

CARTILHA SOBRE LER/DORT

José Luis Wagner
Aracéli Alves Rodrigues
Karin Jane Fries¹

APRESENTAÇÃO

A industrialização dos meios de produção, a par dos inúmeros avanços tecnológicos que proporcionaram à vida moderna um conforto inimaginável em épocas anteriores, ocasionou um aumento significativo dos quadros clínicos decorrentes da sobrecarga estática e dinâmica² do sistema osteomuscular.

Só recentemente, porém, atribuiu-se maior atenção a esses quadros clínicos, que passaram a ser reunidos num mesmo grupo cujas denominações mais conhecidas são Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)³ ou, simplesmente, LER/DORT⁴.

A preocupação em proporcionar ao trabalhador uma maior qualidade de vida, como forma mesmo de manter ou aumentar a sua produtividade, associada ao crescimento constante do número de casos de LER/DORT, está na base das discussões mais recentes sobre o assunto, bem como do enquadramento da síndrome entre as doenças ditas ocupacionais.

Na esteira das discussões aludidas, a presente cartilha, elaborada pelo escritório **WAGNER ADVOGADOS ASSOCIADOS**, a pedido da **FEDERAÇÃO NACIONAL DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES DO JUDICIÁRIO FEDERAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – FENAJUFE**, tem por objetivo contribuir para o esclarecimento dos servidores e da sociedade em geral quanto às questões relativas às LER/DORT.

Não se pretende esgotar o assunto ou aprofundar em discussões teóricas os vários aspectos da questão, mas, simplesmente, esclarecer a

¹ Advogados integrantes do escritório Wagner Advogados Associados.

² Quando se fala em sobrecarga estática, está-se a mencionar a sobrecarga que pode ocorrer em alguns segmentos do corpo em razão da permanência, durante muito tempo, numa mesma posição. Já a sobrecarga dinâmica refere-se à realização de movimentos repetitivos que podem, de igual modo, sobrecarregar membros e articulações.

³ As LER/DORT são também conhecidas por outras denominações, tais como: Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO).

⁴ Essa a terminologia adotada pelo INSS na Instrução Normativa nº 98/2003.

matéria sob os pontos de vista do diagnóstico, dos fatores de risco, do tratamento e da prevenção das LER/DORT, bem como dos direitos que assistem o servidor acometido por tal enfermidade.

O trabalho contou com a participação do Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário e do Ministério Público da União no Distrito Federal – SINDJUS/DF, de cuja Cartilha “LER/DORT: o que você precisa saber para evitar” foram extraídas algumas das informações aqui inseridas⁵.

A FENAJUFE, juntamente com a Assessoria Jurídica Nacional, espera que a iniciativa seja útil aos trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União, contribuindo para a conquista da melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores.

1. Breve Histórico: o reconhecimento das LER/DORT⁶ como doença ocupacional

Embora, como se disse, os quadros clínicos classificados como LER/DORT não sejam novidades, a proteção ao trabalhador acometido por tais doenças é bastante recente.

Segundo o INSS, as LER/DORT no Brasil foram inicialmente descritas como tenossinovite ocupacional, das quais foram apresentados casos verificados em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, durante o XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, em 1973. Na ocasião, foram recomendadas pausas de trabalho para aqueles trabalhadores cujas atividades implicassem em operar intensamente com as mãos.

Só bem mais tarde, porém, mais especificamente em 1987⁷, é que a Previdência Social passou a reconhecer a tenossinovite do digitador como doença ocupacional, resultado de uma intensa pressão das entidades sindicais representativas dos trabalhadores em processamento de dados.

Em 1990, foram editadas medidas preventivas, através da Portaria nº 3.751, do Ministério do Trabalho, que alterou a Norma Regulamentadora nº 17, e atualizou a Portaria nº 3.214/78. O ato normativo em questão abordou vários

⁵ Registra-se a existência de Cartilhas sobre o assunto do Ministério da Saúde (Saber *Ler* para prevenir *Dort*); da Federação dos Trabalhadores no Comércio no Estado de Santa Catarina – FECESC (LER/DORT: doenças do trabalho); do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (Xô Dort!: Cartilha de prevenção aos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho); da Confederação Nacional dos Bancários (LER – Lesões por Esforços Repetitivos – Cartilha); do Sindicato dos Bancários de Guarulhos e Região (Cartilha sobre LER/DORT); do Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicações do Rio de Janeiro (LER/DORT) e do Sindicato dos Trabalhadores Desenhistas do Rio Grande do Sul (LER/DORT Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Na elaboração do trabalho foi utilizada, também, a Instrução Normativa nº 98 INSS/DC, de 05 de dezembro de 2003.

⁶ Item elaborado com base no Anexo da Instrução Normativa nº 98/2003, do INSS.

⁷ Antes disso, em 1986, através da Circular de Origem nº 501.001.55 nº 10, a direção geral do INAMPS orientou as Superintendências no sentido de reconhecerem a tenossinovite como doença do trabalho, quando resultante de “movimentos articulares intensos e reiterados, equiparando-se nos termos do parágrafo 3º, do art. 2º da Lei n.º 6.367, de 19/10/1976, a um acidente de trabalho”.

aspectos das condições de trabalho que propiciavam o aparecimento das LER/DORT, aconselhando a adequação ergonômica dos postos de trabalho e pausas para descanso em determinadas atividades.

No ano seguinte, o então Ministério Unificado do Trabalho e da Previdência Social publicou as normas referentes às LER, que faziam parte de sua série de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade, as quais continham critérios de diagnóstico e tratamento, além de ressaltar aspectos epidemiológicos da síndrome.

Em 1992, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e das Secretarias de Estado do Trabalho e Ação Social e da Saúde de Minas Gerais, o Sistema Único de Saúde fez publicar resoluções sobre o assunto.

O INSS, por seu turno, em 1993, publicou uma revisão de suas normas sobre LER, ampliando o conceito até então aceito e reconhecendo na etiologia da doença, além dos fatores biomecânicos, os fatores relacionados à organização do trabalho. Essas normas foram substituídas, em 1998, pela Ordem de Serviço INSS/DSS nº 606/98.

Recentemente, a OS nº 606/98 foi revisada pela Instrução Normativa nº 98, de 5 de dezembro de 2003.

Não há, até o momento, legislação específica sobre o assunto no âmbito do serviço público, sendo que, conforme se verá adiante, muitas das construções jurisprudenciais em torno do tema são passíveis de ser aplicadas aos servidores públicos, pela própria redação das disposições estatutárias, na parte em que tratam da saúde do servidor.

2. O que são as LER/DORT?

Por LER/DORT entende-se um conjunto de síndromes (quadros clínicos, patologias, doenças) que atacam os nervos, músculos e tendões, juntos ou separadamente. Como são resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação, têm seu surgimento relacionado a condições de trabalho inadequadas.

Tanto a utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos (digitação, por exemplo), como a permanência de determinados segmentos do corpo em uma mesma posição por período de tempo prolongado, podem ocasionar a sobrecarga que permite o aparecimento das LER/DORT.

Fatores emocionais, tais como a tensão imposta pela organização do trabalho e a necessidade de concentração, também interferem de forma significativa no aparecimento da síndrome.

Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas,

concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, manifestando-se, principalmente, no pescoço, cintura escapular e membros superiores.

3. Quais os principais sintomas das LER/DORT?

O sintoma mais freqüente e característico das LER/DORT é a dor, que de início se manifesta de forma lenta. Porém, após algum tempo, torna-se intensa e contínua, prejudicando a produtividade e o sono do trabalhador.

Em virtude dos sintomas, as LER/DORT costumam ser classificadas em diferentes graus. É importante que o trabalhador conheça as características da doença em cada estágio, pois a cura depende do diagnóstico precoce e do efetivo tratamento.

São os seguintes os sintomas verificados em cada fase:

GRAU 1: sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea no local, às vezes com pontadas ocasionais durante a jornada de trabalho, as quais não chegam a interferir na produtividade. Essa dor é leve e melhora com o repouso. Não há sinais clínicos.

GRAU 2: dor mais persistente e mais intensa. Aparece durante a jornada de trabalho de forma contínua. É tolerável e permite o desempenho de atividade, mas afeta o rendimento nos períodos de maior esforço. A manifestação de dor ocorre inclusive no desempenho de tarefas domésticas. É mais localizada e pode vir acompanhada de formigamento e calor, além de leves distúrbios de sensibilidade. Os sinais clínicos, de modo geral, continuam ausentes. Podem ser observadas pequenas nodulações e dor ao apalpar o músculo envolvido.

GRAU 3: A dor torna-se mais persistente, forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só diminui a intensidade, nem sempre fazendo-a desaparecer por completo. Aparece mais vezes fora da jornada, especialmente à noite. Perde-se um pouco a força muscular e há queda de produtividade, quando não a impossibilidade de executar a função. Os trabalhos domésticos muitas vezes não podem ser executados, estando presentes os sinais clínicos. O inchaço é freqüente, assim como a transpiração e a alteração da sensibilidade. Movimentar ou apalpar o local afetado causa dor forte. Nesta fase, o retorno ao trabalho já se mostra problemático.

GRAU 4: Dor forte, contínua, por vezes insuportável, levando a intenso sofrimento. A dor se acentua com os movimentos, estendendo-se a todo o membro afetado. Dói até quando o membro estiver imobilizado. A perda de força e controle dos movimentos são constantes. O inchaço é persistente e podem aparecer deformidades, como as atrofias nos dedos, em função do desuso. A capacidade do trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. As atividades do cotidiano são muito prejudicadas. Nesse estágio, são comuns as alterações psicológicas, com quadros de depressão, ansiedade e angústia. A reabilitação é difícil, podendo gerar seqüelas irreversíveis.

As partes do corpo mais afetadas são as mãos, punhos, antebraço, cotovelos, braços, ombros e regiões da escápula e do pescoço.

4. Quais são os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento das LER/DORT?

Quando se fala em “fator de risco” envolvido no desenvolvimento das LER/DORT, está-se a referir os fatores do trabalho relacionados com o aparecimento da síndrome.

Importante observar que as LER/DORT são multicausais, isto é, na sua origem não há um único fator de risco envolvido e, sim, vários fatores que, geralmente, interagem no local de trabalho.

Embora as causas das LER/DORT ainda não estejam bem esclarecidas, alguns fatores podem ser apontados como sendo de risco para o desenvolvimento destas. São eles:

a) Fatores Físicos ou Biomecânicos: movimento repetitivo excessivo; força muscular exagerada; postura prolongada ou incorreta; condicionamento físico insuficiente, etc. A presença de mais de um fator biomecânico numa determinada atividade aumenta o risco de instalação da LER/DORT e compromete a recuperação funcional das estruturas comprometidas.

b) Fatores Organizacionais: natureza repetitiva do trabalho; problemas de comunicação com a chefia ou com os colegas; ausência de rodízios e pausas na organização do trabalho; inadequação do posto de trabalho; obrigatoriedade de manter o ritmo acelerado para atingir

as metas de produtividade; jornadas prolongadas de trabalho, com freqüente realização de horas extras, dentre outros.

c) Fatores Psicossociais: os fatores psicossociais estão relacionados a quadros de ansiedade, depressão e, principalmente, de estresse ocupacional causado pelas percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho, tais como: ausência de autonomia, pressões cotidianas, perfeccionismo, além dos fatores relacionados à carga e ao ritmo de trabalho, à carreira, ao ambiente de trabalho, e outros.

É possível, ainda, que associada aos fatores de risco elencados acima, haja uma predisposição genética do trabalhador, ou seja, uma propriedade hereditária do indivíduo, que facilita o aparecimento das LER/DORT.

5. Quais são as funções mais atingidas?

As funções mais comumente atingidas pelas LER/DORT são aquelas que se executam com movimentos repetitivos excessivos, força muscular exagerada e expõem à postura prolongada ou incorreta.

Por tais razões os servidores que trabalham com digitação são mais freqüentemente atingidos pelas LER/DORT. Outras atividades bastante atingidas são carimbadores, numeradores, etiquetadores, perfuradores, taquígrafos, arquivistas, reprografistas, grampeadores, entre outros.

Tem sido observada uma maior incidência das LER/DORT em pessoas do sexo feminino e em trabalhadores sujeitos a dupla jornada de trabalho ou a trabalho e estudo.

6. Como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico das LER/DORT compreende a investigação dos seguintes pontos:

a) histórico da moléstia atual, pois o início dos sintomas é insidioso, agravando-se com o passar do tempo;

b) investigação dos diversos aparelhos, a fim de identificar a ocorrência de outras doenças e sintomas que podem levar ao agravamento do caso, tais como: artrite, diabetes *mellitus*, dentre outras;

c) comportamentos e hábitos relevantes, já que certas atividades como o ato de tricotar, usar excessivamente o

computador em casa, e outras podem causar ou agravar os sintomas⁸;

d) antecedentes pessoais e familiares: traumas, fraturas e, ainda, histórico familiar de diabetes e outras doenças podem ter implicações nos sintomas;

e) histórico ocupacional, que serve para apurar se houve tempo suficiente de exposição a fatores de risco, qual a intensidade da exposição a esses fatores, etc, e

f) exame físico e exames complementares, com a finalidade de apurar a existência de outras patologias.

Importante lembrar que o trabalhador deve relatar detalhadamente cada um desses aspectos, pois, como no início não há manifestações externas da doença, o diagnóstico essencialmente clínico pode ser falho. Sob esse aspecto, o histórico ocupacional mostra-se indispensável para a identificação da síndrome.

7. É possível a cura?

Se diagnosticados e tratados precocemente, de forma adequada, os casos de LER/DORT apresentam prognóstico bom, podendo o paciente ser totalmente recuperado, desde que afastados os fatores de risco.

A gravidade do problema está intimamente ligada ao tempo de evolução do quadro clínico, embora já se tenham registrado casos de rápida evolução.

8. As LER/DORT são incapacitantes?

As LER/DORT costumam atingir o trabalhador no auge de sua produtividade, isto é, na faixa etária de 20 a 40 anos, e podem levar a algum grau de incapacidade e, em certos casos, até à aposentadoria por invalidez.

9. Quais os tratamentos mais utilizados?

Há várias formas de se tratarem as LER/DORT, de acordo com a gravidade de cada caso. No entanto, a experiência tem demonstrado que a abordagem multidisciplinar, isto é, o tratamento efetuado com equipe multiprofissional (médicos, terapeutas corporais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, por exemplo), produz melhores resultados, dada a diversidade, complexidade e variabilidade dos portadores.

⁸ Importante destacar que, conquanto as atividades doméstica possam agravar os sintomas das LER/DORT, dificilmente poderiam ser consideradas como causas determinantes dos sintomas, pois tais atividades são normalmente desempenhadas com flexibilidade de tempo e ritmos.

Dentre os recursos terapêuticos que podem ser utilizados durante o programa de tratamento e reabilitação, destacam-se os medicamentos (analgésicos, antiinflamatórios, anestésicos...), a acupuntura, a fisioterapia (incluindo RPG), a massagem, a hidroginástica, a hidroterapia, os exercícios de alongamento e relaxamento, etc.

Em alguns casos raros tem sido indicada a intervenção cirúrgica. No entanto, os procedimentos cirúrgicos não têm se mostrados eficientes no tratamento.

10. Quais as doenças enquadráveis como LER/DORT?

O INSS, em sua Instrução Normativa nº 98/2003, enumera alguns diagnósticos enquadráveis como LER/DORT. O rol, contudo, é exemplificativo, não impedindo que outras doenças venham a ser enquadradas como LER/DORT.

QUADRO I
RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA ENTRE O TRABALHO E ALGUMAS ENTIDADES NOSOLÓGICAS

LESÕES	CAUSAS OCUPACIONAIS	EXEMPLOS	ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Bursite de cotovelo (olecraniana)	Compressão do cotovelo contra superfícies duras	Apoiar o cotovelo em mesas	Gota, contusão e artrite reumatóide
Contratura de fásia palmar	Compressão palmar associada à vibração	Operar compressores pneumáticos	Heredo – familiar (Contratura de Dupuytren)
Dedo em Gatilho	Compressão palmar associada à realização de força	Apertar alicates e tesouras	Diabetes, artrite reumatóide, mixedema, amiloidose.
Epicondilites do Cotovelo	Movimentos com esforços estáticos e preensão prolongada de objetos, principalmente com o punho estabilizado em flexão dorsal e nas pronosupinações com utilização de força.	Apertar parafusos, desencapar fios, tricotar, operar motosserra	Doenças reumáticas e metabólicas, hanseníase, neuropatias periféricas, contusão traumas.
Síndrome do Canal Cubital	Flexão extrema do cotovelo com ombro abduzido. Vibrações.	Apoiar cotovelo ou antebraço 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	Cervicobraquialgia, síndrome da costela cervical, síndrome da primeira costela, metabólicas, Artrite Reumatóide e Rotura do Supra-espinhoso

		ombro e a cabeça	
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
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	Menopausa, trauma, tendinite da gravidez (particularmente se bilateral), lipomas, artrite reumatóide, diabetes, amiloidose, obesidade neurofibromas, insuficiência renal, lupus eritematoso, condrocalcinose do punho
Tendinite da Porção Longa do Bíceps	Manutenção do antebraço supinado e fletido sobre o braço ou do membro superior em abdução.	Carregar pesos	Artropatia metabólica e endócrina, artrites, osteofitose da goteira bicipital, artrose acromioclavicular e radiculopatias C5-C6
Tendinite do Supra – Espinhoso	Elevação com abdução dos ombros associada a elevação de força.	Carregar pesos sobre o ombro,	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 força.	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 mouse	Artrite Reumatóide, Gonocócica, Osteoartrose e Distrofia Simpático-Reflexa (síndrome Ombro - Mão)
Obs.1 : considerar a relevância quantitativa das causas na avaliação de cada caso. A presença de um ou mais dos fatores listados na coluna “Outras Causas e Diagnóstico Diferencial” não impede, <i>a priori</i> , o estabelecimento do nexos.			
Obs. 2 : vide Decreto nº 3048/99, Anexo II, Grupo XIII da CID –10 – “ Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Relacionadas com o Trabalho”			

11. Por que o portador das LER/DORT é tão discriminado?

Muitos portadores das LER/DORT relatam terem sido vítimas de discriminação em razão da síndrome.

Isto ocorre porque, em geral, os sintomas das LER/DORT não têm manifestação externa. Sendo a dor característica desses distúrbios bastante subjetiva, é comum que a moléstia cause certa desconfiança nas chefias e colegas de trabalho do portador, quanto à veracidade das queixas.

Note-se que, em alguns casos, o portador das LER/DORT

não consegue, sequer, realizar tarefas simples como pentear o cabelo e abrir portas, tal a gravidade do problema.

Assim, além de ter de enfrentar a doença, o trabalhador acometido tem ainda um outro obstáculo a enfrentar: a discriminação.

Importante destacar, ainda, que como o estresse e outras causas de fundo emocional contribuem para o desenvolvimento das LER/DORT, a compreensão e apoio dos colegas, das chefias e da família é de extrema relevância na recuperação do trabalhador acometido pela moléstia.

12. Como prevenir?

Algumas atitudes podem contribuir para a prevenção da ocorrência das LER/DORT, atitudes essas que requerem a participação não só do empregador, mas, também, do trabalhador, e mesmo das entidades sindicais que representam a categoria.

A Administração deve providenciar a identificação dos fatores de risco capazes de levar ao desenvolvimento das LER/DORT no ambiente de trabalho, tais como o modo pelo qual as tarefas são realizadas, o uso da força, as posições forçadas e por tempo prolongado, etc. Também os aspectos organizacionais do trabalho e os fatores psicossociais devem ser tidos em conta, de modo que, a par desses fatores de risco, se possa melhor traçar a estratégia para a eliminação dos mesmos.

A eliminação dos fatores de risco por parte do empregador pode passar, assim, pela adequação dos postos de trabalho, pela realização de programas de ginástica laboral, pela adoção de pausas para descansos, dentre outras medidas.

Já no que pertine ao trabalhador, a prevenção pode se dar através do uso de medidas que lhe confirmam um melhor condicionamento físico, como a prática de exercícios, e também pela participação conjunta com o empregador e com o serviço médico respectivo, na identificação dos fatores de risco de que se tratou anteriormente.

É interessante, ainda, que o sindicato negocie com a Administração a realização de palestras informativas sobre o assunto, com vistas tanto à prevenção da doença quanto ao diagnóstico precoce.

No que diz respeito às entidades sindicais, cabe destacar que não há que se falar em prevenção, sem também falar na conscientização e orientação, onde a atuação sindical é de extrema relevância. O conhecimento dos sindicatos e dos lesionados, a discussão e a reflexão sobre as doenças são essenciais, especialmente porque os responsáveis costumam contar com a falta de informação para manter as formas tradicionais (e muitas vezes prejudiciais) de organização do trabalho.

Além disso, é fundamental a participação sindical como forma de pressionar as empresas e, no caso do serviço público, os órgãos da Administração, a adotarem medidas capazes de propiciar a melhoria das condições de trabalho da categoria.

13. Alguns cuidados simples que você pode tomar para auxiliar na prevenção:

a) conheça e utilize corretamente os ajustes de sua cadeira, de modo que seus cotovelos estejam na altura do tampo da mesa, a área lombar apoiada sem forçar qualquer ponto da coluna; digitando ou lendo, o tronco e as coxas devem formar um ângulo de, aproximadamente 100-110°;

b) evite posturas incorretas, como sentar torto;

c) procure manter os pés bem apoiados no chão e, se necessário, solicite apoio para os pés;

d) ajuste a distância do monitor aos seus olhos, de forma que a linha superior do monitor fique no máximo na altura dos olhos;

e) use seu computador de modo a evitar reflexos do sol ou das luminárias nos seus olhos;

f) posicione o mouse junto ao teclado;

g) solicite ao órgão suporte para documentos;

h) ajuste a mesa à atividade a ser executada, de modo que o campo de trabalho fique ao alcance dos braços, não exigindo movimentos corporais em excesso;

i) deixe o teclado, o monitor e o documento equidistantes à visão durante o trabalho;

j) se submetido a esforço repetitivo freqüente ou a posturas forçadas, faça pausas, de preferência realizando exercícios de alongamento e distensionamento nos locais do corpo que foram mais exigidos (mãos, braços e olhos nos digitadores);

l) no caso dos digitadores, o número de toques não deve ser superior a 8000 por hora trabalhada, não podendo

exceder a 5 horas de trabalho com entradas de dados;

m) evite colocar documentos pesados em gavetas próximas ao piso;

n) coloque objetos de uso constante ao alcance de suas mãos, o mais próximo possível do corpo;

o) dedique pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana, para a prática regular de atividades físicas;

p) cuide da postura ao realizar certas tarefas domésticas que, embora indispensáveis, podem aumentar o risco de lesões, como lavar roupa, colocar roupa no varal, colocar objetos no alto de armários, etc;

q) busque trabalhar o seu estresse;

r) adote uma dieta balanceada, e

s) analise e tome todas as medidas necessárias para melhorar a sua qualidade de vida.

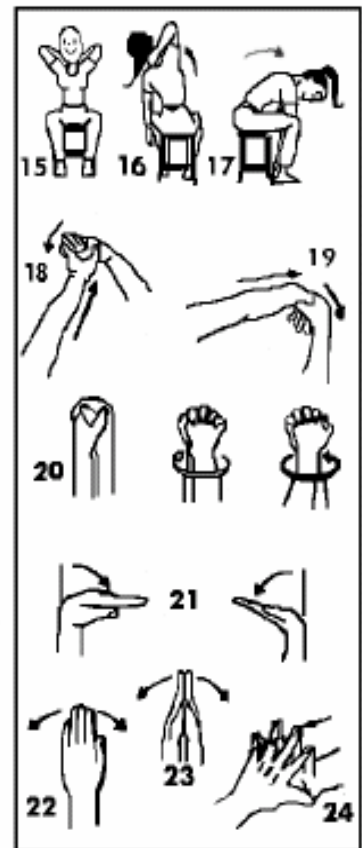
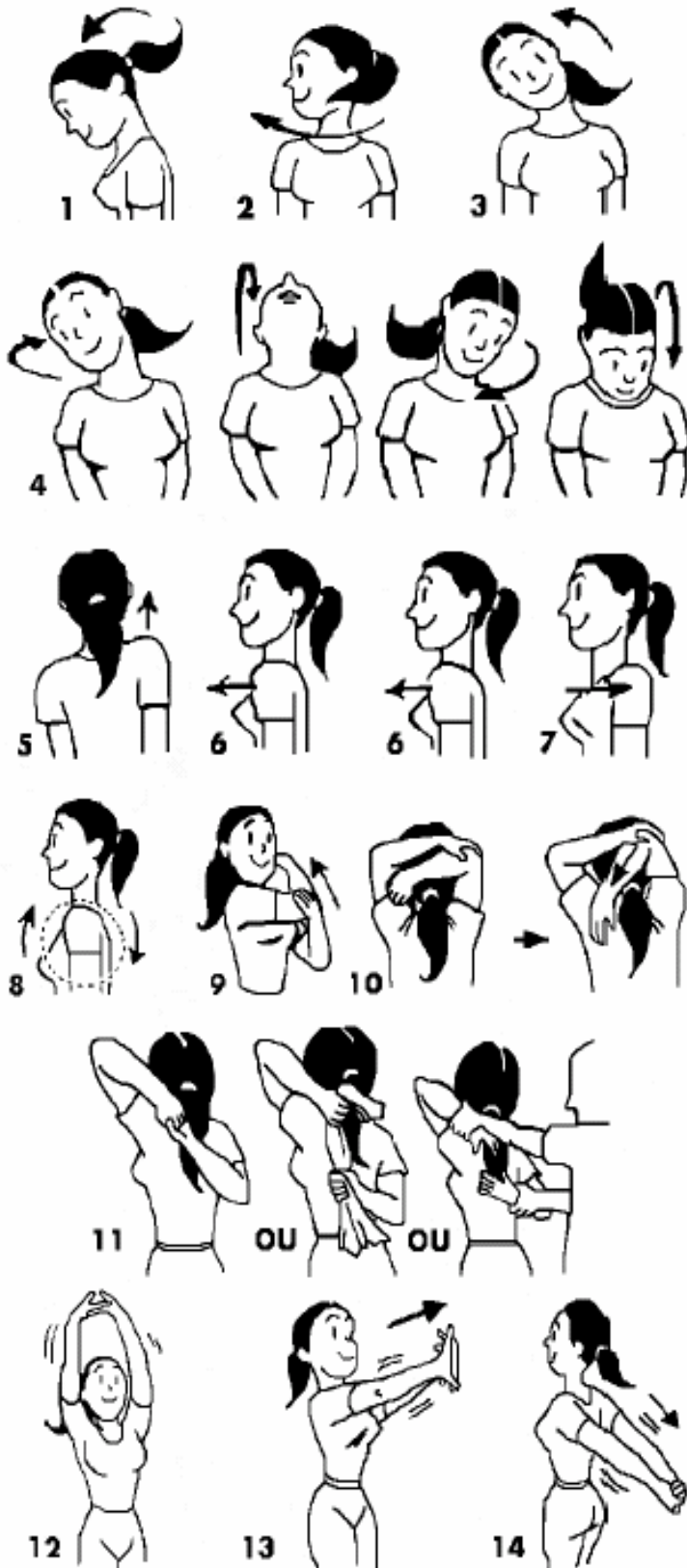
14. Ginástica Laboral

Exercícios de alongamento e relaxamento contribuem para eliminar a fadiga muscular e o estresse, aumentando a flexibilidade e melhorando a circulação sanguínea.

Como antes já mencionado, é importante que o trabalhador discuta com o empregador a implantação de um programa de ginástica laboral, que é uma opção rápida, barata e de grandes resultados.

Porém, enquanto a Administração não o fizer, o trabalhador pode, seguindo instruções, realizar alguns exercícios. Esses exercícios podem ser responsáveis, em grande parte, pela prevenção das LER/DORT.

Seguem alguns exemplos de exercícios que podem ser feitos em pouco tempo e no próprio local de trabalho:



15. O que fazer no caso de apresentar sintomas ou sinais sugestivos?

No caso de suspeita das LER/DORT, procure um especialista (ortopedista, reumatologista ou fisiatra), para fazer avaliação clínica criteriosa e diagnóstico. Lembre-se: LER/DORT não são diagnósticos!

Se diagnosticada moléstia enquadrável como LER/DORT, remeta-se à chefia imediata para que seja formalizado junto ao serviço médico do órgão pedido de avaliação quanto à existência de nexa (relação) entre as condições de trabalho e o diagnóstico evidenciado.

Havendo alguma dúvida quanto ao parecer final do serviço médico, procure a assessoria de saúde do seu sindicato para esclarecimentos e encaminhamentos cabíveis.

<p>DIREITOS DO SERVIDOR ATINGIDO POR LER/DORT</p>
--

Até aqui foram tratados os aspectos médicos das LER/DORT, tais como o diagnóstico, os fatores de risco, o tratamento e a prevenção.

A partir de agora serão abordados, brevemente, os aspectos jurídicos que envolvem as LER/DORT, especificamente no que diz respeito aos servidores públicos federais.

1. Licença para tratamento de saúde

O servidor que apresentar sintomas característicos de algumas das moléstias enquadráveis como LER/DORT faz jus à licença para tratamento de saúde, que pode ser concedida a pedido ou de ofício, com base em perícia médica (RJU, art. 202).

A licença para tratamento de saúde é remunerada e o período é computado como sendo de efetivo exercício (RJU, art. 102, VIII, b).

A duração máxima da licença para tratamento de saúde é de 24 (vinte e quatro) meses, após o que, não estando o servidor em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, será aposentado por invalidez (RJU, art. 188).

Para licenças até 30 (trinta) dias, a inspeção médica pode ser feita por médico do setor de assistência do órgão de pessoal. Se por prazo superior, a avaliação deverá ser feita por junta médica oficial.

A licença pode ser prorrogada até atingir o limite de 24 (vinte e quatro) meses de que trata o art. 188 do RJU, sempre mediante inspeção médica.

2. Licença por Acidente em Serviço

Ainda que alguns órgãos públicos não reconheçam as LER/DORT como acidente de trabalho, verifica-se que essas doenças ocupacionais se enquadram perfeitamente no conceito de acidente em serviço fixado pelo Regime Jurídico Único dos servidores públicos da União.

O art. 212 do RJU estabelece como acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Além disso, o Superior Tribunal de Justiça – STJ- tem reiteradamente equiparado os casos de LER/DORT a acidentes de trabalho⁹, ainda que sem se referir especificamente aos servidores públicos.

Assim, o servidor acometido por LER/DORT também poderia ser licenciado em decorrência de acidente em serviço, tendo direito a receber remuneração integral (RJU, art. 211) e sendo o período de afastamento considerado como de efetivo exercício (RJU, art. 102, VIII, d).

3. Readaptação

Como já se adiantou, após o término da licença, o servidor será submetido à inspeção médica, que poderá concluir pelo seu retorno ao cargo ou pela sua readaptação, ou, ainda, pela aposentadoria.

A readaptação (RJU, art. 24) deve ser aplicada àqueles servidores que sofreram limitações em sua capacidade em razão das LER/DORT, mas têm capacidade física e mental de desenvolver outra atividade, não sendo considerados inválidos para o serviço público.

No caso dos servidores que sofreram LER/DORT, para ser possível a readaptação, é necessário que se afastem os fatores de risco que causaram a moléstia. Do contrário, os sintomas poderão reaparecer.

A readaptação deve ser efetuada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, o nível de escolaridade e a equivalência de vencimentos com o cargo do qual era titular o servidor.

4. Aposentadoria por invalidez

Na hipótese de ser constatado que o servidor não possui condições de reassumir o cargo nem de ser readaptado, ele será aposentado por

⁹ São exemplos desse posicionamento os seguintes julgados: Recurso Especial nº 603822/MG (DJ: 20/06/2005); Recurso Especial nº 537386 (13/06/2005); Recurso Especial nº 569351(04/04/2005); e Conflito de Competência nº 33572 (DJ: 30/06/2003).

invalidez (RJU, art. 186, I e § 3º e art. 188).

Nos termos do art. 40, § 1º, I da Constituição Federal e do art. 186, I do RJU, o servidor incapacitado permanentemente em razão de moléstia profissional tem direito à aposentadoria com proventos integrais.

Além disso, importante ressaltar novamente que, conquanto não tenham sido localizados precedentes específicos envolvendo servidores públicos, para os segurados do regime geral, a jurisprudência dos tribunais pátrios assentou entendimento segundo o qual as LER/DORT são consideradas acidente de trabalho.

A redação do art. 212, *caput*, do RJU, é bastante semelhante à do art. 19, da Lei 8.213/91, que possibilitou o entendimento supra. Dispõe o referido artigo:

Art. 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido. (sem grifos no original)

Já o art. 19, da Lei 8.213/91, prevê:

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 cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. (sem grifos no original)

Desse modo, também para os servidores públicos, as LER/DORT devem ser consideradas acidente de serviço. Sendo acidente de serviço e em sendo causa de invalidez permanente, dão ensejo a aposentadoria com proventos integrais.

Outra hipótese a considerar, no caso de ser afastada a caracterização como acidente de serviço, ainda no caso de invalidez permanente, é considerar as LER/DORT como doenças graves ou incuráveis, pois, embora o art. 186 do RJU não enuncie as doenças enquadráveis como LER/DORT entre aquelas incapacitantes, o rol ali descrito não é taxativo. Por conseguinte, não afasta o reconhecimento dos diagnósticos identificados como LER/DORT como doença grave ou incurável, permitindo a aposentadoria do servidor com proventos integrais.

Note-se que a integralidade de que se fala, após a entrada em vigor da Emenda Constitucional nº 41/2003, é aquela calculada sobre a média das últimas maiores remunerações do servidor, utilizadas como base de cálculo para as contribuições do mesmo para os regimes a que esteve vinculado,

correspondentes a 80% (oitenta por cento) de todo o período contributivo desde a competência de julho de 1994, ou desde o início da contribuição, se posterior àquela competência. **Disso decorre que a chamada integralidade não garante a paridade com os vencimentos que o servidor recebia na ativa.**

CONCLUSÕES

Diante de tais fatos, o ideal é que o sindicato da categoria tenha condições de fazer um amplo trabalho de discussão sobre as LER/DORT, realizando eventos sobre o assunto com a presença de especialistas nas diversas áreas de conhecimento que podem contribuir na discussão da matéria, publicando em sua base esta cartilha ou outro material semelhante, com vistas a informar massivamente a categoria, realizando reuniões setoriais para discutir o assunto, etc.

Também é importante que proporcione aos trabalhadores um assessoramento médico especializado, o que pode ser feito tanto diretamente, com a criação (ou ampliação, quando já existir) de um Departamento Médico, ou indiretamente, através da feitura de convênios com profissionais qualificados.

Finalmente, devem ser encaminhada uma negociação com a Administração visando a sua participação nas atividades relativas ao assunto, a tomada de medidas com vistas à supressão das situações de risco existentes, e a criação de condições para a realização de exercícios físicos apropriados, com vistas a uma prevenção efetiva.