

Medicina e infortunística (1)

A. Almeida Júnior

Ao examinar-se o conjunto do problema social dos acidentes do trabalho, nota-se que a Medicina colaborou e colabora nos três momentos de sua solução legal.

Primeiro, na composição do clima político indispensável ao advento pacífico da lei. Quando, em 1884, BISMARCK impeliu a Alemanha, pela primeira vez no mundo civilizado, a legislar sobre a reparação dos acidentes do trabalho, a propaganda já havia feito o seu caminho, tanto que a opinião pública se impacientava pela providência do Estado. De onde viera, porém, o argumento objetivamente tangível, capaz de harmonizar por um instante ideologias e interesses contraditórios? Viera da Medicina. BERNARDINÒ RAMAZZINI dera, em 1700, o sinal de alarme, com o seu famoso tratado “De Morbis Artificium”, que os seguidores do mestre italiano difundiram e continuaram, fortalecendo-o mediante novos depoimentos. Tais depoimentos foram os que mais pesaram para que a lei se fizesse (2).

Chegou, a seguir, o momento legislativo. Os princípios jurídicos que o determinaram impunham elaborar uma lei

(1) Tema oficial da “Semana de Infortunística” promovida pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia e pela Sociedade de Medicina e Cirurgia (S. Paulo, 1940).

(2) Na Inglaterra, antes da presente guerra, e depois de meticolosos cuidados preventivos, havia ainda, cada ano, mais de dois acidentes por 1.000 operários. Na Alemanha, a proporção era dupla. Em 1937, no Distrito Federal, foram comunicados à polícia mais de 100 acidentes do trabalho por dia. Esse enorme volume estatístico, realçado pela Medicina, que lhe mostrava as danosas consequências sobre o indivíduo, foi fator decisivo para o advento da lei.

na qual, primacialmente, se atendesse ao objetivo capital; mas, contemporaneamente, não se ferisse de morte nem se anemiasse a indústria; não se desorganizasse a produção nem se criassem ensejos ao abuso. Trouxe a Medicina, aí, novo auxílio, contribuindo para a fixação de conceitos fundamentais e estabelecendo regras que lograram produzir normas legislativas ao mesmo tempo justas e exequíveis.

Não vamos ocupar-nos, entretanto, dêsses dois tipos de colaboração, e sim, unicamente, da que a Medicina presta no terceiro e último momento da lei, isto é, no da respectiva aplicação. Aqui, são dois os sectores da atividade médica: a perícia e a clínica. Iremos percorrê-los rapidamente, só nos detendo, para comentário, em um ou outro tópico.

OS CASOS DE PERÍCIA

Nem sempre há exame médico pericial, na ocorrência de acidentes do trabalho. A lei vigente (decreto n.º 24.637, de 10 de julho de 1934) prevê, implícita ou explicitamente, as hipóteses em que aquele exame será reclamado:

1. Em primeiro lugar, figurará como elemento básico do inquérito policial que porventura se efetue, segundo as previsões dos arts. 44, 45 e 46.

2. Será praticado também na situação do art. 50, isto é, quando qualquer interessado o requeira, afim de verificar a sobreveniência de incapacidade permanente.

3. O juiz ordenará nova perícia, diz por sua vez o parágrafo único do art. 55, no caso de haver, na fase do procedimento judicial, discordância quanto à natureza e extensão da lesão.

4. A revisão do processo, admitida pelo art. 63, pode ainda dar oportunidade à intervenção dos peritos.

5. A morte da vítima, desde que haja dúvida sôbre a causa respectiva, enseja igualmente a cooperação pericial, para uma autópsia elucidativa.

Em todos êsses casos, como se vê, o perito intervém para verificar a realidade do acidente, bem como o tipo e grau de incapacidade que êste produziu. Situação diversa é a criada pelo art. 31: a vítima ou seu representante pode reclamar contra o tratamento que esteja sendo aplicado; e, neste caso, a autoridade designará um perito médico-legista para examinar a vítima.

Consideremos, agora, unicamente as hipóteses iniciais, as da perícia do acidente, e não a da perícia do tratamento. Nas situações práticas que aquelas prevêm, é mistér responder, em substância, a duas perguntas: 1) houve acidente do trabalho? 2) qual o tipo e grau de incapacidade produzidos?

A VERIFICAÇÃO DO ACIDENTE DO TRABALHO

Houve acidente do trabalho?

Para dizê-lo, apoia-se o perito no texto legal e no exame do paciente.

Existe, como se sabe, uma contenda acadêmica em tôrno da conceituação de acidente do trabalho. Quando um martelo cái sôbre o dedo do pé do operário, e o esmaga, onde está o acidente? Na causa exterior — na queda do martelo — dizem uns. No efeito corporal — no esmagamento do dedo — afirmam outros. Nossa lei, seguindo a lição do Departamento Internacional do Trabalho, foi eclética: o acidente do trabalho está no conjunto — na causa e no efeito — abrangendo-se neste último tanto a lesão pessoal como o prejuízo à capacidade para o trabalho. Dai, pois, a necessidade de três elementos para que se integre o conceito: a) existência de lesão pessoal; b) prejuízo causado por essa lesão à capacidade do trabalhador; c) nexó etiológico entre a lesão e o trabalho. Falte um só dêsses elementos, e deixará de existir, em face da lei, o acidente do trabalho.

I — Quanto à lesão pessoal, o art. 1.º do decreto n. 24.637 facilitou a tarefa do perito, pela clareza e extensão com que abrangeu todos os casos.

De clareza, há até sobra, que chega à redundância. Tendo dito, como disse, “lesão corporal” e “perturbação funcional”, já a lei tudo compreendera, inclusive a “doença”, que não passa de espécie do gênero “perturbação funcional”. O legislador se lembrou, por certo, das tradicionais críticas à epígrafe “Lesões corporais” do Código Penal, e, temendo-as, preferiu pecar por excesso.

A preocupação explicativa levou-o também ao escusável acréscimo de dois parágrafos ao art. 1.º De fato, quem, no corpo do artigo, mencionou, expressamente, “toda doença”, sem nenhuma restrição, já mencionou qualquer doença, seja esta uma doença “acidente” ou uma doença “profissional”; compreendendo-se ainda, na última categoria, tanto a doença *diretamente* profissional (isto é, a “inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade”), como a *indiretamente* profissional (isto é, “a resultante exclusivamente do exercício do trabalho, ou das condições especiais ou excepcionais em que o mesmo for realizado”). Em verdade, por que os dois parágrafos do art. 1.º, os quais, salvo a cláusula das endemias, nada ampliam nem nada restringem do que está contido no corpo do artigo? Se os suprimirmos, porventura não bastará o que fica, para devermos considerar como acidente indenizável a doença profissional a que aludem?

Não insistamos no reparo, pois o defeito em aprêço em nada prejudica a aplicação da lei. Mas uma pequena dificuldade pode surgir, em virtude do caso das endemias, cuja referência constitui a única novidade efetiva do parágrafo 1.º. É óbvio o que pretende a lei. Se o empregador instala serviços em zona infestada por epidemia (malária, amarelão, tracôma, febre tifóide, etc.), e contrata pessoas residentes na própria região flagelada, os casos da doença endêmica que se manifestem nos empregados, escapam ao benefício do tratamento gratuito e da indenização; mas se o empregador levar para o local pessoas residentes em outras zonas, a doença contraída por estas terá aquele benefício.

A rigor, a lei pactuou, aqui, com as conveniências práticas. Porque a boa doutrina tomaria como critério básico

unicamente o nexu etiológico. Deu-se a contaminação por causa do trabalho? É indenizável o acidente, seja qual for a proveniência do trabalhador. Não foi por causa do trabalho? Não cabe indenização, qualquer que tenha sido a residência anterior da vítima. Considere-se, para melhor compreensão, êste caso concreto. Um operário, morador de zona maleitosa, vem, entretanto, escapando à contaminação, graças à feliz topografia de sua casa, assim como ao local e horário de sua atividade. Admite-o, porém, a serviço, um dia, uma empresa instalada na mesma região, e impõe-lhe novo local, novo horário de trabalho, os quais acarretam a aquisição da doença. Não foi a residência, e sim o trabalho, a causa da contaminação. Entretanto, o texto legal irremediavelmente desclassifica o acidente. A solução não nos parece coerente com a doutrina.

É de presumir que o legislador tenha pretendido atalhar os embaraços da prática. A hipótese que sugerí raramente se concretizará; e de fato seria difícil averiguar, em cada caso, qual o fator responsável — se a residência, se o trabalho. Para simplificar, ficou legalmente estabelecido que prevalece a residência.

Resta, todavia, uma dúvida, cuja elucidação está a cargo do perito. Para apresentá-la, suponhamos ainda um exemplo. Nesta Capital, o empregador manda abrir um poço no quintal da fábrica, afim de fornecer água aos trabalhadores. Poço mal protegido, que se contamina e leva a febre tifóide ao zelador da fábrica. Acidente do trabalho? Sim, diz a vítima; “pois foram as circunstâncias do trabalho que me forçaram a tomar desta água.” “Não”, retruca o empregador; “não, pois a febre tifóide é endêmica em São Paulo.” E, para prová-lo, junta as últimas estatísticas demógrafosanitárias e os recentes estudos epidemiológicos, nos quais os higienistas declaram que realmente a febre tifóide é uma endemia ainda não extinta na cidade.

Creio, no entretanto, que o espírito que inspirou a lei impõe estabelecer aqui uma distinção. Para o higienista, a doença infectuosa permanente em um lugar é sempre uma

endemia, qualquer que seja o seu índice de incidência. Mas o perito em acidentes do trabalho, conhecedor da doutrina do risco, não pode adotar o mesmo critério. Deve, ao contrário, ter presente que a restrição contida na cláusula final do parágrafo 1.º só abrange as endemias que, pelo seu índice elevado, constituam, para todos os moradores de uma zona, perigo sério e iminente de contaminação. Mais uma vez, segundo nos parece, a Medicina Legal se vê coagida a dar a um termo médico uma accepção menos ampla do que a que êle possui na técnica corrente.

II — O segundo elemento, na caracterização do acidente do trabalho, é a redução determinada sobre a capacidade do trabalhador. Redução que vai desde o prejuizo parcial e temporário na eficiência da vítima, até a perda definitiva, total e absoluta da sua atividade, ocasionada pela morte. A verificação *genérica* da incapacidade será por si só suficiente para constituir êste elemento integrante do conceito. A discriminação *específica* do tipo e grau de incapacidade representa problema diferente.

O NEXO ETIOLÓGICO

III — Agora, a questão do nexo etiológico. Longe de nós a intenção de examinar a fundo êste torturado problema. Note-se, de início, que nem sempre é êle da alçada do perito. De fato, o nexo etiológico se compõe de dois elos, dos quais algumas vezes um, outras vezes ambos se tornam motivo de controvérsia. Quando o operário, em serviço na oficina, sofre esmagamento da mão pela engrenagem da máquina, é evidente o elo “social” que vincula ao trabalho o agente lesivo; é indiscutível também o elo “médico” que prende a lesão à causa traumática apontada. Se, porém, o operário se fere no pátio, à hora do almoço, jogando futebol, a existência do elo “social” pode ser discutida, embora não o seja a do elo “médico”. Por outro lado, tratando-se de operário

portador, por exemplo, de um sarcôma do úmero, que, ao carregar na oficina o seu instrumento quotidiano, falseia o pé, tropeça, e, com o solavanco, fratura o braço doente, não se negará o elo “social” entre o estímulo exterior e o trabalho, mas haverá dúvida a propósito da conexão entre o estímulo exterior e a fratura.

Cabe ao perito demonstrar a existência do elo médico, reservando-se ao juiz a tarefa de reconhecer o elo social.

E já não é pequeno o encargo do perito, à vista especialmente de dois grandes obstáculos: a possibilidade de *pretex-tação*, isto é, de atribuir ao operário ao trabalho uma lesão que não lhe cabe; e, ainda mais, o repisado problema das *con-causas*. A propósito destas, lembrarei (não como chave final da solução, mas como diretriz), o ótimo esquema de BORRI. Quando, no trabalho, o operário sofre uma lesão pessoal, é raro que o agente etiológico seja 100% devido ao trabalho, ou 100% produzido por força intrínseca do seu organismo. Os casos, na maioria, comportam os dois fatores, com preponderância ora de um, ora de outro. No exemplo clássico do espirro provocado por um grão de poeira da oficina, e determinando a rutura do aneurisma, a cooperação do fator *trabalho* foi quantitativamente insignificante, a do fator interno foi quase tudo: — não existe, pois, acidente do trabalho. Na sífilis antiga, quiescente, despertada um dia sob a fórmula de paralisia geral, em virtude de violento trauma na cabeça, a porcentagem causal do trabalho é elevada, e, portanto, a despeito da colaboração do fator interno, o acidente do trabalho está bem caracterizado.

Faltam, porém, e provavelmente não de sempre faltar regras que permitam ponderar a intensidade precisa de cada fator, e pre-estabelecer, assim, a solução exata de cada caso. Neste ponto, como em outros, a aplicação equitativa da lei repousa inteiramente sobre a cultura médico-legal, o tacto e o bom senso do perito.

Das precedentes considerações decorre, espontâneo e ir-reprimível, o elogio do art. 47 do decreto n. 24.637, que manda confiar o exame pericial, de preferência, aos técnicos espe-

cializados na matéria, isto é, aos médicos legistas; e como, ao que parece, certos juizes esquecem o preceito, fique aqui consignado o nosso apêlo para que o atendam. A livre escolha de que fala, de modo geral, o art. 129 do Código de Processo Civil, de nenhuma forma invalida, segundo cremos, a disposição especial da lei de Acidentes do Trabalho, na qual se exprime velho e sábio *desideratum* dos cultores da Medicina Legal. Cumprindo o citado art. 47, prestarão os juizes indiscutível serviço à ciência e à justiça.

QUAL O TIPO E GRÁU DE INCAPACIDADE?

O segundo grande problema proposto ao perito, é o do tipo e gráu de incapacidade produzido pelo efeito lesivo. A lei considera dois *tipos* — a incapacidade permanente e a temporária —, assim como, para cada um, dois *gráus* genéricos — o total e o parcial, — discriminando-se êste último em porcentagens que vão desde 5 até 80%. Conviria, aqui (se não fôsse a limitação a que estamos sujeitos) estudar a gênese da nossa tabela para os casos de incapacidade permanente e parcial, os critérios com que foi organizada, seus defeitos e vantagens, suas omissões. Caberia recordar ainda as dificuldades em conceituar, bem como em verificar o fato da consolidação, a que alude o art. 50 da lei. Mas deixemos êste domínio, e consideremos o médico clínico.

O MÉDICO CLÍNICO

O estudo das funções da Medicina, na proteção dos abrangidos pela lei dos acidentes do trabalho, deveria começar com a parte preventiva. O que realmente interessa ao operário, ao patrão e à sociedade, é que não haja acidentes, e, para nos aproximarmos cada vez mais dêsse ideal, torna-se indispensável a cooperação ativa dos médicos. Cooperação no exame prévio do candidato a emprêgo, afim de que se pro-

movam o tratamento antecipado dos doentes, o afastamento dos que representem perigo aos outros, e, ainda, a adaptação de cada operário ao tipo de atividade que mais lhe convenha. Cooperação, em seguida, na influência que a Medicina possa exercer sobre as condições de instalação, de organização e de regime de trabalho. Cooperação, finalmente, na educação preventiva do povo, e, particularmente, da classe operária.

Vamos, porém, à lei vigente.

O acidente se verificou, o operário foi lesado, reclama-se a assistência médica.

O dispositivo característico da lei, neste particular, reside em uma dupla obrigatoriedade: a obrigação de ministrar o tratamento, determinada ao empregador, e a de aceitar esse tratamento, imposta ao empregado. Daí defluem várias consequências.

A primeira, é a necessidade em que se vêem as companhias seguradoras, de instituir ambulatórios, centros cirúrgicos e hospitais, onde se efetue a atividade curativa. É o que efetivamente está sucedendo em nosso país, num grau progressivo. Todavia, reclamam as clínicas e os hospitais populares gratuitos, contra a clientela que sorrateiramente lhes mandam os patrões ou os seguradores, os quais assim se eximem de uma parte essencial de suas obrigações. O fato, se verdadeiro, merece a atenção e as providências do poder público.

Outra importante consequência decorre da instituição dos ambulatórios. Ai se tratam não somente os empregados que o acidente afastou temporariamente do trabalho, como também aqueles em que a lesão, apreciada pelo médico, embora exija tratamento, não força o operário a interromper a atividade. Pelo que consegui apurar, essa solução é frequente, e dá origem a um tipo de “carência medicada”, ou de “semi-carência”, vantajoso a uns e a outros. CLODOVEU D’OLIVEIRA e CLÁUDIO TÚLIO lamentam que os médicos brasileiros desconheçam a incapacidade parcial temporária, e com isso animem as vítimas a tirar maior partido do infortúnio do que o que a lei encerra. Contudo, não será essa semi-carência, tão

comum e tão útil, a principal responsável pela inexistência, na prática, da incapacidade parcial temporária? Se o fôr, a crítica não procede.

A terceira consequência do dispositivo legal que estamos comentando, é a criação de um novo ramo da atividade médica, objetivado na Medicina do Trabalho. Entidades clínicas ou cirúrgicas de aspectos próprios; clientela recrutada em determinada classe social, caracterizando-se ainda por certos limites de idade e por certo psiquismo; atividade profissional subordinada a preceitos legais específicos; — eis um conjunto mais do que suficiente para indicar a conveniência da especialização psicológica, jurídica e técnica do médico que assiste os acidentados.

Já existem entre nós especialistas eminentes do novo ramo, os quais se fizeram à custa de viagens ao estrangeiro, ou então, mediante dificultoso esforço de autodidatismo. Não seria vantajoso aproveitar tais profissionais para a instituição de cursos de Medicina do Trabalho, como os organizados no estrangeiro, e que viessem beneficiar os clínicos e cirurgiões novos, desejosos de enveredar por essa encruzilhada?

Saliento, para concluir, a questão da psicologia do acidentado. À perturbação natural da vítima aliam-se circunstâncias pessoais do operário, tais como incultura, desconfiança, superstições, complexo de inferioridade social, indenzofilia e outras, — convergindo todas para tornar mais árdua a tarefa do assistente.

Como precaução contra os resultados da incultura e da superstição, fez bem a nossa lei em obrigar o operário a aceitar o tratamento que lhe é imposto. Não fôra isso, e estariam cheias de acidentados as casas dos curandeiros, dos benzedores e dos espíritas. Seria descaridoso, porém, da parte do médico, querer violentar a todo transe o rude psiquismo da vítima, roubando-lhe uma paz que, no momento, só benefício poderá produzir. O saudoso dr. AMAURY MEDEIROS teve que aturar, certa vez, meia hora de preleção da mulher de um estivador, sôbre a eficácia terapêutica dos passes espíritas. Enquanto isso, o doente ia de mal a peor. Mas o médico,

inteligente como era, transigiu: continuariam os “passes”, ajudados apenas por ventosas e medicação interna. A família concordou, o restabelecimento foi rápido. Este exemplo de tolerante humanidade mostra a linha de conduta a ser seguida, quando análogas se apresentarem as circunstâncias.

Em casos excepcionais, nem crêmos desacertado o tratamento coercitivo. Faz poucos anos, em localidade vizinha de São Paulo, um operário foi picado por cobra venenosa. Quizeram injetar-lhe sôro anti-ofídico, mas o homem recusou. Dentro em pouco estava morto. Seria de aplicar-se o art. 32 da lei, artigo que prevê e pune a recusa de tratamento? Foi negativa a resposta do Tribunal: a recusa não tinha valor jurídico, dadas as condições de conturbação mental em que a vítima se encontrava. Ignoro outras particularidades do fato; mas estou certo de que, em hipótese semelhante, ninguém teria condenado o médico se êle houvesse forçado o doente a receber a injeção porventura salvadora. Na vigência do novo Código Penal, a iniciar-se em 1.º de janeiro próximo, virá mesmo ampará-lo o parágrafo 3.º do art. 146, que exclue da categoria dos crimes contra a liberdade pessoal “a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.