

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCOS BONMANN

PERICIA DO SIMULADOR DE LOMBALGIA OU ERRO DIAGNÓSTICO – IMPACTOS
NA PERÍCIA
RELATO DE CASO

CURITIBA

2019

MARCOS BONMANN

PERICIA DO SIMULADOR DE LOMBALGIA OU ERRO DIAGNÓSTICO – IMPACTOS
NA PERÍCIA
RELATO DE CASO

Artigo apresentado à
Especialização em Perícia Médica,
do Departamento de Saúde
Comunitária da Universidade
Federal do Paraná, como requisito
parcial à conclusão do Curso.

Orientador (a): Prof. Raffaello
Popa Di Bernardi

CURITIBA

2019

RESUMO

A dor lombar, lumbago ou simplesmente lombalgia é extremamente dispendiosa, causando grande impacto econômico para o Sistema de Saúde, gerando gastos desnecessários ao setor empresarial, com ausências ao trabalho e desencadeando conflitos jurídicos, no tocante ao surgimento de ações indevidas. A patologia pode ser multifatorial, modificada por transtornos de ordem psicossocial ou, ainda, ser apresentada por erro de diagnóstico.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar as nuances entre os simuladores/simulação e as possibilidades de diagnósticos erroneamente apresentadas, o que impacta diretamente em demandas jurídicas, bem como na qualidade de vida do trabalhador.

Inicialmente, são tecidos comentários voltados para os termos simulação e simulador, frutos de evidências em literatura. Almejou-se a construção da definição e do histórico dos termos, objetivos, diferenciação entre mentir e simular, formas de como é mencionada a simulação, CIDs compatíveis com o termo, tipos de simulação, sinais para detecção de simulação, sugestões ao perito para identificação da mentira e do engano e, por fim, a avaliação para simulação da coluna lombar.

Posteriormente, procurou-se demonstrar relato de caso com inicial judicial, quesitos do médico assistente na demanda e por fim, o resultado final da perícia médica de paciente simulador ou reclamante, com erro de diagnóstico.

Igualmente importante a abordagem que demonstra que, atualmente, não se tem um método específico para detecção de simulação, porém, na avaliação clínica pode-se detectar vários sinais de simulação e, no exame físico, em complemento aos achados clínicos da anamnese, comprovar ou descartar as possibilidades diagnósticas de simulação ou de erro diagnóstico.

Destaca-se que a simulação/simulador, não com rara frequência, faz parte do diagnóstico diferencial do perito, mas a avaliação clínica meticulosa e cuidadosa é elemento preponderante na diferenciação entre a simulação e o erro diagnóstico, esse que, por vezes, ensejou o pedido da tutela jurisdicional.

Palavras-chave: Lumbago. Lombalgia. Dor lombar. Simulação. Simulador.

ABSTRACT

Low back pain, low back pain or simply low back pain is extremely costly, causing great economic impact to the health system and generating unnecessary expenses to the business sector with absences from work and legal, in relation to undue actions. The pathology may be multifactorial, modified by psychosocial disorders, or may be presented by misdiagnosis.

The objective of this work is to show the nuances between simulators / simulation and the possibilities of diagnoses erroneously presented, which directly impacts on legal demands and the quality of life of the worker.

In the initial part of the work, fruit of evidences in literature, are fabricated comments directed to the terms simulation and simulator. The objective was to define the terms, history of the term, objectives, differentiation between lying and simulation, forms of how the simulation is mentioned, CIDs compatible with the term, types of simulation, signals for detection of simulation, suggestions to the expert to identify the lie and deception and finally the evaluation for simulation of the lumbar spine.

In its final part will be demonstrated case report with judicial initial, questions of the attending physician in the demand and finally the final result of the medical investigation of patient simulator or claimant with diagnostic error.

Currently we do not have a specific method to detect simulation, but in the clinical evaluation we can detect several simulation signs, and in the physical examination, in addition to the clinical findings of the anamnesis, to confirm or discard the diagnostic possibilities of simulation or diagnostic error.

The simulation/simulator is not infrequently part of the differential diagnosis of the expert, but the meticulous and careful clinical evaluation is a preponderant element in the differentiation between the simulation and the diagnostic error, which sometimes led to the request for judicial protection.

Keywords: Lumbago. Low back pain. Lumbar pain. Simulation. Simulator.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO LITERÁRIA.....	7
2.1. Definição do termo:.....	7
2.2. Histórico do termo:	7
2.3. Objetivos da simulação:	8
2.4. A diferença entre mentir e simular:.....	9
2.5. Formas mencionadas de simulação:.....	9
2.6. Código Internacional de Doenças:.....	9
2.7. Tipos de simulação:.....	10
2.8. Sinais para detecção de simulação:.....	11
2.9. Sugestões ao Perito quanto a identificação da mentira e do engano:.....	14
2.10. Avaliação para simulação da Coluna Lombar:	14
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. Inicial	19
3.2. Quesitos do Assistente Técnico	22
3.3. Laudo de Perícia Judicial:	25
4. DISCUSSÕES	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6. REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A perícia médica é um método primordial na avaliação das condições de trabalho e suas implicações na gênese de patologias. Na atividade de perito designado ou como assistente técnico as dificuldades simpliciter em uma avaliação justa e imparcial, são um desafio constante.

Em situações de periciado simulador, o desafio se torna ainda mais imponente e recheado de nuances.

Nos casos de perícia em paciente simulador, ou muitas vezes dito como tal, pode haver a necessidade de, além de conhecimento técnico referente à patologia, exercitar um acurado senso de observação e perspicácia por parte do perito.

O objetivo do presente trabalho foi realizar revisão literária nos termos de simulação/simulador e apresentar um caso real de avaliação pericial, no qual o autor foi assistente técnico da reclamada, em paciente com demanda jurídica de lesão tecidual em órgãos genitais e lombalgia induzida pelo seu labor.

A ação judicial teve seu início em 2017, sendo aberta em Vara do Trabalho e tendo seu desenrolar pericial em meados de maio de 2019.

Comparou-se a filmagem do posto de trabalho onde o próprio periciado está presente, com a de dois anos após, em momento da realização da perícia médica, a qual foi efetuada nas dependências da empresa.

A demanda apresentada na inicial era de lombalgia induzida pelo trabalho, mas no momento da perícia o quadro se mostrou obscuro. Nos documentos acostados têm-se exames de imagem e presença de receitas médicas que falam a favor de quadro de dor crônica difusa, não deixando claro o tratamento específico da patologia, muito menos a etiologia da patologia e seu diagnóstico. Tal situação foi observada pelo médico assistente técnico da reclamada e questionada nos quesitos técnicos.

2. REVISÃO LITERÁRIA

2.1 Definição do termo

“A simulação é um processo psíquico caracterizado pela decisão consciente de reproduzir transtornos patológicos, valendo-se da imitação, mais ou menos direta, com o desejo de enganar alguém, mantendo o engano com a ajuda de um esforço contínuo durante um tempo mais ou menos prolongado” – Minkowski.

“É a luta desonesta pela vida que, em todos os tempos, faz concorrência à luta honesta, suplantando-a muitas vezes. É faltar com a verdade, usar de fingimento e falsidade.”- Flamínio Fávero.

Quem finge? Qualquer pessoa cujos valores morais permitem alterar a realidade, distorcer fatos, com vistas aos seus interesses diretos.

Produção de uma alteração voluntária da realidade. Elemento de fraude no sistema de saúde e previdenciário. Nem todo paciente que finge uma doença está totalmente consciente de sua ação (Incapacidade psicogênica).

Na simulação há necessidade de algum ganho secundário, que pode ser relativo a membros da família, colegas de trabalho ou mesmo previdenciário.

2.2 Histórico do termo

O termo não é novo. Encontra-se tal aplicação tanto na Bíblia quanto na Grécia, Roma e Idade Média. Davi fugindo às iras de Saul recorreu ao ardil de simular a loucura, o que valeu a piedade dos inimigos.

Ao participar dos preparativos da guerra de Tróia, Palamedes desmascarou Ulisses, que se fingia de louco para não participar da expedição. O príncipe grego o encontrou semeando sal em um campo que arava com uma junta composta por um jumento e um touro. Palamedes pegou Telêmaco, filho de Ulisses, e o colocou na frente do arado. A reação imediata de Ulisses ao desviar o arado para salvar o filho, provou que ele não estava tão louco e, mesmo renitente, o herói teve de se juntar à frota que zarparia para Troia.

Não é privilégio da existência contemporânea. Um dos primeiros foi Galeno (131 ou 138) - 201 dC, fez um Tratado de Doenças Simuladas, o que lhe deu fama em Roma. Atavicamente falando, sempre existiu entre os animais, porque onde há vida há luta.

Bonnet(1984), citado por Marco et al.(1990) considera que foi Juan Bautista Silvaticus que, em 1595, teria publicado o primeiro livro sobre a simulação da loucura, intitulado “Deque lis Morbum Simulador Reprehendis Liberdade”.

Ambrosio A. Tardieu, em 1872, aprofunda o tema da doença mental com “Estudo médico-legal sobre a loucura”. A simulação de doença mental é uma questão sensível querer que profundos conhecimentos psicológicos, psiquiátricos e espírito de observação, considerando que é uma manifestação falsa, com uma finalidade, através do engano dos outros. Pertencendo o homem à espécie como resultado filoontogenético mais evoluído, tem sofisticados meios fraudulentos de lograr vantagens para a sobrevivência.

Para ajudar o conhecedor da doença: “louco tem aspecto de louco”. Há indicações típicas nos olhos, postura corporal, inflexões de voz, como se o simulador não pudesse isso imitar. Dizem que não consegue ficar muito tempo sem se trair, principalmente pelo exagero dos sintomas. Pode se associar lágrimas, sem a perturbação emocional intensa.

2.3 Objetivos da simulação:

- Defensiva: evitar o cumprimento de sanção penal ou outra.
- Ofensiva: desejo de vingança em relação a outrem.
- Exoneratória: fuga do Serviço Militar.
- Lucrativa: mendicância, caridade.
- Aduladora: praticada por discípulos, imitando comportamentos.
- Ambiciosa: tal como a anterior, mas para obter prebendas, sinecuras, honrarias.
- Afetiva: razões sentimentais.
- Indenizatória ou sinistrose: razões de ganho indenizatório.

2.4 A diferença entre mentir e simular

A experiência faz com que seja possível estabelecer uma avaliação entre a mentira e a simulação, tendo em vista que, no caso da afirmativa de uma paciente que acusa dor de cabeça, sem que a mesma na verdade exista, mente-se, porém não se simula. A simulação acontece no momento em que a mentira se faz acompanhar do fingimento, com a expressão de sofrimento, e do ato de levar as mãos à cabeça.

2.5 Formas Mencionadas de Simulação

Doença Simulada, Doença Oculta, Doença pretexto, Doença Provocada, Doença Exagerada, Doença Mantida, Simulação Reativa (contagio), Sobressimulação ...Motivado por uma “necessidade” ou “conveniência” social ou pessoal.

Formas diversas: Disfarce, a pessoa tenta esconder, camuflar, ou alterar ferimento ou doença com objetivo de lucro/benefício.

Gisbert referendado por Marlet Ramos (1987) caracteriza como: Esforço voluntário consciente de fraude; invenção ou alteração de sintomas mórbidos e um egoísmo de efeito utilitário.

Marlet (1991) diz que metade da simulação da vida é para simular o medo da morte, ao ridículo ou vergonha. Dialética do ser e do parecer (A. Meleiro, 2003).

2.6 Código Internacional de Doenças

CID 10 - Simulação Consciente, pessoa fingindo ser doente. – Z 76.5

- Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas (transtorno fictício)- F68.1

CLASSIFICAÇÃO DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana)- Simulação- V 65.2

→ INCLUI: Neurose de compensação, transtorno factício (exclui: dermatite factícia -L 98.1), síndrome de Munchhausen, paciente peregrino (“rato” de hospital)-
Motivação inconsciente!

→EXCLUI: histeria de conversão, psicose histérica, transtornos dissociativos (F 44) transtorno somatoformes (hipocondria,trans. doloroso persistente. Sind. Ganser, Sind. da Costa, Dhat, “burn-out”, fadiga crônica, psicastenia, neurastenia).

2.7 Tipos de Simulação

1) Pré-simulação ou simulação anterior

- Produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por stress ou incentivos externos de ganho.
- É uma produção consciente com disfarce da origem de uma doença com distorção da realidade e reprodução imperfeita.
- É a prática de forma premeditada. Fingir o que não é real.
- O simulador planeja e executa os sintomas com antecedência de forma a criar um reconhecimento social de sua doença.
- A mais rara de acontecer devido às dificuldades de organização.

2) Parassimulação, supersimulação ou simulação aumentada

- Ocorre quando uma pessoa copia ou imita sintomas e comportamentos de outras pessoas doentes.
- Pode ocorrer em indivíduos normais ou doentes psicopatológicos.

3) Metassimulação ou simulação residual

- Forma mais frequente de simulação.
- Após recuperar-se de determinada doença, continua a fingir os sintomas da mesma com o objetivo de auferir vantagens.

4) Dissimulação

- É o contrário da simulação.
- A pessoa quer intencionalmente esconder os sintomas para atingir determinado ganho.
- Necessidade de apresentar uma boa imagem ou mostrar-se recuperado.

2.8 Sinais para Detecção de Simulação

1) RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO E DA FALA DE COOPERAÇÃO

- a) Memória do simulador tem lacunas significativas, é cauteloso e pensa que o examinador tem menos informação.
- b) Frequentemente afirma ter esquecido e não sabe das coisas.
- c) Tentam o controle da entrevista, age de maneira intimidadora, gasta tempo para pensar nas respostas.
- d) Tem tom irônico ou ridículo, ausência de emoção ou distúrbio emocional.

2) AMPLIAR

Aumento da dramatização no relato da história, chorar na entrevista por fato corriqueiro.

3) CHAMAR ATENÇÃO PARA SUA DOENÇA

Contrasta com os doentes reais que habitualmente e são relutantes para discutir seus sintomas.

4) AGEM COMO SURDOS E MUDOS

Tornam-se intelectualmente deficientes, com amnésia e delírios. Atuam como “estúpidos e loucos”, pois acreditam que pessoas mentalmente doentes são desprovidas de intelecto.

5) ATITUDE DE CAUTELA

Pouca disposição ao interrogatório durante a perícia.

6) AUSÊNCIA DE PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS

Alucinações sem medo, raiva ou depressão. Em caso de dor, estão livres dos sinais que o acompanham.

7) AUSÊNCIA DE PERSEVERANÇA

Coerência na personalidade e nas patologias.

8) INCOERÊNCIA

Êxito em respostas complexas e erro em simples. Falta de colaboração para o diagnóstico.

9) EMPATIA VISUAL

Procura não manter contato visual com o examinador, pois o perito é o árbitro, representa o poder, o concessor do ganho.

10) FALA

O ritmo verbal é lento e evasivo, expressão de desconfiança e medo de serem descobertos.

11) EMOCIONAL

Podem fingir a depressão com relato de tristeza e fadiga, mas sem frio nas mãos, flacidez muscular, hipotonia, emagrecimento, cabisbaixo... (representação plástica – diferente de só olhar para o chão).

Considera a si mesmo como alienado, em oposição com o enfermo mental, com respostas incoerentes, falta da continuidade do sintoma fora da observação do perito.

Podem trazer queixas de forma invulgar, atípicas, inexplicáveis ou incoerentes com desconhecidos de distúrbios nosológicos. Familiar sabe mais que o paciente o que acontece com ele.

12) DIVERGÊNCIA

Divergência entre o seu auto-relato e o descrito no prontuário médico. Perito deve saber que aquela gravidade de sintomas pode ter acompanhamento anterior com o serviço de psiquiatria ou psicologia.

13) HISTÓRICO DE TRATAMENTO

Frequentemente não segue plano de tratamento para determinado diagnóstico. Tem várias tentativas de medicações, mas sem melhora relatada.

14) SINTOMATOLOGIA

Atentar quando a sintomatologia que é difusa, subjetiva, não objetivável (documentos de acompanhamento, exames, receitas não utilizadas, medicações sem condições de comprar), dificuldade de compor uma síndrome (características atípicas). Repete com exatidão a resposta, enquanto o alienado, se não acrescenta, até diz que não falou...

15) NIVEL CULTURAL

Dificulta o diagnóstico de simulação, pois quanto maior for o nível de discernimento do simulador maior será seu acervo cultural onde pode ter conhecimento perfeito do quadro clínico. Usos de: “Eu acho...”, “Eu acredito...”.

16) ORGANIZAÇÃO

Grande desorganização do pensamento e pequena desorganização da vida.

17) AUTOPERCEPÇÃO

Considera a si mesmo como um alienado, em oposição com o que ocorre com o enfermo mental, associado ao mutismo, desconhecimento, respostas incoerentes e evasivas, usando mais linguagem gestual, aceitação de novos sintomas sugeridos, falta da continuidade do sintoma fora da observação do perito, esta última seria um “patognomônimo”.(Kucharski, 1998).

18) CONDUTA

Habitualmente exige que o examinador analise seus exames, seus atestados e tratamentos realizados, que não habitualmente lhe causam “mal”.

19) HISTÓRICO DE PATOLOGIAS

Tem longa lista de queixas e de diagnósticos prévios.

20) PSICOSE

A Simulação deve ser sempre cogitada antes do diagnóstico de Psicose Atípica. (Resnick, 1997).

21) POR DERRADEIRO

A própria “simulação” pode ser o diagnóstico de um “verdadeiro transtorno psiquiátrico”.

2.9 Sugestões ao Perito quanto à identificação da mentira e do engano

- Suspeitar- sendo cauteloso, prudente e discreto.
- Perspicaz- olhar atento, talentoso e sensível.
- Sensível – observar a multiplicidade de opiniões e das posturas possíveis dos examinados.
- Não revelar informações chaves.
- Estar informado.
- Questionar o periciado sobre suas informações anteriores.
- Olhar e escutar com presteza, abandonando estereótipos.
- Comparar o comportamento da pessoa suspeita de estar mentindo com o comportamento normal/natural esperado para o caso.

2.10 Avaliação para Simulação da Coluna Lombar

1) POSICIONAMENTO ORTOSTÁTICO

A posição antálgica é assumida automaticamente, não pode ser facilmente simulada, pois constitui medida de proteção contra a dor.

A posição antálgica bloqueia a extensão do tronco e limita a flexão.

O posicionamento normalmente é em flexão lateral e anterior do tronco.

Se a dor for lombar a cabeça não pode estar virada para o lado.

2) TESTE DA CARGA AXIAL NO TRONCO

O paciente é colocado na posição ortostática. Não alterar posicionamento, antálgico se houver.

Aplicar carga axial no crânio. A manobra pode provocar dor na região cervical.

Suspeitar de simulação se o paciente referir dor lombar.

3) TESTE DO BANCO DE BURN

O paciente é instruído a ajoelhar-se em um banco e flexionar o tronco para frente para tocar o chão com os dedos.

Paciente com dor lombar, inclusive com fratura de vértebra lombar, realizam, o teste com sucesso.

Um simulador deixará de fazer a manobra e afirmará “NÃO CONSIGO” antes mesmo de tentar.

4) TESTE DO QUADRIL FLEXIONADO

Paciente em decúbito dorsal. Coloca-se uma mão embaixo da coluna lombar e outra abaixo do joelho. Realizar a flexão do quadril lentamente. Se o paciente referir dor antes que se perceba o movimento das vértebras lombares deve-se suspeitar de simulação.

5) TESTE DE LEVANTAR A PERNA

Paciente em decúbito dorsal e eleva-se a perna com o joelho em extensão. Se o paciente referir dor ou apresentar resistência, peça para sentar na maca com os joelhos para fora e flexionados. Realize a manobra de extensão do joelho unilateralmente.

Se o paciente não referir dor o teste é positivo para simulação.

6) TESTE DO TRIPÉ

O paciente é orientado a sentar na maca com os quadris e joelhos em 90 graus. A seguir solicite que realize movimentos de balançar ambas as pernas. Se não se inclinar para trás para executar essa manobra, suspeitar de simulação.

7) TESTE DE MAGNUSON

O paciente em posição ortostática é instruído a apontar o local da dor. O examinador marca o local. A seguir realize outras manobras e posteriormente peça para apontar novamente o local da dor. Se ocorrer mudança da localização do local superior a 2 cm, deve-se suspeitar de simulação.

8) TESTE DA FLEXÃO PLANTAR

Paciente em decúbito dorsal é instruído a levantar as pernas uma de cada vez, até que sinta dor lombar ou nas pernas. Observe o ângulo com o qual a dor ocorre e peça que o paciente abaixe a perna.

O examinador coloca uma mão embaixo do joelho e outra embaixo do tornozelo e eleva a perna com o joelho em flexão um pouco abaixo do ângulo da dor.

Realiza-se a flexão plantar do pé. Se o paciente referir dor deve-se suspeitar de simulação.

9) TESTE ROTACIONAL DO TRONCO

O paciente é colocado em posição ortostática. O examinador se posiciona a frente, segura a pelve e solicita ao paciente para realizara rotação do tronco. Assegure-se que a pelve é rodada simultaneamente. Se o paciente referir dor o teste é positivo para simulação.

10) SINAL DE LIBMAN

Serve para avaliar o limiar de dor do paciente.

Aplica-se pressão gradativa no processo mastóideo até que o paciente defira desconforto. Desta forma determina-se se o limiar de dor é alto ou baixo.

Esse procedimento é útil para interpretação de outros achados a respeito de dor e desconforto.

11) SINAL DE MANNKOPF

O paciente é colocado em posição o mais confortável possível e se monitora a frequência cardíaca pelo pulso radial.

Aplica-se pressão na área referida de dor. Um aumento da FC de 10 ou mais bpm significa sinal positivo de dor. Se não ocorrer aumento da fcm há indícios de simulação.

12) TESTE DA DOR SUGESTIONADA NA PARTE MARCADA

Paciente é solicitado a identificar o local da dor. Aplica-se pressão local confirmando a reação. O local é marcado ou anotado e o paciente é distraído por outros exames.

Com os olhos fechados solicita-se ao paciente a apontar novamente o local da dor.

Caso a localização seja superior a 5 cm há suspeita de exagero.

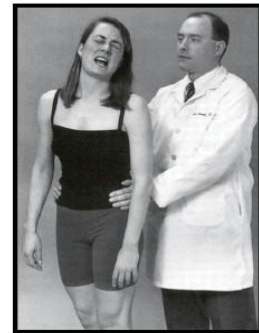
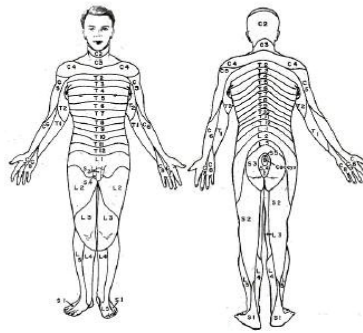
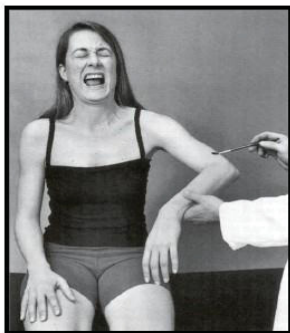
13) TESTE DA DOR SUGESTIONADA NA PARTE MARCADA II

Paciente é solicitado a identificar o local da dor. Aplica-se pressão local confirmando a reação. O local é marcado ou anotado e o paciente é distraído por outros exames.

O examinador sugere um local diferente do primeiro, porem próximo. Se o examinado confirmar o novo local, deve-se pensar em simulação.

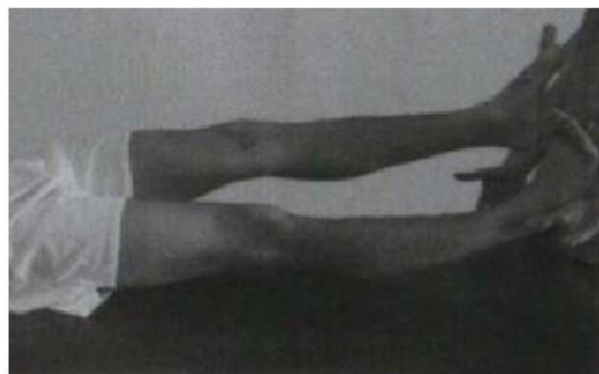
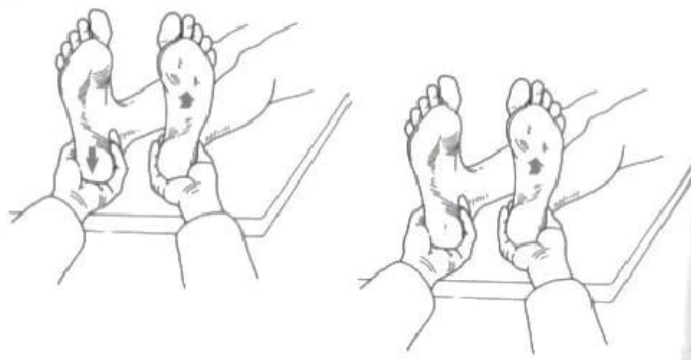
14) SINAL DE WADELL

Quadro 2. Sinais de lombalgia não orgânica de Wadell.
1. Sensibilidade: Dor a palpção leve na região lombar, Dor a palpção disseminada não correspondente com padrão anatômico
2. Simulação: Dor a compressão axial crânio, Dor a rotação dos ombros
3. Distração: Diferença quando elevação da perna em posição sentado ou supina
4. Regional: Anormalidades motoras ou sensitivas que não podem ser explicadas com base anatômicas
5. Sinal de hiper-reação: Verbalização ou expressão desproporcional aos sintomas.



15)TESTE DO HOOVER

Quando solicitado que eleve a perna, o doente realiza uma força contrária com a outra perna, o simulador não!



3 METODOLOGIA

3.1 INICIAL

NOTA: Neste momento demonstramos somente a parte da Reclamatória trabalhista, a que concerne a supostos “danos” causados ao Reclamante. A íntegra se encontra em RECLAMATÓRIA TRABALHISTA nº 0000814-59.2017.5.12.0033

– DOS FATOS

O Reclamante foi contratado pela Reclamada para a função de operador de máquinas no dia 11.11.2010, atividade laboral que perdura até hoje, tendo sido o Reclamado afastado de seu labor em virtude de incontornável e cruel moléstia gerada pela inadequação ergonômica de seu posto de trabalho.

É que, há anos, o Reclamante vem sendo acometido de graves doenças do trabalho, advindas das tarefas que era obrigado a executar (movimentos repetitivos, levantamento de peso, agachamento, rotação, flexão, etc.), além de graves queimaduras que lhe causam embaraçosas moléstias em suas genitálias em virtude do superaquecimento do maquinário que utiliza o Reclamante.

As enfermidades consistem, principalmente, em graves patologias na coluna vertebral, as quais praticamente impossibilitam o Reclamante de exercer qualquer labor, por mais simples que seja.

Destaca-se que, mesmo doente, o Reclamante continuou trabalhando, embora sem condições para tal, pois precisava auxiliar no sustento de sua família e temia algum tipo de represália por parte da Reclamada. Por anos o Reclamante suportou a absurda situação a que lhe impunha o adverso.

Porém, independentemente de sua hercúlea (e inocente) lealdade, o Suplicante já não conseguia mais realizar as mesmas tarefas, eis que as dores eram muitas e as atividades exigidas pela Reclamada agravavam cada vez mais suas patologias – dia após dia o Reclamante via-se impossibilitado de dormir após uma jornada estafante de trabalho em virtude justamente da mesma.

Sem energias para um novo dia, arrastava-se o Reclamante na dolorosa *via crucis* dos que nada têm a vender se não sua mão-de-obra, rumo a mais uma jornada de trabalho que lhe agravaria os problemas de saúde.

Ressalta-se que a Reclamada estava ciente da atual condição física do Reclamante, pois este passou a fazer acompanhamento contínuo com diversos médicos, o que sempre foi comunicado àquela, porém, ainda assim, nenhuma medida que realmente surtisse efeito foi tomada, que não o desidioso e desumanizante silêncio de uma empresa que não valoriza seus funcionários de mais de 7anos.

Comprovando a existência das alegadas patologias, consta, em anexo, vasta documentação médica que torna inquestionável, incontornável, inegável a moléstia laboral que desenvolveu o autor

Conforme denota-se deles, o Reclamante passou a suportar graves problemas de ordem ortopédica em razão das atividades laborais.

Com efeito, basta analisar a documentação médica em anexo para concluir que as patologias apresentadas pelo Reclamante foram se agravando com o decorrer do tempo, justamente em razão dos movimentos que realizava durante suas atividades laborais.

A propósito, ressalta-se que, para executar suas atividades, o Reclamante era obrigado a efetuar continuamente, agachamentos, rotação e flexão da coluna, levantamento de peso, movimentos repetitivos, permanência em pé, entre outras condutas que prejudicaram - e muito - sua saúde.

É que o Reclamante foi obrigado, durante a integralidade de seu labor na chamada “estopadeira”, a repetidamente levantar pacotes de madeira de pelo menos 60 kg, continua e abusivamente, durante todo dia, isto olhando para baixo e numa máquina cuja temperatura era deveras elevada. Inclusive, lhe era imposto que eventualmente trocasse a correia de máquina, inclusive abrindo o motor da mesma – salta aos olhos, aí, a insalubridade cujo adicional jamais lhe fora pago.

Em outubro de 2013, o Reclamante precisou realizar cirurgia gravíssima em virtude de sua doença laboral ergonômica – um esforço médico para que não lhe “estourasse a hérnia”.

Após inúmeras reclamações, pedidos, súplicas clamores e rogos do Reclamante que informava a seu empregador de que sua situação piorava com o hercúleo esforço a que era submetido, o mesmo foi transferido de sua posição – já com sua saúde permanentemente danificada – em junho de 2017.

Nesse conjunto de absurdos, há de se ressaltar ainda que a jornada de trabalho do Reclamante sempre fora das 07h às 17h, com uma hora de intervalo, por vezes o Suplicante realizando horas-extra até a meia-noite – evidente o dano existencial consubstanciado na jornada excessiva.

Não bastassem todos esses fatos, durante todo o período em que trabalhou para a Reclamada, o Reclamante esteve exposto a ambiente insalubre, sem receber qualquer adicional, razão pela qual deve ser condenada ao pagamento de tal adicional, com os respectivos reflexos.

Por todo o exposto, não restou alternativa ao Reclamante, senão recorrer à tutela jurisdicional para ver garantidos seus direitos, especialmente para obter reparação moral e material ao absurdo que levemente lhe impõe a incontornável ganância alheia.

Nestes Termos, Pede Deferimento.

Indaial/SC, 15 de setembro de 2017.

M. Z. OAB/SC xx.xxx

3.2 QUESITOS DO ASSISTENTE TECNICO

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 12ª REGIÃO VARA DO TRABALHO DE INDAIAL

RECLAMATÓRIA TRABALHISTA nº 0000814-59.2017.5.12.0033

AUTOR: N. F. DOS S.

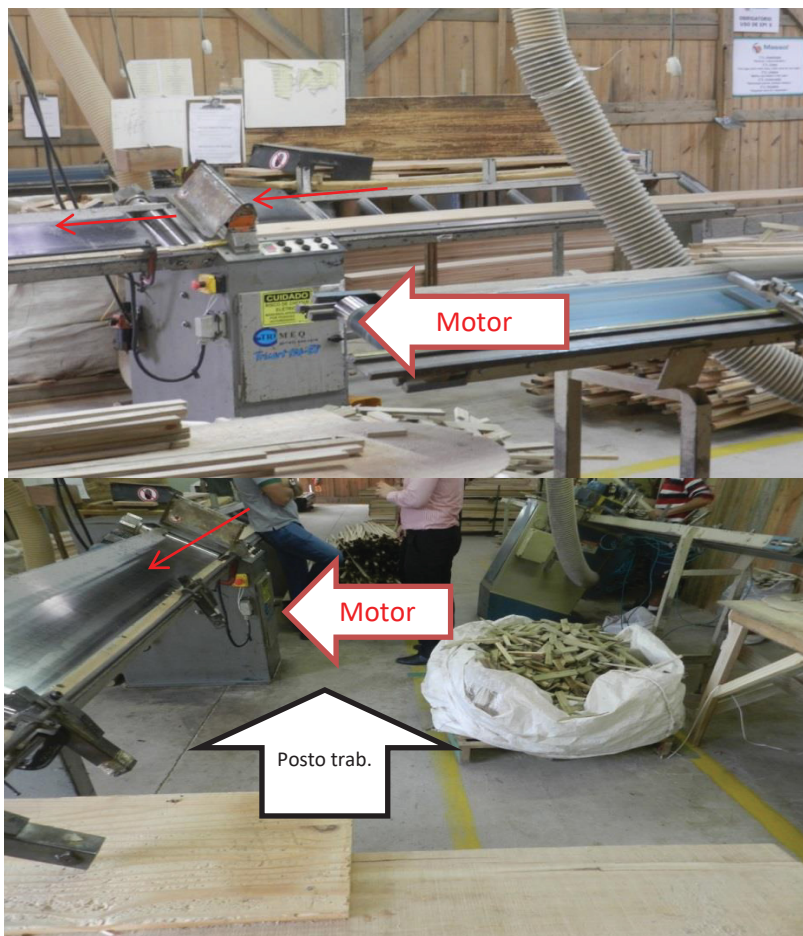
EMPRESA RÉ: M. INDUSTRIA E COMERCIO DE MADEIRAS EIRELI – EPP

Explanções preliminares: Tais quesitos foram elaborados após avaliação criteriosa, fotos, filmagens no posto de trabalho aludido nos autos e na empresa M. Industria e Comércio de Madeiras Eirelli EPP na cidade de Indaial – SC, bem como de análise minuciosa dos documentos acostados aos autos.

Quesitos ao Sr Perito Judicial Designado:

1-) Na inicial é apresentado: “ graves queimaduras que lhe causam embaraçosas moléstias em suas genitálias em virtude do superaquecimento do maquinário que utiliza o reclamante”.

Com as citações acima e o posto de trabalho mostrado abaixo, questiona-se:



Máquina destopadeira no Posto de Trabalho

- a) Qual a temperatura que uma máquina deve atingir para que haja queimadura tecidual em um ser humano?
- b) Visto que a área genital nunca está desnuda no local de trabalho: Se houve queimaduras em sua genitália como tal fato ocorreu ?
- c) Houveram queimaduras em áreas desnudas do tegumento cutâneo ou só na região genital?

2-) Qual o histórico laborativo do requerente ao longo dos anos antes de laborar na empresa ré?

3-) Temos a citação: "... mesmo doente, o Reclamante continuou trabalhando, embora sem condições para tal, pois precisava auxiliar no sustento de sua família e temia algum tipo de represália por parte da reclamada..."

a) A que tipo de represália o requerente se refere?

b) Temos, na presente ação, a informação de que labora nesta empresa há mais de 7 anos. Qual o motivo da não solicitação de sua rescisão do contrato de trabalho da empresa referida já no início do contrato se esta poderia lhe desencadear alguma represália?

4-) Trocar correia de máquina é atividade insalubridade?

5-) Em sua solicitação de Auxílio Doença ao INSSe na data de 21 de Setembro de 2017 sob nº 182501899, foi reconhecido que seu afastamento é de cunho laborativo ou seja CID = B 91?

6-) Em 10 de Agosto de 2017 o reclamante esteve com médico neurocirurgião Dr Celso Bernardes. Quais os CID expostos no atestado médico por este emitido?

7-) A espondilose da coluna vertebral (doença degenerativa) é uma doença que se desenvolve lentamente, com o transcorrer do tempo, ou é de instalação aguda?

8-) O art. 20, da Lei nº 8.213/91 nos dá definições, nela, a doença degenerativa, a inerente a grupo etário e a que não produza incapacidade laborativa é considerada doença do trabalho?

9-) O CID= M 79.0, exposto pelo neurocirurgião Dr. Celso Bernardes corresponde a qual patologia?

10-) As manifestações patológicas apresentadas pelo reclamante podem ter componente fibromiálgico associado?

11-) A fibromialgia possui natureza psíquico-emocional?



Placa informativa exposta no local de trabalho

- 12-) Quais os equipamentos de proteção individual utilizados na função exercida pelo reclamante?
- 13-) O reclamante se encontra, atualmente, incapacitado para o trabalho?
- 14-) Outros dados que o Sr. Perito Judicial possa expor para elucidar a demanda?

Pomerode, 14 de Fevereiro de 2018.

3.3 LAUDO DE PERÍCIA JUDICIAL

EXMO(A). JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA DO TRABALHO DE INDAIAL/SC

PROCESSO Nº: 0000814-59.2017.5.12.0033

RECLAMANTE: Sr(a) N. F. DOS S.

RECLAMADA: M.INDUSTRIA E COMERCIO DE MADEIRAS EIRELI - EPP

Introdução:

Os objetivos deste laudo pericial são, após realizar leitura dos Autos sobre tudo, Inicial e Ata de Audiência, realizar a anamnese e exame físico dirigido e objetivo estabelecer se os resultados desta avaliação caracterizam nexos causal, e eventual dano a integridade física do Reclamante, perda de capacidade ou alteração clínica de imputabilidade Médica Legal, para o caso concreto.

Dr. A. B. B., Médico, Pós Graduado e Especialista em Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Perícia Médica pela AMB ANAMTSBPM, registrado junto ao CREMERS sob nº: XXXXX e CREMESC XXXXX, e nomeado por V. Exma. Como Perito Judicial na presente Ação Trabalhista, vem, mui respeitosamente apresentar seu Laudo Técnico Pericial, o qual se divide nas seguintes partes:

1. Local e data da perícia:

Data da perícia	14/05/2019 às 09:00hs.
Local	Sede da Reclamada
Perito do Juízo	Dr. A. B. B. CREMERS: XXXXX CREMESC: XXXXX
Assistente Técnico indicado da Reclamada	Dr. Marcos Bönmann CRM: 6052 RQE: 302
Assistente Técnico do Reclamante	Não indicado

2. Objeto da ação:

Caracterização de Nexo de causa e incapacidade na parte Autora, bem como estimativa de valoração de Dano, segundo Tabela SUSEP DPVAT, conforme os limites da Lide, definidos por alegações da Inicial, pertinente Ata de Audiência.

3. Identificação do reclamante:

Nome: N. F dos S.
Contato: Não informado
Nascimento em: 20/01/1974
Estado civil: Unido(a) Estavelmente
RG Nº: XXXXXXX e sem CNH
Idade: 45 anos
Escolaridade: 1º Série do Ensino Fundamental

3.1. Antecedente Familiar:

Pai: Hígido para a Idade ou sem doença reconhecida.

Mãe: Hígida para a Idade ou sem doença reconhecida.

Irmãos: Oito, todos hígidos para a Idade ou sem doença reconhecida.

Filhos: Dois, ambos hígido para a Idade de 04 e 13 anos.

3.2. Antecedentes Pessoais:

Reclamante é:	Destro / Direito
Terapêutica Atual:	Pregabalina, Maproazol e Duloxetina – Analgésicos relaxante musculares
Fraturas:	Nega
Cirurgias Prévias:	Hérnia inguinal direita
Doenças infecciosas:	Não identificadas
Histórico físico:	Nenhuma doença identificada
Histórico psíquico:	Nenhuma doença identificada
Tabagismo:	Não
Etilismo:	Não
Drogas ilícitas:	Negou ter feito uso de tais substâncias
Atividade Física Atual:	Nenhuma
Atividade Física anterior:	Nenhuma
Lazer:	Assistir TV, Cuidar da Família, Assistir Futebol
Meio de transporte	A Pé
Atividade do Lar:	Nenhuma
Atividades Laborais Paralelas:	Nega desempenhar atividades paralelas durante pacto laboral com a reclamada.

4. Histórico Ocupacional do Reclamante:**4.1. Empregos anteriores**

- 1- Roça familiar até os 26 anos;
- 2- Plantiu de cana por 45 dias;
- 3- A reclamada (empresa).

Admissão:	11/11/2009
Demissão:	Contrato vigente e a um ano sem atividade
Função	Operador de máquina
Atividade atual:	Nenhuma após benefício previdenciário

4.2. Descrição das Funções na Reclamada

Reclamante relata atividades de Operador de máquina, cuja descrição esta juntada ao Processo. Consistia em: realizar operar máquina destopadeira, dentre outras atividades inerentes a sua função.

Reclamante informa receber como EPI's: luvas, botinas, protetor auricular e óculos.

Uso de EPI: Vide Laudo Técnico Pertinente

4.3. Afastamentos Previdenciários:

Reclamante teria sido afastado e/ou recebido benefício por auxílio Previdenciário Comum durante 30 dias e mais 75 dias em seu Contrato de trabalho na Reclamada. Sem atividade há um ano e sem benefício Previdenciário.

5. Histórico do Acidente ou Início das Queixas: “dor na coluna do pescoço até em baixo”(SIC).

Autor relata clínica insidiosa e progressiva de dor em toda extensão, inicialmente lombar em meados de 2017. Procurado auxílio Médico, foi examinado e submetido a exames de imagem quando recebeu diagnóstico de Degeneração da coluna vertebral com desidratação, hemangioma, Discopatia e abaulamento em L2-L3 e L4-L5 e Discopatia degenerativa T3 a T9. Hemangiomas nos corpos vertebrais T8 e T11. Desde então tem piora progressiva do quadro neurológico com perda motora e agravamento sintomático, mesmo afastado da atividade.

6. Exame Físico:

6.1. Exame Físico Geral:

Parte Autora examinada tem bom estado geral, tendo fâcies incaracterística, mucosas coradas e úmidas, hidratada, nutrida, acianótica, anictérica, sem adenomegalias, colaborando com o exame, marcha sem peculiaridades.

6.2. Exame do Estado Mental:

Atenção: vigil e normotenaz;

Sensopercepção: sem alucinações auditivas e visuais;

Memória: memória recente e memória remota preservada;

Orientação: orientado autopsiquicamente, no tempo e no espaço;

Consciência: Lúcida;

Pensamento: lógico, agregado, sem idéias de desvalia e de ruína, sem delírios paranóides;

Linguagem: normolálica;

Inteligência: clinicamente dentro da média;

Afeto: modulado;

Juízo crítico: preservado;

Conduta: adequada sem lentidão psicomotora, irritabilidade, isolamento social, apatia, fadiga e ou avolia;

Apresentação: A parte reclamante compareceu ao exame pericial conforme determinado. Veste-se adequadamente e está com o seu autocuidado preservado.

6.3. Exame Físico Especial:

Peso:	78 KG
Altura:	1,64 m
IMC	Peso / Altura ²
Bíceps:	D- 14 E- 13
Coxa	D- 20,5 cm E- 19 cm
Panturrilha:	D e E 14 cm

Eutrófico, eucárdico e eupneico. Tem expressão clínica de dor exagerada mesmo ao repouso. Tem agitação psicomotora, expressão facial e sem possibilidade de manobras ao exame físico.

7. Vistoria:

Procedida como requer metodologia recomendada. Análise dos documentos juntados aos Autos desse Processo.

8. Discussão:

Cientificamente são consideradas condições necessárias para reafirmar categoricamente o nexa de causalidade traumatismo/dano: (Critérios de Simonin)

- natureza adequada do traumatismo para produzir a lesão.
- natureza adequada das lesões à etiologia traumática.
- adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão.
- encadeamento anátomo clínico.
- adequação temporal.
- exclusão do dano pré-existente relativamente ao traumatismo.
- exclusão de causa estranha ao traumatismo

Nesse sentido, os elementos Médicos disponíveis permitem admitir nexa de causalidade entre as alterações clínicas observadas e causas não laborativas. Acometimento sistêmico e da presença de hemangiomas em corpos vertebrais assim como outras condições degenerativas levam a hipóteses diagnósticas do tipo reumática degenerativa e também Neurológica pós-hemangiomas de Corpos vertebrais. A simples concomitância temporal não é critério para estabelecer nexa Laborativo.

CID M47-8 e M79-0

9. Conclusão:

Nexa de causa não laborativo estabelecido, segundo Critérios de Simonin conforme discussão do Laudo. Alteração de integridade física e psíquica (Déficit Funcional Permanente) em grau não passível de estabelecer, já que não consolidada sua condição clínica.

Dano estético não estimado ou não passível de valoração.

Repercussão na atividade profissional passível de valoração máxima.

NTEP negativo para o objeto em análise.

10. Bibliografia:

- BRANDIMILLER, Primo A. O Corpo no Trabalho. São Paulo: SENAC, 1997.

- CHAFFIN, Don B.; Anderson, Gunnar B. J.; MARTIN, Bernard J. Biomecânica Ocupacional. Traduzido por Fernanda Saltiel Barbosa da Silva. Belo Horizonte: Ergo, 2001. Tradução de: Occupational Biomechanics.
- CODO, Wanderley; ALMEIDA, Maria Celeste C.G. L.E.R.-Lesões por Esforços Repetitivos. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- CORTE-REAL F. Revista Portuguesa do Dano Corporal. Ano VI Nº7. Novembro 1997.
- COUTO, Hudson de Araujo. Fisiologia do Trabalho Aplicada. Belo Horizonte: Ergo, 1.978.
- Guia Prática das Tenossinovites e Outras Lesões por Traumas Cumulativos nos Membros Superiores de Origem Ocupacional. Belo Horizonte, Ergo, 1.991.
- Ergonomia Aplicada ao Trabalho. v.2. Belo Horizonte: Ergo, 1.996.
- OLIVEIRA E SÁ F. Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano corporal em Direito Civil 59740/92 APADAC, 1992.
- RODRIGO C. Miralles Marreiro. Valoração Del daño corporal em el aparatolocomotor. Masson

4 DISCUSSÃO

A avaliação clínica em perícia médica deve ser acompanhada de, no mínimo, história mórbida progressiva, avaliação detalhada do posto de trabalho, além de um exame físico pormenorizado. Estes itens são a base para o diagnóstico diferencial das principais anormalidades que acometem a região lombar.

A investigação diagnóstica com exames subsidiários deve ser avaliada em função do exame clínico e do histórico e não em exames realizados aleatoriamente, sem clara e lógica indicação clínica.

No caso de simulador/simulações a expertise do examinador é o ponto primordial para um diagnóstico situacional perante o periciado. A avaliação pode nos denotar simulações com o intuito de angariar vantagens, mas nunca poderemos nos permitir excluir a possibilidade de outras patologias associadas, como quadros reumáticos, transtornos mentais e etc.

No caso da reclamatória trabalhista exposta temos o relato de: “ graves queimaduras que lhe causam embaraçosas moléstias em suas genitálias em virtude do superaquecimento do maquinário...”. Em análise ao seu posto de trabalho, bem como ao método de trabalho desenvolvido, analisamos que o motor esta em situação

de proximidade com seus genitais , mas enclausurado e em situação visível de que não gere superaquecimento.

Relativo ao aludido de que: "...seu posto de trabalho gere graves patologias na coluna vertebral devido a agachamentos, rotação e flexão da coluna, levantamento de peso, movimentos repetitivos, permanência em pé". Tal hipótese foi descartada por perícia técnica de engenheiro, onde foi firmado que a constância de seus movimentos não seria suficiente para ser geradora de danos a sua coluna.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto perito, devemos dar especial e cuidadosa atenção ao exposto pelo representante do periciado na inicial processual, pois não podemos, como peritos e médicos nos deixar levar pelas descrições jurídicas expostas, as quais nem sempre tem o compromisso com a comprovação da verdade científica.

Em suma, devido suas consequências econômicas e jurídicas, o conhecimento dos tipos e formas de simulação/simulador, bem como os erros de diagnóstico devem receber atenção especial do médico examinador, bem como do setor jurídico envolvido em perícias.

Na descrição de caso demonstrado observou-se, pelo assistente técnico, bem como pelo perito judicial designado, uma sobrevalorização do quadro álgico por parte do reclamante, bem como um possível erro de diagnóstico da causa da lombalgia.

REFERÊNCIAS

1. <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/02/especial-lombalgia.pdf>139.
2. http://www.ufrgs.br/semiologiaortopedica/Modulo_22.pdf
3. http://www.ufrgs.br/psicopatologia/wiki/index.php?title=Diagnóstico_diferencial_de_simulação
4. <http://www.legale.com.br/uploads/da53ce7683cbc9349d528219d13e2ede.pdf>
5. <http://www.spot.pt/media/66775/Simula%C3%A7%C3%A3o-18-Abril-Reposit%C3%B3rio-Durao.pdf>
6. <http://www.scielo.br/pdf/aob/v19n4/01.pdf>
7. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-7852201100040001