

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA DO
TRABALHO**

CARLOS ALBERTO GONÇALVES DA SILVA MAISTRO MACHADO

**LAUDO PERICIAL EM CASOS DE PERDA DA CAPACIDADE
LABORATIVA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

**LONDRINA/PR
2016**

CARLOS ALBERTO GONÇALVES DA SILVA MAISTRO MACHADO

**LAUDO PERICIAL EM CASOS DE PERDA DA CAPACIDADE
LABORATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Campus Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Adilson Vieira de Araújo

**Londrina
2016**



TERMO DE APROVAÇÃO

LAUDO PERICIAL EM CASOS DE PERDA DA CAPACIDADE LABORATIVA

por

CARLOS ALBERTO GONÇALVES DA SILVA MAISTRO MACHADO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização foi apresentado em 16 de novembro de 2016 como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho. O(a) candidato(a) foi arguido(a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

Adilson Vieira de Araújo
Prof.(a) Orientador(a)

Marco Antonio Ferreira
Membro titular

José Luis Dalto
Membro titular

Dedico este trabalho à minha família e namorada, pela força, apoio e incentivo ao decorrer do curso e acima de tudo a Deus.

RESUMO

MACHADO, Carlos Alberto G. da S. M. Machado. **Laudo Pericial em Casos de Perda da Capacidade Laborativa**. 2016. 36 p.. Monografia (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Londrina, 2016.

Os laudos periciais são elaborados a partir da solicitação de um juiz perante julgamento de um processo. Faz-se necessária a solicitação quando o assunto não se encontra dentro do *know-how* do magistrado, necessitando assim de um profissional especializado para lhe auxiliar. Para a elaboração de um laudo pericial é fundamental que o *expert* não tenha ligação com as partes e seja imparcial, devendo o mesmo possuir competência técnica para realizar a investigação. A estrutura de um laudo pode ser considerada como um dos pontos críticos para um perito, principalmente quando tratamos de um profissional que está iniciando na área. É interessante destacar a necessidade de haver referências bibliográficas que auxiliem estes profissionais a desenvolver seu trabalho, sugerindo os tópicos necessários e o que estes tópicos devem constar, claro, o conteúdo irá variar de processo para processo, incumbindo o perito de estruturar seu serviço conforme a necessidade. Com a análise de alguns laudos foi possível identificar quais os tópicos principais para a apresentação de um laudo pericial com foco na perda de capacidade laborativa, sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo apresentar os tópicos levantados e o que deve constar, caracterizando de forma breve a perda de capacidade laborativa e o nexos causal entre a doença e a atuação atual do reclamante do processo.

Palavras-chave: Laudos periciais. Capacidade laboral. Nexos causal. Segurança do trabalho.

ABSTRACT

MACHADO, Carlos Alberto G. da S. M. Machado. **Reports skills with loss work capacity**. 2016. 36 p.. Term paper (Specialization in Work Safety Engineering) - Federal Technology University - Paraná. Londrina, 2016.

Medical reports are drawn up from the request of a judge before trial proceedings. The request when it is not within the magistrate's know-how, thus requiring a specialist to help you is necessary. For the preparation of an expert's report, it is essential that the expert has no connection with the parties and is impartial, which must have technical competence to carry out the investigation. The structure of a report can be considered as one of the critical points to an expert, especially when dealing with a professional who is a beginner in the area. It is interesting to highlight the need for references that help these professionals to develop their work, suggesting the necessary topics and what these topics should include, of course, the content will vary from process to process, instructed the expert to structure their service as the need. With the analysis of some reports, it was possible to identify the main topics for a medical expert report focused on the loss of working capacity, and thus, this study aimed to present the topics raised and what should be, characterizing briefly the loss of working capacity and the causal link between the disease and the current performance of the process claimant.

Keywords: Expert reports. Work capacity. Causal link. Workplace safety.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CC	Código Civil
CPC	Código Processo Civil
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DEJT	Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho
DJPR	Diário da Justiça do Trabalho do Estado do Paraná
IMC	Índice de Massa Corporal
NBR	Norma Brasileira
NR	Norma Regulamentadora
PIS	Programa de Integração Social
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PR	Estado do Paraná
RG	Registro Geral da Carteira de Identidade
TRT	Tribunal Regional do Trabalho

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO GERAL E ESPECIFICO	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	9
3 JUSTIFICATIVA	10
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	11
5 DA PERDA DE CAPACIDADE LABORATIVA E DO SEU NEXO CAUSAL	12
5.1 CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO	13
5.2 RISCOS AMBIENTAIS.....	15
5.2.1 Risco Físico	15
5.2.2 Risco Químico	15
5.2.3 Risco Biológico	16
5.2.4 Risco Mecânico	16
5.2.5 Risco Ergonômico.....	17
6 DOS LAUDOS EM PERÍCIA DE PERDA DA CAPACIDADE LABORATIVA	18
6.1 LAUDOS TÉCNICOS.....	18
6.2 LAUDOS PERICIAIS	19
6.3 ESTRUTURA DOS LAUDOS PERICIAIS VOLTADOS PARA A ANÁLISE DA PERDA DE CAPACIDADE LABORATIVA	21
6.3.1 Identificação do Perito	23
6.3.2 Resumo Inicial	24
6.3.3 Dados da Perícia	24
6.3.4 Identificação da Parte Reclamante	24
6.3.5 Identificação da Parte Reclamada	25
6.3.6 Descrição, Análise e Discussão do Ambiente de Trabalho.....	25
6.3.7 Exames Médicos	26
6.3.8 Histórico Médico da Parte Periciada.....	27
6.3.9 Histórico Profissional da Parte Periciada	27
6.3.10 Documentos Complementares	28
6.3.11 Discussão	28
6.3.12 Conclusão.....	29
6.3.13 Referências Bibliográficas	29
6.3.14 Resposta aos quesitos.....	29
6.3.15 Honorários	29
6.4 DO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
LAUDOS EM ANEXO	36

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a prevenção de acidentes de trabalho tem sido muito abordada pela mídia em geral através da busca da conscientização do empregado e do empregador. Em parceria com a mídia, os órgãos competentes por fiscalizar e cobrar ambos os lados tem desempenhado seu importante papel, cobrança que visa minimizar a quantidade de afastamentos temporários ou permanentes, respeitando o direito de preservação do patrimônio do cooperador ao não cometer atos ilícitos junto ao mesmo.

Neste caso é fundamental destacar que os atos ilícitos de acordo com a Lei 10.406 (BRASIL, 2002, Art. 186) são aqueles causados à terceiros de forma que implique aos atos acima dos limites tolerados, seja limites destinados aos danos morais ou patrimoniais, de forma voluntária ou não, seja qual ato que for a qualquer bem. Tendo ligação também aos danos morais, que são aqueles que afetam a honra ou saúde (mental ou física) do indivíduo, de acordo com o Artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Sendo assim, é importante salientar que entre os danos patrimoniais, encontra-se os traumas e acidades ocorridos diretamente ao trabalhador, podendo resultar na perda de sua capacidade laborativa. A incapacidade laboral está sujeita a ocorrer com qualquer indivíduo que exerce atividades acima do limite de seu corpo ou ainda que está sujeito a más condições de trabalho, seja sob pressão, condições físicas, químicas, biológicas, mecânicas ou ergonômicas.

Não é segredo que ainda há empresas que tentam se abster da responsabilidade de acidentes ocorridos com seus empregados como observa-se pela ausência de empregados registrados ou ainda por falta da CAT (comunicação de acidente de trabalho) conforme cita Ramazzini (2015) corroborada pelo Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho emitido em 2013 pela Previdência Social, ou ainda, que há empregados que procuram culpar seu atual empregador por decorrência de doenças pré-existente, como é visto em processos trabalhistas¹. Em

¹ AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA. RESPONSABILIDADE CIVIL. **DOENÇA OCUPACIONAL PRÉ-EXISTENTE** AO CONTRATO DE TRABALHO - PAIR. AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL OU CONCAUSAL. MATÉRIA FÁTICA. SÚMULA 126/TST. DECISÃO DENEGATÓRIA. MANUTENÇÃO. **TST AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA AIRR**

ambos os casos, é comum que os esclarecimentos ocorram através de um processo trabalhista, tendo o direito de reclamante a pessoal física ou jurídica. Ressalta-se que aqueles que realizam o julgamento, muitas vezes não possuem conhecimento da área a ser julgada, necessitando então, de um profissional especialista, conhecido entre outros termos como *expert* para elaborar um documento com todos os levantamentos de dados e explicações para que o juiz tenha embasamento para definir sua sentença. O documento em questão é reconhecido como laudo pericial, devendo ser constituído de fatos, análises, discussões e outros pontos importantes para dar subsidio ao juiz.

Através da síntese de alguns laudos periciais, da análise de referências bibliográficas e leis, o presente trabalho tem como finalidade sugerir uma estrutura para apresentação de um laudo pericial em caso de análise da perda de capacidade laborativa, discorrendo sobre cada um dos tópicos de forma concisa, auxiliando os profissionais da área, principalmente aqueles que estão iniciando sua carreira.

OBJETIVO GERAL E ESPECIFICO

1.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho terá como principal objetivo apresentar uma estrutura para a elaboração de um laudo pericial com foco em perda de capacidade laborativa.

1.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Como objetivo específico, destaca-se:

- Apresentação dos tipos de laudos existentes em segurança do trabalho;
- A ideal composição de um laudo pericial em caso de perda de capacidade laborativa;
- Breve caracterização de acidente de trabalho, com ou sem perda de capacidade laboral;
- Breve abordagem do nexu causal em caso de perícia.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o grande número de processos e indenizações sobre acidentes de trabalho formal e informal com afastamento do trabalhador de suas atividades, surge a importância de sugerir uma estrutura para a elaboração de laudos periciais que contemple a perda de capacidade laborativa do obreiro e consequentemente o estabelecimento do nexo causal, buscando assim auxiliar peritos e profissionais da área com pouca ou ainda, nenhuma experiência na confecção de laudos periciais.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada para elaborar este trabalho ficou evidenciada através de análises de laudos técnicos e periciais, pesquisas bibliográficas e informações obtidas através de conversas não registradas com advogados experientes na área trabalhista, sobretudo, com experiência em ações indenizatórias decorrentes de acidente de trabalho. Deste modo o procedimento metodológico se enquadra como qualitativo, certa vez que foi utilizado de observações, opiniões, atitudes e interpretações para realizar alcançar o objetivo.

Através da síntese de informações recolhidas, foi possível demonstrar os tópicos mínimos que o *expert* deve apresentar em seu laudo pericial ao juízo que determinou a realização de perícia judicial para constatação de acidente de trabalho com perda de capacidade laboral parcial ou permanente em qualquer reclamação trabalhista.

Para compor esta decisão foram analisados 12 laudos, com diferentes causas, diferentes varas (inclusive de outros estados) e diferentes peritos. Dados confrontados com referências bibliográficas² para adotar alguma conclusão. Destaca-se também como citado, a conversa não registrada com advogados da área, onde foi possível averiguar os pontos mais importantes para as partes e para o juiz, bem como compreender todo o processo trabalhista.

² As referências utilizadas estão citadas no texto, e constam no tópico de referência bibliografias. Para fins metodológicos destaca-se CPC, Fiker (2011), Giufrida (2012) e Rodrigues Filho (2007).

4 DA PERDA DE CAPACIDADE LABORATIVA E DO SEU NEXO CAUSAL

Um dos pontos primordiais na perícia de análise da perda de capacidade laborativa, é o nexo causal entre a atividade desempenhada pelo requerente com a doença ou trauma adquiridos. Carlos Roberto Campos³ cita que a conclusão do perito quanto ao nexo causal “constitui a direção básica para a conclusão e sentença dos magistrados da justiça do trabalho sobre as diversas ações indenizatórias demandadas.” (RODRIGUES FILHO, 2007, p. 259). Considerando a afirmação de Campos (RODRIGUES FILHO, 2007, p. 259), deve-se ressaltar, que embora o perito seja de confiança do magistrado, cabe ao juiz decidir se estará de acordo com o laudo ou não, podendo a excelência abrir mão do trabalho e utilizar de outras provas⁴.

De acordo com o Artigo 2º da Resolução Federal de Medicina nº 1.488 de 1998:

“Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

³ Médico especialista em medicina do trabalho e autor integrante de RODRIGUES FILHO (2007).

⁴ TRT-PR-25-06-2010 LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. CAPACIDADE LABORATIVA. A autoridade jurisdicional não está vinculada às conclusões do laudo pericial providenciado pelas partes, por força da exigência contida no art. 195, caput e § 2º, da CLT. Pode formar seu convencimento por intermédio de outras provas substanciais disponíveis nos autos, inclusive contrariando conclusões periciais. Contudo, considerando a natureza motivada do livre convencimento da autoridade jurisdicional (art. 93 da Constituição Federal de 1988) e o princípio da persuasão racional (positivado no art. 131 do Código de Processo Civil), e ausentes nos autos quaisquer outros elementos capazes de contrariar as conclusões deduzidas pelo médico do trabalho, quanto à afirmação de que a enfermidade adquirida pela autora não guarda relação de causalidade com suas atribuições contratuais, nada há que autorize modificar o comando judicial. (TRT-PR-01210-2007-653-09-00-5-ACO-20037-2010 - 1A. TURMA. Relator: CELIO HORST WALDRAFF. Publicado no DEJT em 25-06-2010).

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.”

Diretrizes que devem ser consideradas por um perito para estabelecer o nexo causal já destacado pelo Artigo 2º.

Sendo assim, tendo a relação do nexo causal com a perda de capacidade laborativa, caracteriza-se a perda da capacidade como a impossibilidade de laborar alguma função devido a doença ou trauma adquirido ao decorrer do exercício profissional no mérito dos processos trabalhistas, fato corroborado através do Manual de Perícia Oficial do Servidor Público, o qual cita:

“É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alteração patológicas consequentes a doença ou acidente. (...) O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau, a duração e a abrangência da tarefa desempenhada.” (SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR, 2010, p. 2)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Conforme cita a Lei brasileira nº 8.213 de 1991 em seu Artigo 19º:

“Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico 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.”

Ainda de acordo com a Lei brasileira nº 8.213 (1991), o Artigo 20º destaca em seu inteiro teor o que é ou não considerado acidente de trabalho de tal forma:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

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

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste Artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.”.

De forma resumida, acidente de trabalho consiste em qualquer patologia que cause afastamento temporário ou permanente devido à perda de capacidade laboral decorrente dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho (mesmo que a perda de capacidade laboral seja parcial, porém, da mesma maneira poderá resultar emnexo causal). É considerado acidente de trabalho também o “percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado” (BRASIL. Lei nº 8.238, 1991, Artigo 21º)⁵.

É válido ressaltar aqui que as empresas que não estiverem de acordo com as normas de segurança e de higiene do trabalho estão passíveis de punição de acordo com o parágrafo 2º do Artigo 19º da Lei 8.238 (BRASIL, 1991). Inclusive cabe ao empregador fornecer condições ideais de trabalho⁶, e quando não houve

⁵ "DOENÇA AGRAVADA EM FUNÇÃO DO TRABALHO. AMPUTAÇÃO DE MEMBRO DANIFICADO EM ACIDENTE DE TRABALHO. TEORIA DAS CONCAUSAS. O art. 21, da Lei 8.213/1991, equipara a acidente do trabalho aquele ligado ao labor e que, mesmo sem ser a causa única, contribuiu decisivamente para a morte, redução ou perda da capacidade laborativa do segurado, ou produziu lesão que exija atenção médica para a recuperação. Trata-se da concausa, circunstância que, ao lado da causa principal, concorre para o resultado e tem ligação com a atividade laboral. As doenças profissionais não se restringem àquelas previstas na relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, pois o próprio art. 20, § 2º, da Lei, equipara a acidente de trabalho a patologia, ainda que não reconhecida como doença profissional pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, que resultou das condições especiais do trabalho e com ele se relaciona diretamente. Recurso a que se dá provimento para reconhecer como acidente de trabalho agravamento de doença preexistente em decorrência de evento acidentário ocorrido quando em serviço." **(TRT-PR-25191-2007-029-09-00-0-ACO-48413-2012 - 2A. TURMA Relator: MARLENE T. FUVERKI SUGUIMATSU Publicado no DEJT em 19-10-2012)**

⁶ "DOENÇA OCUPACIONAL. MOVIMENTOS REPETITIVOS. NEXO CAUSAL. INDENIZAÇÕES POR DANO MORAL E MATERIAL DEVIDAS. Concluindo a perícia técnica pela existência de nexo causal entre a moléstia que acomete a autora e o trabalho por ela executado (art. 436 do CPC), bem assim a culpa da ré, por não ter adotado medidas capazes de evitar os efeitos nocivos do trabalho (art. 157 da CLT) e porque a atividade é classificada como fator de risco de natureza ocupacional pelo Decreto 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social), com as alterações do Decreto 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico (Grupo XIII da CID-10, VII e X), é devida a indenização por dano material correspondente à perda da capacidade laborativa, além da indenização por dano moral, na forma dos artigos 186, 187, 927 e 950, do Código Civil." **(TRT-PR-01097-2014-121-09-00-1-ACO-18565-2015 - 4A. TURMA Relator: CÉLIO HORST WALDRAFF. Publicado no DEJT em 12-06-2015)**

recursos físicos para tais condições, o mesmo deverá pagar aos seus colaboradores adicionais de periculosidade ou insalubridade conforme leis em vigor.

4.2 RISCOS AMBIENTAIS

Toda população está suscetível aos riscos ambientais, seja no trabalho, na rua ou até mesmo em casa. De acordo com a Norma Regulamentadora nº 09 (NR 09) de 2014, todas as instituições empregadoras estão sujeitas à obrigatoriedade de realizar um “Programa de Prevenção de Riscos Ambientais” (PPRA) afim de reconhecer os riscos eminentes e preservar a saúde de seus colaboradores. De acordo com a NR-09 (2014) são considerados riscos ambientais os riscos físicos, químicos e biológicos. Alguns autores colocam também os riscos mecânicos e ergonômicos como riscos ambientais, riscos destacados através das NRs 12 e 17 respectivamente. Sendo assim, a seguir serão apresentadas as características dos riscos citados.

4.2.1 Risco Físico

De acordo com a NR-09 (2014) os riscos físicos são todos os riscos que o trabalhador fica exposto a alguma forma de energia, “tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som” (NR-09, 2014, p. 1).

Dentre diversos exemplos como os exames clínicos que utilizam de radiação para obtenção de suas imagens e consequentes resultados, a construção civil atualmente pode oferecer de forma direta ao trabalhador os riscos de ruído, vibrações, pressões anormais e temperatura extremas em uma mesma tarefa executado, riscos que em algumas vezes são negligenciados tanto por parte do empregador como do empregado, aumentando então as possibilidades de acidentes do trabalho.

4.2.2 Risco Químico

Os riscos químicos são substâncias passíveis de serem ingeridas através das vias orais, respiratórias e cutâneas do trabalhador. As substâncias ingeridas pelo

colaborador podem estar nas formas de “poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores” segundo a NR-09 (2014, p. 1).

Assim como nos riscos físicos, podemos citar a construção civil, a qual facilmente encontramos colaboradores com ausência de equipamentos de proteção individual quando há manipulação e fabricação de elementos a base de cimento, cal e gesso, elementos classificados como risco de grau 4 de acordo com o Quadro I da NR-04 (2016, p. 6) e fundamentais para tal área de atuação.

4.2.3 Risco Biológico

Não diferente dos itens anteriores, os riscos biológicos são os riscos nocivos à saúde humana, entre eles destaca-se “as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros” conforme cita a NR-09 (2014, p. 1).

De acordo com o anexo 14 da NR-15 (2011), os trabalhadores que possuem contato com a gentes biológicos, terão direito a remuneração de insalubridade de 10%, 20% ou 40%, sendo que aqueles que tiveram contato com pacientes ou corpos infectados por doenças infectocontagiosas (no caso de trabalhadores da saúde), trabalhadores que atuam com lixo ou esgoto deverão ter insalubridade com grau máximo (40%).

4.2.4 Risco Mecânico

A NR-12 (2016) traz em seu escopo os cuidados para com os acidentes e doenças do trabalho quando utiliza-se de máquinas e equipamentos, sendo assim o item 12.1 define:

“Esta Norma Regulamentadora e seus anexos definem referências técnicas, princípios fundamentais e medidas de proteção para garantir a saúde e a integridade física dos trabalhadores e estabelece requisitos mínimos para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho nas fases de projeto e de utilização de máquinas e equipamentos de todos os tipos...”.

Deste modo, não se pode resguarda-se apenas com a NR-12, a empresa e os profissionais da área devem buscar normas internacionais e referências bibliográficas para auxiliarem na redução de riscos mecânicos e conseqüentemente reduzir os possíveis acidentes dos trabalhadores.

4.2.5 Risco Ergonômico

Os riscos ergonômicos são avaliados perante a Norma Regulamentadora nº 17 (NR-17), a qual cita que há parâmetros para as características psicofisiológicas dos trabalhadores. Sendo assim, o item 17.1.1 da NR caracteriza o risco ergonômico do seguinte modo:

“As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.” (NR-17, 2007, p. 1).

Deste modo, trabalhadores de qualquer área estão sujeitos aos riscos, seja por transportar peso acima do tolerável ou ainda de modo errôneo. Como exemplo comum de ergonomia, temos a postura errônea de um indivíduo ao utilizar um computador em casa ou no trabalho. Para a melhor compreensão, a postura ideal ao atuarmos com computadores seria de acordo com a imagem abaixo.

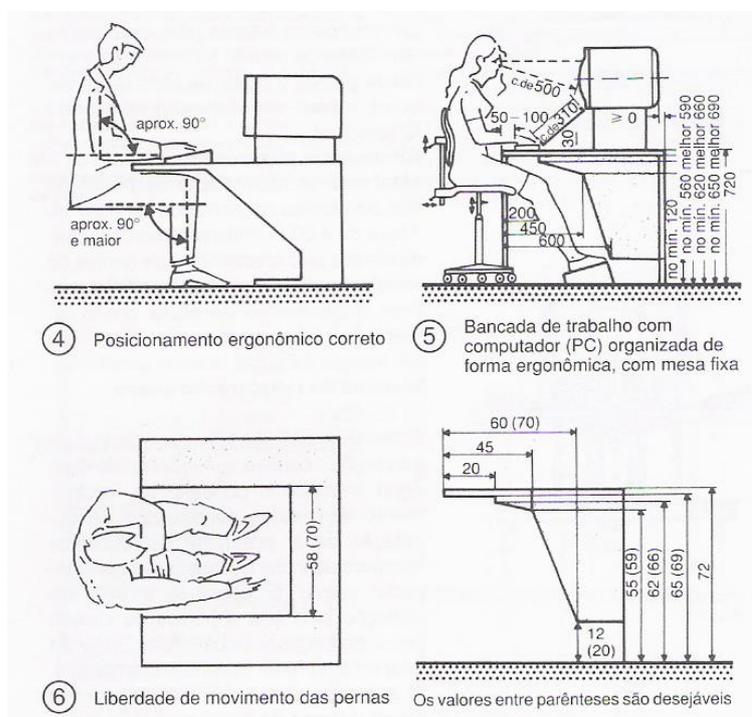


Figura 1 – Postura correta para utilização de computador. Fonte: Neufert, 2008, p. 340.

5 DOS LAUDOS EM PERÍCIA DE PERDA DA CAPACIDADE LABORATIVA

De acordo com Rezende (2010) o substantivo “laudo” originou-se do *latim laudo, laudare*, tendo como significado o ato de “elogiar, enaltecer, exaltar⁷” (REZENDE, 2010, p. 228). Além disso, Rezende (2010) cita também que os juízes encarregados de um caso, eram nomeados de *juiz louvado*, aqueles que tinham a competência de julgar e decidir sobre uma ocorrência. Contudo, de acordo com o Dicionário de Moraes Silva (1954 *apud* Rezende, 2010) alude que o termo “louvado” foi expandido também aos peritos, ora, qualificação pertinente, tendo em vista sua capacidade e muitas vezes obrigação de julgar fatos e relatos dentro de sua atribuição técnica.

Como citado no parágrafo anterior, a palavra “laudo” pode ter alguns significados. No âmbito deste trabalho, o laudo tem como característica os documentos emitidos por profissionais habilitados, atestando e relatando fatos necessários para comprovação de alguma ocorrência dentro de sua competência. Ainda sobre o gênero laudo, tem-se duas possibilidades: laudos técnicos e laudos periciais, os quais serão apresentados nos tópicos a seguir.

5.1 LAUDOS TÉCNICOS

Os laudos de forma geral são constituídos de quatro partes, o exórdio, narração, confirmação e peroração de acordo com Fiker (2011), sendo destinados de forma resumida à:

- Exórdio: Destinado para a apresentação da ocorrência;
- Narração: Representa os dados e provas obtidas que corroboram para comprovar uma tese;
- Confirmação: Fiker (2011) afirma em ser a “tese para solucionar o problema”, onde coloca-se a conclusão sobre o resultado adquirido;

⁷ “Exaltar, verbo transitivo: Erguer; levantar; (...)” (BUENO, 1996, p. 278). Podendo trazer alusão a realizar levantamento de dados e fotos.

- E, por fim o encerramento do laudo, chamado algumas vezes de peroração, onde há um encerramento, anexos, referências entre outros itens necessários.

Através dos itens citados no parágrafo anterior, pode-se apresentar os tópicos também de uma forma mais simples, indo na contramão dos termos técnicos, facilitando assim, aos leitores não familiarizados à área analisada, estruturando o documento por introdução ao tema, histórico, revisão bibliográfica, apresentação de provas, análise e discussão, e finalizando através de um parecer técnico conclusivo⁸, que por sua vez não cabe ao profissional julgar e indicar a pessoa física ou jurídica como responsável.

O laudo técnico, pode ser solicitado por qualquer indivíduo caso queira averiguar algum evento ocorrido fora de seu conhecimento técnico, como por exemplo trincas de uma residência, qualidade do ambiente de trabalho entre outras inúmeras áreas e assuntos. É relevante destacar que muitos laudos técnicos são solicitados por advogados para embasamento técnico em ações judiciais, tendo em vista que os mesmos usam para fundamentar seus pedidos e como instrumento de comprovação dos fatos, cabendo ao juiz ou à parte reclamada requerer a realização de perícia judicial, o que será comprovado através de um laudo pericial, o qual é apresentado no tópico seguinte.

5.2 LAUDOS PERICIAIS

Os laudos periciais de modo geral, possuem o mesmo contexto dos laudos técnicos, porém, possuem uma estrutura um pouco mais completa, e sua atuação acaba sendo restritiva, de modo que cabe ao juiz solicitar e nomear um perito quando lhe julgar necessário, conforme impõe o Artigo 156º seção II do Código de Processo Civil (CPC) de 2015: “O juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.” Contudo, podemos caracterizar o laudo pericial como:

⁸ “Relatório circunstanciado, ou esclarecimento técnico emitido por um profissional capacitado e legalmente habilitado sobre o assunto de sua especialidade” (FIKER, 2011, p. 65), de forma que analise os problemas apresentados e emita um esclarecimento sobre os mesmos (conclusão).

“Atividade técnica realizada por profissional com qualificação específica, para averiguar e esclarecer fatos, verificar o estado de um bem, apurar as causas que motivaram determinado evento, avaliar bens, seus custos frutos ou direitos.” (FIKER, 2011, p.65-66).

A perícia trabalhista para a constatação do adicional de periculosidade, de insalubridade, ou mesmo para os casos de indenização decorrentes de acidente de trabalho deve-se obrigatoriamente ser nomeado um profissional de engenharia de segurança do trabalho ou ainda um médico do trabalho como destaca Giufrida (2012), corroborando com Fiker (2011), os quais devem estar “legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado” (CPC, 2015, Artigo 165, § 1º).

Já citado anteriormente, os laudos periciais de forma geral possuem uma estrutura um pouco quanto mais completa quando comparada com a estrutura de um laudo técnico, podendo claro, variar de documento para documento. Entretanto, os laudos solicitados pelo juiz devem contemplar juntamente a estrutura de um laudo técnico:

- O número do processo, nome das partes e apresentação do profissional perito na primeira página (capa);
- Após a 1ª página, inicia-se o instrumento através de um resumo inicial, contemplado o processo e seguido da apresentação dos fatos apresentados no processo (alegações das partes – autor e réu);
- Finalizando o documento, o perito deve responder aos quesitos colocados por ambas partes e em alguns momentos pelo próprio juiz, com a finalidade de responder suas dúvidas e juntar conteúdo para sua arguição.

Do mesmo modo que os laudos técnicos são atribuídos à inúmeras áreas do conhecimento o laudo pericial faz jus a esta abrangência, diferenciando-se apenas pela nomeação do perito através do juiz e em algumas vezes através da estrutura do documento como foi esclarecido. Entre as áreas de engenharia, contabilidade, medicina temos também a área de segurança do trabalho a qual contempla tanto a engenharia como a medicina, ambos zelando pelo bem patrimonial do colaborador, no entanto este trabalho apresentará a seguir uma sugestão de elaboração para um

laudo pericial com a finalidade de averiguar a perda da capacidade laborativa de um colaborador, podendo ou não haver nexo causal com seu atual serviço⁹.

5.3 ESTRUTURA DOS LAUDOS PERICIAIS VOLTADOS PARA A ANÁLISE DA PERDA DE CAPACIDADE LABORATIVA

De modo geral, os laudos não possuem uma ordem ou uma estrutura obrigatória a ser seguida, porém, existem referências bibliográficas que indicam alguns tópicos que não podem deixar de existir em seu conteúdo, citando-os brevemente e muitas vezes sem ao menos destacar sua importância. Neste tópico é possível compreender os elementos necessários para a confecção de um laudo pericial focado na perda de capacidade laborativa, o que deve contemplar e qual é o conteúdo esperado pelos advogados das partes para com sua importância em um processo.

Os laudos periciais para perda de capacidade laborativa, em sua maior parte são solicitados através de um juiz, o qual nomeia um perito para realização de perícia, como já foi explicado. Há também os laudos solicitados em processos judiciais promovidos em face da Seguridade Social para a constatação de aposentadoria por invalidez, concessão de benefícios previdenciários, entre outros. Ao compararmos os laudos de perda da capacidade laborativa com os laudos já citados, tão pouco se diferem em sua estrutura, já que para efeito deste trabalho os laudos terão atribuição pericial.

Para chegar a uma conclusão de quais tópicos são relevantes para o perito desenvolver que sejam importantes para os advogados das partes, o estudo de laudos focado na análise da perda de capacidade laborativa e a troca de experiências com profissionais da área foram fundamentais. Iniciando a exposição

⁹ DOENÇA OCUPACIONAL. DANO MATERIAL E MORAL. RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA. LAUDO PERICIAL INCONCLUSIVO QUANTO À EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL. CULPA. NÃO CARACTERIZAÇÃO. AUSÊNCIA DE PROVAS. Para que se configure a responsabilidade civil alegada pelo Autor, indispensável os seguintes pressupostos: culpa do empregador pelo acidente de trabalho; dano e elo de causalidade entre a culpa e o dano. No presente caso, além de o laudo pericial ter sido inconclusivo quanto à configuração do nexo causal, a culpa da Ré não restou comprovada. Recurso ordinário do Autor a que se nega provimento." (TRT-PR-00775-2008-096-09-00-5-ACO-40858-2009 - 1A. TURMA Relator: UBIRAJARA CARLOS MENDES Publicado no DJPR em 27-11-2012)

da estrutura, Júlio Cezar Meirelles Gomes¹⁰ cita em Rodrigues Filho (2007, p. 132-133) os seguintes tópicos:

- Identificação do periciado;
- Dados da perícia (local, data, hora e motivo);
- Súmula do exame (histórico e exame físico);
- Discussão;
- Conclusão, e;
- Respostas aos quesitos.

Tópicos que podem ser complementados por Ivane Campos Mendonça¹¹, que menciona em Rodrigues Filho (2007, p. 278):

- Identificação do periciado;
- Dados da perícia (local, data e hora);
- Motivo;
- Histórico;
- Documentos apresentados;
- Exame físico;
- Discussão, e;
- Conclusão.

Através da síntese das bibliografias e dos laudos analisados, foi possível identificar que os autores citam apenas os tópicos básicos a serem apresentados e ainda de forma curta e genérica, devendo o *expert* deste caso complementar o laudo conforme sua experiência, porém, através da súmula dos laudos analisados com a troca de experiências com advogados experientes, foi possível identificar pontos importantes e mais completos a serem seguidos. Sendo assim, sugere-se a estruturação do seguinte modo:

- Identificação do perito (presente em 92% dos laudos analisados);
- Resumo inicial (presente em 67% dos laudos analisados);

¹⁰ Médico pneumologista, perito do Ministério da fazenda e autor integrante de RODRIGUES FILHO (2007).

¹¹ Perita médica e autora integrante de RODRIGUES FILHO (2007).

- Dados da perícia (local, data, hora, motivo e acompanhantes - presente em 67% dos laudos analisados);
- Identificação da parte reclamante (presente em 92% dos laudos analisados);
- Identificação da parte reclamada (presente em 92% dos laudos analisados);
- Descrição, análise e discussão do ambiente de trabalho (presente em 75% dos laudos analisados, porém, 25% de forma completa);
- Exames médicos (presente em 67% dos laudos analisados);
- Histórico médico do periciado (presente em 42% dos laudos analisados);
- Histórico profissional do periciado (presente em 33% dos laudos analisados);
- Documentos complementares (presente em 58% dos laudos analisados);
- Discussão (presente em 33% dos laudos analisados);
- Conclusão (presente em 92% dos laudos analisados);
- Referências bibliográficas (presente em 25% dos laudos analisados);
- Resposta aos quesitos, e por fim (presente em 75% dos laudos analisados);
- Honorários (presente em 50% dos laudos analisados).

De forma sucinta e clara, nos subtítulos a seguir se estabelece o conteúdo mínimo de cada elemento indicado para uma boa apresentação do laudo pericial. É válido ressaltar que cada caso há suas peculiaridades, portanto, caberá ao *expert* se adequar conforme o processo que atuará e a exigência dos exames.

5.3.1 Identificação do Perito

Na página inicial do laudo é obrigatório que haja uma breve identificação do perito, de forma que apresente sua formação, conselho de classe, e-mail e telefone, além de citar de forma formal e honrosa o que o documento em questão apresenta e a quem se apresenta.

Também é fundamental que antes da identificação do perito haja a identificação do número do processo, e da identificação das partes, autor e réu.

5.3.2 Resumo Inicial

Assim como na identificação do perito, o resumo inicial deve ocorrer de forma breve e clara, sendo representado de um a quatro parágrafos conforme 67% do laudos analisados. Neste item o *expert* deverá especificar para que fins foi nomeado pelo juiz, o período de trabalho (admissão, afastamento e demissão) do reclamante, e por fim o objetivo do laudo pericial (o estabelecimento ou não do nexos causal).

Como colocado anteriormente, o resumo inicial esta suscetível às peculiaridades de cada processo.

5.3.3 Dados da Perícia

Os dados da perícia foram encontrados como “orientação do trabalho”, o qual descreve o local, horário e razão da perícia e exames médicos, assim como destaca se houve ou não acompanhantes e qual sua ligação (perito, reclamante, assistentes e outros).

É importante destacar que ambas as partes podem nomear assistentes técnicos para o acompanhamento da perícia e dos exames junto ao perito. Em muitos casos é de suma importância que as partes tenham um assistente técnico de sua confiança para lhe passar segurança e dar suporte durante a realização da perícia médica.

5.3.4 Identificação da Parte Reclamante

De modo diferente à identificação do perito, a identificação da parte reclamante deve apresentar no mínimo:

- Nome;
- Função;
- Data de admissão;
- Data de demissão;
- Jornada de trabalho, apresentando as pausas e intervalos;

- Documentos (RG, CPF, PIS);
- Data de nascimento, e;
- Endereço completo e atualizado.

5.3.5 Identificação da Parte Reclamada

Assim como deve constar a identificação da parte reclamante, a identificação da reclamada também deve ser descrita. Quando o réu for pessoa física, a identificação deverá ocorrer de acordo com o item anterior, já quando o réu for pessoa jurídica a identificação mínima deverá ser:

- Razão social;
- Atividade;
- CNPJ;
- Endereço completo, e;
- Grau de risco.

5.3.6 Descrição, Análise e Discussão do Ambiente de Trabalho

Este tópico é importante para caracterizar os riscos do ambiente (riscos apresentados no início deste trabalho), sendo que estes riscos são os que podem proporcionar a perda da capacidade laboral, claro, quando fica estabelecido o nexo causal entre a doença e a função exercida pelo reclamante.

Em geral, a análise do posto de trabalho pode ficar comprometida, fato decorrente da alteração ou pela sua extinção, prejudicando a perícia. É importante destacar que algumas dessas análises devem ser realizadas por profissionais de outras áreas, como é o exemplo da engenharia.

É fundamental a análise do local de trabalho para a realização da perícia judicial. Neste caso deve-se realizar um estudo dos riscos ambientais de acordo com as normas regulamentadoras (NRs) e da legislação pertinente ao caso, com a finalidade de auxiliar na determinação do nexo causal, não dependendo apenas de históricos e exames médicos, diminuindo assim as dúvidas e a possibilidade de erros.

Quando a análise for realizada no ambiente de trabalho, aconselha-se veementemente a apresentação minuciosa do que foi visto e medido, sendo citado

neste momento do laudo pericial, bem como apresentando os instrumentos de medição utilizados, seus resultados, fotos e toda apuração utilizada (tabelas, *check list*, gráficos, entre outros artifícios).

Também neste capítulo deve ser citado a utilização ou não de equipamentos de proteção, seja individual ou coletivo, destacando se há ou não o uso. Em caso positivo, apresentar o estado dos equipamentos e os documentos pertinentes (termo de recebimento, capacitação para utilizar os equipamentos e o certificado de aprovação dos mesmos).

5.3.7 Exames Médicos

Campo destinado a apresentação dos exames médicos realizados pelo médico perito com a finalidade de determinar alterações do reclamante deste processo.

Ficou constatado através dos documentos analisados que os exames médicos básicos são os exames considerados como “físicos”, os quais podem incluir: Pressão arterial, temperatura, pele, mucosa, esqueleto, altura, peso e o índice de massa corporal (IMC). Dentre os exames físicos o perito deve-se aprofundar conforme a necessidade dos sintomas, indicando a resposta a cada um dos exames realizados.

Caso seja necessário a realização de exames físicos especiais para a apresentação de alterações patológicas e fisiológicas, exames dos aparelhos cardíaco, respiratório e digestivo, análise do abdômen, da coluna e membros superiores e inferiores é neste local onde deverão ser apresentados quais exames e testes foram desenvolvidos, juntamente à seus consequentes resultados.

É fundamental destacar que o *expert* pode apresentar neste tópico o método de como os exames foram realizados, quais equipamentos foram utilizados (neste caso é de boa intensão que o perito exponha o funcionamento dos equipamentos, aferições e as importantes características para validar o exame), seus resultados e o método de interpretação dos resultados, com a finalidade de todos os interessados compreender sua discussão e conclusão.

5.3.8 Histórico Médico da Parte Periciada

De forma concisa, este tópico deverá apresentar o histórico médico do periciado em ordem cronológica. Este histórico deve contemplar doenças crônicas e degenerativas, traumas e acidentes, cirurgias (inclui-se procedimentos obstétricos no caso de perícia em sexo feminino), afastamentos com atestados, histórico familiar de doenças (hipertensão, diabetes, problemas musculares entre outros) e antecedentes pessoais. O histórico familiar pode influenciar quando a doença pode ser transmitida para as próximas gerações ou ainda por ter o indivíduo uma pré-disposição para tal doença influenciando ou não na reclamação do caso.

Os antecedentes pessoais podem variar de acordo com a necessidade ou experiência do perito, porém, engloba a rotina do periciado, indicando hábitos, hobbies e costumes, como por exemplo:

- a) Bebe? () Sim () Não
- b) Utiliza de entorpecentes? () Sim () Não
- c) É usuário de tabaco? () Sim () Não
- d) Frequenta academia? () Sim () Não
- e) Realiza aulas de musculação ou algum tipo de aula que exija movimentos repetitivos ou ainda que exija de força para realiza-lo? () Sim () Não

Evidencias que podem influenciar diretamente nas doenças adquiridas.

5.3.9 Histórico Profissional da Parte Periciada

De forma resumida é de valida importância a apresentação dos trabalhos e funções já desempenhadas pelo profissional. Deve-se neste caso indicar de forma sucinta em forma de texto ou tabela, as empresas, cargos, atividades desenvolvidas, data de admissão e demissão, apresentação de atestados médicos, entre outros documentos pertinentes.

5.3.10 Documentos Complementares

Os documentos complementares podem ser diversos, e entre eles deve-se destacar as Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT), o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), exames diversos (ultrassom, exames de imagem, exames de sangue, exames cardíacos e etc.) entre diversos outros documentos que o *expert* julgar pertinente em citar e apresentar. Ressalta-se que este item deve ser apresentado preferivelmente em ordem cronológica dos fatos.

5.3.11 Discussão

O tópico discussão deve ser elaborado com muita pericia, e será desenvolvido sempre de maneira diferente a cada laudo. Este tópico depende de forma direta do conhecimento técnico do perito e de sua experiência.

Neste espaço deverá ser apresentada a discussão de todos os fatos, etiologias e terapias, ou seja, é uma análise do que está ocorrendo no processo. Aconselha-se iniciar citando um breve resumo do processo, incluindo data de admissão, função do colaborador, data do início das patologias, datas dos afastamentos, data de cirurgia (se houver) e consultas com outros profissionais, existência ou não de CAT, entre outros itens que venham a ser de interesse para o processo.

Elaborado o resumo do processo o perito deve se aprofundar na etiologia do caso, buscando de forma específica as causas e origens dos traumas supostamente oriundos do serviço profissional. Em outras palavras, o *expert* através de referências bibliográficas e de sua própria experiência deverá apresentar as causas que levaram ao surgimento da doença enriquecendo seu relatório.

Posteriormente à etiologia, pode-se resumir as patologias encontradas e apresentar em um tópico específico caso julgue interessante, diagnosticando o paciente. Com isso, pode-se concluir que o diagnóstico completa a etiologia e vice-versa. Através do diagnóstico o perito está apto a apresentar a terapia adequada do indivíduo. Para assegurar a correta indicação do tratamento, o *expert* deve utilizar fundamentação teórica, utilizando de gráficos, tabelas e imagens quando possível.

Fica imprescindível citar que caso o perito queira emitir um parecer ou fazer alguma colocação sobre a origem da doença, é fundamental que o mesmo deixe

claro que é uma opinião própria, não podendo o mesmo influenciar diretamente o magistrado e as partes perante interpretação do laudo.

5.3.12 Conclusão

Ivane Campos Mendonça (RODRIGUES FILHO, 2007, p. 280) cita que a conclusão deve ser um compilado do item discussão. Além do resumo, citando os problemas encontrados, neste caso deve-se destacar a existência ou não de nexo causal entre a(s) doença(s) e o exercício do profissional baseado no texto da discussão.

Neste tópico poderá também o perito caso julgue interessante, apresentar as limitações do periciado. Colocação importante para a determinação do valor indenizatório Partindo então para os tópicos pós-textuais e finais.

5.3.13 Referências Bibliográficas

Como qualquer documento e trabalho elaborado com base na consulta de outros autores, é ético por parte do profissional, citar quais foram as fontes utilizadas, preferivelmente de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em específico a Norma Brasileira (NBR) nº 6.023.

5.3.14 Resposta aos quesitos

De forma direta, os quesitos são questões levantadas por ambas partes com a finalidade de responder dúvidas e poder agregar valor em suas teses. É possível também que as questões sejam levantadas por parte do juiz. Sendo assim, obrigatória a resposta de todos os quesitos.

5.3.15 Honorários

Embora os honorários contemple como último item a ser exibido neste trabalho, nada impede do profissional perito fazer sua solicitação junto a sua identificação na primeira página do documento.

5.4 DO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

Complementando a estrutura sugerida neste trabalho, o novo CPC traz em seu escopo a síntese dos itens obrigatórios de um laudo pericial, sendo eles:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

§ 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões.

§ 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia.

§ 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.” (BRASIL. Lei nº 13.105, Art. 473).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É incomum encontrar processos na área de segurança do trabalho que não seja necessário a presença de um perito, seja ele médico ou engenheiro. Fato decorrente do não conhecimento da determinada área do saber por parte daqueles que realizam o julgamento, sendo assim, utilizam de comprovações técnicas elaboradas por profissionais da área que sejam de sua confiança, com a finalidade de caracterizar os incidentes.

Para muitos profissionais a estrutura de um laudo pericial acaba sendo um caminho obscuro, não conseguindo compor o instrumento da maneira adequada. O presente trabalho, através da compilação dos laudos periciais aos quais obteve-se acesso, juntamente com a revisão bibliográfica e os conhecimentos obtidos ao longo do curso de especialização, resultou no alcance do objetivo inicial, o qual consistia em sugerir uma estrutura para um laudo pericial com foco na análise da perda de capacidade laborativa, citando os principais pontos de cada tópico e os que devem contemplar, claro, podendo variar de acordo com o processo trabalhista, e conforme a experiência do perito. Lembrando que o juiz pode abrir mão do laudo e não o considerar, utilizando de outras provas para definir seu veredito.

Foi notório que a perda da capacidade laboral do empregado parte da falta de atenção dos empregados em conjunto, ou não, com a falta de zelo da parte empregadora. Assim, fica necessário frisar que é de responsabilidade da empresa elaborar e manter um plano de prevenção de acidentes, e para isso a NR-9 impõe às empresas a elaboração do PPRA, devendo manter a integridade física e mental dos colaboradores. Ora, há casos de desatenção ou imprudência de ambos os lados, em contrapartida, temos o caso onde as duas partes devem ser responsáveis (um responsável e a outra corresponsável), como é o exemplo de funcionários com o psicológico fora dos padrões normais e se tornando desatento e passivo a maiores chances de acidentes, onde neste caso a empresa deve estar ciente de suas condições.

Através dos fatos acima destacados surge os processos pelo simples fato do funcionário se sentir lesado na maior parte dos casos, porém, não é incomum de encontrar processos sem nexos causal, cabendo ao juiz julgar e se for de seu interesse solicitar a presença de um perito.

Desde modo, é imprescindível deixarmos de citar que o perito além de ser confiável, deve ser imparcial para com as partes, ser justo, respeitoso, honesto e competente para a realização do trabalho naquela área demandada, nunca omitindo ou deixando de apresentar fatos e dados, ou seja, íntegro e ético. Conseguindo então desenvolver seu trabalho com excelência e êxito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988.

_____. Lei 3.048, de 06 de maio de 1999. **Regulamento da Previdência Social**. Brasília, DF.

_____. Lei 5.452, de 1º de maio de 1943. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Brasília, DF.

_____. Lei 6.514, de 22 de dezembro de 1977. **Da Segurança e da Medicina do Trabalho**. Brasília, DF.

_____. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Brasília, DF.

_____. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Brasília, DF.

_____. Lei 13.105, de 16 de março de 2015. **Código de Processo Civil**. Brasília, DF.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentador 04** – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentador 09** – Programas de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentador 12** – Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentador 15** – Atividades e Operações Insalubres, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentador 17 – Ergonomia**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2007.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Ed. rev. e atual por Helena Bonito C. Pereira, Rena Signer. São Paulo: FTD, 1996. 703 p..

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dispões de Normas Específicas para Médicos que Atendam o Trabalhador**. Resolução nº 1.488 – Publicada no Diário Oficial da União, de 06 de março 1998, Seção I, p. 150.

CROCE, Delton; CROCE JR., Delton. **Manual de Medicina Legal**. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008

DRUMMOND, Paulo Carvalheira. **A Periculosidade e Sua Atual Interpretação pela Justiça do Trabalho**. Londrina: UTFPR – 2012. 37 p..

FIKER, José. **Perícias e Avaliações de Engenharia: Fundamentos Práticos**. 2ª ed. São Paulo: Liv. E Ed. Universitária de Direito, 2011.

GIUFRIDA, Alexandre Perez. **O Laudo Pericial à Luz da Lei e das Decisões Judiciais**. 2012. 34 p.. Trabalho de Conclusão de Curso em Engenharia de Segurança no Trabalho – UTFPR: Londrina, P.R., 2012.

MORAIS, Silva A. **Grande Dicionário da Língua Portuguesa**. 10.ed., vol. 6, Lisboa, Confluência, 1954.

NEUFERT, P.. **Arte de Projetar em Arquitetura**. 17ª ed. Barcelona: Ed. Gustavo Gili, 2008. 618 p..

PORTAL PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em <www.previdencia.gov.br>, com acesso em 21 de novembro de 2016.

RAMAZZINI, Márcia. **50% DOS ACIDENTES DE TRABALHO NÃO ENTRAM NA ESTÁTISTICA BRASILEIRA.** 2015. Disponível em <www.creasp.org.br/noticia/institucional/2015/07/27/50-dos-acidentes-de-trabalho-nao-entram-na-estatistica-brasileira/1803>, com acesso em 21 de novembro de 2016.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **Laudar, laudado.** Revista de Patologia Tropical, Goiás, v.39, n.3, p.228-230. 2010.

RODRIGUES FILHO, Salomão *et al.* **Perícia Médica.** Conselho Regional de Medicina de Goiás, 2007. 480 p..

SCHLOTTFELDT, Daniel Donida. **Os Riscos Associados ao Uso do Cimento na Construção Civil.** Santo Amaro: Universidade de Santo Amaro, [201-]. 9 p..

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.** Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 332 p..

LAUDOS EM ANEXO



Dr. José Marcelo O. Penteado

*Clínica e Cirurgia Geral
Médico do Trabalho (ANAMT)
Pós Graduação em Perícias Médicas
Consultor em Ergonomia / DORT / IFR*

172

INTRODUÇÃO

DATA DA PERÍCIA: 7 de maio de 2010

LOCAL DA PERÍCIA: sede da reclamada

MOTIVO DA PERÍCIA

Avaliação médica de acidente de trabalho ocorrido com a parte autora

ADVOGADOS, ASSISTENTES, TÉCNICOS E OUTROS

- Antonio Marcos Guebará – Técnico de Segurança da reclamada
- Dra Carolina Quinalato da Costa: advogada da reclamada
- Dr Paulo Vinicius Lopes: assistente técnico da reclamada
- Dr Ricardo Motta: engenheiro de segurança, assistente técnico da reclamada
- Dra Flávia Fernandes Alfaro: advogada do reclamante

QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA

Nome da empresa: Pado Industria e Comercio e Importador S.A.
Endereço: Rua do Sol, 84 – Cambé - Pr
CNPJ: 61.144.150/0006-78
Atividade da empresa:

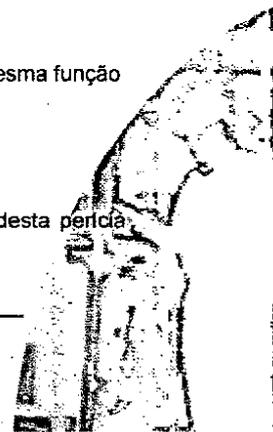
QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE

Nome: Ivan Luis Belarmino, 26 anos, DN 22/04/1984
Solteiro, sem filhos
Escolaridade: Ensino Médio completo
Cursos Técnicos: Torneiro mecânico no Senai (4 meses)
Profissão ou ofício devidamente habilitado: Nega
Destro, 1,79 metros, 93 quilos
Tabagismo: Nega
Alcoolismo: Nega
Ações Judiciais Prévias ou concomitantes: nega
CTPS: N° 29705 – Série: 00057 – PR.
CPF: 048.404.779-57
RG: 8.490.846-0 - Pr
Endereço: Rua Birigui, 273 – Cambé - Pr
Admissão: 20/01/2003
Demissão: 19/03/2008
Data do acidente: 24/09/2005
Afastamento no INSS: após o acidente por 5 meses e meio, retornando na mesma função
Aposentadoria no INSS: Não

As datas acima registradas foram retiradas dos autos, não fazendo parte desta perícia técnica.

2

R. Martin Luther King, 511 - Londrino - PR - Fone: (43) 3321-3361
Avenida Goiás, 965 - Andaraí - PR - Fone: (43) 3538-3169
E-mail: drjosemarcelo@ual.com.br www.doutorjosemarcelo.com.br





Dr. José Marcelo O. Penteado ¹⁷³
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós Graduado em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

MOTIVO DO PROCESSO

Dados da inicial do processo

Foi admitido em 20/01/2003, para exercer a função de auxiliar de serviços gerais, vindo a ser dispensado em 19/03/2008, quando exercia a função de Inspetor de Qualidade.

Houve emissão de CAT.

Ficou afastado pelo INSS.

Foi demitido em 19/03/2008

Do Acidente de Trabalho

O acidente ocorreu em 24/09/2005, quando o Reclamante, que ainda encontrava-se em período de treinamento e, ainda não dispunha de qualquer experiência para manusear a máquina de serrar cadeados, teve a mão direita atingida pela máquina. O trauma causado ocasionou na amputação de parte do segundo dedo da mão direita.

Da defesa:

O autor foi admitido em 20/01/2003 para exercer as funções de Auxiliar de Serviços Gerais no setor de Usinagem. Foi demitido em 19/03/2008.

Do Acidente de Trabalho

De fato, em data de 24/09/2005, às 7:30 hs, o reclamante acidentou-se, mas não da forma como alegado na inicial. O autor possuía experiência nas funções que desempenhava junto a reclamada quando veio a ocorrer o acidente de trabalho. Houve um descuido ou ato inseguro por parte do autor, negligenciando quanto às normas de segurança, o que culminou na ocorrência do acidente em questão.

DOCUMENTOS DE IMPORTÂNCIA NOS AUTOS

Atestados:

26/09/2005 – Dr. Fabio A. P. Sambatti – pag. 115

26/03/2008 – ASO Demissional – pag. 123

25/02/2010 – Dr. Claudio Jose Fuganti – CID R07.4 – pag. 164

CAT:

26/09/2005 – Emissão empregador – pag. 27

Documentos INSS:

18/10/2005 – Concessão de auxílio-doença (91) – pag. 29

Ficha de Entrega de EPIs

Pag. 69

Treinamentos:

Não encontrado nos autos



Dr. José Marcelo O. Penteadó
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós-Graduado em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

124

ATIVIDADES DA PARTE RECLAMANTE

Foi admitido na empresa no ano de 2003 para trabalho como operador de máquinas inicialmente na usinagem de maçanetas. No setor em que ocorreu o sinistro trabalhava há aproximadamente 1 ano e meio, onde tinha como função de operar a máquina através de acionamento de botões e alimentação da mesma, colocando a barra de cadeados e posteriormente retirando os cadeados cortados

HISTÓRICO CLÍNICO-OCUPACIONAL

Histórico da parte autora:

Informa o autor que ocorreu uma parada da máquina pois a barra estava torta (fato comum da atividade). Informa que desligou a máquina, retirou a proteção e com um ferrinho foi retirar o pedaço torto quando a mesma ainda estava em rotação vindo a prender o ferro e puxou a mão do autor ocorrendo o sinistro

Foi encaminhado ao Hospital, realizado tratamento cirúrgico e posteriormente fisioterápico, tendo ficado afastado no órgão previdenciário por cerca de 5 meses, retornando na mesma função. Trabalhou mais 3 anos sendo demitido em Março de 2008

Não faz mais tratamentos.

Doenças Associadas			
Diabetes?	Sim	Não	N.A.
Doenças da Tireóide?	Sim	Não	N.A.
Hipertensão arterial?	Sim	Não	N.A.
Doenças Reumáticas?	Sim	Não	N.A.
Ácido Úrico?	Sim	Não	N.A.
Problemas emocionais?	Sim	Não	N.A.

Obs: N.A = Não se aplica ao caso

Da Política de Segurança da empresa e fatores organizacionais do Trabalho			
A empresa tem PPRA?	Sim	Não	N.A.
A avaliação quantitativa é feita para comprovar o controle da exposição ou a inexistência?	Sim	Não	N.A.
A empresa tem PCMSO?	Sim	Não	N.A.
São realizados exame médicos, admissionais, periódicos e demissionais?	Sim	Não	N.A.
A empresa tem CIPA?	Sim	Não	N.A.
A CIPA promove anualmente a SIPAT?	Sim	Não	N.A.
Ficha de análise do acidente pela CIPA?	Sim	Não	N.A.
A empresa mantém seguro contra acidentes de trabalho para seus funcionários de acordo com o item XXVIII da Constituição Federal?	Sim	Não	N.A.
A empresa elabora o PPP?	Sim	Não	N.A.
A empresa tem Ordens de Segurança com orientação dos riscos ocupacionais da atividade e visando prevenir os atos inseguros no desempenho do trabalho	Sim	Não	N.A.
Existiam medidas de proteção coletiva para evitar o AT?	Sim	Não	N.A.
O SESMET promove atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores?	Sim	Não	N.A.
Há planos de disponibilidade de meios para salvamento e de imediata atenção à vítima?	Sim	Não	N.A.
Existe um plano de resgate escrito, definido e entendido pela equipe de resgate?	Sim	Não	N.A.
A empresa fornece gratuitamente aos empregados os EPIs adequados ao risco?	Sim	Não	N.A.
São fornecidos em perfeito estado de conservação e funcionamento?	Sim	Não	N.A.
As máquinas e equipamentos possuem dispositivo de acionamento e parada localizados de forma que o operador o acione ou desligue de sua posição de trabalho?	Sim	Não	N.A.
As máquinas e equipamentos possuem dispositivo de acionamento e parada que possa ser desligado em caso de emergência, por outra pessoa que não seja o operador?	Sim	Não	N.A.

R. Martin Luther King, 511 - Londrina - PR - Fone: (43) 3321-3361
 Avenida Gotás, 965 - Andaraí - PR - Fone (43) 3538-3169
 E-mail: drjosemarcelo@uol.com.br - www.doutorjosemarcelo.com.br

As máquinas e equipamentos possuem suas transmissões de força enclausuradas dentro de sua estrutura?	Sim	Não	N.A.
As máquinas e equipamentos que ofereçam risco de ruptura de suas partes ou projeção de peças, possuem proteção?	Sim	Não	N.A.
Qualquer manutenção é feita com a máquina e o equipamento parado?	Sim	Não	N.A.
A parte autora estava devidamente capacitada nos aspectos de segurança?	Sim	Não	N.A.
Na operação de máquinas e equipamentos com tecnologia diferente da que o operador estava habituado a usar, é realizado novo treinamento, de modo a qualificá-lo à utilização dos mesmos, como alude a NR 18, item 18.22.6?	Sim	Não	N.A.
A máquina produz outros riscos adicionais ao trabalhador tais como ruído, vibração, temperaturas extremas, gases e poluentes em geral, incêndio/explosões, acidentes elétricos, riscos de quedas(trabalho em altura).	Sim	Não	N.A.

Obs: N.A = Não se aplica ao caso

Trabalhos anteriores

1º emprego: Auxiliar de Serviços gerais por 1 ano e dois meses

Trabalhos posteriores

Alumiflex no controle de qualidade por 3 meses
Montador na Vitur desde Novembro de 2009

EXAME FÍSICO DIRIGIDO À QUEIXA

Exame físico do autor demonstra:

- 2º dedo: perda de parte da falange distal

Musculatura de antebraço normal

Ausência de Atrofia musculatura hipotênar e ténar de mão





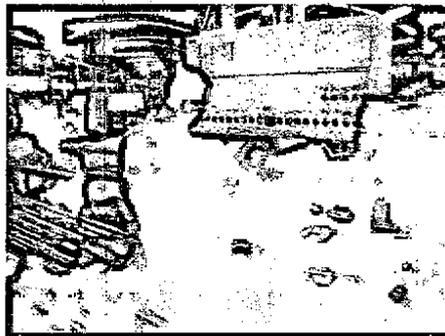
Dr. José Marcelo O. Pentecado
Clínica e Cirurgia Geral
Médico do Trabalho (ANAMT)
Pós-Graduado em Perícias Médicas
Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

176

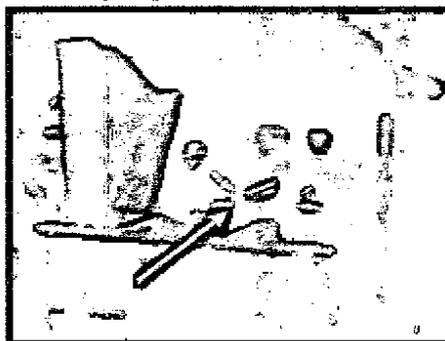
Fotos do acidente



Acionando os botões de parada da máquina e retirando a proteção



Colocando a mão dentro da máquina



Local onde o ferra pegou na serra que ainda não havia parado

R. Martin Luther King, 511 - Londrina - PR - Fone: (43) 3321-3361
Avenida Goiás, 965 - Andaraí - PR - Fone: (43) 3538-3169
E-mail: drjosemarcelo@uol.com.br www.doutorjosemarcelo.com.br





Dr. José Marcelo O. Penteado
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médica do Trabalho (ANAMT)
 Pós Graduação em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

127

Avaliação da capacidade laboral, para atos da vida diária e alterações estéticas.

Examinando a parte autora atualmente não encontramos incapacidade laboral total. Entretanto comparando com pessoas da mesma idade, sexo e profissão, existe uma redução parcial, permanente e definitiva da sua capacidade laboral.

Pelas tabelas nacionais e pelos Baremos internacionais incluindo as tabelas de graduação da redução e tabelas do Baremo Internacional de Invalidez (Valoración de las discapacidades y del daño corporal.) de Louis Mélenec e Guides to the Evaluation of Permanent Impairment da American Medical Association, podemos fazer um cálculo aproximado de 5% de redução da capacidade para o trabalho.

A queixa do reclamante não justifica dificuldade de realizar atos do cotidiano e da vida diária e a autora não necessita da ajuda, supervisão ou vigilância de terceiros.

Classificamos o dano estético em grau mínimo (10%) pois houve claramente uma quebra na harmonia corporal, representado pela amputação de parte do dedo

Resposta aos quesitos do reclamante (página 143 e 144)

a) Há quanto tempo o reclamante operava especificamente o equipamento no qual sofreu o acidente? Há prova documental deste tempo?
Um ano e meio

b) Há provas documentais de que o reclamante conhecia plenamente o funcionamento do equipamento que operava quando sofreu o acidente?
O autor informa que sabia operar a máquina e inclusive estava sendo promovido de cargo para preparador

c) Há prova documental que comprove que o reclamante recebeu treinamento específico para operar o equipamento no qual sofreu o acidente?
Não identificado no processo

d) Existe a hipótese do acidente ter ocorrido de maneira diferente da que unilateralmente a reclamada fez constar do CAT?
As explicações do acidente estão no laudo

e) No momento do acidente o reclamante estava utilizando EPI que pudesse evitar o acidente ou a mutilação havida? Foi-lhe fornecido este EPI? Há prova documental disto?
Utilização de EPI não evitaria o acidente

f) Quais foram as lesões decorrentes do acidente de trabalho?
Vide laudo

g) Houve lesão corporal definitiva?
Sim

h) Há prova documental de que o reclamante tenha recebido treinamento em prevenção de acidentes?
Não



Dr. José Marcelo O. Penteado
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós Graduado em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

128

i) O autor é portador de alguma falta de sensibilidade no local de sua lesão?
Refere que sim

j) O autor é portador de alguma seqüela ou diminuição de sua capacidade laborativa que pode ser apontada como tendo origem no seu acidente de trabalho?
Vide laudo

Resposta aos quesitos da reclamada (página 127 e 128)

1. O autor trabalhou exercendo as funções de operador de máquina desde que data?
Vide laudo

2. O autor possui cursos técnicos e de capacitação (SENAI, ISSO 9001, etc.)?
Sim

3. Quando iniciou o trabalho no setor de Usinagem?
Vide laudo

4. Desde a admissão do autor sempre houve técnico de segurança do trabalho na empresa?
Sim

5. Recebeu alguma orientação do Encarregado e/ou técnico de segurança de como realizar a atividade no setor de Usinagem?
Refere que não

6. Queira o Sr. Perito descrever como se dá o funcionamento (processo) da máquina em que ocorreu o acidente?
Vide laudo

7. O autor tinha conhecimento do funcionamento da máquina?
Sim

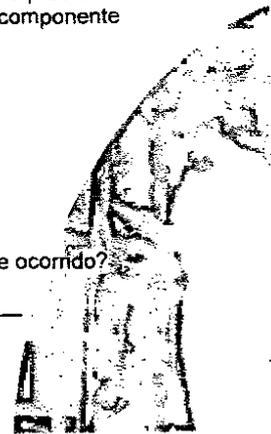
8. Há mecânicos no quadro da empresa? Suas atividades consistem em realizar a manutenção nas máquinas?
Sim e sim

9. Deveria o autor ter acionado o mecânico ou o encarregado para resolver o problema apresentado ou, ainda, desligado a máquina em vez de tentar desenroscar o componente com ela ligada?
Não, pois é atividade específica do operador

10. Houve um ato inseguro do autor?
Em nossa análise, não esperou a máquina parar a rotação

11. A empresa conta com PPRA, LTCAT, PCMSO?
Sim

12. O autor foi submetido a tratamento médico e ambulatorial após o acidente ocorrido?





Dr. José Marcelo O. Penteado
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós-Graduado em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

179

Não

13. Recebeu alta médica e retornou ao trabalho na reclamada?
 Sim

14. A lesão encontra-se curada e/ou consolidada?
 Sim

15. O autor ainda está realizando algum tipo de tratamento médico?
 Não

16. Queira o Sr. Perito informar se o reclamante possui capacidade para o trabalho?
 Vide laudo

17. Possui condições de realizar as atividades da vida diária e do cotidiano?
 Vide laudo

18. Quais foram os empregos que obteve após o desligamento da reclamada, incluindo os informais?
 Vide laudo

19. O autor está empregado e trabalhando atualmente?
 Vide laudo

20. O autor aposentou-se por invalidez junto ao INSS?
 Não

21. Quais são as atividades do cotidiano atualmente desenvolvidas pelo autor (sociais, informais, recreativas, religiosas, estudantis, domésticas, etc.)?
 Vide laudo

Resposta aos quesitos do Juízo (página 43 e 44)

1. O(a) Reclamante é portador da moléstia/lesão descrita na petição inicial?
 Sim

2. A Reclamada cumpria todas as normas de segurança e prevenção indicadas na legislação outras normas técnicas aplicáveis?
 Não identificamos documentações com comprovação específica de treinamentos. Não identificamos realização de ordens de serviço específica da atividade. Não identificamos análise preliminar de risco da atividade

3. Algum fator de caráter organizacional pode ter contribuído para o aparecimento da doença ou ocorrência do acidente, bem como seu eventual agravamento?
 Vide laudo

91



Dr. José Marcelo O. Penteado

Clinica e Cirurgia Geral
Médico do Trabalho (ANAMT)
Pós Graduação em Perícias Médicas
Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

130

4. Quais as alterações/comprometimentos a moléstia/lesão acarretou à saúde do(a) Reclamante, bem como em sua capacidade de trabalho e em sua vida social?

Vide laudo

5. É possível mensurar a eventual capacidade residual de trabalho do(a) Reclamante, e a viabilidade de seu aproveitamento no mercado, dentro de sua área de atuação profissional ou em funções compatíveis?

Vide laudo

6. Há possibilidade efetiva de reversão do quadro para recuperação da aptidão normal de trabalho?

Vide laudo

Conclusão e encerramento

De acordo com a perícia realizada, concluo o trabalho a que fui designado, tendo o mesmo sido elaborado dentro dos preceitos éticos, técnicos e legais e trazemos assim os seguintes elementos aos autos para serem submetidos à apreciação e serem auxiliares no convencimento do Juízo:

O autor apresentou acidente de trabalho com perda de parte da falange distal do 2º dedo

Examinando a parte autora atualmente não encontramos incapacidade laboral total. Entretanto comparando com pessoas da mesma idade, sexo e profissão, existe uma redução parcial, permanente e definitiva da sua capacidade laboral.

Pelas tabelas nacionais e pelos Baresmos internacionais incluindo as tabelas de graduação da redução e tabelas do Baremo Internacional de Invalideces (Valoración de las discapacidades y del daño corporal.) de Louis Mélenec e Guides to the Evaluation of Permanent Impairment da American Medical Association, podemos fazer um cálculo aproximado de 5% de redução da capacidade para o trabalho.

A queixa do reclamante não justifica dificuldade de realizar atos do cotidiano e da vida diária e a autora não necessita da ajuda, supervisão ou vigilância de terceiros.

Classificamos o dano estético em grau mínimo(10%) pois houve claramente uma quebra na harmonia corporal, representado pela amputação de parte do dedo

É meu parecer.

O presente laudo contém 12 páginas.

Nada havendo mais a relatar, damos por encerrado, encontrando-nos à disposição para qualquer esclarecimento.



Dr. José Marcelo O. Penteado
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós Graduação em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

131

Londrina 15 de Junho de 2010

Dr José Marcelo de Oliveira Penteado
 CRM 12828 / PR

- Cirurgião Geral com formação acadêmica e residência médica pela Universidade Estadual de Londrina
- Médico do Trabalho pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) com diploma de especialidade da área registrado na Associação Médica Brasileira(AMB) sob o número 085977 e no Conselho Regional de Medicina do Paraná(CRM-PR) no livro 29 sob número 14411.
- Membro Titular da Associação Nacional de Medicina do Trabalho
- Member of International Commission on Occupational Health (ICOH)
- Pós- graduado em Perícias Médicas pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistemáticos
- Médico Perito Judicial com área de atuação nas Varas do Trabalho do Norte Paranaense
- Consultor em Ergonomia LER/DORT, Analista Certificado de Occupational Repetitives Actions pela Escola OCRA Internacional

Últimos Cursos, Congressos e Simpósios realizados

- Perícias Judiciais de Insalubridade e Periculosidade: São Paulo - Setembro de 2004
- XII Seminário Sul-Brasileiro da ANAMT: Curitiba - Agosto de 2005
- Evento: O Brasil Discute o Coração: Desafios na Redução do Risco Cardiovascular no Século XXI: Londrina - Agosto de 2005
- Conferência Latino-Americana de Saúde no Trabalho: São Paulo - Outubro de 2005
- Curso Avançado de Formação Pericial em Insalubridade: São Paulo - Outubro de 2005
- Oficina de Semiologia do Aparelho locomotor em Medicina do Trabalho: São Paulo Outubro de 2005
- Curso de Especialização em Perícias Médicas: São Paulo - de Março de 2005 a Julho de 2006.
- XXI Jornada Paranaense de Saúde Ocupacional: Londrina - Agosto de 2006
- Curso: Exame Físico do Membro Superior: Londrina - Agosto de 2006
- 1º Encontro LER/DORT de Especialistas da ANAMT: Rio de Janeiro-Outubro de 2006
- Congresso Paulista de Medicina do Trabalho: São Paulo - Novembro de 2006
- Curso de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho: São Paulo - Novembro de 2006.
- Curso de Saúde Mental no Trabalho: São Paulo - Novembro de 2006.
- Curso de Instrumentação em Higiene Ocupacional: São Paulo - Agosto de 2007.
- Curso de Higiene Ocupacional - Operação Prática de Instrumentos - Belo Horizonte - Outubro de 2008
- Curso de Saúde Mental no Trabalho: Curitiba - Novembro de 2008.

R. Martin Luther King, 511 - Londrina - PR - Fone: (43) 3321-3361
 Avenida Goiás, 965 - Andaraí - PR - Fone: (43) 3538-3169
 E-mail: drjosemarcelo@uol.com.br www.doutorjosemarcelo.com.br



Dr. José Marcelo O. Pentecado
 Clínica e Cirurgia Geral
 Médico do Trabalho (ANAMT)
 Pós-Graduado em Perícias Médicas
 Consultor em Ergonomia/ DORT/ LER

132/

- XXIII Jornada Paranaense de Saúde Ocupacional : Curitiba – Novembro de 2008
- Curso de Exame Físico da Mão e do Punho – Curitiba – Novembro de 2008.
- Análise Ergonômica de Movimentos Repetitivos pelo Método OCRA (Occupational Repetitives Actions) da Università degli Studi de Milão e Escola/Ocra Brasileira. – São Paulo – Setembro de 2009
- IX Congresso Ibero Americano Medicina do Trabalho – Salvador – Outubro de 2009
- Investigação de Nexos Causais dos Transtornos Mentais no Trabalho - Salvador-- Outubro de 2009.
- 14º Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho e I Encontro Italo-Brasileiro de Medicina do Trabalho – Gramado – Maio de 2010
- Curso Básico de Dermatoses Ocupacionais ministrado pelo Dr Salim Amed Ali – Gramado – Maio de 2010
- Curso de Avaliação da (in)capacidade para o Trabalho: Enfoques, metodologias e critérios. Uso da Classificação Internacional de Funcionabilidade (CIF) da OMS – Maio de 2010
- VIII Seminário Nacional de Perícia Médica Trabalhista da ANAMT com ênfase a doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho – Maio de 2010.

Cursos e Palestras proferidas

- III Simpósio de Direito Previdenciário: Londrina - Agosto de 2006. Participando como Palestrante com o tema – Eficácia do Uso de EPIs.
- Professor-palestrante do Curso de Pós-Graduação em Direito do Trabalho na Unifil de Londrina
- Professor-palestrante do Curso de Perícias Criminais em São Paulo, Curitiba e Londrina
- Professor-palestrante da Escola de Magistratura do TRF4 em Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre
- Ministra cursos em Londrina de Noções de Insalubridade para Advogados e Curso de Nexos Causais em Doenças Ocupacionais

Artigos e Livros Publicados

- A insalubridade na Limpeza de Banheiros: LTR Suplemento Trabalhista número 41/08 página 203-208
- Direito da Previdência e Assistência Social: Elementos para uma compreensão interdisciplinar – Editora Conceito- 2009- Colaborando com o capítulo: Enxergando além do PPP
- Vários artigos publicados em site próprio (www.doutorjosemarcelo.com.br), tais como Insalubridade e doença, O médico como fator de Risco para LER/DORT, Anorexia Nervosa como Doença do Trabalho, Legal mas Imoral, Inversão do Ônus da Prova ou Obrigação Legal?, entre outros.

R. Martin Luther King, 511 - Londrina - PR - Fone: (43) 3321-3361
 Avenida Goiás, 965 - Andaraí - PR - Fone (43) 3538-3169
 E mail: drjosemarcelo@uol.com.br www.doutorjosemarcelo.com.br

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ PRESIDENTE DA 1ª VARA DO
TRABALHO DE XXX-XX

7 Processo: XXXXXXXXXXXXXXX

Reclamante: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
Reclamada: XXXXXXXXXXXXXXX.

DOUTOR XXXXX, médico especializado em medicina do trabalho, perito do INSS, inscrito no CRM sob o n.º XXXX, na qualidade de **Assistente Técnico da Reclamante** e indicado nos autos da ação trabalhista do processo em epígrafe, após realizar estudos, análises e diligências, vêm mui respeitosamente apresentar :

LAUDO TÉCNICO PERICIAL

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
 Reclamada:

1 – LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA

Esteve este Assistente técnico no consultório do Sr. Perito Judicial, **Dr. XXX**, situado à Avenida XXXXX, nº XXX – XXXX – XXXX – XX, no dia 08/03/2012, às 16 horas para a realização da **perícia médica**, conforme determinado judicialmente.

2 - DADOS DA RECLAMANTE

Nome: **XXXXX**
 Função: Digitadora
 Admissão: 15.06.199X
 Demissão: Em vigência.
 R.G.: XXXXX
 C.P.F: XXXXX
 CTPS: XXXXX
 PIS: XXXXX
 Data Nascimento: 23.08.196X
 Endereço: Rua XXXXX
 XXXX - XX – CEP. XXXXX

3 - DADOS DA RECLAMADA

Nome: **XXXXX**.
 Ramo de Atividade: bancárias.
 Classificação quanto ao Grau de Risco: “ 2 ”
 CNPJ – XXXXXXXXXXXXX
 Endereço: Avenida XXXXX
 XXXXX – XX

4 – DESCRIÇÃO

4.1 - ACOMPANHANTES DA PERÍCIA MÉDICA

Dr. XXXX – Perito Judicial .
 Dr. XXXX - Assistente técnico Reclamada.
 Dr. XXXX – Assistente Técnico da Reclamante

4.2- EXAMES COMPLEMENTARES APRESENTADOS

DATA	TIPO DE EXAME	RESULTADO
17.02.2012	USG ombro direito	Tendinite crônica supra espinhal e controle de pos operatório / liquido na bursa sub deltóide e sub acromial

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

17.02.2012	USG ombro direito	Tendinite do supra espinhal e bursite
17.02.2012	USG cotovelo esquerdo	Dentro da normalidade
17.02.2012	USG cotovelo direito	Epicondilite medial
17.02.2012	USG de punho e mão D / E	Tenossinovite dos flexores dos quirodáctilos bilateral

4.3 – AFASTAMENTOS

1	Períodos de Afastamento	Benefício nº.
2	28.08.1994 a 11.07.1996	XXXX
3	23.12.1997 a 17.02.1999	XXXX
4	02.01.2002 a 28.10.2005	XXXX
5	05.07.2007 a 27.08.2007	XXXX
6	10.04.2008 a 20.05.2008	XXXX
7	07.07.2008 a 16.01.2009	XXXX
8	01.06.2009 a 07.07.2009	XXXX
9	10.11.2009 a 03.12.2009	XXXX
10	25.02.2009 a 29.04.2009	XXXX
11	18.05.2010 a 07.07.2010	XXXX
12	04.10.2010 a 14.01.2011	XXXX

CAT emitida pelo empregador .

5 – HISTÓRICO

5.1 – ANTECEDENTES OCUPACIONAIS DA AUTORA

Local	De	Até	Função
XXXX	01.06.1982	30.06.1982	Aprendiz
XXXX	22.02.1985	11.06.1987	Auxiliar
XXXX	20.07.1987	01.03.1989	Notista

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

XXXX	15.08.1989	27.11.1990	Caixa
XXXX	01.08.1991	22.06.1992	Caixa
XXXX	15.06.1998	Vigência	Digitadora

5.2- HISTÓRICO DAS ATIVIDADES DA RECLAMANTE

Refere a Reclamante que:

Do trabalho:

Foi admitida em 15.06.1992 como digitadora, no Núcleo de digitação de XXXXXXX pertencente à matriz de XXXXXXX.

Suas atividades diárias consistiam em:

Atender telefonemas.

Buscar malotes com documentos para serem manuseados.

Digitar documentos bancários que vinham das agências e que eram processados no dia (cheques, ordens de pagamento, títulos, impostos, borderaux de cobrança e outros similares)

Trabalhava em ampla mesa com outros digitadores. O mobiliário era antiquado com bordas quadradas, retas e cortantes que dificultavam os movimentos de membros superiores e de coluna, acarretando posições forçadas e antiergonômicas dos mesmos.

Manuseava aproximadamente 1.000 documentos diários, e tinha que para cada um deles digitar nomes, datas, valores, endereços e diversos outros dados.

Atendiam todas as agências e postos do país. Diariamente o setor recebia aproximadamente 200.000 documentos que eram distribuídos para 12 digitadores.

Fazia constantemente muitas horas extras.

Da doença:

Em 1994 começou a sentir dores nos membros superiores: punhos, cotovelos, ombros, com formigamento e dormência nas mãos, além de “choques” nos dedos.

Nada relatou à chefia imediata, pois naquela época, tal tipo de lesão era muito discriminada; muitos colegas de trabalho já haviam perdido o emprego.

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO

CRM:

Reclamante:
Reclamada:

Os sintomas começaram lentamente e foram aumentando de intensidade. Procurou um médico que lhe receitou analgésicos e anti-inflamatórios, mas não foi solicitado nenhum exame.

Continuou trabalhando mesmo com dores e em agosto de 1994 foi afastada de suas atividades e encaminhada ao INSS.

Teve a CAT aberta pelo empregador e o reconhecimento da doença pelo INSS, com o afastamento por acidente de trabalho (B91).

Fez sessões de fisioterapias, acupuntura e RPG, além de reabilitação profissional sob orientação do órgão previdenciário.

Teve diversos afastamentos consecutivos tendo alta em 15.01.2011, mas não retornou às atividades devido às dores e limitações que apresenta.

Fez cirurgia de punho direito e esquerdo, mas ainda tem dores principalmente no punho e mão direita, com dormência e formigamento.

Também realizou duas cirurgias no ombro direito devido a inflamação do tendão. No setor de distribuição de documentos tinha que elevar os braços acima do balcão para retirar os malotes, fazendo diariamente movimentos anti-ergonômicos.

Atualmente, refere sensível melhora de seu quadro algico, pois parou de exercer as atividades bancárias, porém, se realizar qualquer trabalho repetitivo ou que necessite do uso de força em membro superior, como digitar, lavar ou passar roupas ou fazer qualquer tipo de limpeza, suas dores retornam.

5.3 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Idade 44 anos.

Não fuma.

Bebe alcoólicos .

Não pratica esportes.

Destra.

Refere não ter tido fratura..

Nega ter doenças de origem congênita.

Nega ser portador de pressão alta, diabetes mellitus, doenças de origem endócrina, epilepsia, asma ou alergias.

Refere ter feito cirurgia duas cirurgias no ombro direito (em 2003 e 2008) e no punho direito e esquerdo em 2010.

Nega acidentes fora do ambiente da empresa.

Refere ter tido afastamentos por períodos de até 15 dias.

Refere ter ficado por diversas vezes afastada pelo INSS.

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

Refere receber Auxílio Acidente (B94) do INSS desde 1997.
Ainda mantém seu contrato de trabalho com a Reclamada.
Refere ser casada há 16 anos.
Tem 03 filhos, todos de parto cesárea, com nascimentos em 04.07.1997, 14.12.2004 e 13.09.2006.

6 – EXAME FÍSICO GERAL

A Reclamante apresentou-se durante a perícia em bom estado geral, eupneica, acianótica, anictérica, com mucosas coradas e hidratadas, orientada no tempo e espaço; lúcida com atenção normal, respondendo a todas as perguntas feitas de maneira coerente.

Seu peso aproximado é de 60 kilos e tem altura de 1,50 m, com índice de massa corpórea de 27,7 (acima do peso ideal). O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida do grau de obesidade uma pessoa. Através do cálculo de IMC é possível saber se alguém está acima ou abaixo dos parâmetros ideais de peso para sua estatura.

6.1 – EXAME FÍSICO ESPECIAL

Cabeça: sem anormalidades
Pescoço: sem anormalidades
Tórax: sem anormalidades

6.2 – COLUNA VERTEBRAL

A- Inspeção estática e exame postural

Inspeção passiva: Não foi observada a presença de cicatrizes cirúrgicas em região cervical, torácica ou lombar. Leve desvio de eixo longitudinal.

B- Coluna cervical

Não se detectou aumento da lordose ou sua retificação, nem protrusão de C7. Inclinações laterais e projeção para frente sem anormalidades.

Sinais e testes para a coluna cervical

Sinal de Spurling – **negativo** – (avalia a compressão da raiz do plexo braquial).

Teste de Gordon – **negativo** (avalia a descompressão da raiz do plexo braquial) - alívio da parestesia.

Teste da Compressão da artéria vertebral

a- movimento passivo rodando a cabeça – **negativo**.

b- movimento de extensão e rotação bilateral – **negativo**.

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO

CRM:

Reclamante:

Reclamada:

Manobra de Valsava – **negativo** (verifica a compressão ao nível medular).

Teste de Kerning para hérnia cervical – **negativo**.

Teste de Adson - **negativo** (avalia a compressão cervical).

C- Coluna torácica ou dorsal

Não é objeto da pericia.

D- Cintura pélvica

Não é objeto da pericia.

E- Coluna lombar

Não é objeto da pericia.

6.3 – MEMBROS INFERIORES

Sem alterações visíveis.

6.4 – MEMBROS SUPERIORES

Ombro Esquerdo

Limitação de movimentos em rotação interna e externa.

Sem edema local.

Não se observa hipotrofias na musculatura adjacente.

Eleva o braço acima de 90 graus de extensão (acima da cabeça) com dificuldades.

Força muscular preservada.

Teste da queda do braço - **negativo**.

Teste de apreensão para o deslocamento do ombro – **negativo**.

Teste de Yergason para o ombro – (dor sentida na região do sulco intertubercular do úmero sugere a presença de processo inflamatório do tendão do bíceps) - **negativo**.

Teste de Neer – (sua finalidade é avaliar a síndrome do impacto) - **positivo**.

Teste de Jobe – (avalia especificamente o músculo supraespinhoso; o teste será considerado alterado no membro que oferecer menor força.) – **positivo**.

Teste do arco - **negativo**.

Teste de Apley –(avalia a tendinite do manguito rotador através do estiramento do manguito e da bolsa subacromial, obtida pela rotação externa e abdução do ombro)- **positivo**.

Teste de Ludington – (avalia lesão da cabeça longa do bíceps) – **negativo**.

Teste de Speed – (dor espontânea e à palpação é indicadora de tendinite bicipital) – **negativo**.

Reclamante:
Reclamada:

Teste do Subescapular de Gerber – (pode indicar patologia do músculo subescapular) – **negativo.**

Teste do supra espinhoso – (dor na inserção do tendão do músculo supra espinhoso pode indicar tendinite) – **positivo.**

Teste de Wright – (a diminuição ou ausência da amplitude do pulso radial, indica uma compressão da artéria e veia axilares) – **negativo.**

Sinal de Patte – (avalia a força de rotação externa e o estado dos tendões do músculo infraespinhoso e redondo menor)- **negativo.**

Ombro Direito

Limitações de movimentos.

Sem edema local.

Se observa hipotrofias na musculatura adjacente.

Eleva o braço acima de 90 graus de extensão (acima da cabeça) com dores e dificuldades.

Força muscular diminuída.

Cicatriz de artroscopia realizada.

Teste da queda do braço - **positivo.**

Teste de apreensão para o deslocamento do ombro – **positivo.**

Teste de Yergason para o ombro – (dor sentida na região do sulco intertubercular do úmero sugere a presença de processo inflamatório do tendão do bíceps) - **negativo.**

Teste de Neer – (sua finalidade é avaliar a síndrome do impacto no ombro) – **positivo.**

Teste de Jobe – (avalia especificamente o músculo supraespinhoso; o teste será considerado alterado no membro que oferecer menor força) – **positivo.**

Teste do arco- **negativo.**

Teste de Apley – (avalia a tendinite do manguito rotador através do estiramento do manguito e da bolsa subacromial, obtida pela rotação externa e abdução do ombro) - **positivo.**

Teste de Ludington – **negativo.**

Teste de Speed – (dor espontânea e à palpação é indicadora de tendinite bicipital) – **negativo.**

Teste do Subescapular de Gerber – (pode indicar patologia do músculo subescapular) - **negativo.**

Teste do supra espinhoso – (dor na inserção do tendão do músculo supra espinhoso pode indicar tendinite) – **positivo.**

Teste de Wright – (a diminuição ou ausência da amplitude do pulso radial, indica uma compressão da artéria e veia axilares) – **negativo.**

Sinal de Patte – (avalia a força de rotação externa e o estado dos tendões do músculo infra-espinhoso e redondo menor) – **positivo.**

Braço / Cotovelo / Punho e Mão Esquerda

Movimentos no punho com leve limitação (flexão / extensão/ pronação e supinação).

Sem edema local.

Não se observa hipotrofias na musculatura adjacente.

Força muscular prejudicada aos esforços ativos.

Movimentos ativos e passivos com alterações quando em conjunto com os movimentos do cotovelo.

Se observa limitações de movimentos laterais em punho e antebraço.

Cicatriz cirúrgica em bom estado no punho.

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO

CRM:

Reclamante:

Reclamada:

Testes e Sinais pesquisados

Sinal de Phalen - (avalia os sintomas da síndrome do túnel do carpo) – **positivo**.

Sinal de Tinel - (avalia a integridade do nervo mediano na síndrome do túnel do carpo) - **positivo**.

Teste de Yergason – (avalia processo inflamatório do tendão da cabeça longa do músculo bíceps do braço) - **positivo**.

Teste de Phalen invertido – (confirmação do teste de Phalen) - **positivo**.

Teste de Mill –(avalia a dor em epicôndilo lateral do cotovelo; se positivo suspeitar de inflamação) - **negativo**.

Teste de Cozen - (avalia a dor em epicôndilo lateral do cotovelo; em caso de dor suspeitar de inflamação) – **positivo**.

Sinal de Froment - (avalia a diminuição de força de adução do polegar) - **negativo**.

Braço / Cotovelo / Punho e Mão Direita

Limitações de movimentos em punho (movimentos de flexão / extensão/ pronação e supinação).

Edema no punho.

Se observa hipotrofias na musculatura adjacente.

Força muscular diminuída.

Movimentos ativos e passivos prejudicados.

se observa limitações de movimentos laterais em punho e antebraço.

Testes e Sinais pesquisados

Sinal de Phalen - (avalia os sintomas da síndrome do túnel do carpo) – **positivo**.

Sinal de Tinel - (avalia a integridade do nervo mediano na síndrome do túnel do carpo) - **positivo**.

Teste de Yergason – (avalia processo inflamatório do tendão da cabeça longa do músculo bíceps do braço) - **positivo**.

Teste de Phalen invertido – (confirmação do teste de Phalen) - **positivo**.

Teste de Mill –(avalia a dor em epicôndilo lateral do cotovelo; se positivo suspeitar de inflamação) - **negativo**.

Teste de Cozen - (avalia a dor em epicôndilo lateral do cotovelo; em caso de dor suspeitar de inflamação) – **positivo**.

Sinal de Froment - (avalia a diminuição de força de adução do polegar) - **negativo**.

6.5- FOTOS DO EXAME FISICO

Exame físico de punho esquerdo e direito

Exame físico de cotovelo e ombro direito

Reclamante:
Reclamada:

Exame físico de cotovelo direito

Cicatriz cirúrgica em punho direito e ombro direito



7 – DISCUSSÃO

Com o objetivo de maior compreensão do tema pleiteado ao órgão jurisdicional, inserimos em concisa síntese didática, o texto a seguir, referente a “**Tendinite dos ombros**”, objetos dos autos:

1- LER / DORT – Diagnóstico, Tratamento e Prevenção

I- Introdução.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil e em outros países.

Reconhecidas pela Previdência Social desde 1987 (MINISTÉRIO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1987), têm sido, nos últimos anos, dentre as doenças ocupacionais registradas, as mais prevalentes, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora segura (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 1997).

II. Abordagem específica de cada entidade ou grupo de doenças

Definição

As LER/DORT por definição abrangem quadros clínicos do sistema músculo-esquelético adquiridas pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (KUORINKA e FORCIER, 1995). Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:Reclamante:
Reclamada:

nos membros superiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos podem ser identificadas ou não. É comum a ocorrência de mais de uma dessas entidades neuro-ortopédicas e a concomitância com quadros mais inespecíficos como a síndrome miofascial. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente.

São resultado da super-utilização das estruturas anatômicas do sistema músculo-esquelético e da falta de tempo de recuperação.

Outras nomenclaturas

LER/DORT são termos utilizados como sinônimos de Lesões por Traumas Cumulativos, Distúrbios Cervicobraquiais Ocupacionais, Síndrome Ocupacional do "Overuse".

Cada denominação tem relação com a história do processo de reconhecimento da doença como ocupacional nos diferentes países.

A tendência mundial no meio científico atual é utilizar cada vez mais a denominação Work Related Musculoskeletal Disorders (WRMD), cuja tradução no Brasil foi Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), segundo Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade Laborativa em Doenças Ocupacionais (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 1998).

Epidemiologia

Embora haja citações de casos desde a Antigüidade, como por exemplo, Hipócrates em sua obra Epidemia (DEMBE, 1996), foi a partir da segunda metade deste século que esses quadros passaram a adquirir relevância social, tanto pela dimensão numérica, como pelo papel social dos acometidos ou mesmo pela disseminação entre os variados ramos de atividades. Inúmeros países enfrentaram e alguns ainda enfrentam epidemias de difícil controle.

WÜNSCH FILHO, em 1997, chama a atenção para a cronicidade e irreversibilidade de grande parte dos casos e ressalta que o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) classifica as LER/DORT entre os dez mais significativos problemas de saúde ocupacional nos Estados Unidos, estimando que correspondam a cerca de metade das doenças ocupacionais notificadas. Em algumas empresas, estimou-se que a prevalência de LER atinge cerca de 25% da população trabalhadora (FEURSTEIN 1993). Os ramos de atividades com maiores prevalências foram: produtos de alimentação, serviços de reparos de automóveis, transportes e construção civil. As ocupações que registraram maior número de indivíduos com queixas de LER foram: trabalhadores dos correios, profissionais de saúde e de montagem de equipamentos em geral (TANAKA e col. 1995). Outro estudo nos Estados Unidos estimou em cerca de 400.000 a 500.000 as cirurgias de túnel do carpo realizadas anualmente, traduzindo-se em um custo econômico da ordem de 2 bilhões de dólares por ano (PALMER e HANRAHAN 1995)". (WÜNSCH FILHO, 1997, p. 7,8).

Dados do United States Bureau of Labour Statistics mostram consistente aumento no número de casos de LER/DORT entre 1981 e 1994 nos E.U.A.. Em 1981 houve registro de 22.600 casos que representaram 18% das doenças ocupacionais daquele país, ao passo que em 1994 foram 332.000, representando 65% de todas as doenças, portanto, um aumento de 14 vezes.

É importante ressaltar que os acidentes de trabalho mencionados são os mais prevalentes dentre os registrados no ano de 1997. No caso das doenças foram registrados nesse quadro, cerca de um terço do total de doenças.

Reclamante:
Reclamada:

Estes dados permitem concluir que o aumento de casos de doenças ocupacionais registrado pela Previdência Social a partir de 1992 deu-se às custas de LER/DORT, a despeito da subnotificação existente (IOT-HCFMUSP; CEREST/B-SES; SMS Campinas, 1998).

Quanto à idade e sexo, dados do Ambulatório de LER/DOR do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, revelam que entre março de 1993 e dezembro de 1998, de 390 doentes com LER/DORT, 91,8% eram do sexo feminino e a média da idade foi de 38,5 anos. No NUSAT (Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte), mais de 70% dos casos de LER/DORT atendidos são de mulheres e a maior incidência ocorreu entre trabalhadores entre 30 e 39 anos de idade (CUNHA e col., 1992). No CEREST/SP (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em uma amostra de 620 pacientes atendidos entre 1990 e 1995, 87,0% eram mulheres, com faixa etária predominante entre 26 a 35 anos (45,0%) (SETTIMI e col., 1995).

Fatores de risco

Não há uma causa única e determinada para a ocorrência de LER/DORT.

A literatura mostra que vários são os fatores existentes no trabalho que podem concorrer para a ocorrência de LER/DORT.

São eles: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, em particular membros superiores, trabalho muscular estático, choques e impactos, vibração, frio e fatores organizacionais.

Para que os fatores acima possam ser considerados de risco para a ocorrência de LER/DORT é importante que se observe a sua intensidade, duração e frequência.

Ressaltamos a importância da organização do trabalho caracterizada pela exigência de ritmo intenso de trabalho, conteúdo pobre das tarefas, existência de pressão, autoritarismo das chefias, mecanismos de avaliação de desempenho baseados em produtividade, tudo isto desconsiderando a diversidade própria de homens e mulheres.

Diagnóstico

Primeira etapa :

À semelhança da condução de investigação diagnóstica de qualquer doença, a investigação de doença do trabalho deve obedecer uma seqüência que abrange:

- a) história clínica detalhada (história da moléstia atual)*
- b) investigação dos diversos aparelhos*
- c) comportamentos e hábitos relevantes*
- d) antecedentes pessoais*
- e) antecedentes familiares*
- f) história ocupacional*
- g) exame físico detalhado*
- h) exames complementares, se necessário*

Destacamos a anamnese ocupacional como elemento fundamental para orientar a investigação diagnóstica das doenças ocupacionais em geral e das LER/DORT, em especial. O ponto de partida, portanto, é a verificação da existência da exposição que possa ser considerada propiciadora da ocorrência de LER/DORT. A busca caminha da exposição à

Reclamante:
Reclamada:

existência ou não do distúrbio de saúde, tendo em vista a inespecificidade dos quadros clínicos apresentados, quando comparados com quadros não ocupacionais.

a) História da moléstia atual

Queixas, sintomas e sinais mais comuns entre os trabalhadores com LER/DORT: dor, localizada, referida ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso, formigamento, dormência, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento articular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal). Queixas podem ser encontradas em diferentes graus de severidade. Dependendo da situação empregatícia, financeira, de suporte familiar/ social/ da empresa, relação com a perícia do órgão segurador, evolução do quadro clínico, resultados terapêuticos, etc, as repercussões da esfera psíquica podem ser muito importantes, interferindo na evolução e recuperação. Em geral, angústia, medo e depressão são quadros comuns.

Características dos sintomas e sinais: tempo de duração, localização, intensidade, tipo ou padrão, momentos e formas de instalação, fatores de melhora e piora, variações no tempo.

b) Interrogatório sobre diversos aparelhos

Pergunta: outros sintomas ou doenças mencionados podem ter influência na determinação e/ou agravamento do caso? Lembremos de algumas ocorrências que podem ter relação com o problema em questão: trauma, doenças reumáticas, ooforectomia, diabetes mellitus, distúrbios da tireóide e outros distúrbios hormonais, gravidez, menopausa. A presença de doenças sistêmicas ou outras não exclui o diagnóstico de LER/DORT, uma vez que pode haver a interação de quadros. No entanto, é fundamental a presença da exposição no trabalho na caracterização do componente ocupacional. Não esquecer que um paciente pode ter mais de um problema ao mesmo tempo. Do ponto de vista legal previdenciário, havendo relação com o trabalho identificada através da análise da história ocupacional e caracterização da exposição aos fatores de risco assinalados, a doença é considerada ocupacional, mesmo que haja fatores concomitantes não relacionados à atividade laboral.

c) Comportamentos e hábitos relevantes

Hábitos que possam agravar sintomas do sistema músculo-esquelético devem ser objeto de investigação: uso excessivo de computador em casa, lavagem manual ou ato de passar grande quantidade de roupas, limpeza manual de vidros e azulejos, ato de tricotar, etc. Não há evidências em literatura da relevância das tarefas domésticas como desencadeantes de quadros relacionados às LER/DORT. Por outro lado, uma vasta literatura associa a ocorrência de doenças musculoesqueléticas com a exposição a fatores de risco no trabalho.

d) Antecedentes pessoais

História de traumas, fraturas e outros quadros mórbidos que possam ter desencadeado e/ou agravado processos de dor crônica.

e) Antecedentes familiares

Existência de familiares co-sanguíneos com história de diabetes e outros distúrbios hormonais, "reumatismos", deve merecer especial atenção.

f) História ocupacional

Reclamante:
Reclamada:

Tão fundamental quanto fazer uma boa história clínica é perguntar detalhadamente como e onde o paciente trabalha, tentando ter um retrato dinâmico de sua rotina laboral: duração da jornada de trabalho, existência, frequência e duração de pausas, forças exercidas, execução e frequência de movimentos repetitivos, identificação de musculatura e segmentos do corpo mais utilizados, existência de sobrecarga estática, formas de pressão de chefias, exigência de produtividade, existência de prêmio por produção, falta de flexibilidade de tempo, mudanças no ritmo de trabalho ou na organização do trabalho, existência de ambiente estressante, relações com chefias e colegas, insatisfações ou falta de reconhecimento profissional, sensação de perda de qualificação profissional. Pesquisar existência de equipamentos e instrumentos de trabalho que não permitam boa visibilidade e fácil acesso. Tentar identificar existência de outros fatores de risco, como temperatura ambiental, iluminação e ruído inadequado. Não se deve esquecer-se de empregos anteriores e suas características. Entende-se por emprego qualquer atividade laborativa sistemática, independentemente da existência de vínculo empregatício.

g) Exame físico

Principais quadros clínicos, que devem ser pesquisados, dependendo das queixas do paciente (ASSUNÇÃO, 1995):

- *síndrome do desfiladeiro torácico*
- *tenossinovite dos flexores dos dedos e dos flexores do carpo*
- *síndrome do supinador*
- *tendinite distal do bíceps*
- *síndrome do pronador redondo*
- *tenossinovite do braquiorradial*
- *síndrome do interósseo anterior*
- *cisto sinovial*
- *síndrome do túnel do carpo*
- *distrofia simpático-reflexa ou síndrome complexa de dor regional tipo I*
- *lesão do nervo mediano na base da mão*
- *causalgia ou síndrome complexa de dor regional do tipo II **
- *síndrome do canal ulnar*
- *síndrome miofascial*
- *síndrome do canal de Guyon*
- *tendinite do bicipital*
- *síndrome do interósseo posterior*
- *bursite*
- *doença de DeQuervain*
- *contratura de Dupuytren*
- *dedo em gatilho*
- *síndrome de Wartenberg ou compressão do nervo radial*
- *epicondilite lateral*
- *tendinite do supra-espinhoso*
- *epicondilite medial ou epitrocleíte*
- *tenossinovite dos extensores dos dedos e do carpo*

É fundamental lembrar que nas LER/DORT podemos encontrar um ou mais quadros clínicos, juntamente com quadros dolorosos vagos e sem território definido. O exame clínico deve dar ênfase aos sistemas musculoesquelético e neurológico relacionados às queixas do paciente.

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO

CRM:

Reclamante:

Reclamada:

h) Exames complementares

Não se devem solicitar exames complementares indiscriminadamente. Como o próprio nome diz, eles são complementares a uma análise prévia do caso e devem ser pedidos após a primeira formulação de suspeita diagnóstica, compatibilizando cada solicitação com esta formulação.

i) Investigação do ambiente/posto de trabalho:

O diagnóstico de LER/DORT deve, sempre que possível, contar com a investigação do ambiente ou posto de trabalho. Às informações fornecidas pelo paciente, devem se associar dados obtidos pela equipe do serviço de saúde, inclusive aqueles dados decorrentes de inspeção no ambiente de trabalho, sobretudo, em casos mais atípicos quanto à relação da ocupação com a LER/DORT. A investigação das condições de trabalho deve ser realizada por profissional ou equipe técnica imbuída do diagnóstico clínico-ocupacional, não sendo impedimento para tal a ausência de especialista em ergonomia na equipe.

Para os casos mais típicos de relação entre LER/DORT e ocupação, pode-se ter uma boa idéia das condições de trabalho através de história cuidadosa, simulação de gestos e movimentos por parte do paciente.

Informações adicionais devem ser obtidas do responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). É responsabilidade do empregador disponibilizar as informações sobre as condições de trabalho. Em avaliação do local/ posto de trabalho observar-se-à: meio ambiente, aspectos técnicos, aspectos organizacionais: mobiliário, instrumentos de trabalho, organização do trabalho, condições ambientais, "layout" do posto de trabalho. É importante averiguar, entre outros aspectos: possibilidades de mudança postural pelo trabalhador, variedade e diversidade de funções, autonomia e discernimento do trabalhador, pausas regulares ou possibilidade de pausa entre um ciclo e outro, possibilidade fácil de interromper o trabalho para necessidades fisiológicas. Além destes, alguns aspectos já assinalados como fatores de risco devem ser observados: existência de repetitividade, fragmentação da tarefa, pressão de tempo, incentivos à produtividade, ritmo de trabalho induzido por esteira de produção ou equivalente, possibilidade de aumento do ritmo da produção e/ou da esteira pela supervisão, horas-extras ou dobras de turno, existência de sazonalidade da produção que implique maior concentração de atividades como conseqüente sobrecarga em épocas do mês ou do ano; número de pessoas insuficiente para produção exigida. Quanto aos aspectos mais ligados à biomecânica, observar: qualidade da cadeira; características de mesa de trabalho com computador, de caixa registradora ou de caixa de banco; uso de ferramentas manuais vibratórias; situações de trabalho que impliquem manutenção de braços suspensos, sem apoio; posição do tronco (ereto? apoiado?); presença de trabalho sentado em balcão ou bancadas feitas para o trabalho em pé.

Realizada a inspeção, o conjunto de informações obtido deve permitir a adequada definição da exposição à sobrecarga no trabalho, orientando melhor a investigação diagnóstica.

Características dos sintomas apresentados

Sensação de peso e fadiga, dor, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos que em princípio não deveriam gerá-la), sensação de edema, sensação de enrijecimento muscular, choque, dormência, formigamento, câimbras, falta de firmeza nas mãos, sensação de fraqueza muscular, sensação de frio ou calor, limitação de movimentos, dificuldade para dormir, acometimento psicológico: frustração, medo do futuro, ansiedade, irritação, raiva de seu estado de incapacidade, sentimento de culpa por estar doente.

Reclamante:
Reclamada:

Incapacidades e limitações

Diminuição da agilidade dos dedos, dificuldade para pegar ou segurar pequenos objetos, em permanecer sentado por muito tempo, para manter os MMSS elevados ou suspensos, para estender roupas, para escrever, para segurar o telefone, para carregar pequenos pesos, falta de firmeza para segurar objetos, limitações para atividades de higiene pessoal, dificuldade para cuidar de crianças, dificuldades para atividades domésticas em geral.

Situações a serem enfrentadas.

Resistência em aceitar que está com LER/DORT e medo de ter o problema; situação de marginalização por parte da empresa, colegas e amigos; dificuldade de ter Comunicação de Acidente de Trabalho emitida; dificuldade de conseguir mudanças de função/atividade, mesmo quando indicado pelo médico; dificuldade de reconhecimento donexo causal pela Previdência Social; afastamento do trabalho por tempo prolongado; dificuldade de encontrar tratamento adequado; dificuldades financeiras; mudança de papel social no trabalho, mudança de papel na família e círculo social, com perda de sua identidade, construída ao longo da vida; "síndrome" do afastamento, com acomodação a um novo tipo de vida; poucas possibilidades de reabilitação profissional; retorno ao posto doente; enfrentamento da inexistência de uma política de mudanças na empresa; medo e possibilidades de demissão; dificuldade de reinserção no mercado de trabalho.

2.2 Prevenção

O modelo da Vigilância à Saúde do Trabalhador pressupõe articulação entre as ações de assistência, prevenção e promoção. Assim, uma vez cumpridos os passos para assistência ao paciente, o serviço deve estruturar as informações disponíveis em um sistema de informações que viabilize as demais ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador. Recomenda-se a utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ultrapassar os limites do diagnóstico individual, em direção a uma ação coletiva, deve ser o princípio orientador na abordagem das LER/DORT. Dentro dos limites possíveis para cada serviço, a organização dos dados, especialmente o registro da procedência dos trabalhadores atendidos, pode determinar uma intervenção em empresas e locais de trabalho, possibilitando uma ação mais eficaz de impacto coletivo na prevenção das LER/DORT. Serão eleitos, prioritariamente, neste caso, para as ações de intervenção, empresas ou locais de trabalho nos quais se identificou uma maior frequência de casos de LER/DORT. Nas operações de vigilância de ambientes de trabalho, aspectos relativos ao tempo de exposição dos trabalhadores às cargas físicas, cognitivas e psíquicas; ao processo de trabalho e organização; ao mobiliário, máquinas, equipamentos e ferramentas devem ser abordados. Desenvolvimento de metodologia de investigação de ambientes de trabalho deve estar previsto em todas as ações, mesmo naquelas inspeções que visam o suporte ao diagnóstico individual (conforme descrito no item Diagnóstico). A capacitação das equipes para as intervenções de alcance coletivo é processual e dentro das possibilidades de cada serviço. Devem ser desenvolvidas também ações de educação e comunicação, envolvendo trabalhadores e suas representações, profissionais de saúde e áreas afins, empregadores, instituições públicas parceiras e sociedade civil organizada. A experiência de alguns Centros de Referência no país, com intervenções organizadas em empresas e ramos produtivos, isoladamente ou em ação interinstitucional revela a possibilidade de uma ação mais efetiva do SUS na prevenção das LER/DORT.

2- TENOSSINOVITE

Reclamante:
Reclamada:

Dr. Antônio Scafuto Scotton – Reumatologista

Tenossinovite é a inflamação da membrana que recobre os tendões, dentro dos quais estes tendões se deslocam com a finalidade de proporcionar movimentos as articulações.

Um grande número de doenças pode provocar uma tenossinovite, como por exemplo, artrite reumatóide, gota, infecções, porém a causa mais freqüente é o trauma. Este trauma pode ser um trauma direto ou por uma pressão anormal sobre o tendão (como por exemplo o uso de um calçado apertado).

Muitas vezes a tenossinovite se instala após um período de hiperatividade envolvendo uma determinada unidade musculotendinea.

Esta condição está muitas vezes relacionada a um esforço repetitivo e em algumas situações no trabalho. A condição é manifestada por dor, edema e crepitação palpável quando o tendão é movimentado (tendinite crepitante).

O quadro clínico normalmente entra em remissão se a articulação é imobilizada por alguns dias.

A doença pode evoluir para quadro de tenossinovite estenosante (De Quervain) que é o espessamento da bainha do tendão com redução da espessura interna, por onde o tendão se desloca.

Em determinados pontos onde o tendão passa por anéis fibrosos ou próximo a eminências ósseas, o tendão fica momentaneamente preso, dando origem ao chamado “dedo em gatilho”. A tenossinovite pode, desta forma contribuir para redução da qualidade de vida do paciente com dor local e perda da função.

Entre os locais mais comuns acometidos pela tenossinovite temos o flexor do polegar, os flexores e extensores dos dedos das mãos, tendões dos joelhos e tornozelos.

Alguns desses quadros merecem atenção especial, como a inflamação do abductor longo do polegar e extensor curto do polegar, que é bastante comum entre pessoas que exercem atividades repetitivas com as mãos e que recebe o nome de tendinite de “De Quervain”.

A síndrome do túnel do carpo é uma doença causada pela compressão e degeneração do nervo mediano ao nível do punho, levando a dor e formigamento na mão.

Nos pés podemos ter a síndrome do túnel do tarso que é uma neuropatia com sintomatologia semelhante à síndrome do túnel do carpo.

Outras formas de acometimento inflamatório periarticular são as tendinites e bursites.

A tendinite é uma condição atribuída à lesão no tendão e sua inserção no osso.

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:Reclamante:
Reclamada:

Freqüentemente a tendinite está relacionada a uma ocupação ou exercício físico. No ombro temos a tendinite bicipital e do supra-espinhoso que levam a dor e impotência funcional, sendo comumente confundidas com a bursite. No cotovelo a epicondilite é uma condição bastante comum, resultante de um uso excessivo da articulação ou trauma, levando a dor local principalmente a extensão do punho.

As bursites são inflamações das bolsas periarticulares, bolsas estas que são sacos fechados que servem para facilitar o movimento dos tendões e ligamentos sobre as eminências ósseas.

Existem mais de 80 bolsas de cada lado do corpo, algumas sendo mais agredidas que outras e recebendo um nome.

Assim temos bursite trocanterica, olecraniana, aquiliana, prepatelar, anserina, do calcâneo, etc, de acordo com sua localização.



8 - OBSERVAÇÕES

1- É evidente a correlação entre as patologias diagnosticadas e as atividades exercidas pela Autora: fragmentação de tarefas, contínua repetitividade de movimentos, pressão quanto ao aumento da produção e diminuição do tempo para execução das atividades, obrigatoriedade quanto às horas extras, sobrecarga em dias de maior movimento ou na falta de funcionários.

2- Durante o seu pacto laboral com a Reclamada a Autora fez uso de mobiliário anti-ergonômico, sem bordas arredondadas.

3- A Reclamante sempre laborou em funções que exigiam o uso constante dos seus membros superiores, em movimentos repetitivos digitando ou com elevação de braços, em movimentos anti-ergonômicos.

4- No exame físico realizado durante a perícia, a Reclamante apresentou sintomatologia para os distúrbios de LER/DORT, mais especificamente tendinopatia

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

em ombros (direito e esquerdo), epicondilite no cotovelo direito e tendinite nos punhos (direito e esquerdo), com evidente redução de sua capacidade laborativa.

5- A análise do histórico ocupacional da Autora, vem corroborar o **nexo causal** de suas atividades na Reclamada, com as patologias e sintomatologia diagnosticadas, durante o seu exame clínico pericial.

6- No exame físico, a Autora apresentou dificuldades para vestir-se (tirar e colocar novamente a sua blusa), o que comprova a ocorrência das patologias em epígrafe.

7- A doença ocupacional da Autora foi reconhecida pela Reclamada com a emissão de CAT (comunicação de acidente de trabalho).

8- O INSS também reconheceu a relação entre a patologia apresentada pela Autora e as atividades laborais exercidas na empresa Ré, afastando-a por **Auxílio Acidente (B91)** e posteriormente concedendo-lhe o **Auxílio Acidente (B94)**, devido às lesões permanentes que possui.

9 - CONCLUSÃO

Pela análise do exame físico técnico pericial realizado na Reclamante, juntamente com o Sr. Perito e em relação às suas queixas algícas, **concluo**:

Foram constatadas na Autora, as patologias de:

1- Tenossinovite em ombros, predominante à direita.

2- Epicondilite medial à direita.

3- Tenossinovite nos punhos (direito e esquerdo).

9.1 – DO NEXO

Existe nexo causal entre as patologias diagnosticadas e as atividades exercidas pela Autora, durante o seu vínculo empregatício com a Reclamada.

O Reclamante também relata que, após o seu afastamento do trabalho, suas dores, formigamentos e dormências, em membros superiores, tiveram melhora relativa; o que reforça o nexo causal das referidas queixas com as atividades laborais.

9.2 – DAS LIMITAÇÕES E INCAPACIDADES

DR. XXXXXXXXX

MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO

CRM:

Reclamante:

Reclamada:

A Autora apresenta **limitações funcionais em membros superiores** (ombros, cotovelo direito e punhos), e **incapacidade total e permanente** para as atividades anteriormente exercidas na Reclamada.

A Autora não pode mais desenvolver atividades pertinentes a função de **digitadora** ou outras que demandem movimentos repetitivos de seus membros superiores (direito e esquerdo), o que comprova o seu grau de redução funcional em 100%.

10 - BIBLIOGRAFIA

- 1-TRATADO DE MEDICINA LEGAL – Prof. Genival Veloso de França – Editora Guanabara Koogan – 5ª edição
- 2-MANUAIS DE LEGISLAÇÃO – SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – Editora Atlas – 40ª edição.
- 3-SEGREDOS EM MEDICINA DO TRABALHO – Rosemarie M. Bowler e James E. Cone – Editora Artimed
- 4-PATOLOGIA DO TRABALHO – René Mendes – Editora Atheneu
- 5-MEDICINA DO TRABALHO – Maria Cristina Galafassi – Editora Atlas
- 6-PROTEÇÃO JURÍDICA À SAÚDE DO TRABALHADOR – Sebastião Geraldo de Oliveira – Editora LTR – 4ª edição.
- 7-DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO – MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA O SERVIÇO DE SAÚDE – Diversos – 2001.
- 8-BROTZMAN, S. B.- Clinical Orthopedic Rehabilitation. Saint Louis: Mosby, 1996
- 9-CAVALLO, R. J. & SPEER, K. P.- Shoulder instability and impingement in throwing athletes. Medicine & Science in Sport & Exercise 1998
- 10-FONGEMIE, A. E. , BUSS, D. D. , ROLNICK, S. J. - Management of shoulder impingement and rotator cuff tears. American Family Physician 1998
- 11-LONDON, J. K. , BELL, S. L. , JOHNSTON, J. M. - Guia Clínico de avaliação ortopédica São Paulo: Manole, 1999
- 12-PALASTANGA, N. , FIELD, D ,SOAMES, R.- Anatomia e movimento humano: estrutura e função 3º ed. São Paulo: Manole, 2000
- 13-ROHEN, J. W. , YOKOCHI, C. ANATOMIA HUMANA – Atlas Fotográfico de Anatomia Sistemica e Regional 3ºed. São Paulo: Manole, 1992
- 14-ROSSI, F. Shoulder - impingement syndromes. European journal of radiology 1998
- 15-SMITH, L. K. , WEISS, E. L. , LEHMKUHL, L. D.- Cinesiologia Clínica de Brunnstrom. 5.ed. São Paulo: Manole, 1997
- 16- VALENZUELA NETO, C -. Fisioterapia na Síndrome do impacto do ombro.. Fisiomaster - Centro avançado de fisioterapia Ltda. Porto Alegre, 2000
- 17- LER - Lesões por Esforços Repetitivos. Normas técnicas para avaliação da incapacidade - 1993; MPS - INSS.
- 18-SATO L et alii Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. Revista Brasileira Saúde Ocupacional; 1993, 79(21);49-62.
- 19-COHEN E COLS. The Relevance of Concepts of Hiperalgesia to R.S.I.National Center for Epidemiology and Populational Health, Austrália, 1992.
- 20- QUINTNER e Elvery. The Neurogenic Hypotesis of R.S.I. National Center for Epidemiology and PopulationalHealth, Austrália, 1991.
- 21- SWANSON, D. H W. Chronic Pain as Third Pathologic Emotion. Am. J. Psychiatry, 141: 210-4, 1984.

DR. XXXXXXXXX
MÉDICO DO TRABALHO – PERITO MÉDICO DO INSS - MÉDICO PERITO – ASSISTENTE TÉCNICO
CRM:

Reclamante:
Reclamada:

Dando por encerrado o presente trabalho, coloco-me à disposição de Vossa Excelência e das partes para quaisquer esclarecimentos.

_____, ____ de Março de 2012.

DR. XXXXXXXXXXXXX
Assistente Técnico da Reclamante
CRM:

Observação: Do exposto, segue o presente laudo pericial técnico impresso de um só lado, com 19(dezenove) folhas.