

Dano corporal e mensuração da incapacidade

Body damage and impairment measure

Francisco Cortes Fernandes*

Alfredo Jorge Cherem**

RESUMO

Objetivo: o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a instituição oficial brasileira responsável pelo pagamento de benefícios a segurados quando da existência de incapacidade laboral comprovada a partir de uma avaliação pericial que identifique essa situação. Essa prática médica, por si só conflituosa, nos dias atuais agrava-se substancialmente quando o médico perito não encontra normatização para confirmar a necessidade de afastamento do trabalho. Estudam-se, no presente artigo, as formas de avaliação utilizadas em alguns países, inclusive o Brasil, com a finalidade de entender como esse procedimento é realizado, visando à diminuição de possíveis conflitos. **Metodologia:** foram pesquisadas as metodologias utilizadas em alguns países, a metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde e a utilizada no Brasil, por meio de levantamento bibliográfico. **Resultados:** nos países e entidade citados, existe metodologia clara, que pode ser utilizada com algum treinamento pelo profissional médico. No Brasil, não existe normatização que seja clara nessa forma de avaliação, ficando, muitas vezes, na opinião e percepção do perito. **Conclusão:** considerando que no Brasil não existem parâmetros claros e objetivos, inclusive de conhecimento da população em geral, para caracterizar uma avaliação quantitativa do déficit funcional, este trabalho pretende sugerir que sejam adotadas metodologias de avaliação de incapacidade laboral claras, adaptadas à legislação local, para facilitar a discussão em torno da necessidade de minimizar essa relação de conflito entre as partes.

Palavras-chave: Incapacidade; Mensuração; Normas; Legislação e jurisprudência.

INTRODUÇÃO

É comum, na prática pericial diária, portadores de doenças diversas entrarem com pedidos de benefícios no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tendo seu pleito negado após realização da competente perícia médica, fato que pode levar a discussões jurídicas e médicas. Nessa primeira relação conflituosa, pode-se exemplificar que um portador do vírus HIV, sem doença instalada ou controlada, pode usufruir benefício previdenciário ou até mesmo da

aposentadoria por sentença judicial, contrariando posicionamentos de peritos do INSS, mesmo sendo uma situação considerada por alguns profissionais da instituição como engano do médico-assistente, devido a encaminhamento com desconhecimento da base da concessão do benefício: a incapacidade laborativa¹. Já em relação à discussão entre profissionais da saúde da área médica, na prática da Medicina do Trabalho em empresas, observa-se a apresentação de atestados médicos reiterando a incapacidade ou deficiência do trabalhador. Estas, muitas vezes, após a

* Especialista em Medicina do Trabalho pela ANAMT/AMB, mestre em Engenharia de Produção pela UFSC.

** Especialista em Medicina do Trabalho pela ANAMT/AMB, fisiatra, doutor em Engenharia de Produção pela UFSC.

Endereço para correspondência:

Rua Fernando Machado, 533 E, ap. 302. Florianópolis. CEP 89807-210, telefone 49-99878512, email: fcf@matrix.com.br

realização do exame, remetem à possibilidade de um prognóstico diferente, ocasião em que se questiona o embasamento teórico para a sua emissão, pois podem parecer totalmente desnecessários ou até mesmo ser interpretados como aproveitamento da má redação de nossas leis e regulamentos². Nessa mesma linha de pensamento, segurados com diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), após avaliação dos médicos peritos do INSS, podem ter seus pedidos de benefício negados, discordando dos médicos do trabalho da empregadora, sindicatos e outros envolvidos. Esses fatos preocupantes indicam a necessidade de rever alguns conceitos que podem não estar sendo utilizados nessa relação que envolve médicos, pacientes, advogados, empregadores e instituições públicas.

Do ponto de vista antropológico, culturas são sistemas de conceitos, idéias e regras compartilhadas ou herdadas pelos membros das sociedades, que mostram ao indivíduo como ver o mundo e como se comportar em relação às outras pessoas. A cultura das sociedades complexas divide-se em subculturas profissionais, como a da Medicina, do Direito, da Enfermagem ou a dos militares. Assim, cada profissional tende a ter conceitos diferentes, fato importante no encaminhamento da avaliação. Nesse contexto, é importante a contribuição da antropologia médica voltada para os aspectos socioculturais do comportamento humano bem como para os modos pelos quais eles interagem no decorrer da história humana, influenciando a saúde e a doença. Um corpo desabilitado, do ponto de vista antropológico, refere-se às desvantagens sociais ou outras impostas pela sociedade em relação ao comprometimento físico, sendo que comprometimento físico está relacionado à perda de um segmento ou mecanismo físico defeituoso³.

Para Biolchini⁴, a Medicina constitui-se num conjunto de práticas e tecnologias de intervenção que objetivam determinar uma alteração sobre a vida humana, levando à condição de mais bem-estar do ser e da coletividade. Com a evolução histórica, novos sistemas foram desenvolvidos para seu exercício em função de fatores culturais, geográficos, sociais, econômicos e cognitivos. Atualmente, essas práticas e tecnologias fundamentam-se em conhecimentos adquiridos no trinômio mente-corpo-sociedade. O conhecimento médico é um produto dinâmico de uma composição heterogênea de diferentes práticas e sistemas conceituais-metodológicos, derivados de modelos de legitimação social de sua cientificidade. Essas diferenças conceituais podem apontar a origem das disparidades relatadas na introdução deste artigo.

Assim sendo, o modelo saúde e doença tem sofrido transformações com a evolução do conhecimento. O modelo biomédico pressupõe que a doença resulta de um patógeno que invade o corpo, sem menção às variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais da doença, continuando a representar uma visão dominante na Medicina hoje em dia, embora seja considerado reducionista. A Medicina psicossomática buscou um movimento reformista, em que as doenças físicas poderiam ser causadas por processos deficientes da mente. Essa corrente foi também considerada reducionista, devido ao seu conceito dualista ou físico ou psíquico. Na década de 1970, foi concebida a Medicina comportamental originada do movimento behaviorista na Psicologia, de caráter interdisciplinar, na qual atuavam antropólogos, sociólogos, biólogos, psicólogos enfermeiros, odontólogos e médicos. Esses estudos levaram a discutir o modelo biomédico devido às limitações relativas à exposição a fatores de risco que algumas vezes desencadeiam uma doença e em outras não. Assim, a perspectiva sociocultural complementa os fatores que explicam a saúde e doença humanas, agrupando-se numa perspectiva biopsicossocial. Essa perspectiva reconhece que forças biológicas, sociais e psicológicas agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença, devendo ser explicada em relação a contextos múltiplos⁵.

Já a ética médica, ciência de caráter disciplinador da atividade do médico, tanto em sua prática clínica cotidiana como na pesquisa é um balizador da conduta profissional, enquanto a bioética realiza o estudo sistemático das dimensões morais. Nessas dimensões está incluída a própria visão moral do médico, suas decisões, condutas e políticas em relação às ciências da vida e aos cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar⁶. Nesse mesmo sentido, a Medicina baseada em evidências busca integrar conhecimentos clínicos relevantes baseados na pesquisa de boa qualidade, com a habilidade clínica do médico. Assim, fortalece a capacidade de usar seus conhecimentos, bem como sua experiência para identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada paciente, avaliando seus riscos e benefícios, além de contrapor os valores do paciente, suas preferências particulares, preocupações e expectativas⁷. É, pois, uma ferramenta que, embora ainda gere divergências na classe, pode evitar procedimentos cuja eficácia não tenha sido comprovada cientificamente, sejam políticas públicas ou práticas clínicas de saúde⁸. A semiologia médica tradicional orienta o posicionamento que deve ter o médico ao conceituar saúde e doença, havendo

o predomínio de uma visão objetiva. Entretanto, deve-se lembrar que se sentir doente é uma condição subjetiva que pode ou não corresponder à visão de quem avalia, bem como sua quantificação é ainda mais difícil⁹.

No estudo da Medicina do Trabalho, procura-se conhecer diversas teorias da interação homem/habitat. Estas enfatizam que as sociedades explicam filosoficamente ou mitologicamente o mundo natural e o lugar que nele o homem ocupa. Os membros da sociedade articulam seu comportamento individual e os meios para alcançar o bem-estar. Os dois extremos dessa interação são o determinismo e o possibilismo, em que o primeiro enfatiza o meio ambiente e o outro dá ênfase ao indivíduo, havendo uma versão adaptativa/evolutiva, mediadora entre esses dois extremos¹⁰.

A ergonomia, por sua vez, vê o trabalho com caráter socioeconômico, pois geralmente têm uma inserção na organização social e econômica de produção, não podendo ser ignoradas essas dimensões, nem reduzir as atividades de trabalho à atividade pessoal. A linha de montagem é a que mais claramente demonstra essa visão¹¹. Assim, em analogia à ergonomia, que procura adaptar o trabalho ao homem com o objetivo de preservar a produtividade e a saúde dos trabalhadores, foi desenvolvido um novo campo de estudo denominado antropotecnologia, definida como a adaptação da tecnologia a ser transferida a uma determinada população trabalhadora, considerando a influência de fatores geográficos, econômicos, sociológicos e antropológicos. A antropotecnologia amplia, dessa forma, a ação da ergonomia, buscando desenvolver conhecimentos sobre o homem em atividade coletiva de trabalho¹². A psicopatologia do trabalho evidenciou que as pressões laborais abalam o equilíbrio psíquico e a saúde mental em decorrência da organização e das condições em que é realizado, distinguindo dois tipos de sofrimento: o sofrimento criativo, devido à ausência de criatividade nas tarefas monótonas e repetitivas, e o sofrimento patogênico, que ocorre quando foram esgotados os recursos defensivos da pessoa sendo empurrada para uma compensação mental ou psicossomática¹³.

Assim, na interação médico-paciente, mesmo quando ambos têm a mesma origem social e cultural, a visão dos problemas de saúde é diferente, pois é baseada em perspectivas diversas. Para Helman¹⁴, durante o processo de formação médica, os alunos passam por uma espécie de enculturação, adquirindo perspectiva particular dos problemas de saúde, cujas premissas básicas são: racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica e em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das doenças como enti-

dades, reducionismo e ênfase na pessoa doente, não levando em conta a comunidade. Fatores relacionados à saúde só se tornam reais quando podem ser observados e medidos, passando a ser fatos clínicos, sendo duvidosos quando não podem ser quantificados. A Medicina moderna está depositando cada vez mais confiança na tecnologia diagnóstica, sendo a saúde considerada como pertencente a uma faixa numérica na qual a doença é indicada por resultados acima ou abaixo de faixas de normalidade. Essa visão médica está fundamentada em mudanças físicas de estrutura e de funcionamento do organismo, que podem ser demonstradas objetivamente e quantificadas com base em mensurações fisiológicas normais ou anormais. Esse procedimento não inclui as dimensões sociais e psicológicas, bem como a dimensão que a doença está sendo sentida pelo doente. A perturbação, na visão do paciente, inclui a sua experiência pessoal relacionada ao problema de saúde e o sentido que o indivíduo lhe dá, tanto relacionado aos sintomas, quanto à resposta emocional. Assim, a mesma doença ou sintoma pode ser interpretado de maneira diferente por dois indivíduos provenientes de contextos diferentes, o que afetará o seu comportamento subsequente. A consulta seria uma transação entre os modelos explicativos, leigo e profissional, separados por diferenças sociais, étnicas e outras. O sucesso do tratamento médico depende dele fazer sentido para o modelo explicativo da doença por parte do paciente. Frequentemente, o desaparecimento de uma doença física identificável pelo médico pode não ser percebido como cura por parte do paciente.

Em decorrência da dificuldade de visibilizar a incapacidade funcional, apresenta-se um entendimento sobre o dano nas esferas psíquica e motora. Para Ballone¹⁵, corresponde a uma *doença psíquica nova na biografia de uma pessoa, relacionada causalmente com um evento traumático (acidente, doença, delito) que tenha resultado em um prejuízo das aptidões psíquicas prévias e que tenha caráter irreversível ou ao menos durante longo tempo*. Neste sentido, para ser considerado dano psíquico, o sofrimento necessita se desdobrar em prejuízo emocional com comprometimento das funções psíquicas e originado após um evento traumático, existindo, desta forma, uma característica relação entre causa e efeito, com conseqüências sobre as atividades de vida diária (AVDs). Esse autor defende que a avaliação de cinco dimensões pode permitir a caracterização, ou não, da existência de uma entidade psiquiátrica. São elas: dimensão clínica para o problema atual (que corresponde a um diagnóstico médico preciso); psicopatológica evolutiva (no sentido de verificar se a doença é decorrente de um evento em desenvolvimento ou de

um estado mórbido anterior); causal (estabelecendo a relação estado atual e evento lesivo); praxica (avaliando se estão perdidas habilidades, qualidades e aptidões mentais) e finalmente cronológica (avaliando a transitoriedade da doença e a possibilidade de cronificação). Compartilha-se das afirmações desse pesquisador de que os médicos peritos devem procurar diferenciar os casos de simulação, vistos que essas pessoas não possuem conhecimento científico dos sinais e sintomas, bem como das chamadas contraprovas para a realização do diagnóstico de transtorno mental ou mesmo de outras doenças definidas como psicossomáticas, como, por exemplo, as lesões por esforços repetitivos (LER), mais conhecidas como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), fibromialgia ou outras doenças de difícil caracterização clínica de incapacidade.

De acordo com a definição de doença da OMS, sabe-se que estas podem produzir deficiência ou disfunção (*impairment*), que corresponde a qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, cuja avaliação deve evitar a utilização de conceito binário (tudo ou nada), adotando-se escalas de estadiamento. A incapacidade (*disability*), por sua vez, seria a redução ou falta produzida por uma deficiência ou disfunção da capacidade de realizar uma atividade de maneira considerada normal para o ser humano. Atualmente, na avaliação da capacidade laborativa, algumas escolas de ergonomia e psicologia desenvolvem conceitos de carga de trabalho envolvendo as dimensões físicas, cognitivas e psíquicas¹⁶.

Retirando-se o viés que possa existir em explicações fáceis da presença da má-fé por parte do paciente, buscou-se um embasamento antropológico para esse fato. Laplantine esclarece sobre o vocabulário utilizado em língua francesa e inglesa para denominar doença. Em francês existe somente a palavra *maladie* (doença), enquanto que na língua inglesa há uma tripla terminologia: *disease* (doença tal como é apreendida pelo conhecimento médico), *illness* (doença como é experimentada pelo doente) e *sickness* (conceito menos grave e mais incerto que *illness*, de maneira geral, que corresponde ao mal-estar). Há uma idéia da doença embasada em conhecimentos biomédicos e outra na percepção da pessoa doente, nem sempre a mesma do conhecimento médico. Ocorre que o médico tem também uma compreensão não biomédica da doença e terapia, o que pode indicar que a existência de muitas formas de interpretações da doença depende do modelo em que está embasado o ator social para formular o conceito de saúde e doença. É preciso salientar que nenhum dos modelos referidos pode ser considerado

sujeito exclusivo do saber. Têm-se duas tendências conhecidas: um modelo ontológico, cartesiano, de natureza física, baseado nas descobertas microbiológicas de Pasteur, base da Medicina contemporânea, e um modelo relacional, onde o normal e o patogênico são vistos em termos de ruptura da harmonia e equilíbrio entre o homem e seu meio social¹⁷.

Finalmente, pela pertinência ao assunto incapacidade/invalidez, é importante o conhecimento da acurácia dos meios diagnósticos empregados. O diagnóstico é um ato pelo qual se reconhece que um paciente pertence a certa categoria, existindo requisitos para assegurar-se da acurácia do mesmo. Se esses requisitos são consequência da anamnese e exame físico, são chamados de critérios clínicos. Podem ainda resultar de provas laboratoriais ou análise de imagens, sendo denominados pelo seu uso. É excepcional que um só critério defina o diagnóstico, em geral são agrupados para mais segurança, existindo um padrão ouro. A probabilidade de acerto dos resultados dos exames (validação) pode ser medida pelos três indicadores a seguir:

- sensibilidade da prova: percentual de indivíduos doentes que apresentam resultado positivo ao exame realizado. Provas de alta sensibilidade são úteis quando o objetivo é a triagem diagnóstica.
- especificidade da prova: percentual de indivíduos não doentes que apresentam resultado negativo ao exame realizado. Provas de alta especificidade são úteis para a confirmação do diagnóstico.
- valor preditivo positivo: percentual de indivíduos doentes que apresentam resultado positivo ao exame realizado e que também é positivo ao padrão ouro.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste de um levantamento bibliográfico referente a metodologias de avaliação da capacidade laborativa utilizadas nos Estados Unidos, França, Espanha e a metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde. Essas normatizações e metodologias propostas foram analisadas e descritas brevemente. Posteriormente, buscaram-se a legislação e normatização brasileira para fins de comparação e aprofundamento do tema.

RESULTADOS

Para além da discussão médica exclusiva, passa-se a abordar de forma sucinta o entendimento

jurídico para uma contextualização mais abrangente do assunto.

Perícia médica no Brasil

No ordenamento jurídico brasileiro, podem-se distinguir diversas formas de perícias que avaliam o dano corporal e, por conseguinte, a incapacidade para o trabalho. Ao procedimento médico promovido por autoridade policial ou judiciária, visando a esclarecimentos solicitados, chama-se de perícia judiciária. A esse perito cabe apontar às autoridades os fatos de natureza específica necessários ao esclarecimento de um processo. À perícia médica da Previdência Social cabe a avaliação da incapacidade laboral e, conseqüentemente, a obtenção de benefício por incapacidade, além da caracterização do nexo com o trabalho em acidentes. Já a perícia para avaliação do dano pessoal nos seguros privados visa ao enquadramento nas coberturas contratadas. Excluem-se outras avaliações periciais, como a de riscos ambientais, por fugirem do objetivo deste artigo.

Na perícia judicial, cabe ao perito realizar o inventário de lesões e balanço funcional, dos quais resultará certa taxa de incapacidade. A partir dessa constatação, deverá confrontar as alterações funcionais e o entorno em que se aloca a vítima, concluindo sobre a existência de incapacidade temporária ou definitiva em relação a determinada atividade funcional. Nesse caso, o perito deve evitar a simplificação de levar os dados do exame a taxas percentuais que, embora possam ser cômodas para o advogado, têm pouco valor científico¹⁸. Os critérios de juristas brasileiros parecem mais justos, humanos e adequados. Segundo Gernival Veloso de França¹⁹, a avaliação de dano psíquico que corresponde às *lesões graves que resultaram em prejuízo emocional provavelmente ou certamente incurável ou, menos drasticamente, em doença que incapacita por mais de 30 dias* deveria avaliar quesitos de natureza penal, por exemplo: se do dano resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; debilidade permanente de membro, sentido ou função; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; deformidade permanente; incapacidade temporária ou permanente ou mesmo prejuízo futuro.

Entretanto, pode haver uma contundente discrepância entre o enfoque forense e médico, o primeiro pretendendo estabelecer critérios mais ou menos objetivos (e rígidos) para esse diagnóstico, já que implicaria indenizações, penas e punições; e o segundo, o enfoque médico, mais preocupado com a qualidade

de vida, com o sofrimento e com o conforto emocional das pessoas. Se o problema fosse só detectar quem sofre algum prejuízo emocional depois de um evento traumático, a partir do qual a qualidade de sua felicidade jamais voltou a ser a mesma, a Psiquiatria não teria dificuldade alguma. O problema está em pegar esse fato e transformá-lo em uma proposta com objetivos de se estabelecer quanto ou se vale algum dinheiro (indenização). Evidentemente, se alguém tem que pagar por esse dano, ele estabelece critérios para tal, até para poder contestar.

Finalmente, nas perícias de seguro privado, o cálculo indenizatório é realizado de acordo com uma tabela simples, a partir da qual o perito discrimina o dano, enquadrando-o como portador de invalidez permanente total, que faz jus à 100% da indenização, ou invalidez permanente parcial, em que diversas situações de dano remetem a diferentes percentuais de indenização. É importante lembrar que possíveis diferenças de conclusão remetem à orientação ética e disciplinar do Conselho Regional de Medicina quanto à emissão de atestados; estes expressam um juízo de valor, de acordo com a aplicação dos conhecimentos científicos que o médico possui para o caso, sendo fruto da subjetividade intrínseca do atestado²⁰.

Subsidiadas pelo posicionamento médico-jurídico nacional, apresentam-se as metodologias de avaliação de incapacidade laboral em diversos países, esclarecendo que os tipos de perícias existentes nos diferentes países não permitem comparação, em função de estarem subordinadas a legislações distintas.

Perícia médica na Espanha

Na Espanha, por definição legal, incapacidade temporária é a situação de saúde do trabalhador, independentemente da causa, que impeça temporariamente o desempenho de seu trabalho e tenha a duração máxima estabelecida por lei. A prestação econômica nesses casos corresponde a 75% da base reguladora, assim entendida como as cotas dos últimos 12 meses de trabalho. Esse direito se extingue num prazo de 18 meses, devendo ser determinada por alta médica com ou sem declaração de incapacidade permanente, aposentadoria ou morte do segurado. Para a atuação médica ter mais respaldo técnico, existem à disposição da classe tabelas de duração média dos diferentes processos patogênicos suscetíveis de gerar incapacidade, bem como tabelas com o grau de incidência desses processos nas diferentes atividades laborais. A incapacidade permanente é definida como um estado posterior ao tratamento a que foi submetido o paciente, em que o trabalhador apresenta reduções anatômicas

ou funcionais graves, suscetíveis de determinação objetiva e previsivelmente definitiva, que diminuam ou impossibilitem a capacidade laboral. Essa incapacidade permanente é classificada em quatro graus: incapacidade permanente parcial para a profissão habitual, incapacidade permanente total para a profissão habitual, incapacidade permanente absoluta para todo trabalho e grande invalidez, quando necessita de auxílio de outra pessoa. A avaliação da incapacidade permanente é realizada pela seguridade social por meio de equipes de avaliação de incapacidade, constituídas por médico, inspetor de trabalho, um secretário da seguridade e um médico inspetor do Serviço Público de Saúde²¹.

Nesse mesmo país, a avaliação do dano laboral é entendida como uma série de atuações médicas destinadas a conhecer as conseqüências de uma doença sobre a integridade psicofísica e a saúde da pessoa. Para esse fim, o médico perito deve empregar uma metodologia precisa, clara e ordenada, sendo que a análise deve compreender os seguintes pontos fundamentais: estudo das lesões, estado de saúde anterior à doença, evolução da doença, determinação da data de consolidação das lesões, determinação exata das seqüelas, estabelecimento denexo causal e determinação das conseqüências das lesões sobre as atividades que desenvolvia habitualmente. Os meios para avaliar os tópicos citados seriam o interrogatório para o paciente, estudo de documentos e exame clínico. A incapacidade temporária deve ser avaliada do ponto de vista da dificuldade para as atividades usuais da vida diária (do ponto de vista profissional, esportivo, familiar, etc.), compreendendo um período entre a data que ocorreu o acidente ou a doença e a alta definitiva. A incapacidade definitiva deve ser ampliada para todas as atividades que a pessoa desenvolvia antes do dano, devendo ser avaliada após a consolidação definitiva da lesão. Nos casos em que a seqüela definitiva está estabilizada, pode-se utilizar o baremo (escala graduada em ordem crescente de gravidade ou tabelas de avaliação), entretanto, em alguns casos, é difícil ou impossível quantificar essa seqüela, como nas queixas de dor, devido à sua subjetividade. Assim, devem ser levados em conta, na avaliação da queixa de dor, fatores externos (objetivos) e fatores internos (subjetivos). Entre os primeiros observam-se a característica da lesão, extensão e profundidade, o tratamento realizado, bem como a evolução da lesão. Já entre os fatores internos, podem ser utilizadas as escalas da avaliação de dor, levando-se em conta a experiência própria do observador e a personalidade do paciente²².

Perícia médica na Alemanha, Itália e Inglaterra

O advogado espanhol César Borobia Fernandez²³ apresentou no II Congresso Nacional de Responsabilidade Civil o baremo europeu de valoração do dano corporal explicitando as indenizações por lesões na comunidade européia, referindo as profundas diferenças entre os diferentes países europeus. Trata-se de um guia de uso exclusivo médico, com exaustivas normas de utilização, que estabelece uma terminologia sobre o que se deve avaliar. Na Itália e França, a partir de baremos oficiais as seqüelas são contempladas segundo um percentual para quantificar o valor da dor e do prejuízo estético. De modo diferente, na Grã Bretanha e Alemanha, é um juiz que define tal quantificação com base numa descrição médica das doenças e seqüelas. No direito italiano, o dano estético é indenizado independentemente da perda da capacidade de trabalho.

Perícia médica na França

Em relação a esse outro país europeu, a França, é utilizado o baremo para avaliação de incapacidade. Mélenec²⁴ refere que existem três tipos de incapacidade: a física, a laboral e a de ganho. A incapacidade permanente pode ser expressa em percentagem, o que significa que o paciente perdeu um percentual da capacidade fisiológica total. Para essa avaliação, existem quatro leis da baremologia que devem ser seguidas.

- primeira Lei: não empregar, nunca, o percentual de 100%, inclusive para enfermidade muito graves, pois a totalidade corresponde à morte.
- segunda Lei: a fim de evitarem-se erros na avaliação da capacidade fisiológica, deve-se utilizar o seguinte raciocínio: se a pessoa vale 100 pontos de capacidade fisiológica, a soma das capacidades perdidas e das capacidades restantes deve ser igual a 100.
- terceira Lei: para ser válido, um baremo fisiológico deve classificar as doenças segundo sua gravidade real, sendo que as enfermidades similares devem ter taxa de incapacidade idêntica.
- quarta Lei: não existe proporcionalidade ou paralelismo entre a incapacidade fisiológica e a incapacidade laboral, devendo ser avaliadas separadamente.

A classificação francesa de invalidez e incapacidade fisiológica divide em cinco tipos os transtornos, com as respectivas percentagens de déficit fisiológico e capacidade fisiológica restante. Exemplificam-se a

seguir alguns transtornos listados nos baremos quanto à função dos membros superiores:

Grupo 1 - Transtornos ligeiros: déficit fisiológico entre 0 e 5%, doenças como seqüelas de fraturas, amputações de falanges distais.

Grupo 2 - Transtornos moderados: déficit fisiológico entre 5 e 15%, doenças como luxações, perda da falange distal do dedo indicador.

Grupo 3 - Transtornos médios: déficit fisiológico entre 15 e 30%, doenças que reduzem de 1/5 a 1/3 da função do membro superior dominante.

Grupo 4 - Transtornos importantes: déficit fisiológico entre 30 e 60%, doenças que reduzem em mais da metade a função do membro superior dominante.

Grupo 5 - Transtornos muito importantes: déficit fisiológico acima de 60%. Nos membros superiores seriam distúrbios que no máximo permitam a apreensão de objeto sem qualquer força e que nos piores casos (perda de função) representa uma percentagem de incapacidade na ordem de 80%.

Perícia médica em Portugal

Com entendimento semelhante de que a incapacidade laboral é de complexa natureza, em Portugal é utilizada uma tabela nacional, cujo objetivo é propiciar bases de avaliação do déficit funcional decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional com perda financeira, referendada pelo Decreto-lei 341/93 e reconhecida pela característica de uma visão não exclusiva do comprometimento de segmento corporal atingido, mas contemplando a avaliação psicofísica. Nesse país, os profissionais lançam mão da goniometria, utilizada largamente por médicos fisiatras como importante instrumento de mensuração que auxilia na avaliação da amplitude articular. Assim, em relação ao aparelho locomotor, existem instruções específicas que contemplam uma semiologia principalmente no exame físico em geral e na avaliação da mobilidade em particular. Como exemplo de DORT, na epicondilite existe a necessidade de graduação conforme o déficit funcional, bem como na avaliação do quadro algico.²⁵

Perícia médica na Argentina

Em relação à América Latina, a Argentina possui uma tabela de avaliação de incapacidade laborativa referendada pela Lei 24.557 e pelo Decreto 659/96 que contempla todos os sistemas orgânicos. A título de exemplo, cita-se que uma amputação de mão corresponde a uma perda de 40 a 60% da capacidade funcional.²⁶

Perícia médica nos Estados Unidos

A Associação Médica Americana publicou o *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*²⁷, respondendo a uma necessidade de padronização de procedimentos nessa área. Essas normas foram inicialmente publicadas no *Journal of American Medical Association (JAMA)* em 1958, sendo reunidas e publicadas na totalidade em 1971. Após essa data, ocorreram atualizações, estando atualmente na quinta versão. O propósito da publicação é atualizar os critérios diagnósticos, incorporando evidência científica disponível, prevalecendo a opinião médica na conclusão. A incapacidade de acordo com a norma pode se manifestar objetivamente, a partir de uma lesão, ou subjetivamente, como nos casos de dor. A norma enfatiza a avaliação objetiva, sendo os sintomas subjetivos incluídos nos critérios diagnósticos. A incapacidade necessita de uma limitação funcional ou incapacidade para os atos da vida diária, sendo que na sua avaliação devem ser levadas em conta as perdas funcionais e anatômicas, predominando uma ou outra, dependendo do sistema avaliado. As perdas anatômicas têm mais ênfase no sistema muscular, já a ênfase das perdas funcionais é na avaliação mental. Após a avaliação, obtêm-se percentagens de incapacidade em relação ao funcionamento considerado normal nos atos da vida diária. Os atos da vida diária levados em conta são: capacidade de higienizar-se, capacidade de comunicar-se, capacidade de ter atividade física, avaliação sensorial, capacidade de realizar atividades manuais não especializadas, capacidade de locomoção, função sexual e sono. A avaliação médica para determinar a incapacidade não se refere ao trabalho e sim aos atos da vida diária, ou seja, ao déficit funcional e não à doença em si.

Recomendação da Organização Mundial de Saúde

Em 1976, a Organização Mundial de Saúde publicou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidade e Desvantagens (*handicaps*)²⁸, visando a diminuir as controvérsias existentes a respeito das situações resultantes da doença. Nesta publicação fez-se uma classificação das situações resultantes da doença:

- deficiência: perturbações em nível de um órgão ou função.
- incapacidade: conseqüências das deficiências em termos de desempenho e função do indivíduo, representando uma perturbação em nível da própria pessoa.
- desvantagem: prejuízo que o indivíduo experi-

menta devido à sua deficiência e incapacidade, refletindo a adaptação do indivíduo e interação com seu meio.

Essa publicação tornou-se um referencial por muitos anos, nos casos de avaliação de incapacidade, sendo reformulada em 2001, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)²⁹. Seu objetivo é fornecer um sistema de codificação com embasamento científico sobre saúde, podendo servir como ferramenta em sistemas de compensação e previdência social, substituindo a publicação de 1976. Nessa classificação são levadas em conta as funções dos sistemas do corpo, as partes anatômicas, as deficiências nas funções, a atividade exercida, o envolvimento nas situações da vida diária, os problemas que a pessoa pode encontrar na execução das atividades e nas situações da vida diária e os componentes do ambiente físico, social e de atitude que conduzem a vida da pessoa. Após identificar os componentes, a metodologia sugere a busca das limitações em tabelas da classificação, que as definem em termos percentuais. A CIF tem duas partes, sendo cada uma com dois componentes:

- Parte 1: funcionalidade e incapacidade:
 - funções do corpo e estruturas do corpo;
 - atividades e participação.
- Parte 2: fatores contextuais:
 - fatores ambientais;
 - fatores pessoais.

Esses componentes são identificados por prefixos em cada código, sendo:

- b (*body*): para as funções do corpo;
- s (*structure*): para as estruturas do corpo;
- d (*domínio*): para atividade e participação;
- e (*environment*): para fatores ambientais.

Recomendação da O.I.T.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT)³⁰ na Convenção 159 define pessoa inválida como aquela que possui diminuição substancial das possibilidades de obter e conservar um emprego, devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente reconhecida. A Enciclopédia da OIT³¹ refere que um dos temas que levam à discussão freqüentemente relaciona-se ao fato de as pessoas confundirem a presença de doença com incapacidade, sendo necessário que se faça um esclarecimento a esse respeito visando a integrar satisfatoriamente as pessoas com deficiências no trabalho, sendo uma questão de gerenciamento social, mediante adaptação do posto de trabalho. O impacto

jurídico da incapacidade depende do tipo de serviço ou norma vigente, sendo que as definições de incapacidade refletem um ordenamento jurídico existente para o reconhecimento da incapacidade. Relata exemplos de definições de ordenação jurídica no mundo, onde as vítimas de acidente do trabalho ou as que sofrem de alguma deficiência física ou mental teriam redução de capacidade laboral ao menos em 30%, em caráter temporário ou permanente. Conclui que a maioria das definições de incapacidade é consequência de práticas e requisitos legais que variam entre países, estando vinculados a um ato de reconhecimento oficial da situação de incapacidade. Corroborando esta afirmação, está a percentagem de incapacidade no Peru, que está em 2%, enquanto que na Áustria encontra-se em 20,9%.³² A proposta dessa instituição, vista como a tendência atual, seria a gestão da incapacidade, numa atitude proativa das empresas, em que haveria o concurso de uma equipe multidisciplinar composta de representantes da empresa (médicos, enfermeiras, chefes de recursos humanos, diretores de produção) representantes dos sindicatos, o médico-assistente, um reabilitador profissional e um fisioterapeuta³³.

Revisado o entendimento em outros países e em organismos internacionais, apresentam-se as publicações nacionais especificamente referentes à avaliação das LER/DORT.

Recomendação da ANAMT

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho publicou em abril de 2000 a Sugestão 4 em relação aos distúrbios decorrentes de sobrecarga funcional do sistema músculo-ligamentar dos membros superiores³⁴, tendo as seguintes particularidades pertinentes ao tema:

- a) nomenclatura: evitar adotar LER, LTC, DORT, por considerar a sigla irrelevante para o assunto e não refletir a complexidade dos fatores envolvidos.
- b) conceito: distúrbios e lesões provocadas por exposição a fatores biomecânicos, fatores organizacionais do trabalho, fatores psicossociais, anulação de mecanismos de conflito e tensões e fatores pessoais.
- c) incapacidade: não hesitar em afastar o empregado do trabalho quando o quadro clínico justificar ou quando a percepção da continuidade dos fatores desencadeantes persistir.

Já a Sugestão 8 trata da interação do médico do trabalho com a perícia da Previdência Social, lembrando que o INSS segura a *capacidade de exercício de atividade laboral* do indivíduo e não a doença. Entre

as 22 sugestões de condutas são aqui exemplificadas as demais interrelações com essa instituição:

Sugestão 7 – Acompanhar a situação funcional dos reabilitados e readaptados.

Sugestão 15 - Oficializar na empresa regra de trabalho segundo a qual pessoas que tenham ficado afastadas pela Previdência Social somente devem voltar à atividade após análise detalhada de sua capacidade.

Sugestão 16 – Se considerar-se que o mesmo esteja inapto para o retorno ao trabalho, documentar adequadamente o caso e fazer contato com o INSS.

Recomendação do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde em seu Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde³⁵ tem uma abordagem relacional referente à intervenção sobre ambientes e condições de trabalho, assim:

- nomenclatura: LER (lesões por esforços repetitivos), DORT (distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho), CTC (*cumulative trauma disorders*), OCD (*occupational cervicobrachial diseases*), OOS (*occupational overuse syndrome*).
- conceito: transtornos que apresentam como características comuns o aparecimento e evolução silenciosa, além de origem multifatorial complexa, como exigências biomecânicas, ferramentas vibratórias, posições forçadas e fatores organizacionais do trabalho.
- incapacidade: baseada nas seguintes questões:
 - a) há comprometimento ou prejuízo funcional?
 - b) há a possibilidade de agravamento pela permanência na atividade desenvolvida? No caso de resposta positiva, deve-se considerar incapacidade temporária.

Recomendação da Previdência Social

Na perícia previdenciária, a legislação prevê que o auxílio-doença será devido ao segurado que, após cumprida carência, ficar incapacitado para seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 dias³⁶. Para a avaliação de tal incapacidade, o INSS lança mão da perícia médica previdenciária. O conceito de incapacidade para a Previdência Social é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, aí incluindo o risco de morte para si ou para terceiros, além de agravamento da doença. A Previdência necessita que a incapacidade seja analisada quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada. Quanto ao

grau de incapacidade, classifica como parcial o grau que permite o desempenho da atividade sem risco de agravamento ou risco de morte. Já a incapacidade total seria a geração de uma impossibilidade de permanecer no trabalho. Quanto à duração da incapacidade, pode ser classificada como temporária ou de duração indefinida, de acordo com o que pode ser esperado da recuperação. Já em relação à profissão, pode ser definida como uniprofissional - a que provoca incapacidade para uma atividade específica; a multiprofissional - que provoca incapacidade para várias atividades; e omni-profissional - a que implica a impossibilidade do desempenho de qualquer atividade laboral. Invalidez é conceituada como a incapacidade total, multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, correspondendo à incapacidade geral de ganho³⁷.

O Ministério da Previdência Social publicou normas técnicas em relação às LER/DORT, por ser um dos pilares mais significativos da tríade conflituosa relação entre o INSS e seus segurados, visando a orientar o quadro pericial no desempenho de suas atividades. Apresentam-se, a título de ilustração, as últimas publicações a respeito do tema.

O.S. 606: vigorou até 05.12.03³⁸.

- nomenclatura: LER (lesões por esforços repetitivos), DORT (distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho), CTC (*cumulative trauma disorders*), OCD (*occupational cervicobrachial diseases*), OOS (*occupational overuse syndrome*).
- conceito: síndrome caracterizada por dor crônica, com ou sem alterações subjetivas, manifestando-se no pescoço, escápula e membros superiores em decorrência do trabalho.
- incapacidade: levará em conta cada caso em particular, dependendo das queixas clínicas e achados do exame físico e diagnóstico em relação à atividade exercida. Deverá ser reconhecida por sintomas clínicos, achados de exame físico que resultem em impotência funcional.

I.N. 98: vigente atualmente³⁹.

- nomenclatura: LER ou DORT.
- conceito: 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.

- incapacidade: não faz menção à metodologia de avaliação.

Finalmente, pela pertinência ao assunto, discutem-se brevemente duas outras doenças que geram polêmicas: benzenismo e PAIR. Nas normas técnicas do INSS relativas a essas duas doenças, O.S. 608 e O.S. 606, publicadas no Diário Oficial da União de 19.08.98, observa-se novamente que a instituição deixa muito aberto o conceito de invalidez, quando indica que a invalidez decorrerá de uma situação inviável para o retorno a qualquer atividade laborativa e insuscetível de reabilitação profissional para outra atividade, não deixando claro quais seriam essas situações, dando margem a múltiplas interpretações.

CONCLUSÃO

Em função de que este assunto possui múltiplas concepções técnicas que ultrapassam limites geográficos de diferentes países, entende-se que para a avaliação do dano corporal é imprescindível a existência de critérios fundamentais, tais como um diagnóstico o mais preciso possível com a estabilização da incapacidade funcional e avaliação clínico-ocupacional completa. Na impossibilidade da reabilitação profissional na empresa de vínculo ou mesmo em outra, o INSS forneceria o devido benefício com base no déficit funcional por meio de baremos ou de outra forma de quantificação funcional que poderia ser até com base na representação cerebral do homúnculo de Penfield. Assim, ratifica-se que esse fenômeno necessita de conhecimento bastante amplo e abrangente, envolvendo o conhecimento de especialidades médicas e jurídicas, sendo que as principais balizas que respaldam essa empreitada encontram apoio na Medicina do Trabalho, na Ergonomia, na Fisiatria e na Medicina Legal, possibilitando uma abordagem em que são contemplados, respectivamente, a prevenção, a detecção, a reabilitação e o contexto médico-legal dos indivíduos comprometidos nas atividades de vida diária em decorrência de dano e conseqüente

incapacidade funcional.

É imprescindível uma reforma nas normativas judiciais que introduza o Brasil em um sistema de arbitragem semelhante a países mais avançados na área de avaliação do dano corporal, com uma mínima intervenção dos tribunais de justiça, com a presença de peritos médicos adequadamente qualificados, que solucionem a maioria dos casos, com um gasto mínimo de tempo, dinheiro e custo humano, resultando em benefício do próprio segurado.

Como contribuição dos autores para aperfeiçoar o sistema atual, propõem-se:

- Legislação deve deixar clara qual a deficiência que está protegida por lei, ou seja:
 - deficiência por perda de substância corporal, perda ou limitação de função;
 - deficiência que incide na saúde;
 - deficiências que repercutem na possibilidade de participação social.
- A partir dessa diretriz, propõe-se a seguinte sistemática:
 - avaliação das lesões;
 - estudos das lesões provocadas pelo traumatismo;
 - determinação do estado de saúde no momento do acidente (estado anterior);
 - evolução das lesões sofridas;
 - determinação da data de cura ou consolidação;
 - avaliação exata das sequelas (aspectos anatômicos e funcionais);
 - estabelecimento do nexo entre a lesão e a seqüela;
 - determinação das conseqüências das lesões sobre todas as atividades que desenvolvia habitualmente (laboral, social, pessoal e familiar).
- Os meios de avaliação sugeridos seriam:
 - anamnese;
 - exame físico;
 - estudo de documentos;
- A avaliação pericial seria através de uma equipe de avaliação médica de incapacidade ao estilo da que foi implantada na Espanha em 1981, que conseguiu diminuir a percentagem de pensões por incapacidade de 9,56% em 1984 para 0,81% em 1994⁴⁰.

ABSTRACT

Objective: INSS (Instituto Nacional do Seguro Social – National Institute of Social Security) is an official Brazilian government agency responsible for health benefits payment to insured parties in case of labor impairment, which requires a certification through a thorough diagnosis. This medical practice, conflicting in itself, is currently becoming substantially more complex when the expert doctor does not find standard procedures to certify the need for work leave. Diagnosis procedures used in some countries, including Brazil, are analyzed in this study in order to understand how this process is performed, focusing at the decrease of possible conflicts. **Methodology:** a bibliographic research was used to analyze methodologies used in some countries, the methodology adopted by the World Health Organization, and also the one used in Brazil. **Results:** there is a clear methodology in countries and organizations described in this study, which can be adopted by medical professionals with some training. There are no clear diagnosis standard procedures in Brazil. Therefore, in some cases, it is up to the expert's opinion or perception. **Conclusion:** taking into account that there are no clear nor objective parameters in Brazil, including general public knowledge, for characterizing the functional deficit quantitative evaluation, this study suggests that clear labor disability evaluation methodologies should be adopted, according to the local laws, to make easy the discussion around the need for minimizing this conflicting relation between the parties.

Key words: Impairment; Measure; Standards; Legislation & jurisprudence.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz FA. Médico clínico versus médico perito: relacionamento com o paciente. *Jornal Medicina*. 2005; 155: p.24.
2. Gomes A. Deficiências auditiva, visual e outras. *Jornal da ANAMT*. 2005. – Setembro. pp. 4.
3. Helman CG. Abrangências da antropologia médica, in: *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre, 2006. 4ª ed. pp. 12-16.
4. Bicolchini CA. Semântica e Cognição em Bases de Conhecimento: do vocabulário controlado à ontologia. *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação* – v.2 n.5 out/01. Disponível em http://www.dgz.org.br/out01/Art_02.htm. Acesso em 16.01.06.
5. Sauter S, Swanson NG. An ecological model of musculoskeletal disorders in office work. In: Moon SD, Sauter S. *Taylor & Francis. Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects of Musculoskeletal Disorders in Office Work*. London, 1997. pp. 3-17.
6. Oliveira RA. Diferenças entre a ética médica e a bioética. *Jornal Medicina*. 2005; 156: p.8-9.
7. Sachett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *M. Medicina Baseada em Evidências: Prática e Ensino*. 2ª ed. Porto Alegre. 2003. Artes Médicas. pp. 19-30.
8. Ferreira Júnior M. *Medicina Baseada em Evidências*. *Jornal da ANAMT*. Ano XVII – Março 2005. pp. 6-7.
9. Celmo CP. *Princípios e Bases para a Prática Médica*. In: *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro, 2005. Guanabara Koogan. 5ª ed. pp. 3-4.
10. Moran EF. *Adaptabilidade Humana: Uma introdução à Antropologia Ecológica*. EDUSP, 1994. pp.47-64.
11. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen. *Compreender o trabalho para transformá-lo: A prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher Ltda. 2001. pp. 20-22.
12. Santos N, Dutra ARA, Righi CAR, Fialho FAP, Proença RPC. *Antropotecnologia: A ergonomia dos sistemas de produção*. Curitiba: Gênese. 1997. pp. 49-51.
13. Souza RMB. *Saúde Mental e Trabalho: Impactos no cotidiano*. Londrina: Editora UEL. 2002. pp.13-21.
14. Helman CG. Interações médico-paciente, in: *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre, 2006, 4ª ed. pp. 109-145.
15. Ballone, G.J. Dano psíquico. In: *PsiquWeb*, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/forense/danopsi.html>>2003.
16. Mendes R. *Patologia do Trabalho*. São Paulo. Atheneu. 2003. 2ª ed. pp. 58-60.
17. Laplantine F. *Antropologia da doença*. Martins Fontes Editora, São Paulo. 1991. 1ª ed.. pp. 11-63.
18. Vanrell JP. *Avaliação do Dano Corporal de Natureza Cível: As lesões corporais e suas Sequelas*. Disponível em: http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/avaliacao_Dano_corporal.htm Acesso em 20.04.06.
19. França, G. V. *Medicina Legal*. R.J.: Ed. Koogan, 2001.
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. *Manual de Orientação Ética e Disciplinar*. vol.1. 3ª ed. Florianópolis, 2003. pp.91-92.
21. Estévez FA. *Incapacidad Laboral y Jubilación*. In: Hernández FG. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson S.A.; 2005. pp. 86-107.
22. Cueto CH. *Valoración del daño en el ambito laboral*. In: Hernández FG. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson S.A.; 2005. pp.132-40.
23. *Legislación española: Ley 30/95, de 8 de noviembre de 1995*.
24. Mélenec L. *Valoración de las discapacidades y del daño corporal: Baremo Internacional de Invalideces*. Barcelona: Masson S.A.; 2000. pp.1-10.
25. *Tabela Nacional de incapacidades*. Disponível em: http://www.snripd.pt/bibliopac/diplomas/DL_341_93.htm

26. Lei 24.557. Disponível em: <http://www.smtba.com.ar/d659teil.htm>
27. Cocchiarella L, Andersson GBJ. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. American Medical Association. 5a ed. 2001. pp. 1-6.
28. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
29. Organização Mundial de Saúde. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: Um Manual de Classificação das Conseqüências das Doenças. Lisboa, 1989. pp. 30-38
30. Organização Internacional do Trabalho. Convenção 159: Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/lex64.htm>. Acesso em 20.01.06
31. Momm W, Geiecker O. Discapacidad: Conceptos y definiciones. In: Organización Internacional do Trabalho. Enciclopédia da O.I.T. pp. 17.2-17.6.
32. Raskin K. Política Social y Derechos Humanos: Conceptos de la Discapacidad. In: Organización Internacional do Trabalho. Enciclopédia da O.I.T. pp. 17.12-17.17.
33. Shrey DE. Gestión de la Discapacidad em el lugar de trabajo: Visión de Conjunto y Tendências Futuras. In: Organización Internacional do Trabalho. Enciclopédia da O.I.T. pp. 17.25-17.30.
34. Sugestão 4: Em Relação aos Distúrbios Decorrentes de Sobrecarga Funcional do Sistema Músculo-Ligamentar dos Membros Superiores. Disponível em: http://www.anamt.org.br/conducta/scma_04_05012005.pdf. Acesso em 27.01.06.
35. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001. pp. 425-435.
36. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. Decreto Nº 3048, de 6 de maio de 1999.
37. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Versão 2.
38. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. O.S. 606. Brasília, 1999.
39. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. I.N.98. Brasília, 2003.
40. Cueto, H. Valoración Médica del Daño Corporal. Guia Prática para Exploración y Valoración de Lesionados. 2ª ed. Editorial Masson. Barcelona, 2001. p.93.