

PONDERAÇÕES SOBRE A PERÍCIA PSQUIÁTRICA NA JUSTIÇA DO TRABALHO

Naray Paulino*

Após a conclusão do curso de graduação em Medicina, com duração de seis anos, e após a inscrição no Conselho Regional de Medicina, o médico estará apto para trabalhar como tal e para assinar as condutas que adotar na sua clínica, não sendo necessária nenhuma especialização adicional (BRASIL, 1957; BRASIL, 1988).

Segundo os dispositivos legais atualmente vigentes (BRASIL, 1957; BRASIL, 1988), não há necessidade de que o médico frequente qualquer programa de especialização ou treinamento após o curso de graduação (é o mercado de trabalho e o aumento do volume de conhecimento que têm exigido graus de especialização nos últimos quinze a vinte anos). Quando, no entanto, o médico opta por uma especialização, uma das áreas escolhidas pode ser a Psiquiatria.

A principal forma de um médico especializar-se em Psiquiatria é a frequência à chamada "Residência Médica", ou seja, um programa de treinamento e especialização aprovado e monitorado pelo Ministério da Educação, cuja duração é de três anos completos. Se o já psiquiatra desejar uma subespecialização, poderá optar pela Psiquiatria Forense (BRASIL, 2002).

É exatamente o conteúdo da Psiquiatria Forense que é utilizado para a realização de perícias psiquiátricas judiciais e extrajudiciais (TABORDA, 2004; VARGAS, 1990). Contudo, também aqui é necessário dizer que o psiquiatra, mesmo sem essa subespecialidade, pode se dedicar à lida pericial (assim como o pode qualquer outro médico, de qualquer outra especialidade, já que a perícia médica não é considerada especialidade pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira conforme BRASIL, 2002).

A função primeira do médico perito é tentar esclarecer a autoridade que solicita o exame a fim de permitir a melhor aplicação da solução legal cabível no caso sob análise. A perícia não decide, em absoluto, um processo: ela é apenas mais um elemento de prova (BRASIL, 1940; BRASIL, 1943; BRASIL, 1973). No entanto, se a perícia fosse "descartável", também não seria determinada nem teria a posição de prova. Na prática sabe-se como uma perícia pode influenciar a conclusão do juiz no curso de um processo (TABORDA, 2004) - daí a extrema necessidade de o juiz conhecer e ter elementos para confiar no perito que indica. Da mesma forma, é preciso que o juiz tenha toda a liberdade de discutir com o perito, chamá-lo em audiência, dizer que não ficou satisfeito com o resultado do trabalho, dentre outros procedimentos que forem importantes para o melhor andamento do feito.

A perícia médica psiquiátrica passa por enormes problemas e não menores desafios. Trata-se da perícia mais complexa, em que o médico pode se ver envolvido, não exatamente pela dificuldade da matéria, mas pelo pequeno conhecimento médico acerca dela. O perito sempre, sempre, tenta acertar e fazer o trabalho da melhor forma possível. Contudo, por melhor que seja o perito, nem sempre esse

* Médica psiquiatra forense, membro do NIEP-J, preceptora do curso de especialização em Psiquiatria Forense da UFMG. Em parceria com João Salvador Reis Menezes, médico do trabalho e perito judicial. Membro do grupo NIEP-J.

objetivo é alcançado. Conhecer alguns dos problemas enfrentados pelo perito e pela perícia pode ajudar a diminuir as falhas.

Para começar o raciocínio, é importante lembrar que a atuação nessa disciplina, psiquiátrica, pode parecer aleatória e desorganizada, como se a Psiquiatria não tivesse parâmetros e fosse meramente “adivinhatória” (BASTOS, 2002; CHENIAUX-JUNIOR, 2002). Essa posição pode ser assim manifestada mesmo pelos médicos mais experientes em outras especialidades. Com essa impressão, absolutamente falha e muito calcada sobre o desleixo com que a matéria é vista na graduação, os exames feitos na Psiquiatria correm o severo risco de comportarem dois vieses:

- 1) o perito transmite para o laudo apenas impressões pessoais e sentimentos subjetivos sem se ater à semiologia para o caso concreto e
- 2) o perito lê a matéria nos livros de doutrina e simplesmente a transcreve na perícia sem exercer um raciocínio crítico também em cima do caso concreto que se lhe apresenta.

Essa questão somente é quebrantada quando o perito for capaz de, pelo menos, estudar com afinco se não puder se submeter ao treinamento médico em Psiquiatria.

Não é possível agir com mágica nessa disciplina. Do mesmo modo que o médico é treinado a ouvir um batimento cardíaco, a verificar a regularidade de uma pulsação, a entender os ruídos pulmonares, assim também ele precisa ser treinado à escuta psiquiátrica e aos sintomas e sinais que os pacientes psiquiátricos possam apresentar. Não é fácil, pois não há dados objetivos (exames, palpação, visão, toques) - há que se ter treino e estudo.

Não é apenas pela falta de conhecimento suficiente que um perito pode demonstrar conclusões pouco isentas em um laudo pericial.

- Há riscos importantes para a perícia se o médico:
 - √ já sofreu ele próprio de doença psiquiátrica;
 - √ tem relação afetiva com quem tem doença desse tipo (mãe, esposa, marido, filho etc.);
 - √ apresenta semelhança ideológica com o discurso do periciado;
 - √ apresenta antagonismo ideológico com o discurso do periciado;
 - √ apresenta pouco ou nenhum compromisso com o trabalho pericial;
 - √ teme que o resultado adverso para o periciado lhe ameace a vida;
 - √ executa seu trabalho com vistas à percepção de honorários ao final na dependência do sucumbente na matéria pericial.

Questão a ser observada atentamente pelo perito é a de que, sempre que uma pessoa sente nela mesma a presença de uma doença ou perturbação, para ela fica mais fácil avaliar a presença dessa mesma doença ou perturbação em um terceiro, bem como suas consequências possíveis. Essa situação, no entanto, pode fazer com que o perito seja mais ou menos complacente com o periciado que está à sua frente. Como, felizmente, não é preciso que fiquemos doentes para entendermos uma doença (por isso estudamos a Medicina), cabe ao perito se empenhar em estudos de clínica médica geral e adentrar aspectos particulares das especialidades sempre que possível e ou necessário. Novamente, é a aproximação com a técnica que permitirá ao perito adequar o seu raciocínio e as suas conclusões a cada caso em especial (ALCÂNTARA, 1982; ALMEIDA JÚNIOR, 1996).

A mesma questão anotada no parágrafo anterior pode ocorrer quando o perito tem contato com pessoa de seu relacionamento íntimo (familiar, amigo, marido, esposa e outros) que já tenha apresentado ou apresente ainda atualmente um transtorno mental. Tendo em conta uma experiência pessoal e afetiva, sentimental, com um paciente psiquiátrico (alcoólatra, usuário de drogas ilícitas, psicótico, histérico, deprimido etc.), o perito pode se ver impelido a transferir para o periciado as impressões (de pena ou de raiva, por exemplo) que mantém sobre aquele familiar. As consequências dessa dinâmica podem ser desastrosas ou muito prejudiciais. Será preciso ao perito identificar seu sentimento, aceitá-lo e deixá-lo fora do raciocínio técnico.

Em qualquer perícia médica, inclusive na psiquiátrica, é muito importante que o perito esteja pessoalmente atento às suas próprias concepções, aos seus próprios sentimentos e opiniões. O perito deve ser isento. No entanto, não apresentar opiniões, sentimentos ou impressões é algo absolutamente irreal, quer para o perito, quer para o próprio juiz. O necessário é que tais condições sejam reconhecidas pelo profissional que não deve permitir ter seu raciocínio e suas conclusões contaminados por elas. Isonomia não quer dizer falta de opinião, mas ausência de contaminação.

Embora fosse desejável, não é razoável conceber o perito como um ser que, para atuar, deva se despir de qualquer sentimento (bom ou ruim, menos ou mais “nobre”), de qualquer opinião (contrária ou favorável ao interesse do periciado) ou abandonar suas próprias concepções filosóficas e ideológicas. O que ele precisa necessariamente fazer é separar seus sentimentos e suas opiniões ou apegos ideológicos, para que seu trabalho seja o mais técnico possível. Pena, vontade de ajudar, raiva, desprezo ou outros sentimentos precisam ser reconhecidos por ele, aceitos como passíveis de ocorrência, porém distanciados da questão técnica. Ignorar a presença deles também pode ser motivo de sofrimento para o perito, o que torna sua missão muito mais árdua.

Outra questão é a multiplicidade de diagnósticos ou de “nomes diagnósticos”. É muito, muito, comum que haja um mesmo conjunto de manifestações e queixas que recebe nomes diferentes conforme a especialidade de quem examina o paciente ou mesmo dentro de uma mesma especialidade. A Psiquiatria não é exceção. Assim, é possível que um mesmo conjunto de queixas receba o nome de depressão com sintomas somáticos, ou de transtorno doloroso somatoforme, ou fibromialgia, ou dor miofascial, por exemplo. Há ainda as semelhanças entre depressão, ansiedade,

acentuação de traços de personalidade, transtorno de ajustamento ou transtorno de adaptação. Para tanto, bastará que o perito não esteja atento ao conjunto dos dados, mas, ao contrário, deseje somente apontar um diagnóstico preciso - o que nem sempre é possível ou desejável, já que traz mais um elemento de confusão ao invés de esclarecimento. Determinar diagnóstico preciso é função de médico assistente - ao perito bastará, não raro, o diagnóstico sindrômico muito mais fácil e claro, inclusive para a determinação denexo causal com o trabalho.

É preciso ainda notar que o momento da perícia médica, inclusive da perícia psiquiátrica, nem sempre é exatamente “um momento de tranquilidade”, pois o periciando nem sempre enxerga o perito com bons olhos; ao contrário, pode desconfiar dele e vê-lo como um obstáculo a ser superado na busca da vitória na lide (BRASIL, 1993). Pode ainda entender que o perito, médico que é, atuará, como na clínica comum, com “cooperação e ajuda” e não interpretará sua pretensão ou suas alegações de modo desfavorável à causa. Essas situações são amplamente descritas em toda a doutrina médica sobre lida pericial (BADAN-PALHARES, 2000; MORAES, 2001; BENFICA, 2003; ALCÂNTARA, 2006).

O desconhecimento por parte do perito das formalidades do processo ou o pouco esmero em seu trabalho contribuem para resultados pouco satisfatórios, laudos sem fundamentação, quesitos não respondidos de forma clara e até mesmo de forma breve e em folha escrita à mão. Essas circunstâncias sugerem ser a perícia, às vezes, apenas um atestado médico, no curso de um processo judicial.

Por falta de conhecimento ou de treinamento pode-se reproduzir na perícia a confusão entre tristeza e depressão, raiva ou mágoa e ansiedade, vontade de vingança com irritabilidade patológica, irresponsabilidade e ameaças com “loucura”; confusões que exemplificam os atuais problemas presentes na clínica cotidiana. Além disso, há ainda os incautos que julgam que o paciente psiquiátrico é sempre pouco cooperativo, vago, impreciso na fala, ou que não gosta de conversar sobre o seu problema - não é difícil prever que a maioria absoluta dos que lhes chegam para a perícia será tida como mentalmente doente e o nexocom o trabalho será facilmente afirmado. Também pode vigorar, como de fato acontece no imaginário coletivo, a ideia de que é louco aquele que “joga pedra ou rasga dinheiro” - e, então, pessoas com quadros sutis nunca serão consideradas doentes e menos ainda se lhes será dado qualquer nexocom suas queixas e seu trabalho.

Aqui cabe a observação de que, quando falamos em “falta de conhecimento”, não nos referimos à “falta de especialidade”, mas sim à ausência de observação de diligências outras, além do exame pessoal, que possam ser necessários no caso que se aprecia, como também à ausência de observação das várias diferenças existentes entre o exame da clínica comum e o exame pericial.

Não é raro que o interessado se comporte, diante do perito e em uma perícia psiquiátrica, exatamente da forma como ele, periciado, entende e percebe a doença mental. Caberá ao perito averiguar a adequação do comportamento e das queixas à semiologia médica esperada, o que exige do médico o conhecimento da matéria com a qual lida. (CAMARGO, 1991)

O exame psiquiátrico deve sempre ser composto de entrevista (anamnese) e exames físico e mental. Em verdade, o exame mental é realizado ao longo de todo o procedimento, sem que o periciado se dê conta disso. Por vezes, é necessário que o perito conheça muitos outros dados, sobretudo quando a intenção é a de

estudar um possível nexos entre a doença/perturbação e o trabalho, como, por exemplo, vistoria de laudos, pareceres, relatórios e atestados, análise de prescrições, análise de resultados de exames complementares, solicitação de exames complementares, solicitação de informações ao médico assistente ou ao empregador, visitação ao local de trabalho, entrevista de paradigmas dentre outros semelhantes, todos em benefício da melhor solução pericial possível (BRASIL, 1973; BRASIL, 1998). O médico pode mesmo começar a sua perícia quando o periciando encontra-se ainda na sala de espera - não raras vezes o perito se assusta com a diferença de comportamento mostrada na sala de espera e, depois, na sala de exame.

O trabalho do perito, em qualquer âmbito, guarda uma particularidade importantíssima: é já naquele primeiro contato com o periciando que o profissional médico estabelece os elementos para a conclusão pericial. Se, por um lado, o perito tem uma “visão privilegiada” porque vê o caso já em um avançado no tempo em razão de o assunto ter chegado ao litígio, por outro, não dispõe do tempo de acompanhamento que existe para o médico da clínica cotidiana.

Em matéria psiquiátrica, o perito lidará com uma gama variada de sintomas e queixas, que pode ser facilmente manipulada ou simulada, como, por exemplo, a orientação no tempo e no espaço, a orientação quanto aos dados pessoais, pesquisa de datas e épocas, capacidade de expressão e fala, raciocínio lógico e adequado, pensamento menos ou mais lento, capacidade crítica, nervosismo, explosão de irritabilidade, dentre muitos, muitos outros tópicos. Isso nos faz lembrar de que todas as observações periciais devem receber valoração relativa, ou seja, como determina a própria OMS, o julgamento clínico é permitido, é desejável e deve ser parcimonioso (BRASIL, 1994). Nenhum dado por si só, por mais esdrúxulo ou por mais claro que seja, é capaz de definir um diagnóstico e um prognóstico em uma perícia médica psiquiátrica - é sempre preciso que haja um conjunto coerente de sintomas e sinais a fim de que uma conclusão mais acertada possa ser exibida.

O perito ainda irá se deparar com situações das quais não gosta de falar, mas sabe da existência, inclusive com amplo respaldo na literatura médica pericial (e, se não souber, certamente não está atento à sua atividade como perito). Por exemplo, o perito, ainda que discretamente e somente para si, avalia mesmo quem assina um atestado. O perito nem sempre considerará idôneo um atestado recebido para análise, mesmo que já colacionado nos autos (por outro lado, o perito tem a obrigação de conhecer as diferenças entre a conduta e a postura do médico assistente e sua conduta e postura enquanto perito a fim de não considerar falsos ou graciosos atestados que, em verdade, não o são). O perito não é um “homologador” de atestados e relatórios médicos - é exatamente para balizar que existe a função de perito. Infelizmente há médicos que fornecem atestados diante de qualquer pedido, às vezes de forma graciosa. O perito em geral aprende a reconhecer esses profissionais e os seus “nichos” de atuação. A luta contra esse tipo de situação é inglória, mas a ponderação pericial não pode faltar.

O perito necessariamente observará outras condições. Por exemplo, ele não deve confundir déficit cultural com retraimento patológico ou ausência de cooperação com doença mental presente. O perito ainda não deve ter medo de diagnosticar doença mental incapacitante; normalidade psíquica, mas presença verdadeira de sentimentos que não configuram doença; sequelas permanentes

decorrentes exclusivamente da relação de trabalho ou sequelas permanentes também decorrentes dessa relação; simulação; a personalidade do examinando; a existência de trabalhos realmente exaustivos ou que superam as reais possibilidades humanas médias; a organização cruel de um trabalho; as condições diárias da vida que influenciam na doença além do trabalho.

Em psiquiatria não há exames complementares decisivos ou capazes de, por si só, permitirem uma conclusão pericial. Sempre que necessário, no entanto, o perito poderá pedir o concurso de um especialista (especialmente quando ele próprio não for especialista ou quando desejar uma segunda opinião). Além disso, o perito poderá ter que vistoriar o local de trabalho, conhecer-lhe as condições e a organização, conhecer sobre a presença ou ausência de elementos químicos capazes de gerar intoxicação do sistema nervoso com manifestações psiquiátricas ou neurológicas, dentre outros.

O perito ainda deverá estar atento para não induzir as respostas do periciado. O instrumento maior do perito é a entrevista (ou a ausência de condições para executá-la). O importante, contudo, não é a entrevista ou a conversação em si: é o que se extrai dessa conversação, dessa entrevista. Um periciado um pouco mais inteligente ou mal-intencionado perceberá com certa facilidade que o perito espera uma confirmação daquilo que pergunta. Então, o periciado poderá responder exatamente de forma a concordar com o perito ou demonstrar que o sintoma perguntado de fato o afeta. Há pacientes que “tudo o que se pergunta, ele tem”. Por outro lado, na dúvida, o periciado ainda assim pode responder afirmativamente e, caso perceba, a seguir, que não deveria tê-lo feito, procurará uma forma de “explicar melhor” o sintoma, a sua queixa, ou negá-lo dando a impressão ao perito de que, em verdade, não entendeu bem a pergunta ou não teria condição mental suficiente para compreender do que se tratava. O perito precisa saber investigar. A indução em uma perícia, em qualquer especialidade, somente tem cabimento quando o perito deseja testar a hipótese de simulação ou exagero.

São várias as condições em que o autor/reclamante pode questionar a presença de uma doença ou perturbação mental relacionada com o trabalho. Dentre essas várias condições podemos citar: a informação de excesso de trabalho e ou organização caótica do trabalho como motivação para o desenvolvimento da doença; a apresentação de doença mental à época da dispensa do emprego sem que essa situação fosse considerada pelo empregador; a ausência de encaminhamento ao INSS quando o empregado julgava que essa providência fosse necessária; o envolvimento em brigas e discussões no local de trabalho ou referências a ameaças a terceiros inclusive com a possibilidade de dano em máquinas e equipamentos como manifestação de estresse no trabalho, dentre muitas outras condições.

Outra circunstância onde o exame psiquiátrico pode ser requerido na instância trabalhista diz respeito aos casos onde o autor alega que seu pedido de demissão (ele, autor, pediu “para ser mandado embora” ou, então, assinou um pedido de demissão abrindo mão de direitos que são inerentes à pessoa dispensada sem justa causa) foi feito em um momento de transtorno mental de tal envergadura, com ou sem relação com o trabalho, que lhe impedia decidir com parcimônia e clareza. Nesse caso o autor pede que a demissão seja desconsiderada e que ele seja reintegrado ao trabalho.

Uma observação que se pode claramente verificar nos casos que têm sido trazidos à perícia é a seguinte: parece haver um importante equívoco quanto à causa de pedir. Ultimamente os advogados têm pedido indenização por assédio moral, mas têm condicionado esse assédio ao desenvolvimento e à apresentação de doença mental ainda atualmente. Ou seja, os advogados não têm pedido a indenização pelo assédio moral que o empregado tenha sofrido independentemente de ter ou não ter havido doença desencadeada em razão daquela circunstância. Os advogados têm dito mais ou menos o seguinte: “a pessoa está doente por causa do assédio. Então, houve o assédio porque a pessoa ficou doente e permanece doente”. Essa posição é absolutamente equivocada do ponto de vista pericial. Uma pessoa pode ter sofrido o mais tremendo assédio moral e pode nunca ter desenvolvimento de qualquer doença - pode ter ficado triste, angustiada, pode ter tido raiva (reações inclusive normais diante do assédio), mas pode não ter desenvolvido qualquer doença. Então, a julgar pelos pedidos que temos visto, esta última pessoa nunca receberia uma indenização pelo assédio sofrido. Isso quer dizer que os advogados têm confundido assédio moral com doença e provocado uma relação de causa e consequência que nem sempre existe - ou seja, prejuízo certo para o empregado. Esse foi o mesmo equívoco que os advogados carregaram por anos e anos em relação a LER/DORT: ao invés de se pedir a indenização pela exposição ao risco à saúde e pela obrigação de trabalho em ambiente pouco ou nada ergonômico, os advogados invariavelmente relacionavam o ambiente ruim à presença de doença ou de incapacidade (e essas condições nem sempre existiam nos moldes queixados).

Quando se fala em ligação necessária entre o assédio moral e a doença mental, o perito precisa abrir parêntese e lembrar alguns dados. A Organização Mundial de Saúde já advertia os médicos há muito tempo de que, se uma pessoa precisa estar doente para obter qualquer tipo de benefício, essa pessoa não reconhecerá sua capacidade ou a ausência da doença e nunca se dirá melhorada (BERTOLOTE, 1994). A posição do periciando é óbvia e precisa ser compreendida e respeitada, pois ele tem evidente interesse na sua causa. Ele precisa estar doente para ter êxito em pelo menos parte dessa causa; ele acredita na sua chance de vitória; ele pode ser facilmente convencido por seus advogados; ele raramente terá encontrado médicos, na prática clínica diária, que lhe instruem quanto ao seu real estado mental. Finalmente, ele não tem pouco ou nada a perder, pois o acesso ao Judiciário é irrestrito, ele estará amparado pela assistência judiciária gratuita e poderá pagar ao advogado apenas se ganhar a causa.

Por fim, uma breve consideração acerca da concausa é importante. Aqui, segue uma impressão muito pessoal e, sinceramente, esse facultativo espera estar totalmente (totalmente!) enganado. As discussões acerca da saúde ou da doença no trabalho correm o importante risco de serem jogadas na vala comum da concausa.

Será realmente comum que quadros psiquiátricos (ou “emocionais”) tenham pelo menos parte de relação com o trabalho - essa situação é facilmente sustentada. Difícil é dizer que o quadro não tem nenhuma relação com o trabalho (e explicar os motivos dessa assertiva) ou dizer que o quadro tem total relação com o trabalho (e também lhe explicar os motivos). “Para facilitar o trabalho”, temos visto muitos casos onde o perito oficial fala por concausa e a questão se resolve dessa forma.

A concausa é perigosa. Ela exige pouco estudo, contenta-se com um conhecimento menor por parte do perito, exige poucas explicações, tem amplo respaldo na literatura, permite que o reclamante ganhe alguma coisa, permite que a empresa não pague por tudo sozinha, permite que o perito receba os seus honorários, facilita a decisão do juiz e ainda atende ao senso comum que é o de que o trabalho é um grande mote para doenças. A concausa existe, mas tem seus perigos. Infelizmente, corre o risco de ser banalizada.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, H. R. *Perícia médica judicial*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982. 367p.
- _____. *Perícia médica judicial*. Atualizado por Genival Veloso de França (Coord.). 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. 483p.
- ALMEIDA-JÚNIOR, A. B. de O.; COSTA-JÚNIOR, J. B. O. *Lições de medicina legal*. 21. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1996. 614p.
- ALVIM, A.; PINTO, T. A. A. *Prova: repertório de jurisprudência e doutrina*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985. 314p.
- BADAN-PALHARES, F. A. Perícia médico-legal. In: PETROIANU, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000. p. 136-139.
- BASTOS, Cláudio Lyra. *Manual do exame psíquico - uma introdução prática à psicopatologia*. 2. ed. Ed. Revinter, 2002.
- BENFICA, F. S.; VAZ, M. *Medicina legal aplicada ao direito*. Rio Grande do Sul: Editora UNISINOS, 2003. 184p.
- BERTOLETE, J. M. (Org.). *Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados*. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1997. 184p.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1634, de 2002. Especialidades reconhecidas. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acessado em 21 de junho de 2010.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.488, de 1998. Disponível em <<https://www.portalmedico.org.br>>. Acessado em: 21 de junho de 2010.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.497, de 1998. Disponível em <<https://www.portalmedico.org.br>>. Acessado em: 21 de junho de 2010.
- BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 25 de abril de 2010.
- BRASIL. Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 26 de abril de 2010.
- BRASIL. Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 26 de abril de 2010.
- BRASIL. Lei n. 5.584, de 26 de junho de 1970. Dispõe sobre normas de direito processual do trabalho. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 10 de maio de 2010.
- BRASIL. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 29 de

- maio de 2010.
- BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Disponível em <<https://www.presidência.org.br/legislação>>. Acessado em: 29 de maio de 2010.
 - BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Manual do médico perito*. Brasília: MPS, 1993. 92p.
 - CAMARGO, R. M. C. *Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado*. Rio de Janeiro: Fenaseg, 1991. 365 p.
 - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Coord. Organização Mundial de Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 - FÁVERO, F. *Medicina legal: introdução ao estudo da medicina legal, identidade, traumatologia*. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991. 1150p.
 - MENEZES, J. S. R.; PAULINO, N. J. A. *Sobre acidente do trabalho, incapacidade e invalidez*. São Paulo: LTr, 2002. 156p.
 - MORAES, J. M. *Manual de medicina legal*. 2. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Editora Health, 2001. 160p.
 - NASCIMENTO, A.M. *Introdução ao direito do trabalho*. 23 ed. São Paulo: LTr, 1997. 635p.
 - TABORDA, José G. V. *Psiquiatria forense*. Rio de Janeiro: Ed. Artmed, 2004.
 - VARGAS, Heber Soares. *Manual de psiquiatria forense*. Rio de Janeiro: Biblioteca Jurídica Freitas Bastos, 1990.