

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA X.^A VARA CÍVEL
DA COMARCA DE NITERÓI.

Ref. Processo: **XZXZXZXZX**

Autor: **XZXZXZXZX.**

Réu: **Sociedade Portuguesa de Beneficência de Niterói.**

Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto, médico, Assistente Técnico do réu, vem à presença de V. Excia, manifestar-se sobre o Laudo pericial de lavra do Ilustre Perito deste Juízo, Dr **XZXZXZXZX**.

De início gostaríamos de saudar através de V. Excia o Dr. **xzxzxzxzx**, médico legista da “velha guarda”, dos que pertence a um grupo de homens, que influenciou toda uma geração de novos legistas, na qual eu me incluo.

O laudo pericial, no entanto, apresenta alguns poucos deslizes, que devem de qualquer forma, serem apontados.

Destaca-se que na primeira parte, que se olvidou o Laudo pericial de identificar a Autora, não se sabendo, portanto, se foi ela mesma quem compareceu ao exame.

No mesmo sentido, esqueceu-se o Laudo pericial de deixar claro, em que critério se baseou, para demonstrar que hoje a paciente possui tenossinovite. Deste modo também equivocado e motivado decerto pela sobrecarga de trabalho, também não esclareceu o Laudo, por que meios estabeleceu o nexo causal entre a tenossinovite e o trabalho desenvolvido pela Autora no interior da ré.

Certo é que a Autora exerceu a função de operadora de computadores a partir de 01/12/96. Certo é também que médicos certificaram a Autora **seria** portadora de tenossinovite em 2000, sendo que esta patologia **também** ataca os operadores de

dados em informática, porém, **o que os médicos que viram a paciente na época, setembro a novembro de 2000, NUNCA AFIRMARAM, é que esta tenossinovite era resultado, de sua atividade ocupacional.**

Se formos seguir o raciocínio desenvolvido no Laudo pericial, de que a Autora possui uma doença do trabalho apenas porque trabalha, poderíamos chegar, por exemplo, a estranha conclusão que o câncer de pulmão é mais freqüente nas pessoas que usam isqueiros, baseados apenas na suposição de que se aquela pessoa usa isqueiros, ela é necessariamente fumante de cigarros.

Nesta fase se afastariam outras possibilidades do uso dos isqueiros que não fosse para acender cigarros e, se descaracterizaria a maior possibilidade de câncer de bexiga, nos fumantes de cachimbo que também utilizassem isqueiros.

Para identificar o nexo de causalidade, entre a ocupação e o dano, **seria necessário, fundamental mesmo**, que se traçasse o perfil profissiográfico deste funcionário, se examinasse o posto de trabalho, se requisitasse todo o PCMSO do hospital e os exames periódicos da Autora examinando-se todos os dados em conjunto.

Há que se caracterizar que as tenossinovites não são única e exclusivamente determinadas pela atividade ocupacional nos digitadores.

Como o Laudo pericial não menciona a realização de um exame recente, mas menciona o fato de a paciente ainda estar usando uma imobilização com tala, é de supor, **que esta patologia ainda hoje**, possa estar causando repercussões clínicas.

Ora, se a Autora foi demitida em 2000 e segundo a inicial nunca mais se empregou, como pode ela hoje, dois anos depois, ainda apresentar sintomas da patologia que seria ocupacional, se ela hoje não tem mais qualquer ocupação?

Portanto, se a paciente ainda apresenta qualquer tipo de patologia atual, **fica absolutamente claro, que o evento desencadeante desta patologia, ainda não cessou.**

Se o agente causador ainda não cessou, **é absolutamente claro que esta agente causal não está ligado ao trabalho desenvolvido na Ré**, pois ainda hoje, dois anos depois de ter se afastado do trabalho, permanece com a doença.

E mais.

A doença designada pelo CID₁₀ com o código M 65.9 e que consta dos documentos anexados em fls. 18 e 21, **exclui necessariamente as doenças ocupacionais.**

O CÓDIGO QUE INCLUI AS DOENÇAS OCUPACIONAIS É OBRIGATORIAMENTE O M 70.

M65	Sinovite e tenossinovite
	Ver código de localização.
<u>Exclui:</u>	Sinovite crônica crepitante da mão e do punho (M70.0)
	<u>Lesão atual - ver lesão do ligamento e do tendão por região do corpo transtornos de tecidos moles consequentes ao uso, uso excessivo e à pressão (M70.-)</u>
M65.0	Abscesso da bainha tendínea Usar código adicional (B95-B96), se necessário, para identificar o agente bacteriano.
M65.1	Outras (teno)sinovites infecciosas
M65.2	Tendinite calcificada
Exclui:	do ombro (M75.3)
	tendinites especificadas (M75-M77)
M65.3	Dedo em gatilho
	Doença tendínea nodular
M65.4	Tenossinovite estilóide radial [de Quervain]
M65.8	Outras sinovites e tenossinovites
M65.9	Sinovite e tenossinovite não especificadas
M70	Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão
	Ver código de localização.
<u>Inclui:</u>	<u>transtornos de tecidos moles de origem ocupacional</u>
Exclui:	bursite (do):
	· SOE (M71.9)
	· ombro (M75.5)
	entesopatias (M76-M77)
M70.0	Sinovite crepitante crônica da mão e do punho

Perícias Judiciais
Pareceres Médico-Legais

M70.1	Bursite da mão
M70.2	Bursite do olécrano
M70.3	Outras bursites do cotovelo
M70.4	Bursite pré-patelar
M70.5	Outras bursites do joelho
M70.6	Bursite trocantérica Tendinite trocantérica
M70.7	Outras bursites do quadril Bursite isquiática
M70.8	Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão.
M70.9	Transtorno não especificado dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (Os grifos são nossos; CID 10 Versão eletrônica)

Portanto, o ortopedista que examinou a Autora em setembro e novembro de 2000, não encontrou dados suficientes, naquele momento pra afirmar a doença ocupacional, tanto que ressaltou a necessidade de estabelecer onexo causal.

No mesmo sentido a previdência social negou provimento ao benefício de auxílio-doença, requerido pela Autora em 24 de novembro de 2000.

Portanto nem a previdência oficial reconheceu o acidente do trabalho, nem reconheceu a existência do direito de auxílio doença acidentário.

É, pois absolutamente contrário ao senso comum, que o Laudo pericial tenha se baseado **única e exclusivamente nas queixas da autora** e nas informações de outrem, para que, **sem nenhum exame adicional**, sem nenhum quadro definido, **afirmar dois anos depois um nexo causal**, que os médicos que atenderam a Autora à época do evento, setembro janeiro de 2000, se esquivaram de afirmar.

Em um momento de rara infelicidade, o Laudo pericial, sem nenhum embasamento e sem qualquer fundamentação, *arbitrariamente*, no sentido mais restrito da palavra, avalia um gasto de 35 salários mínimos, com tratamentos futuros.

Ora, **se não há um diagnóstico etiológico firmado**, se não foi excluído com segurança pelo médico

assistente, a existência de outras alterações geradoras do problema (tanto é que ele não afirmou em nenhum momento a origem ocupacional da doença), **como é que se pode arbitrar gastos com tratamento ?**

Além do mais, se esta doença é ocupacional,. Como afirma o laudo e estaria ligada ao trabalho de digitação, seria necessário que a autora voltasse a trabalhar na mesma função, em um outro emprego.

Porque deveria então a Ré, ter que pagar um tratamento, causado por um prejuízo, desencadeado em um novo emprego e em uma função que estaria contra-indicada.

Tal tratamento, no entanto, permanece obscuro, não foi definido, não se discriminou qual seria este tratamento e muito menos aonde se faria, ou mesmo se a rede pública poderia ofertá-lo ou não.

Arbitral ou arbitrário, mas totalmente vago, não se conhecendo os critérios em que se baseou, cria-se um quadro de verdadeiro cerceamento ao contraditório.

Lembramos que a fundamentação do Laudo, não é mera faculdade do Perito, mas sua obrigação. Daí, não conseguirmos entender, por que meio de raciocínio atribuiu-se o grau 2, de uma classificação em desuso hoje, como o grau desta patologia sem mesmo ter sido feito uma ultra-sonografia.

Este exame (ultra-sonografia) que é barato, que é indolor, que não é invasivo e que ao contrário de qualquer outro método de investigação de imagens, **é dinâmico**, ou seja, pode avaliar o músculo e o tendão durante o movimento, teria a capacidade de, por exemplo, **demonstrar a situação dos grupos musculares ou tendões destes grupos musculares, identificando quicá o sítio da lesão.**

As doenças osteo-neuro-musculares, relacionadas ao trabalho, antigamente chamadas de LER ou mesmo de DORT, termos já em desuso, são classificadas em 3 graus

Perícias Judiciais
Pareceres Médico-Legais

segundo Brawne (1.984). No Brasil foi adotada, a partir da Norma Técnica, do Ministério do Trabalho, a classificação em quatro estágios.

Essa classificação foi baseada em relato de Oliveira (1.991) que visa enfatizar melhor os extremos do curso clínico da doença, esta categorização prevê os estágios descritos a seguir:

Estágio I: o paciente apresenta sensação de peso e desconforto no membro afetado, dor espontânea localizada em membros superiores ou cintura escapular. Os sinais flogísticos estão ausentes, a dor não se irradia, melhora com o repouso e o prognóstico é bom.

Estágio II: a dor torna-se mais intensa e persistente, aparecendo durante a jornada de trabalho de modo intermitente, o que provoca queda na produtividade. Demora mais a se recuperar com o repouso, os sinais clínicos estão ausentes e o prognóstico é favorável.

Estágio III: a intensidade da dor aumenta, tornando-se mais persistente, sendo comum a ocorrência de dor noturna. Edema, hipertrofia e alterações de sensibilidades estão presentes. O sistema nervoso autônomo pode sofrer alterações, provocando sudorese e palidez. A produtividade é muito afetada, e às vezes a tarefa torna-se impossível de ser realizada. O prognóstico já não é tão favorável.

Estágio IV: a dor torna-se contínua e às vezes insuportável. O edema torna-se persistente, e nesta fase se caracterizam a atrofia e as deformidades. Alterações do perfil psicológico podem acompanhar o quadro. A capacidade de trabalho é anulada e advém a incapacidade. O prognóstico é sombrio.

Portanto em nosso país, descabe a classificação de Dennet e Fry (*Dennet X & Fry HJH Overuse syndrome: a muscle biopsy study, Lancet, 1: 905-8, 1988*) utilizada pelo sr. Perito, que chega a 5 graus, mas mesmo esta não se aplicaria ao caso ora em estudo.

Senão vejamos:

Grau 1, *omissis*

Grau 2- Dor em vários locais durante a realização da atividade causadora da síndrome. (René Mendes, Patologia do Trabalho, Ateneu, 1995, Pág 192).

.....

Como se pode perfeitamente perceber, **a não ser que se tenha verificado durante a perícia**, o que não está relatado, **a Autora desempenhar a sua atividade de digitadora gemendo de dor**, tal classificação, utilizada pelo laudo pericial, não tem o menor cabimento.

Deste modo, falha redondamente o Laudo pericial, certamente por açodamento, ao estabelecer não só a classificação dos quadros dolorosos, mas também ao arbitrar valores de tratamento, baseados nessa classificação.

Aliás, o Laudo pericial, em fls. 84, caindo em flagrante contradição, diz “ ... **A dor não é mensurável e por vezes nem detectável**, pois que se trata de **sintoma cujo caráter subjetivo prejudica sua avaliação por critério estritamente científicos**, prejudica sua avaliação precisa da capacidade laborativa. **É o que se tem no presente caso ...** Mas para se saber se restará ou não redução da capacidade laborativa seria necessária a realização dos tratamentos necessários e o retorno às atividades do trabalho ... ”. (grifos nossos)

Assim demonstra o Laudo que a dor não pode ser usada como parâmetro pericial, bem como a necessidade de avaliar a paciente quando exposta às mesmas condições de trabalho.

Logo adiante, no entanto, vem a se basear nesta dor e nas condições de um trabalho que não observou em momento algum, para classificar a lesão e arbitrar tratamento dentro desta classificação.

Antes de avançar na análise da quesitação, deixamos claro que na Responsabilidade Civil derivada do trabalho, **é função precípua da perícia, discriminar a norma técnica (NRs) transgredida pela empresa**, para que o MM Julgador, de acordo com esta análise técnica, possa avaliar e fundamentar uma decisão e avaliar a culpa desta empresa.

Cabe, pois a perícia identificar o que foi que tinha de ser feito, dentro das exigências das NRs (principalmente a NR7) e que a empresa não fez.

A expressão “lesão de esforço repetitivo” deve ser usada com cautela (1), pois sua interpretação não pode ser feita no sentido literal das palavras que a compõem, mas sempre tendo em mente que ações jurídicas estavam envolvidas em sua criação.

O termo **lesão** refere-se a **ofensa à saúde ou à integridade corporal do indivíduo, implicando violação da vítima e culpabilidade por parte do empregador** (2), não estando correlacionado, obrigatoriamente, a um dano produzido em determinada estrutura ou órgão (3).

O termo **esforço** não é utilizado em seu sentido mecânico (força física), mas sim em **sentido genérico** (2).

O conceito de trabalho repetitivo não é bem definido na literatura. Alguns autores consideram uma **“tarefa repetitiva”** aquela na qual o movimento básico que caracteriza o trabalho exija a **repetição que leve menos de um minuto para ser executado, centenas ou milhares de vezes ao dia ou quando o tipo de atividade requer padrão similar de mobilidade em 50% ou mais do tempo de sua execução** (4).

Também caberia a perícia identificar ainda que no item Histórico, a existência de outros possíveis desencadeantes da patologia, pois **Atividade ocupacional** pode ser qualquer tarefa, desenvolvidas por pessoas das mais diversas atividades ocupacionais, incluindo músicos, atletas, operadores de máquinas, digitadores e **donas de casa**. Pode ocorrer até, que seja desencadeada e perpetuada por tarefas não correlacionadas ao trabalho (dirigir automóvel, lavar roupa...).

Como tal não foi feito há de se levantar que houve de certa forma um pré-julgamento.

Em resposta aos quesitos gostaríamos de destacar a resposta ao quesito nº 1 do réu.

LER não é diagnóstico mas uma síndrome, o diagnóstico da Autora deveria ter sido de tendossinovite.

Quando da resposta ao quesito nº 2, como se pode perfeitamente reconhecer, analisando que foi dito acima, **não é o trabalho que necessariamente tem que estar presente** para causar uma tendossinovite e caracterizar a LER, **mas uma tarefa ou atividade repetitiva** e que as atividades domésticas, são um fator de enorme potencial causador da lesão.

Quanto ao quesito de nº 5, do réu. ao que parece escapou a observação do Laudo, **que o CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e o requerimento do benefício à Previdência, tem a mesa data**, ou seja, 24 de novembro de 2000.

Assim não cabe a resposta, de que não há nos autos informações que esclareçam se a Previdência Social, reconheceu ou não, ser a Autora portadora de LER.

Fica absolutamente claro, que Previdência não reconheceu, pois o documento que fundamentou a solicitação do benefício previdenciário foi o CAT.

Quanto ao quesito nº 6, da Ré, melhor sorte não socorre ao laudo pericial, uma vez que ao analisar o documento de fls. 25, olvidou-se de observar, que o era um exame demissional, que o quadrículo “apto” estava assinalado e que havia risco de LER para Autora.

Ora se era um exame demissional, **o risco de LER/DORT, era como nos parece óbvio FUTURO !!!**

NINGUÉM PODE ADQUIRIR UMA DOENÇA OCUPACIONAL NO EMPREGO DO QUAL FOI DEMITIDO.

Quanto ao primeiro quesito da Autora, queremos crer que a data **00/00/00** tenha sido interpretada como a data em que a Autora passou a exercer a função de digitadora.

Da mesma forma interpretamos que os comentários sobre o P.C.M.S.O, P.P.R.A e exame admissional, não tenham sido solicitados às dependências da Ré, onde toda a documentação necessária para a correta resposta a esta quesitação continua a disposição (artigo 429 do CPC).

Reputo novamente, que com o que consta no laudo pericial, em sua maioria elementos extraídos dos Autos, **não existem dados suficientes para que se possa AFIRMAR o nexos causal, entre a atividade desempenhada na Ré em 2000 e a patologia dolorosa da qual se queixa HOJE a Autora.**

É o que nos cumpre,

Oscar L. de Lima e Cirne Neto
CRM 52 32 861-0

Bibliografia.

- 1.) Miller MH, Topliss DJ: Chronic upper limb pain syndrome (repetitive strain injury) in the Australian workforce: a systematic cross sectional rheumatological study of 229 patients. *J Rheumatol* 15: 1705-1712, 1988.
- 2.) Barton NJ, Hooper G. Noble J. Steel WM: Occupational causes of disorders in the upper limb. *BMJ* 304: 309-311, 1992.
- 3.) Ferreira ABH: Novo Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. 1ª ed. São Paulo, Nova Fronteira, 1995.
- 4.) Kivi P: Rheumatic disorders of upper limbs associated with repetitive occupational tasks in Finland in 1975-1979. *Scand J Rheumatol* 13:101-107, 1984.
- 5.) São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-197 de 8 de junho de 1992. *Diário Oficial do Estado, São Paulo*, 9 de junho de 1992.
- 6.) Brasil: Presidência da República. Ministério da Justiça. Decreto nº 2.172 de 5 de março de 1997. Aprova o regulamento dos Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial da União, Brasília*, 6 de março de 1997. Seção 1.
- 7.) Nicoletti S: Lesões por Esforço Repetitivo, Bristol-Myers Squibb Brasil, fase. 2, 1997, p. 1-2.
- 8.) Fry HJH: Overuse syndrome in musicians – 100 years ago. An historical review. *Med J Aust* 45: 620-625, 1986.
- 9.) Brahams D: Medicine and the law. *Lancet* 339: 237-238, 1992.
- 10.) Evans G: Tenosynovitis in industry: menace or misnomer? *BMJ* 294: 1569-1570, 1987.
- 11.) Moore JS. Garg A: Upper extremity disorders in a pork processing plant: relationship between job risk factors and morbidity. *Am Ind Assoc J* 55: 703-715, 1994.
- 12.) Semple C: Tenosynovitis. *J Hand Surg [Br]* 11: 155-156, 1986.
- 13.) Ferguson D: An Australian study of telegraphist cramp. *Br J Ind Med* 28: 280-285, 1971.
- 14.) King B. Wollaston JF. Gillanders TGE: Tenosynovitis in industry: menace or misnomer? *BMJ* 295: 501, 1987.

- 15.) Thompson JS, Phelps TH: Repetitive strain injuries – How to deal with “the epidemic of the 1990s”. *Postgrad Med* 88: 143-149, 1990.
- 16.) Lintner SA. Feagin Jr JA. Boland AL: Sports medicine. In Kelley NW. Harris Jr ED, Ruddy S, Sledge CB: *Textbook of Rheumatology*, 5th ed, Philadelphia, W.B. Saunders, 1997, cap. 38, p. 546.
- 17.) Nakano KK: Entrapment neuropathies and related disorders. In Kelley NW. Harris Jr ED, Ruddy S. Sledge CB: *Textbook of Rheumatology*, 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1997. cap. 39, p. 584.
- 18.) Viikari-Juntura E: Tenosynovitis, peritendinitis and the tennis elbow syndrome. *Scand J Work Environ Health* 10: 443-449, 1984.
- 19.) Russell R. Fraser G: Repetition strain injuries. *Med J Aust* 140: 689-748, 1984.
- 20.) Ireland DCR: Work induced overuse disorders of the hand. *Aust Fam Physician* 15: 1662-1671, 1986.
- 21.) Rempel DM, Harrison RJ, Barnhart S: Work-related cumulative trauma disorders of the upper extremity. *JAMA* 267: 838-842, 1992.
- 22.) Verdon ME: Overuse syndromes of the hand and wrist. *Orthopedics* 23: 305-319, 1996.
- 23.) Jarvinen M, Jórza L, Kannus P, Jarvinen TL, Kvist M, Leadbetter W: Histopathological findings in chronic tendon disorders. *Scand J Med Sci Sports* 7: 86-95, 1997.