta, mas não decisivamente, para a sua eclosão ou agravamento, nos termos do art. 21, I, da Lei n.º 8.213/91. Aplica-se para a verificação da concausa a teoria da equivalência das condições, segundo a qual se considera causa, com valoração equivalente, tudo o que concorre para o adoecimento”.

O Tribunal Superior do Trabalho editou, no ano de 2005, a Súmula N° 392 (DANO MORAL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA DO TRABALHO (conversão da Orientação Jurisprudencial n° 327 da SBDI-1) - Res. 129/2005, DJ 20, 22 e 25.04.2005), que traz a Justiça do Trabalho como “competente para dirimir controvérsias referentes à indenização por dano moral, quando decorrente da relação de trabalho. (ex-OJ n° 327 da SBDI-1 - DJ 09.12.2003)”.

Essa questão dos danos morais deveu-se à EC n° 45/2004 que, ao introduzir o inciso VI, ao artigo 114 da Constituição Federal, atribuiu expressamente à Justiça do Trabalho a competência para apreciar as ações de indenização por dano moral ou patrimonial, resultantes da relação de trabalho. Nesse sentido, observa-se o disposto no Acórdão da 5ª Turma do TRF/MG, proferido no ano de 2007 (Acórdão Classe: AC - Apelação Cível, processo: 200138000100425 UF:MG, origem: TRIBUNAL - Primeira Região (Órgão Julgador: Quinta Turma. Data da decisão:21.05.2007. Documento: TRF100249269, relator: MMA. Desembargadora Federal Selene Maria de Almeida. Data da Publicação/Fonte DJ DATA: 31/5/2007 PAGINA: 75):” *Conclui-se, portanto, que a autora padece de "tenossinovite" em razão de esforços repetitivos no desempenho de suas atividades profissionais, caracterizada como moléstia profissional que lhe acarretou a incapacitação total e permanente para o trabalho, consubstanciando, assim, a hipótese prevista no inciso I do art. 186 da Lei n. 8.112/90, assegurando-lhe o direito à percepção do seu benefício com proventos integrais, bem como à indenização por danos morais. Examinem-se os julgados a seguir transcritos do colendo Superior Tribunal de Justiça e deste egrégio Tribunal: CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ACIDENTE DE TRABALHO. "LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - LER". DANO MORAL. PROCEDÊNCIA DA VERBA. I. Para a*

indenização por dano moral motivada por doença profissional, bastante a prova do fato, do qual decorre, no caso, a óbvia repercussão psicológica sobre a trabalhadora que se vê atingida e frustrada em face da sua incapacidade para continuar exercendo a atividade laboral para a qual se preparou e concretamente desempenhava, integrada à classe produtiva de seu país. II. O valor do ressarcimento deve ser fixado em patamar razoável, a fim de evitar enriquecimento sem causa. III. Recurso especial conhecido e parcialmente provido. (REsp 329.094/MG, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 04.04.2002, DJ 17.06.2002 p. 270)....".

Conforme já explanado anteriormente, a doença do trabalho, para a jurisprudência brasileira, equipara-se ao acidente de trabalho. Nesse sentido, são assegurados ao empregado não apenas o afastamento das suas atividades, mas também a estabilidade provisória decorrente do evento danoso (não podendo, portanto, ser dispensado por esse motivo, obedecido o disposto na Súmula a seguir) e garantida a percepção do auxílio-doença acidentário. Essa determinação encontra-se na Súmula nº 378, TST, que diz, *in verbis*: “ESTABILIDADE PROVISÓRIA. ACIDENTE DO TRABALHO. ART. 118 DA LEI Nº 8.213/1991. CONSTITUCIONALIDADE. PRESSUPOSTOS (conversão das Orientações Jurisprudenciais nºs 105 e 230 da SBDI-1) - Res. 129/2005, DJ 20, 22 e 25.04.2005

I - É constitucional o artigo 118 da Lei nº 8.213/1991 que assegura o direito à estabilidade provisória por período de 12 meses após a cessação do auxílio-doença ao empregado acidentado. (ex-OJ nº 105 da SBDI-1 - inserida em 01.10.1997)

II - São pressupostos para a concessão da estabilidade o afastamento superior a 15 dias e a conseqüente percepção do auxílio-doença acidentário, salvo se constatada, após a despedida, doença profissional que guarde relação de causalidade com a execução do contrato de emprego. (primeira parte - ex-OJ nº 230 da SBDI-1 - inserida em 20.06.2001)”.

Apesar do conhecimento sobre o estado da arte dos aspectos diagnósticos, periciais e jurisprudenciais sobre as LER-DORT no Brasil ser de fundamental importância para todos aqueles que lidam rotineiramente com a matéria, como os médicos peritos e do trabalho, advogados, membros do Ministério Público e da Magistratura (Estadual, Federal e do Trabalho), as

informações sobre o assunto estão difusamente fragmentadas em livros e periódicos médicos, jurídicos e de outras áreas da ciência, assim como nos bancos de dados governamentais, o que se constitui num fator limitante para o conhecimento e aplicabilidade destes conceitos.

A evolução da legislação específica de interesse pericial aplicada aos casos de LER-DORT é de natureza recente. Os impactos econômicos, previdenciários e sociais advindos do comprometimento ocasionado pelos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são significativamente relevantes no Brasil, Estados Unidos da América e Países Membros da Comunidade Européia.

Os estudos sobre o tema LER-DORT são fundamentais para que o benefício previdenciário ou acidentário continue sendo concedido, no futuro, a todos que realmente demonstrem, tanto pericialmente, como juridicamente, dispor deste direito, contribuindo, em última análise, para construção de um modelo crítico e consciente que colabore com a garantia de sustentabilidade do sistema previdenciário no Brasil.

Por fim, ressalta-se que este trabalho não teve qualquer pretensão em esgotar o assunto LER-DORT. Por ser um tema cuja discussão se tornou mais acentuada, sobretudo a partir de 1990, trata-se de um campo de pesquisa que está em pleno desenvolvimento. O interesse maior que se buscou foi o de fomentar o estabelecimento de uma discussão multidisciplinar sobre este assunto.

6 CONCLUSÕES

1. As LER-DORT representam, hoje, um problema de importante impacto, não apenas previdenciário, mas também econômico em diversos países, nos quais o Brasil encontra-se inserido. Estudos sobre o estado da arte relacionados às LER-DORT são fundamentais para auxiliar na construção de um modelo crítico e consciente que colabore com a garantia de sustentabilidade do sistema previdenciário no Brasil.
2. As atuais abordagens diagnósticas das LER-DORT, através de exames complementares, tem sido hodiernamente focadas no uso da ressonância magnética e da ultrassonografia, como métodos de imagem e, também na utilização da eletroneuromiografia, de maneira a confirmar o quadro observado por meio do exame clínico apurado.
3. A evolução da legislação específica de interesse pericial aplicada aos casos de LER-DORT é de natureza recente. Atualmente, o estado da arte dos aspectos periciais está representado pela Instrução Normativa n. 98/2003.
4. A jurisprudência sobre LER-DORT disciplina, sobretudo, aspectos como a possibilidade da ação por danos morais ser julgada pela Justiça do Trabalho, o reconhecimento das LER-DORT como doença do trabalho, a importância do estabelecimento do nexos de causalidade, a relevância do exame pericial e do perito do juízo e a possibilidade de medida cautelar em casos de LER-DORT.

7 REFERÊNCIAS

- Adams F. Of The Epidemics by Hippocrates [monograph on the Internet]. Adelaide: The University of Adelaide, The University of Adelaide Library; 2007 [cited 2007 Nov 10]. Available from: <http://etext.library.adelaide.edu.au/h/hippocrates/epidemics/index.html>
- Afonso LE, Fernandes R. Uma estimativa dos aspectos distributivos da previdência social no Brasil. *Rev Bras Econ.* 2005;59(3):295-334.
- Ahuja NK, Chung KC. Fritz de Quervain, MD (1868-1940): Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. *J hand sur Am.* 2004; 29A(6):1164-70.
- Alvarado OIS, Suazo SVV, Quinteros, RVE . Análisis de la situación de la salud ocupacional en Chile. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 1999;7(1):49-54.
- Anderson SJ. Sports Injuries. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2005;35:110-64.
- Ardic F, Kahraman Y, Kacar M, Kahraman MC, Findikoglu G, Yorgancioglu ZR. Shoulder impingement syndrome: relationships between clinical, functional, and radiologic findings. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85(1):53-60.
- Aron E. Alfred Velpeau (1795-1867). Une carrière exceptionnelle. *Hist Sci Med.* 1994;28(2):101-7.
- Bardin L. A análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Balint GP, Buchanan WW, Dequeker J. A brief history of medical taxonomy and diagnosis. *Clin Rheumatol.* 2006;25(2):132-5.
- Barile A, Limbucci N, Splendiani A, Gallucci M, Masciocchi C. Spinal injury in sport. *Eur J Radiol.* 2007;62:68-78
- Batich M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo Perspec.* 2004;18(3):33-40.
- Bauer AW. Between symbol and symptom: pain and its meanings in classical antiquity [abstract]. *Schmerz.* 1996;10(4):169-75.
- Bednar JM, Baesher-Griffith P, Osterman AL. Workers compensation. Effect of state law on treatment cost and work status. *Clin Orthop Relat Res.* 1998;351:74-7.
- Benini A, Bonar SK. Andreas Vesalius - 1514-1564. *Spine.* 1996;21(11):1388-93.

Bianchi L. A Contribution to the Treatment of the Professional Dyscinesia. *Br Med J.* 1878; 1(890):87-9.

Biesbrouck M. An introduction to an updated bibliography of Andreas Vesalius (1514-1564). *Vesalius.* 2006;12(1):41-3.

Bloch H. Guillaume de Baillou, M.D. (1538-1616): portrait of a sixteenth-century Renaissance pathfinder. *N Y State J Med.* 1979;79(3):406-7.

Bloch H. Ambroise Paré (1510-1590): father of surgery as art and science. *South Med J.* 1991;84(6):763-5.

Böni T, Benini A, Dvorak J. Domenico Felice Antonio Cotugno - Historical Perspectives. *Spine.* 1994;19(15):1767-70.

Brasil. Decreto n. 3724 de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho [Texto na Internet]. Imprensa Nacional: coleção de Leis do Brasil, Brasília (DF); 1919 Dez 31 [citado 2007 Abr 12]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48062>

Brasil. Decreto n. 24637 de 10 de julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho, e dá outras providências [Texto na Internet]. Imprensa Nacional: coleção de Leis do Brasil, Brasília (DF); 1934 Dez 31 [citado 2007 Abr 12]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=38358>

Brasil. Decreto Lei n. 7036 de 10 de novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho [Texto na Internet]. Imprensa Nacional: coleção de Leis do Brasil, Brasília (DF); 1944 Dez 31 [citado 2007 Abr 15]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=6873>

Brasil. Decreto Lei n. 293 de 23 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1967 Fev 28 [citado 2007 Abr 16]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1967/293.htm>

Brasil. Lei n. 5316 de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1967 Set 18 [citado 2007 Abr 16]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1967/5316.htm>

Brasil. Lei n. 5869 de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1973 Jan 17 [citado 2009 Mar 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5869.htm

Brasil. Lei n. 6367 de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1976 Out 21 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6367.htm>

Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTb n. 3214 de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1978 Jul 6 [citado 2007 Jun 20]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/MTE/1978/3214.htm>

Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Circular n° 501.001.55 n. 10 de 07 de novembro de 1986. Dispõe que a tenossinovite, quando resulte de movimentos articulares intensos e reiterados, equipara-se nos termos do artigo 2º, 3º da lei n. 6.367, de 19/10/76, a um acidente do trabalho, fazendo jus o segurado, nesta hipótese, às prestações do respectivo seguro. [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1987 Ago 7 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>

Brasil. Ministério da Previdência Social. Portaria MPS n. 4062 de 6 de agosto de 1987. Dispõe sobre a competente investigação a fim de conferir ou afastar o nexos de causalidade entre a síndrome de tenossinovite e as atividades exercidas pelo digitador [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1987 Ago 7 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>

Brasil. Presidência da República. Lei n. 8028, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 abr 13 [citado 2008 Out 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8028.htm

Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTb n. 3751 de 23 de novembro de 1990. Altera a Norma Regulamentadora n.º 17 - ERGONOMIA, nos termos do ANEXO constante desta Portaria [Texto na Internet]. Brasília (DF); 1990 Nov 23 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1990/p_19901123_3751.asp

Brasil. Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1991 Jul 25 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

Brasil. Decreto n. 357 de 7 de dezembro de 1991. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1991 Dez 9 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0357.htm

Brasil. Decreto n. 611 de 21 de julho de 1992. Dá nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n. 357, de 7 de dezembro de 1991, e incorpora as alterações da legislação posterior. [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1992 Jul 22 [citado 2008 Mai 03]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1992/611.htm>

Brasil. Decreto n. 2172 de 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1997 Abr 9 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1997/2172.htm>

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606 de 5 de agosto de 1998. Aprova norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1998 Ago 19 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=600&word=tenossinovite>

Brasil. Decreto n. 3048 de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1999 Mai 7 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048_1.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1339/GM de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1999 Nov 19 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução INSS/DC n. 10, de 23 de dezembro de 1999. Aprova os Protocolos Médicos, com alterações realizadas pela Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade da Diretoria de Benefícios e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2000 Abr 20 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-DC/1999/10.htm>

Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde; 2001. p.425-82.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instrução Normativa INSS/DC n. 98 de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2003 Dez 10 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE n. 98 de 07 de outubro de 2004. Propõe divulgar para consulta pública a proposta de Anexo I da Norma Regulamentadora 17 (Trabalho em Checkouts e dos Operadores de Caixas de Supermercado) [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2004 Out 8 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2004/p_20041007_98.asp

Brasil. Medida Provisória n. 242 de 24 de março de 2005. Altera dispositivos da Lei 8213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 Mar 28 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=250539>

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria MOG n. 1675 de 06 de outubro de 2006. Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2006 Out 10 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/MOG/2006/1675.htm>

Brasil. Presidência da República. Lei n. 11430, de 26 de dezembro de 2006. Altera a Lei nos 8.213, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2006 Dez 27 [citado 2008 Out 18]. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm

Brasil. Decreto n. 6042 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 [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2007 Fev 13 [citado 2008 Mai 17]. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6042.htm

Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (BR). Instrução Normativa INSS/PRES n. 16, de 27 de março de 2007. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP, e dá

outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2007 Mar 28 [citado 2008 Mai 10]. Disponível em URL: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2007/16.htm>

Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (BR). Instrução Normativa INSS/PRES n. 31, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências [Texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2008 Set 11 [citado 2008 Out 17]. Disponível em URL: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2008/31.htm>

Brasil. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2002. Seção I - Estatísticas de Acidentes do Trabalho - Quantidade de acidentes do trabalho registrados, por motivo, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 mais incidentes, no Brasil – 2002. Disponível em URL: http://www.inss.gov.br/AEAT2003/12_08_01_01_04.asp (2005 jun 02).

Broadhurst NA, Simmons N. Musculoskeletal ultrasound - Used to best advantage. *Aust Fam Physician*. 2007; 36(6):430-2.

Brown TM. Cultures of neurasthenia: from beard to the first world war. *J Hist Behav Sci*. 2005;42(1):87-8.

Browne CD; Nolan BM; Faithfull DK. Occupational repetition strain injuries. Guidelines for diagnosis and management. *Med J Aust*. 1984;140(6):329-32.

Bureau of Labor Statistics. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work (1996-2007) [text on the Internet]. Washington: U.S. Department of Labor [cited 2009 Mar 12]. Available from: <http://www.bls.gov/iif/oshcdnew.htm> (accessed in 12/Mar/2009)

Burns SB, Fulder S. Arabic medicine: preservation and promotion. A millennium of achievement. *J Altern Complement Med*. 2002;8(4):407-10.

Campana CL, Lopes Neto L. A consideração da tenossinovite do punho como doença profissional: nossa casuística. In: XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho; 1973; Espírito Santo. Anais. Guarapari: FUNDACENTRO; 1973. p.251-6.

Cardoso AJ, Tavares JA, Castro CA. Tenossinovite uma doença profissional dos digitadores. In: V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados; 1984; Minas Gerais, Belo Horizonte.

Carvalho MVD, Soriano EP, Caldas Jr AF, Campello RIC, Miranda HF, Cavalcanti FID. Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Brazilian Dental Students. *J Dent Educ*. 2009;73: 624-30.

Carvalho MVD, Cavalcanti FID, Soriano EP, Miranda HF. Aspectos Conceituais, Clínicos e Normativos que o Profissional de Educação Física Necessita Saber sobre LER-DORT. *The FIEP Bulletin*. 2006; 76:234-6.

Cechin J, Giambiagi F. O Aumento das despesas do INSS com auxílio-doença (on line). Boletim de Conjuntura IPEA, 2004; 66:81-90. Disponível em URL: http://www.ipea.gov.br/pub/bccj/bc_66l.pdf (2005 jan 16).

Chen AL, Youm T, Ong BC, Rafii M, Rokito AS. Imaging of the Elbow in the Overhead Throwing Athlete. *Am J Sports Med.* 2003;31:466-73.

Clark D. Jules Tinel and Tinel's sign. *Clin Plast Surg.* 1983;10(4):627-8.

Clasby RG, Derro DJ, Snelling L, Donaldson S. The Use of Surface Electromyographic Techniques in Assessing Musculoskeletal Disorders in Production Operations. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2003;28(2):161-5.

Classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde (CID-10). 10a ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

Cleeland J, Burt S. Charles Turner Thackrah: a pioneer in the field of occupational health. *Occup Med (Lond).* 1995;45(6):285-97.

Cockayne E. Theophrastus Phillipus Aureolus Bombastus von Hohenheim (Paracelsus) - a short biography. *Br J Gen Pract.* 2002;52(483):876.

Correia ELF. Política de Segurança do Trabalho: análise do programa de saúde e segurança do trabalho do SESI – Vitória da Conquista –BA. *Adm.ufba.* Disponível em www.adm.ufba.br-disserta-mestinst-disserta-CORREIA,ElizabethLilianFlores.pdf. Acesso em 01 de Outubro de 2007.

Couto HA. Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT – Fenômeno LER/DORT no Brasil. Belo Horizonte: Editora Ergo; 2000.

Cuthbertson RA. Duchenne de Boulogne. *Aust N Z J Surg.* 1979;49(2):275-8.

DATAPREV. Base de Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, no período de 2000 a 2007 [base de dados na Internet]. Brasília (DF): MPAS, c2009a (citado 2009 Mar 14). Disponível em URL: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/GACT/ACT07/ACT07.php>

_____. Base de Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social. Histórico da quantidade e do valor de benefícios concedidos, no período de 2000 a 2007 [base de dados na Internet]. Brasília (DF): MPAS, c2009b [citado 2009 Mar 10]. Disponível em URL: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/GCON/CON07/CON07.php>

Davis EN, Chung KC. The Tinel sign: a historical perspective. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(2):494-9.

De Jonge MC, Maas M, Van Kuijk C. Diagnostic imaging of injuries and overuse in soccer players. *Radiologe.* 2002;42(10):778-87.

Dembe AE. Occupation and disease: How Social Factors Affect the Conception of Work-Related Disorders. London: Yale University Press; 1996.

Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Sensibilidade e Especificidade [citado 2008 Julho 28]. Disponível em: <http://www.bireme.br>

Dias, M. F. M. Ginástica laboral: Empresas gaúchas têm bons resultados com ginástica antes do trabalho. *Proteção*. 1994;6(29): 24-5.

Distribuição dos Tribunais Regionais Federais no Brasil [image on the internet]. Brasil [cited 2009 Jun 11]. Available from: <http://www.jfsc.gov.br/secadm/historia/35/div/trf.htm>

Distribuição dos Tribunais Regionais do Trabalho no Brasil [image on the internet]. Brasil [cited 2009 Jun 11]. Available from: <http://www.tst.gov.br/Sseest/TRT/trtgeral.html>

Dong H, Barr A, Loomer P, Laroche C, Young E, Rempel D. The effects of periodontal instrument handle design on hand muscle load and pinch force. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(8):1123-30.

Dumaître P. Ambroise Paré, his death and his historians. *Hist Sci Med*. 2001;35(3):281-98.

Dunn PM. Dr Alfred Velpeau (1795-1867) of Tours: the umbilical cord and birth asphyxia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005;90(2):184-6.

Durbin D. Workplace injuries and the role of insurance: claims costs, outcomes, and incentives. *Clin Orthop Relat Res*. 1997;(336):18-32.

Egri D. LER (DORT). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(2):98-106.

Elias I, Zoga AC, Raikin SM, Peterson JR, Besser MP, Morrison WB et al. Bone stress injury of the ankle in professional ballet dancers seen on MRI. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:39.

Ellenberger HF. Mortiz Benedikt (1835-1920). *Rev Hist Med Heb*. 1974;27(5):133-42.

El-Gammal SY. Avicenna's contribution to the development and progress of medical sciences. *Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad*. 1994;24(1):15-27.

EUROGIP. Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics [text on internet]. In: EUROGIP [homepage on the internet]. Paris; c2006 [updated 2007 Oct; cited 2008 Mar 22]. Available from: http://www.eurogip.fr/docs/TMS_07-Eurogip-25-EN.pdf

European Agency for Safety and Healthy at Work. Repetitive strain injuries in the member states of the European Union: the results of an information

Request [text on the internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; c2000 [cited 2008 Jan 19]. Available from: http://osha.europa.eu/publications/reports/303/repetitive%20strain%20injuries_en.pdf

Fenoglio V, Lagna-Fietta E. Il dito a scatto o sindrome di Notta. Considerazioni eziopatogenetiche. *Minerva Ortop.* 1968;19(5):219-26.

Ferreira CR. Aposentadorias e distribuição da renda no Brasil: uma nota sobre o período 1981 a 2001. *Rev Bras Econ.* 2006; 60(3):247-60.

Flatt, Adrian E. Notta's nodules and trigger digits [text on the internet]. Dallas, Texas: Department of Orthopaedic Surgery of Baylor University Medical Center [cited 2008 Mar 15]. Available from: http://www.baylorhealth.edu/proceedings/20_2/20_2_flatt.pdf.

França GV. *Medicina Legal*. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

Franco G, Franco F. Bernardino Ramazzini: The Father of Occupational Medicine. *Am J Public Health.* 2001;91(9):1382.

Gardner-Thorpe C. Charles Bell (1774-1842) and an early case of muscular dystrophy. *Neuromuscul Disord.* 2002;12(3):318-21.

Gejrot T. The man behind the syndrome: Charles Bell. The surgeon at Waterloo who became a pioneer in neurology [abstract]. *Lakartidningen.* 1986;83(52):4444-6.

Gijswijt-Hofstra M. Introduction: cultures of neurasthenia from Beard to the First World War. *Clio Med.* 2001;63:1-30.

Gilchrist DK. A stockinette-Velpeau for immobilization of the shoulder-girdle. *J Bone Joint Surg Am.* 1967;49(4):750-1.

Godoy AS. Pesquisa Qualitativa – Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 1995; 35:20-29.

Goetz CG, Pappert EJ. Early American professorships in neurology. *Ann Neurol.* 1996;40(2):258-63.

Goetz CG. Poor Beard!! Charcot's internationalization of neurasthenia, the American disease. *Neurology.* 2001;57(3):510-4.

Goldwyn RM. Guillaume Dupuytren: his character and contributions. *Bull N Y Acad Med.* 1969;45(8):750-60.

Gonzaga P. *Perícia médica da previdência social*. São Paulo: Editora LTr; 2001.

- Goudy N, McLean L. Using myoelectric signal parameters to distinguish between computer workers with and without trapezius myalgia. *Eur J Appl Physiol*. 2006;97(2):196-209.
- Greenspan A. *Radiologia Ortopédica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.
- Grzybowski A, Kaufman MH. Sir Charles Bell (1774-1842): Contributions to neuro-ophthalmology. *Acta Ophthalmol Scand*. 2007;85(8):897-901.
- Gudmundsson KG, Jónsson T, Arngrímsson R. Guillaume Dupuytren and finger contractures. *Lancet*. 2003;362(9378):165-68.
- Guerini H, Drapé JL, Le Viet D, Thevenin F, Roulot E, Pessis E et al. Imagerie du poignet du sportif. *J Radiol*. 2007;88(1 Pt 2):111-28.
- Guillaume de Baillou (1538-1616) clinician and epidemiologist. *JAMA*. 1966;195(11):957.
- Gun RT. The incidence and distribution of RSI in South Australia 1980-81 to 1986-87. *Med J Aust*. 1990;153(7):376-80.
- Haas LF. Claudius Galen 131-201 AD. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991a;54(4):287.
- Haas LF. Aureolus Philippus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim or Paracelsus 1493-1541. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991b;54(11):948.
- Haas LF. Marie François Xavier Bichat (1771-1802). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57(3):263.
- Hall W, Morrow L. Repetition Strain Injury: an Australian epidemic of upper limb pain. *Soc Sci Med*. 1988;27(6):645-49.
- Hardy G. Thackrah's grave. *Occup Med*. 2003;53(8):505-6.
- Harwood B, Edwards DL, Jakobi JM. Age- and sex-related differences in muscle activation for a discrete functional task. *Eur J Appl Physiol*. 2008;103(6):677-86.
- Hasson R. *Acidente de trabalho & competência: conseqüências das normas no tempo*. 1ª ed. Curitiba: Juruá Editora; 2002.
- Hébert KJ, Laor T, Divine JG, Emery KH, Wall EJ. MRI appearance of chronic stress injury of the iliac crest apophysis in adolescent athletes. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;190(6):1487-91.
- Helfenstein Jr M. Fibromialgia, LER, entre outras confusões diagnósticas. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):70-2.

Higgs PE, Edwards D, Martin DS, Weeks PM. Carpal tunnel surgery outcomes in workers: effect of workers' compensation status. *J Hand Surg [Am]*. 1995;20(3):354-60.

Hopkins A. The social recognition of repetition strain injuries: an Australian/American comparison. *Soc Sci Med*. 1990;30(3):365-72.

Ilyas A, Ast M, Schaffer AA, Thoder J. De quervain tenosynovitis of the wrist. *J Am Acad Orthop Surg*. 2007;15(12):757-64.

Instituto Português de Reumatologia. História do Reumatismo [Texto na Internet]. In: IPR [sítio na Internet]. Lisboa: Instituto Português de Reumatologia; c2004 [atualizado 2005 Jan 11; citado 2008 Jan 25]. Disponível em: http://www.ipr.pt/menu/?file=texto&codigo_menu=1761&sel_men=1761

Jacques MG, Hoefel MG, Netz JA, Mendes JR, Amazarray MR. Cidadania & saúde do trabalhador: grupos de ação solidária. *Revista de Psicologia Política On line [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2008 Mar 10]; 7(13):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=74&layout=html>

Jones T, Kumar S. Assessment of physical demands and comparison of multiple exposure definitions in a repetitive sawmill job: board edger operator. *Ergonomics*. 2007;50(5):676-93.

Khoury V, Guillin R, Dhanju J, Cardinal E. Ultrasound of ankle and foot: overuse and sports injuries. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2007;11(2):149-61.

Kijowski R, De Smet A, Mukharjee R. Magnetic resonance imaging findings in patients with peroneal tendinopathy and peroneal tenosynovitis. *Skeletal Radiol*. 2007;36(2):105-14.

Koh ES, Lee JC, Healy JC. MRI of overuse injury in elite athletes. *Clin Radiol*. 2007; 62(11):1036-43.

Kong A, Van der Vliet A, Zadow S. MRI and US of gluteal tendinopathy in greater trochanteric pain syndrome. *Eur Radiol*. 2007;17(7):1772-83.

Kotevoglou N, Gülbahce-Saglana S. Ultrasound imaging in the diagnosis of carpal tunnel syndrome and its relevance to clinical evaluation. *Joint Bone Spine*. 2005; 72(2):142-45.

Koulouris G, Connell DA, Brukner P, Schneider-Kolsky M. Magnetic Resonance Imaging Parameters for Assessing Risk of Recurrent Hamstring Injuries in Elite Athletes. *Am J Sports Med*. 2007; 35(9):1500-06.

Kuorinka I, Forcier L. Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention. London: Taylor&Francis Ltd; 1995.

- Kyrölä K, Niemitukia L, Jaroma H, Väättäinen U. Long-term MRI findings in operated rotator cuff tear. *Acta Radiol.* 2004;45(5):526-33.
- Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP. *Tomografia Computadorizada do Corpo em Correlação com Ressonância Magnética.* 3a ed. Vol.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Leite N. Impacto de um plano de incentivo a demissão voluntária sobre a saúde dos trabalhadores. 1995. Monografia (Especialização em Educação Física). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Li L, Patel N, Solomonow D, Le P, Hoops H, Gerhardt D et al. Neuromuscular response to cyclic lumbar twisting. *Hum Factors.* 2007;49(5):820-9.
- Lin JH, McGorry RW, Chang CC, Dempsey PG. Effects of user experience, working posture and joint hardness on powered nutrunner torque reactions. *Ergonomics.* 2007;50(6):859-76.
- Lindskog GE. A note concerning Ambroise Paré's *Dix Livres de la Chirurgie.* *Surgery.* 1971;70(3):452-4.
- LLopis E, Padrón M. Anterior knee pain. *Eur J Radiol.* 2007;62(1):27-43.
- Lo SL, Zoga AC, Elias I, Peterson JR, Chao W, Green J et al. Stress fracture of the distal phalanx of the great toe in a professional ballet dancer: a case report. *Am J Sports Med.* 2007;35(9):1564-6.
- Loeser JD, Sullivan M. Doctors, diagnosis, and disability: a disastrous diversion. *Clin Orthop Relat Res.* 1997;336:61-6.
- Lohff B. Self-healing forces and concepts of health and disease. A historical discourse. *Theor Med Bioeth.* 2001; 22(6):543-64.
- Luna SV. *Planejamento de pesquisa: uma introdução.* São Paulo: EDUC;1997.
- Madeleine P, Lundager B, Voigt M, Arendt-Nielsen L. The effects of neck-shoulder pain development on sensory-motor interactions among female workers in the poultry and fish industries. A prospective study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2003;76(1):39-49.
- Maeda K. Occupational cervicobrachial disorder and its causative factors. *J Hum Ergol (Tokyo).* 1977;6(2):193-202.
- Maeda K, Horiguchi S, Hosokava N. History of the studies on occupational cervicobrachial disorder in Japan and remaining problems. *J Hum Ergol (Tokyo).* 1982;11:17-29.
- Maquirriain J, Ghisi JP. Stress injury of the lunate in tennis players: a case series and related biomechanical considerations. *Br J Sports Med.* 2007;41(11):812-5.

- Marano VP. Doenças ocupacionais. São Paulo: Editora LTr; 2003.
- Marson P. Synovial fluid over the centuries. *Reumatismo*. 2003;55(4):270-83.
- Martinez WN. Comentários à lei básica da previdência social. Tomo 1. 4a ed. São Paulo: Editora LTr; 2003.
- Martins SP. Direito da seguridade social. 8a ed. São Paulo: Atlas; 1997.
- Masic I, Ridanovic Z. Avicenna-a great physician and thinker. [abstract]. *Med Arh*. 1993;47(1-2):43-6.
- McCallum RI. Charles Turner Thackrah and preventive medicine. *Pharm Hist (Lond)*. 1985;15(4):2-4.
- McClenahan JL. College portraits: the men on the walls--IV. Horatio C Wood. *Trans Stud Coll Physicians Phila*. 1984;6(1):74-7.
- Macmillan MB. Beard's concept of neurasthenia and Freud's concept of the actual neuroses. *J Hist Behav Sci*. 1976;12(4):376-90.
- McShane JM, Ostick B, McCabe F. Noninsertional Achilles tendinopathy: pathology and management. *Curr Sports Med Rep*. 2007;6(5):288-92.
- Mellick SA. The Montpellier school and Guy de Chauliac. *ANZ Journal of Surgery*. 1999;69(4):297-301.
- Militão AG. A influência da ginástica laboral para a saúde dos trabalhadores e sua relação com os profissionais que a orientam. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Miller MH, Topliss DJ. Chronic upper limb syndrome (repetitive strain injury) in the Australian workforce: a systematic cross sectional rheumatological study of 229 patients. *J Rheumatol*. 1988;15(11):1705-12.
- Molina G. Introducción a la salud pública: fomento y promoción de la salud ocupacional. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública; 1977. p.107-16.
- Montalvan B, Parier J, Basseur JL, Le Viet D, Drape JL. Extensor carpi ulnaris injuries in tennis players: a study of 28 cases. *Br J Sports Med*. 2006;40(5):424-9.
- Monteiro AL, Bertagni RFS. Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais. São Paulo: Editora Saraiva; 2005. p.286-319. .
- Monteiro AL. Os aspectos legais das tenossinovites. In: Codo W, Almeida MCCG. L.E.R (Lesões por Esforços Repetitivos). 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1998. p. 251-320.

Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1661-72.

Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(3):364-73.

Murtagh J. De Quervain's tenosynovitis and Finkelstein's test. *Aust Fam Physician*. 1989;18(12):1552.

Musluoğlu L; Celik M; Tabak H; Forta H. Clinical, electrophysiological and magnetic resonance imaging findings in carpal tunnel syndrome. *Electromyogr Clin Neurophysiol*. 2004;44(3):161-5.

Naderi S, Acar F, Mertol T, Arda MN. Functional anatomy of the spine by Avicenna in his eleventh century treatise *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canons of Medicine). *Neurosurgery*. 2003;52(6):1449-53.

Nakachima LR. Lesão por Esforço Repetitivo (L.E.R.) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.). Disponível em URL: http://www.fundacentro.gov.br/CTN/forum_maos_ler_dort.asp?D=CTN (2006 fev 16).

Nallamshetty L, Nazarian LN, Schweitzer ME, Morrison WB, Parellada JA, Articulo GA et al. Evaluation of posterior tibial pathology: comparison of sonography and MR imaging. *Skeletal Radiol*. 2005;34(7):375-80.

Namazi MR. Avicenna, 980-1037. *Am J Psychiatr*. 2001;158(11):1796.

Neves JL. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1996;1:1-5.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back [text on the internet]. In: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [homepage on the internet]. Atlanta: CDC/NIOSH; c1997 [cited 2008 Mar 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/>

Norwich I. Andreas Vesalius. A bio-bibliographic study. *S Afr Med J*. 1967;41(17):431-40.

Obembe OO, Gaskin CM, Taffoni MJ, Anderson MW. Little Leaguer's shoulder (proximal humeral epiphysiolysis): MRI findings in four boys. *Pediatr Radiol*. 2007;37(9):885-9.

Oksa J, Sormunen E, Koivukangas U, Rissanen S, Rintamäki H. Changes in neuromuscular function due to intermittently increased workload during

repetitive work in cold conditions. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(4):300-9.

Oliveira CR. Lesão por esforços repetitivos (L.E.R.). *Rev Bras Saude Ocup*. 1991;19(73):59-79.

Oliveira JT. Lesão por esforços repetitivos: um conceito falho e prejudicial. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999a;57(1):126-31.

Oliveira JT. Incapacidade e a “Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT”. *Rev Bras Reumatol*. 1999b;39(4):217-20.

Oliveira LCC. Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.

Ostini S. Faradization according to Duchenne de Boulogne (1855). *Rev Med Suisse Romande*. 1993;113(3):245-6.

Paroski MW; Fine EJ. Sir James Paget and the carpal tunnel syndrome. *Neurology*. 1985;35(3):448.

Pascarella F. Gwillaume Dupuytren (1777-1835), his life and work: light and shade. *Riv Stor Med*. 1968;12(1):3-27.

Pasternack II, Malmivaara A, Tervahartiala P, Forsberg H, Vehmas T. Magnetic resonance imaging findings in respect to carpal tunnel syndrome. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29(3):189-96.

Peace KA, Lee JC, Healy J. Imaging the infrapatellar tendon in the elite athlete. *Clin Radiol*. 2006;61(7):570-8.

Pearce J. Sir Charles Bell 1774-1842. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1993;56(8):913.

Peper E, Wilson VS, Gibney KH, Huber K, Harvey R, Shumay DM. The integration of electromyography (SEMG) at the workstation: assessment, treatment, and prevention of repetitive strain injury (RSI). *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2003;28(2):167-82.

Pereira VCG. A contribuição da ergonomia no registro e prevenção das LER/DORT em centrais de atendimento: um estudo de caso. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. *J Bone Jt Surg*. 1966;48(2):211-28.

Phalen, G.S. The carpal-tunnel syndrome. Clinical evaluation of 598 hands. *Clin Orthop Rel Res*. 1972;83:29-40.

Pichot P. Neurasthenia, yesterday and today. *Encephale*. 1994;20(3):545-9.

Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas-RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):507-16.

Pinkster H. Notes on the syntax of Celsus. *Clio Med*. 1995;28:555-66.

Pizzato LM, Arakaki JC, Vasconcelos RA, Sposito GC, Oliveira AS, Paccola CJ et al. Análise da frequência mediana do sinal eletromiográfico de indivíduos com lesão do ligamento cruzado anterior em exercícios isométricos de cadeia cinética aberta e fechada. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13(1):1-5.

Poore GV. Analysis of Seventy-five Cases of "Writer's Cramp" and Impaired Writing Power. *Med Chir Trans*. 1878; 61:111-46.

Pope MH. Bernardino Ramazzini: the father of occupational medicine. *Spine*. 2004;29(20):2335-8.

Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores. 2a ed. Traduzido por Estrêla R. São Paulo: Fundacentro; 1999.

Ranney D. Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho. São Paulo; Editora Roca; 2000.

Rayan GM. Dupuytren disease: Anatomy, pathology, presentation, and treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89(1):189-98.

Regis Filho GI, Michels G, Sell I. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões-dentistas. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(3):346-59.

Reider B. O Exame Físico em Ortopedia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

Rezende JM. Ambroise Paré: o cirurgião que não sabia latim. [Texto na Internet]. In: Cultura [atualizado 2002 Set 10; citado 2007 Mar 10]. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ambroise.htm>

Rietveld S, van Beest I; Kamphuis JH. Stress-induced muscle effort as a cause of repetitive strain injury?. *Ergonomics*. 2007;50(12):2049-58.

Rocha LE, Ferreira Junior M. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: FERREIRA JUNIOR, M. Saúde no Trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca, 2000. p. 286-320

Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.

Roman-Liu D, Tokarski T. Upper limb load as a function of repetitive task parameters: part 2--an experimental study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2005;11(1):103-12.

Rondot P. Duchenne de Boulogne (1806-1875). *J Neurol*. 2005;252(7):866-7.

Rosner D. The effects of arts, trades, and professions on health and longevity - Charles Turner Thackrah. *Isis*. 1987;78(292):289-90.

Rossignol M, Stock S, Patry L, Armstrong B. Carpal tunnel syndrome: what is attributable to work? The Montreal study. *Occup Environ Med*. 1997;54(7):519-23.

Rush J. De Quervain's disease. *Curr Orthop*. 2000;14(5):380-3.

Santos Filho SB, Barreto SM. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):181-93.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS n. 197, de 08 de junho de 1992. Aprova Norma Técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estados evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção das lesões por Esforços Repetitivos LER [Texto na Internet]. *Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo (SP)*; 1992 Jun 9 [citado 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1096&word=>

Sato ES, Albertoni WM, Leite VM, Santos JBG, Faloppa F. Dedo em gatilho: avaliação prospectiva de 76 dedos tratados cirurgicamente pela via percutânea. *Rev Bras Ortop*. 2004;39(6):309-22.

Schäfer ML. On the history of the concept neurasthenia and its modern variants chronic-fatiguesyndrome, fibromyalgia and multiple chemical sensitivities [abstract]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2002;70(11):570-82.

Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice. *J Soc Occup Med*. 1984; 39:71-9.

Scully C, Levers BG. The person behind the eponym: Sir James Paget (1814-1899). *J Oral Pathol Med*. 1994;23(8):375-6.

Shah M. Premier Chirurgien du Roi: the life of Ambroise Paré (1510-1590). *J R Soc Med*. 1992;85(5):292-4.

Shalabi A. Magnetic resonance imaging in chronic Achilles tendinopathy. *Acta Radiol. Suppl*. 2004;(432):1-45.

Shaw RB; Chong AK; Zhang A; Hentz VR; Chang J. Dupuytren's disease: history, diagnosis, and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(3):44-54.

Sherzoi M. Ambroise Pare. *J. invest. surg*. 1999;12(2):59-60.

Silva RT, Hartmann LG, Laurino CF. Stress reaction of the humerus in tennis players. *Br J Sports Med*. 2007;41(11):824-6.

Simmer-Beck M, Bray KK, Branson B, Glaros A, Weeks J. Comparison of muscle activity associated with structural differences in dental hygiene mirrors. *J Dent Hyg*. 2006;80(1):8.

Soto JMG. O problema dos acidentes do trabalho e a política prevencionista no Brasil. *Ver Bras Saúde Ocup*. 1978;6(21):23-8.

Southgate MT. Dr Horatio C. Wood. *JAMA*. 2005;293(23):2836.

Spivack BS. A. C. Celsus: Roman medicus. *J Hist Med Allied Sci*. 1991;46(2):143-57.

Stephanes R. *Reforma da Previdência sem Segredos*. 2a.ed. Rio de Janeiro: Editora Record;1999.

Sternbach G. The carpal tunnel syndrome. *J Emerg Med*. 1999;17(3):519-23.

Stoller DW. *Ressonância Magnética em Ortopedia & Medicina Desportiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

Strickland JW, Idler RS, Creighton JC. De Quervain's stenosing tenosynovitis. *Indiana Med*. 1990;83(5):340-1.

Teefey SA, Rubin DA, Middleton WD, Hildebolt CF, Leibold RA, Yamaguchi K. Detection and quantification of rotator cuff tears. Comparison of ultrasonographic, magnetic resonance imaging, and arthroscopic findings in seventy-one consecutive cases. *J. Bone Joint Surg Am*. 2004;86-A(4):708-16.

The National Archives. Will of Edwyn Godfrey Scholey Gurney, Surgeon of Camborne, Cornwall [text on the internet]. London: [cited 2008 Jan 19]. Available from: http://www.nationalarchives.gov.uk/documentsonline/details-result.asp?queryType=1&resultcount=1&Edoc_Id=41708

Tierney JT. Andreas Vesalius, anatomist of Padua. *Med Health R I*. 1996;79(4):154.

Todman D. Galen (129-199). *J Neurol*. 2007;254(7):975-76.

Toledo-Pereyra LH. Claudius Galenus of Pergamum: surgeon of gladiators. Father of experimental physiology. *J Invest Surg*. 2002;15(6):299-301.

Tomey MI, Komotar RJ, Mocco J. Herophilus, Erasistratus, Aretaeus, and Galen: ancient roots of the Bell-Magendie Law. *Neurosurg Focus*. 2007;23(1):1-3.

Tracy RP. The five cardinal signs of inflammation: Calor, Dolor, Rubor, Tumor ... and Penuria (Apologies to Aulus Cornelius Celsus, *De medicina*, c. A.D. 25). *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(10):1051-2.

Turrini E, Rosenfeld A, Juliano Y, Fernandes ARC, Natour J. Diagnóstico por imagem do punho na síndrome do túnel do carpo. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):81-3.

Tyler KL, Roberts D, Tyler HR. The shorthand publications of Sir William Richard Gowers. *Neurology*. 2000;55(2):289-93.

Tyler KL. William Richard Gowers (1845-1915). *J Neurol*. 2003;250(8):1012-3.

University College London [homepage on the Internet]. London: Digital Egypt for Universities; c2000 [updated 2003 aug 23; cited 2008 Jan 21]. Available from: <http://www.digitalegypt.ucl.ac.uk/Welcome.html>

Urdaneta Carruyo E. Avicena: principe de la medicina, genio de la humanidad. *Rev Soc Venez Hist Med*. 1989;38(56):109-17.

Vargas Busquets MA. Historical commentary: the wrist flexion test (Phalen sign). *J Hand Surg [Am]*. 1994;19(3):521.

Verplaetse J. Moritz Benedikt's (1835-1920) localization of morality in the occipital lobes: origin and background of a controversial hypothesis. *Hist psychiatry*. 2004;15(59):305-28.

Verthein MAR, Minayo-Gomez C. A construção do sujeito doente em LER. *Hist Cienc Saude*. 2000;7(2):327-45.

Verthein MAR, Minayo-Gomez C. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(2):457-70.

Vidal MC. Textos selecionados em ergonomia contemporânea [Texto na Internet]. In: *Gente* [sítio na Internet]. Rio de Janeiro: GENTE/COPPE/UFRJ - Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias do Instituto Alberto Luís Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro; c1997 [atualizado 2005 Set 13; citado 2007 Nov 10]. Disponível em: <http://www.gente.ufrj.br/>

Vons J. Epitome, an ignored work of Andreas Vesalius. *Hist Sci Med*. 2006;40(2):177-89.

Wahl CJ, Warren RF, Adler RS, Hannafin JA, Hansen B. Internal coxa saltans (snapping hip) as a result of overtraining: a report of 3 cases in professional

athletes with a review of causes and the role of ultrasound in early diagnosis and management. *Am J Sports Med.* 2004;32(5):1302-9.

Waldvogel BC. Acidentes do trabalho – os casos fatais: a questão da identificação e da mensuração. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]. (Coleção de Fontes e Análise da Fundacentro 2002; 1(1)).

Walsh L, Turner S, Lines S, Hussey L, Chen Y, Agius R. The incidence of work-related illness in the UK health and social work sector: The Health and Occupation Reporting network 2002-2003. *Occup Med (Lond).* 2005;55(4):262-7.

Walsha IAP, Corralb S, Francob RN, Canettib EEF, Alema MER, Courya HJCG. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):149-56.

Warden SJ, Kiss ZS, Malara FA, Ooi AB, Cook JL, Crossley KM. Comparative accuracy of magnetic resonance imaging and ultrasonography in confirming clinically diagnosed patellar tendinopathy. *Am J Sports Med.* 2007;35(3):427-36.

Wu JZ, An KN, Cutlip RG, Krajnak K, Welcome D, Dong RG. Analysis of musculoskeletal loading in an index finger during tapping. *J Biomech.* 2008;41(3):668-76.

Wunsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(1):41-52.

Xia R, Bush BM. Modulation of reflex responses in hand muscles during rhythmical finger tasks in a subject with writer's cramp. *Exp Brain Res.* 2007;177(4):573-8.

Zorzetto AA, Urban LABD, Liu CB, Prevedello L, Zapparoli M, Vitola MLA et al. A ecografia no diagnóstico das lesões músculo-tendinosas do ombro. *Radiol Bras.* 2003;36(4):237-42.

Abstract

Purpose: to analyze the state of the art of the diagnostic, expertise, and jurisprudential aspects of the cumulative trauma disorders (CTD), in Brazil.

Methods: the technique of content analysis was performed, in order to design this descriptive, qualitative, and documental study. The evolutive evaluation of the social welfare legislation related to CTD was carried through by researching the Federal Government and also the DATAPREV/Sislex. The evaluation of the diagnostic aspects considered mainly the scientific articles published between 2003 and 2008, in Portuguese, English, Spanish and French, regarding to the complementary diagnostic methods CTD (magnetic resonance, computed tomography, ultrasound, and electromyography). The jurisprudence was obtained through the search of the judgements on the subject, between 2003 and 2008, pertaining to the Supreme Federal Court, Superior Court of Justice, Federal Regional Courts, Superior Court of Labor and Regional Courts of Labor.

Results: forty-eight articles were identified addressing the diagnostic aspects of CTD, noting that the examinations by magnetic resonance imaging, ultrasound, and electromyography demonstrated to be more effective within their specificities, to complement the clinical examination of diseases related to CTD. The analysis of 123 selected jurisprudence showed, in general, that CTD must be equalized to the work-related accident, should provide a causal link (certified by an expert report), and also the opportunity for demanding answers in Justice regarding to moral damages, which, due to the Constitutional Amendment n. 45 has become jurisdiction of the Labor Court. The state of the art of the expertise aspects is represented by the Normative Instruction n. 98/2003, which provides as vital the determination of new parameters to be considered in CTD cases, showing, still, the ethical conduct to be adopted by the medical expert, and emphasizes the need of the disorders to be

communicated to the work authorities, through the emission of the Work-related Accident Communication.

Conclusion: nowadays, CTD represent not only welfare but also economic problem in several countries, in which Brazil is inserted. Studies on the state of the art related to CTD are essential to assist in the construction of a critical and conscious model that works with the guarantee of sustainability of the welfare system in Brazil.

Keywords: Cumulative Trauma Disorders, Diagnosis, Legislation.

Bibliografia Consultada

Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall; 1995.

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Bíblia Sagrada. 2a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2005.

Gomes-Minayo C, Thedin-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. 1997;13(Suplemento 2):21-32.

Huisman D. Dicionário de Obras Filosóficas. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Huisman D. Dicionário dos Filósofos. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

International Network of Health Technology Agencies (INHATA). The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review [abstract]. COCHRANE [cited 2008 Apr 28]. Available from: <http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ729.htm>

Mendes R. O importante dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I – Morbidade. Rev Saúde Pública. 1988;22: 311-26.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública. 1991; 25(5):3-11 e 341-9.

Mendes R. Introdução ao estudo dos mecanismos de patogênese do trabalho. In: Mendes R (org.). Patologia do trabalho - atualizada e ampliada. São Paulo: Atheneu; 2003. 93-186.

Menezes JSR, Paulino NJA. Sobre Acidente do Trabalho, incapacidade e invalidez. São Paulo: Editora LTr; 2002. p.19-20.

Moraes Filho EM. O problema do sindicato único no Brasil: seus fundamentos sociológicos. São Paulo: Alfa-Ômega;1978.

Oliveira MHB. A política nacional de saúde do trabalhador (1980-1993): uma análise a partir do Direito e da Legislação Específica. Rio de Janeiro;1996. [Tese de Doutorado – ENSP/Fiocruz.

Pereira LRC. 80 anos da primeira lei de acidentes no trabalho no Brasil. Revista da Procuradoria Geral do Inss, Volume 5, n. 4, janeiro-março, 1999. Disponível em <http://menta.dataprev.gov.br/publique/dat/doc/REV_5499.pdf>. Acesso em 16/03/2007.

Reese E, Klassen FR. A Bíblia em ordem cronológica. São Paulo: Editora Vida; 2003.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. Projeto gráfico e editoração eletrônica. 2001: 1-86.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)