

4

Detecção de Agravos à Saúde, Relacionados com o Trabalho, na Consulta Médica

*Maria Inês Reinert Azambuja
René Mendes*

INTRODUÇÃO

A ANAMNESE OCUPACIONAL

CARACTERIZAÇÃO PERICIAL DAS DOENÇAS

RELACIONADAS AO TRABALHO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

“Si en el futuro hay ciencia verdadera, y si la historia avanza en la dirección del progreso, la Medicina, puesta en contexto científico e histórico, no podrá ser otra cosa que una profesión democrática, cuya propuesta social sea la liberación del cuerpo de los otros para trabajar, para amar e para luchar por lograr primero, y por conservar después, esas conquistas” (Mario Testa).

Faz parte do objeto da patologia do trabalho, na nossa compreensão, o estudo das estratégias e dos instrumentos de detecção das distintas expressões do *pathos* do trabalho.

Tal inclusão é, antes de tudo, explicitação de uma postura doutrinária. Tem, contudo, desdobramentos operacionais óbvios, quando a doutrina se transforma em prática.

Esta característica da patologia do trabalho tem sua razão de ser. Ela nasce, em primeiro lugar, da postura de que *todo o pathos do trabalho é evitável e*, portanto, o *telos* último da patologia do trabalho é a sua própria extinção. Em outras palavras: patologia do trabalho é mais do que o estudo (*logos*) do *pathos* do trabalho. É uma instância, um meio ainda necessário, para instrumentalizar a superação do sofrimento, da dor e da morte associados ao trabalho.

Em 1945, Henry Sigerist — grande historiador da Medicina e da Saúde Pública — propôs como funções básicas da Medicina as seguintes: (1) promover a saúde; (2) prevenir a doença; (3) recuperar o enfermo e (4) reabilitá-lo. É dele a primeira conceituação de promoção da saúde: *“Promove-se a saúde proporcionando um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e recreação. Para tanto são necessários esforços coordenados de grandes grupos, do homem de Estado, do trabalho e da indústria, do educador e do médico, que como um expert em saúde deve definir normas e fixar padrões.”* Ele observou ainda que *“a promoção da saúde obviamente tende a prevenir as enfermidades, se bem que a prevenção eficaz requiera medidas especiais de proteção.”*

Para cada uma das funções da medicina propostas acima, diferentes abordagens diagnósticas podem ser enfatizadas. A reabilitação, por exemplo, exige um diagnóstico acurado de “capacidade” residual. A recuperação requer a detecção da doença em si, se possível de forma precoce. A prevenção baseia-se no diagnóstico causal, a partir de evidências clínicas ou epidemiológicas. Já a promoção da saúde, além do conhecimento propiciado pelos diagnósticos anteriores, requer uma postura ética a favor da vida com qualidade para todos.

No caso das patologias relacionadas ao trabalho, todas as possibilidades de intervenção médica (reabilitação, recuperação e prevenção da doença e promoção da saúde) requerem uma ênfase particular na detecção do nexo causal entre doença e trabalho. Se o *pathos* do trabalho ainda é uma realidade, cruel e literalmente dolorosa, há que, ao menos, detectá-lo o mais cedo possível. Cabe salientar que a detecção de patologias relacionadas ao trabalho depende, entre outros fatores, do local de inserção do médico na rede de serviços de saúde. Por exemplo, profissionais que trabalham em empresas têm a oportunidade (e obrigação) de detectar mais precocemente agravos relacionados ao trabalho, uma vez que eles estão mais próximos dos fatores desencadeantes dos agravos e têm a oportunidade de acompanhar trabalhadores ainda com *saúde*, mas expostos a riscos ocupacionais, em exames médicos periódicos obrigatórios realizados com esta finalidade. Os médicos clínicos, que atendem pessoas já com alguma *enfermidade*, em serviços abertos à população em geral, estão em desvantagem com relação à possível precocidade do diagnóstico etiológico. Mais distantes ainda estão os peritos das seguradoras, responsáveis por avaliar a *incapacidade* para o trabalho e então estabelecer eventual nexo causal entre o agravo à saúde e a atividade profissional exercida pelo trabalhador. Mas até mesmo no exame da causa da *morte*, extremo do espectro da atenção à saúde, continua válida a ênfase na detecção do nexo ocupacional, tanto para o desencadeamento de providências em benefício de outros trabalhadores, como para a construção e consolidação de conhecimentos que legitimem proposições de ampliação da proteção à saúde e melhorias na qualidade de vida para todos.

Como visto no Capítulo 2, os profissionais médicos em nosso país, em qualquer inserção profissional, têm, atualmente, a possibilidade de utilizar em suas práticas os referenciais oferecidos pelas novas listas de doenças relacionadas ao trabalho, quer definida pelo Ministério da Saúde (Portaria 1.339/GM de 18/11/99), quer constante no Anexo II do Decreto 3.048, de 6/5/99, esta última, vinculada às obrigações da Perícia Médica do INSS. Trata-se, portanto, de importante ferramenta de trabalho, que pode ser utilizada por todos, na busca de eventual relação entre a doença e o trabalho.

Complementam estas listas tanto os “protocolos” de procedimentos médico-periciais, elaborados para a Previdência Social (e até o momento não utilizados pela Perícia Médica do INSS), como o excelente texto produzido pelo Ministério da Saúde, intitulado *“Doenças Relacionadas com o Trabalho: Diagnóstico e Condutas — Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”*.

Como se disse antes, ambas as listas foram elaboradas utilizando conceito ampliado de “doenças relacionadas com o trabalho”, organizadas e classificadas segundo os critérios propostos por Schilling (1984), novamente reproduzidos na Tabela 4.1.

Este autor reconhece que, por vezes, pode ser extremamente difícil estabelecer a distinção entre doenças causadas pelo trabalho e aquelas agravadas por ele, especialmente para fins médico-legais vinculados à prestação de benefícios do seguro. Sua preocupação, porém, está mais voltada às questões de prevenção e controle, para as quais utiliza, inclusive, a própria classificação (Schilling, 1984).

É de se esperar, portanto, que todos os médicos tenham a noção de que o trabalho pode estar associado — direta ou indiretamente — com a doença, e que a detecção deste eventual nexo causal deve ser iniciada na própria consulta médica, através da *anamnese ocupacional*. Este é o propósito principal deste capítulo.

A ANAMNESE OCUPACIONAL

Entendemos que a saúde é uma condição dinâmica de adaptação ativa do organismo a suas circunstâncias. A ruptura deste estado de equilíbrio dinâmico resulta no adoecimento. Assim, para diagnosticar precoce e corretamente uma dada condição é necessário investigar ativamente as origens do processo patogênico, ou seja, aquelas interações que têm início antes mesmo que o indivíduo seja afetado. Frente ao doente, caberia ao médico ir além do paciente e levar em conta as circunstâncias sob as quais a doença se desenvolveu, caminhar do indivíduo enfermo

para o cenário em que o indivíduo adoeceu, colocar o paciente dentro do meio a que pertence, para entender e atuar não apenas no indivíduo doente mas também na interação indivíduo-circunstância responsável pelo desencadeamento e manutenção da doença.

Este preceito, se posto em prática pelo médico clínico, irá sem dúvida favorecer a detecção e o tratamento efetivo das patologias decorrentes do trabalho, e apontar caminhos para a prevenção de novos casos. Ao refazermos, com um paciente que se apresenta com *asma brônquica* de início recente, o cenário onde a doença se manifestou, muitas vezes iremos localizar no trabalho algumas das condições — poeiras e produtos químicos dispersos no ar ambiente no decorrer da atividade produtiva, ausência de qualquer proteção ao sistema respiratório — que interagiram no sentido de alterar o equilíbrio dinâmico em que se mantinha aquele indivíduo, num processo que se iniciou antes mesmo que as primeiras manifestações clínicas de asma fossem detectadas. Torna-se evidente que não há possibilidade de restabelecer o equilíbrio original, caso permaneçam as circunstâncias que geraram e mantêm o desequilíbrio em direção à doença. Além disto, sob as condições descritas, há boas chances de que se manifestem novos casos de asma ocupacional entre outros trabalhadores igualmente suscetíveis.

Nem sempre as interações que originam o processo patogênico são tão evidentes como no exemplo acima. Mas investigar as circunstâncias envolvidas no desencadeamento da doença exige considerarmos sempre o trabalho atual e progresso como possível determinante causal da condição que traz o paciente à consulta médica. Não fazê-lo, frequentemente im-

Tabela 4.1
Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho (Adaptado de Schilling, 1984)

Categoria	Exemplos
I - Trabalho como causa necessária	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação por chumbo • Silicose • Doenças profissionais legalmente prescritas • Outras
II - Trabalho como fator de risco contributivo ou adicional, mas não necessário	<ul style="list-style-type: none"> • Doença coronariana • Doenças do aparelho locomotor • Câncer • Varizes dos membros inferiores • Outras
III - Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou adicional, mas não necessário	<ul style="list-style-type: none"> • Bronquite crônica • Dermatite de contato alérgica • Asma • Doenças mentais • Outras

plicará erro diagnóstico, intervenção curativa-reparadora insuficiente ou inadequada, penalização econômica ou legal evitável e impossibilidade de intervenção preventiva em benefício de outros indivíduos submetidos às mesmas circunstâncias.

Considere os casos descritos a seguir.

• Caso 1 — Mulher, 44 anos, casada, auxiliar de estofaria, procurou atendimento clínico por cansaço, dores osteomusculares e dormência em extremidades, falta de concentração, labilidade emocional, esquecimento e dor de cabeça. Menopausa. Investigação laboratorial de rotina inexpressiva. EEG dominado por ritmos rápidos e amplitudes reduzidas em todas as regiões cerebrais (tensão? medicação?); sem sinais patológicos evidentes. Impressão diagnóstica inicial: depressão. Medicada e encaminhada ao ginecologista. Reposição hormonal?

• Caso 2 — Mulher, 23 anos, casada, técnica em limpeza em hospital, trabalhando normalmente, foi encaminhada ao hematologista por leucopenia (2.900 leucócitos) em hemograma realizado em exame periódico há 60 dias. Assintomática. Novo hemograma, dentro dos limites normais. HCG positivo. Tempo estimado de gestação, 20 dias. Encaminhada ao obstetra.

• Caso 3 — Homem branco, 39 anos, motorista de caminhão, referia que, há sete dias, quando trafegava por estrada conhecida, “perdeu a orientação” e dirigiu aproximadamente 10km sem tomar consciência de como. Foi encontrado desacordado no caminhão, que, segundo a Polícia, estava em cima da pista. Acordou em um hospital. A polícia considerou que o paciente estava embriagado, e com base nisto apreendeu sua carteira de habilitação. O paciente negava que estivesse embriagado. Casado, relacionamento estável, um filho, exercia esta atividade há 15 anos na mesma empresa. Sem antecedentes psiquiátricos. Referia beber eventualmente, em casa. Havia coletado sangue para dosagem de teor alcoólico no hospital, mas não sabia o resultado do exame (obtivemos posteriormente a informação de que o material fora perdido em função de greve no Instituto Médico Legal). EEG não mostrou alterações patológicas. Provas de função hepática normais. Gama GT (sugerido como marcador potencial para alcoolismo): 6,9 U/l (normal).

• Caso 4 — Mulher, 56 anos, aposentada por doença, há oito anos com dores osteomusculares generalizadas (ombros, nádegas, membros superiores e inferiores, coluna). Ao exame, dor à digitopressão de 15/18 pontos descritos pelo *American College of Rheumatology*; pele dos membros superiores seca e áspera; edema no terço distal dos antebraços e mãos, cianose nas extremidades superiores e nódulos subcutâneos nos antebraços. Diagnosticada como porta-

dora de fibromialgia e Raynaud. Hipótese de esclerodermia em investigação.

Os quatro casos, descritos como foram acima, pecam pela ausência da investigação ocupacional, o que ainda é usual na prática clínica. A história ocupacional teria acrescentado novas informações relevantes e modificado os encaminhamentos em cada caso, como veremos a seguir.

No caso 1, a paciente trabalhava há seis anos na colagem de estofados de couro com produto com odor forte (má ventilação do ambiente) que tinha em sua composição acetona e n-hexano. Uma revisão bibliográfica mostrou que a exposição crônica a este produto (n-hexano) poderia explicar todos os sintomas neurológicos centrais e periféricos referidos pela paciente. Ela foi afastada do trabalho após a coleta de marcador biológico de exposição ao n-hexano, e encaminhada para investigação neurológica suplementar em serviço especializado. A paciente informou que os exames médicos periódicos não vinham sendo realizados nos últimos três anos. A Delegacia Regional do Trabalho (DRT) foi informada das irregularidades e do risco potencial à saúde dos demais trabalhadores.

No caso 2, a paciente referiu realizar todo o serviço de higienização em enfermaria pediátrica. Lembrou que o exame periódico e a coleta do primeiro hemograma haviam coincidido com episódio de diarreia e cansaço, que aliás havia acometido várias crianças e funcionários da enfermaria naqueles dias. A partir desta nova informação, a alteração hematológica foi considerada, retrospectivamente, como possivelmente resultante de doença infecciosa ocupacional. Foram solicitados alguns marcadores virais e titulação de anticorpos anti-rubéola, e recomendada a sua transferência para setor com menor risco ocupacional de infecção durante a gravidez.

No caso 3, no dia do incidente o paciente dirigia caminhão-tanque que transportava “corrente c9 de pirólise” (mistura de xileno, tolueno etc.). Referia sentir cheiro de solvente na cabine. Ambos, xileno e tolueno, têm efeitos narcóticos. Em casos de exposição aguda podem causar fadiga, desorientação, sintomas de embriaguez e até mesmo inconsciência. O episódio descrito poderia ter sido decorrente de intoxicação aguda ocupacional por estes produtos. Foi solicitada uma Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) à empresa, inclusive na tentativa de evitar a cassação da carteira de motorista, indispensável ao exercício profissional do paciente.

No caso 4, a paciente informou ter trabalhado por 18 anos em fabricação de embalagens de plástico (PVC) para o acondicionamento de talheres. Trabalhava em máquina que prensava plástico a quente no processo de produzir as embalagens. Retirava as embalagens ainda muito quentes da máquina, com as mãos

desprotegidas. O processo gerava fumos de plástico na área de captação respiratória. A literatura descreve o desenvolvimento de acrocianose, acroosteólise, nódulos subcutâneos, lesões de pele do tipo esclerodermia, bem como fibrose hepática e angiossarcoma, em trabalhadores expostos ao cloreto de vinila. A confirmação da exposição ocupacional neste caso teria conseqüências tanto no planejamento do acompanhamento futuro desta paciente, como em seu enquadramento previdenciário, com aumento no rendimento mensal. Idealmente também deveria resultar em avaliação médica de outros trabalhadores com a mesma função.

Como bem ensinou Bernardino Ramazzini (1633-1714), a investigação da possibilidade de associação causal entre o trabalho e a doença começa com a pergunta-chave: “*qual a sua profissão?*”. É a partir dela que o médico deve conduzir a entrevista. Mas a denominação da profissão ou da ocupação não traz elementos suficientes para avaliar os riscos. A informação “funcionário público”, ou “auxiliar de serviços gerais”, ou pior, “aposentado” — ainda referida no espaço dedicado à “ocupação” em cadastros hospitalares e atestados de óbito — não esclarece o teor da atividade profissional. Por isto, esta questão tem que ser complementada com a descrição do cotidiano do trabalho atual e progresso, com perguntas como:

- O que faz?
- Com o que faz?
- Como faz?
- Onde faz?
- Com quem faz?
- Em que condições faz?
- Há quanto tempo?
- E antes disso?

Ouvir o paciente falando do “seu mundo”, além de trazer informações importantes para o esclarecimento de seu problema ou da doença, pode se constituir em um momento privilegiado da relação médico-paciente (Mendes e Dias, 1999).

A descrição de um dia comum de trabalho pode ilustrar bem o regime e as atividades desenvolvidas pelo paciente no trabalho, e questionamentos sobre alterações no padrão usual de trabalho, associadas ao desenvolvimento ou agravamento dos sintomas, podem trazer subsídios para a interpretação dos sintomas.

Não há uma maneira única de fazer a anamnese ocupacional, dadas as diferenças entre os pacientes, os tipos de ocupação e as formas de apresentação dos casos. Mas a investigação deve focar a relação temporal entre os sintomas e possíveis exposições a agentes ou condições suscetíveis de causar a enfermida-

de. O nome do cargo ou função e jargões profissionais utilizados pelo paciente na descrição do posto, ferramenta ou atividade de trabalho devem ser esclarecidos pelo médico. Produtos químicos são frequentemente referidos pelo nome comercial, sendo então necessária a busca de informação suplementar.

Pelo menos as seguintes perguntas — que não requerem conhecimentos especiais do médico entrevistador — deveriam ser feitas como parte da anamnese clínica inicial a todos os pacientes:

Você pensa que seus problemas de saúde são relacionados ao seu trabalho?

Seus sintomas melhoram, pioram ou não se modificam quando você se afasta do trabalho?

Você está ou já esteve exposto a ruído elevado, poeiras, fumos, produtos químicos, ou radiação em seu trabalho? (Explorar também exposições mais afastadas no tempo).

Quantas horas por semana trabalha?

Trabalha em turno diário, noturno ou faz rodízio de turnos?

Você sabe de colegas de trabalho com problemas de saúde semelhantes ao seu?

Para a maioria das doenças relacionadas ao trabalho, a evidência de causalidade decorre de dados epidemiológicos e não de estudos diagnósticos dos casos individuais. Assim, a ocorrência de problemas similares em colegas de trabalho é um forte argumento com relação à etiologia ocupacional.

Pistas adicionais à detecção de doenças relacionadas ao trabalho são apresentadas na Tabela 4.2.

Caso a história ocupacional inicial não sugira nenhuma possibilidade de associação entre a ocupação e o estado de saúde do paciente, a investigação ocupacional poderia ser interrompida. Mas caso alguma das respostas levantem suspeitas clínicas, uma investigação mais detalhada, que pode requerer alguma pesquisa por parte do médico, deve ser conduzida, nesta e nas consultas subseqüentes.

É importante ter em mente as limitações colocadas à investigação através da história ocupacional inicial, entre elas:

- o não reconhecimento, pelo paciente, de uma situação de risco potencial. Frequentemente os pacientes desconhecem ou subestimam, e portanto não relatam, condições danosas à saúde. Isto é comum com relação à exposição a produtos químicos, por exemplo;

- o não reconhecimento, pelo médico, da síndrome clínica apresentada pelo paciente, o que impede o reconhecimento do nexa com a exposição relatada. O exemplo mais contundente disto foi a demora no reconhecimento médico da existência das LER/DORT;

Tabela 4.2

Pistas ao Reconhecimento das Doenças Relacionadas ao Trabalho (Adaptado de Newman, 1995)

Pistas	Comentários	Exemplos
• maiores oportunidades de emprego na área	• áreas com uma atividade principal favorecem o reconhecimento de <i>clusters</i> de casos	• depressão em trabalhadores expostos a agrotóxicos
• exposições comuns ou similares no mesmo local de trabalho	• o índice de suspeição deve ser alto para as doenças decorrentes destas exposições	• PAIR em trabalhadores expostos a ruído
• doença similar em colegas de trabalho ou epidemia de casos no consultório	• <i>clusters</i> de casos são úteis para identificar condições endêmicas e epidêmicas relacionadas ao trabalho	• LER/DORT em processadores de dados, hepatite viral em atendentes de creche
• padrão do início da doença	• início dos sintomas relacionado à mudança de emprego, de atividade ou utilização de novo produto	• dermatite de contato após troca do fornecedor de luvas do hospital
• padrão de agravamento dos sintomas	• mudança nos sintomas no transcorrer do dia ou semana; melhora nos fins-de-semana ou nas férias	• melhora nas parestesias nas mãos e dor nos <i>mmss</i> em metalúrgica cuja atividade envolve movimentos repetitivos
• combinação pouco usual de sinais e sintomas em múltiplos órgãos	• pode sugerir exposição ocupacional ou ambiental a produtos tóxicos	• sintomas neurológicos, psiquiátricos e hematológicos em soldador intoxicado por manganês
• distribuição pouco usual de doença	• usualmente relacionada a área de contato mais direto ou intenso com o agente nocivo	• <i>rashes</i> envolvendo o escalpo, a face e as mãos, mas poupando áreas não expostas
• paciente demograficamente "errado"	• quando a doença ocorre em indivíduo de baixo risco	• câncer de pulmão em pessoa que nunca fumou, mas teve exposição ocupacional a solventes
• os "suspeitos usuais" são inocentes	• quando as causas mais comuns foram eliminadas	• hepatite em paciente não alcoolista, que não usa drogas, com marcadores virais negativos, exposto a hepatotoxina no trabalho
• doença idiopática	• antes de designar como de "etiologia desconhecida", excluir causa ocupacional ou ambiental	• berliose simulando sarcoidose em trabalhador que prepara amálgama dentária
• doença que não responde a terapia convencional	• na maioria das doenças ocupacionais não há melhora clínica se a exposição continua	• asma do padeiro

• o fato de que a valorização da exposição depende, às vezes, de uma noção mais precisa do que a simples referência da presença da condição no local ou processo de trabalho. Ter trabalhado exposto a ruído contínuo por três meses não é suficiente, por exemplo, para concluir que a perda auditiva de nosso paciente tem etiologia ocupacional; e

• o fato de que há dificuldades inerentes às tentativas de recomposição temporal das "exposições" potencialmente danosas:

— reconstruções temporais dependem da memória, que por sua vez é influenciada pelo conhecimento da exposição e pelo grau de reconhecimento da gravidade do risco;

— com frequência, a exposição de interesse está afastada no tempo, devido ao "tempo de latência" requerido entre a exposição e a manifestação clínica inicial de seus efeitos, e isto prejudica o reconhecimento da relação causal. Alguns exemplos seriam a exposição à radiação ionizante e o desenvolvimento de

diversos tipos de câncer; a exposição ao benzeno e o desenvolvimento de leucemia; a sensibilização brônquica inicial por poeiras de grãos ou têxteis e o desencadeamento de asma após período de latência, em eventual reexposição; ou a exposição à sílica e o progresso de doença pulmonar obstrutiva crônica mesmo anos depois de a exposição ter-se encerrado; e

— a mobilidade no emprego também dificulta a caracterização donexo causal. Em mercados com altas taxas de desemprego e rotatividade como o nosso há uma tendência à eliminação dos menos aptos da força de trabalho, que é permanentemente renovada com mão-de-obra de reserva saudável. Assim, o perfil de morbidade dos trabalhadores de uma empresa não necessariamente expressa o potencial lesivo do trabalho naquela empresa. É comum a demissão de caixas de supermercados aos primeiros sintomas de LER/DORT. Há, inclusive, quem defenda a tese de que esta seria uma medida preventiva adequada. Por outro lado, os trabalhadores com manifestações crônicas ou seqüelas de doenças adquiridas em atividades anteriores tendem a ser deslocados para atividades com menor exigência de esforço físico, tais como ascensoristas, porteiros, zeladores etc. Neste caso, não foi a atividade atual que determinou a doença e sim a doença que condicionou a atividade atual possível.

Tanto a detecção de exposição potencialmente nociva à saúde como a evidência clínica de condição potencialmente relacionada ao trabalho requerem o aprofundamento da anamnese ocupacional, na tentativa de configurar ou excluir condições relacionadas ao trabalho. Devem ser particularmente investigadas as doenças respiratórias — todas potencialmente relacionadas ao trabalho; as afecções de pele, as perdas auditivas, as condições osteomusculares, o câncer — levando em conta que a exposição pode ter ocorrido há mais de 20 anos; as doenças hepáticas; os problemas neuropsiquiátricos, entre eles as neuropatias periféricas e as manifestações de lesão orgânica do Sistema Nervoso Central. Todos estes temas serão aprofundados nos capítulos correspondentes deste livro.

Além das condições decorrentes da exposição a fatores de risco químicos, físicos, biológicos, e biomecânicos, tem merecido especial atenção de autoridades e instituições internacionais a relação entre estresse, trabalho e desemprego associados à globalização econômica, e seus efeitos sobre a saúde. Considera-se que o estresse é em princípio saudável e necessário para modular a adaptação do indivíduo ao ambiente. No entanto, quando as demandas exaurem as reservas adaptativas, um estado de exaustão pode sobrevir, propiciando o desenvolvimento da enfermidade. Sintomas físicos de exaustão seriam a sensação de cansaço, fraqueza, falta de energia. Sinais

inespecíficos, o desconforto respiratório, o aperto no peito, tonturas e os sintomas gastrointestinais. Distúrbios do sono são comuns, assim como ganho ou perda de peso. As manifestações podem ser também de ordem emocional, e em geral estão associadas à depressão: choro fácil, falta de interesse nos amigos e na família, indiferença com relação à aparência etc. O quadro pode também se manifestar como irritabilidade e comportamento agressivo. Ataques de pânico e agitação podem ocorrer. À medida que o quadro vai-se tornando evidente para os colegas de trabalho, mais difícil torna-se a situação.

Muitas das condições mencionadas acima têm sido reconhecidas em associação ao desenvolvimento e manutenção das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Outras doenças epidemiologicamente associadas ao trabalho, como a hipertensão arterial e algumas doenças imunoinflamatórias, podem também ser mediadas por situações de sobrecarga emocional e mental. Isto sem falar na morbidade diretamente referida como de causa mental, responsável pelo segundo lugar em número de benefícios por incapacidade temporária em nosso meio. É importante estarmos atentos a estas condições, que podem estar se tornando, também no Brasil, as principais causas de doença relacionada ao trabalho.

CARACTERIZAÇÃO PERICIAL DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Se, para o clínico, a identificação da etiologia ocupacional da doença atende predominantemente à lógica da recuperação e manutenção da saúde, ao perito do seguro — social ou privado — são atribuídas responsabilidades de interesse legal e financeiro. Desta forma, o rito de estabelecimento de nexocausal entre doença e trabalho, neste segundo caso, é necessariamente mais formal.

O clínico pode recomendar uma mudança de atividade profissional já *na suspeita* de dano à saúde pelo trabalho, e de preferência antes mesmo que o paciente apresente condição incapacitante. Esta é a lógica da intervenção preventiva. Ele poderá ou não ser atendido pelo paciente (ou pela empresa, no caso de médico do trabalho), dependendo de diversos fatores, entre eles a existência de alternativas de inserção no mercado de trabalho para aquele indivíduo. Mas não há necessidade de prova absoluta de nexocausal para que o médico assistente tome as primeiras providências em benefício de seu paciente. Cabe ressaltar que o afastamento do paciente da situação de risco muitas vezes não é suficiente, especialmente em caso de haver evidências de que outros trabalhadores estejam correndo risco grave iminente. Neste caso uma inves-

tigação no local de trabalho, em benefício dos demais expostos, deve fazer parte da recomendação médica, haja ou não prova denexo causal no caso-índice.

Já o perito da Previdência Social deverá manifestar-se sobre a etiologia ocupacional ou não de uma dada condição, apenas se ela atingiu um grau de repercussão clínica suficiente para resultar em incapacidade laborativa, e ainda assim necessitará embasar sua decisão em provas documentais.

Aqui emergem dois momentos de potencial discórdia entre o médico assistente e o médico perito (e as demais partes envolvidas — trabalhador, empresa, sindicatos, advogados etc.), quais sejam o da definição e graduação da incapacidade laborativa e o da afirmação ou não do nexo causal.

Geralmente as divergências entre médicos assistentes e peritos devem-se a confusões conceituais entre *disfunção* ou *deficiência*, de um lado, e *incapacidade* (e mais especificamente, *incapacidade laborativa*), de outro. É claro que, além disto, é prerrogativa de qualquer seguradora estabelecer parâmetros próprios — desde que de forma transparente — para o pagamento aos segurados dos benefícios previstos na contratação do seguro. Assim sendo, o fato de não haver incapacidade laborativa para fins da concessão de benefício previdenciário, ou seja, pelos critérios estabelecidos pela instituição seguradora, não necessariamente significa que ela não exista por outros critérios. A perícia previdenciária não detém a prerrogativa legal da exclusividade com relação à afirmação da incapacidade. Ela pode, no máximo, definir o que o seguro paga e não paga.

Já com relação ao estabelecimento do nexo causal entre doença e ocupação, o conflito entre o clínico e o perito deve-se ao *modus operandi* em cada caso. Ao contrário do médico, não basta ao perito suspeitar. Ele tem que documentar, se não a associação em si, pelo menos o cumprimento dos procedimentos prescritos pela seguradora para a condução do raciocínio pericial, na direção de uma afirmação do nexo causal — neste caso denominado “nexo técnico”. Aqui, novamente, a não afirmação do nexo por parte do perito não necessariamente significa que ele não exista.

Os algoritmos apresentados nas Figs. 4.1, 4.2 e 4.3 exemplificam o rito processual requerido para o reconhecimento técnico do nexo entre doença e ocupação pela perícia médica da Previdência Social, segundo as categorias da classificação proposta por Schilling.

A afirmação do nexo técnico é favorecida no caso das assim chamadas “doenças profissionais” (que têm no trabalho sua causa necessária) e nas intoxicações profissionais agudas, ou seja, nas condições classificadas no Grupo I de Schilling. Nestes casos, o diagnóstico da condição que gerou a incapacidade é sufi-

ciente para a caracterização previdenciária como doença do trabalho, como definida na legislação em vigor. Já nas condições em que o trabalho é um dos *fatores de risco* reconhecidos, mas não é *causa necessária* para a doença (Grupo II de Schilling) ou é provocador de distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (Grupo III de Schilling), o processo de caracterização passa pela exclusão de outros fatores e/ou pela ponderação relativa da contribuição do trabalho na etiologia dessa doença. No Grupo II de Schilling, essa etapa é mais probabilística e de natureza epidemiológica, razão pela qual surgem óbvias dificuldades quando a lógica é médico-legal ou securitária, e se espera do perito que afirme ou negue, categoricamente.

Como a maior parte das doenças relacionadas ao trabalho classifica-se nos grupos II e III de Schilling, não é difícil prever que o número de benefícios atualmente concedidos pelo INSS, por “doenças do trabalho”, represente uma parcela ínfima do número real de casos de “doenças relacionadas ao trabalho”, estando hoje a maior parte dos portadores de incapacidade por causa ocupacional recebendo os “benefícios comuns”.

Assim, para se ampliar a detecção de agravos à saúde relacionados ao trabalho, na população brasileira, será indispensável a atuação dos médicos clínicos. Os clínicos, ao contrário dos médicos peritos, podem detectar estas condições em fases mais precoces, antes da ocorrência de incapacidade, e portanto podem intervir com mais eficácia na recuperação dos pacientes. Por serem em muito maior número que os peritos, os clínicos serão muito mais abrangentes na consecução deste objetivo. Além disto, o atendimento clínico independe de vínculo empregatício, o que lhes permite detectar agravos relacionados ao trabalho em quaisquer pacientes, sejam eles segurados da previdência social, funcionários públicos, trabalhadores no mercado informal ou desempregados.

É com esta compreensão que o Conselho Federal de Medicina formulou em 1998, a Resolução 1.488, aplicável a todos os médicos em exercício profissional no país. Segundo essa Resolução, “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:

- a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;
- o estudo do local de trabalho;
- o estudo da organização do trabalho;
- os dados epidemiológicos;
- a literatura atualizada;

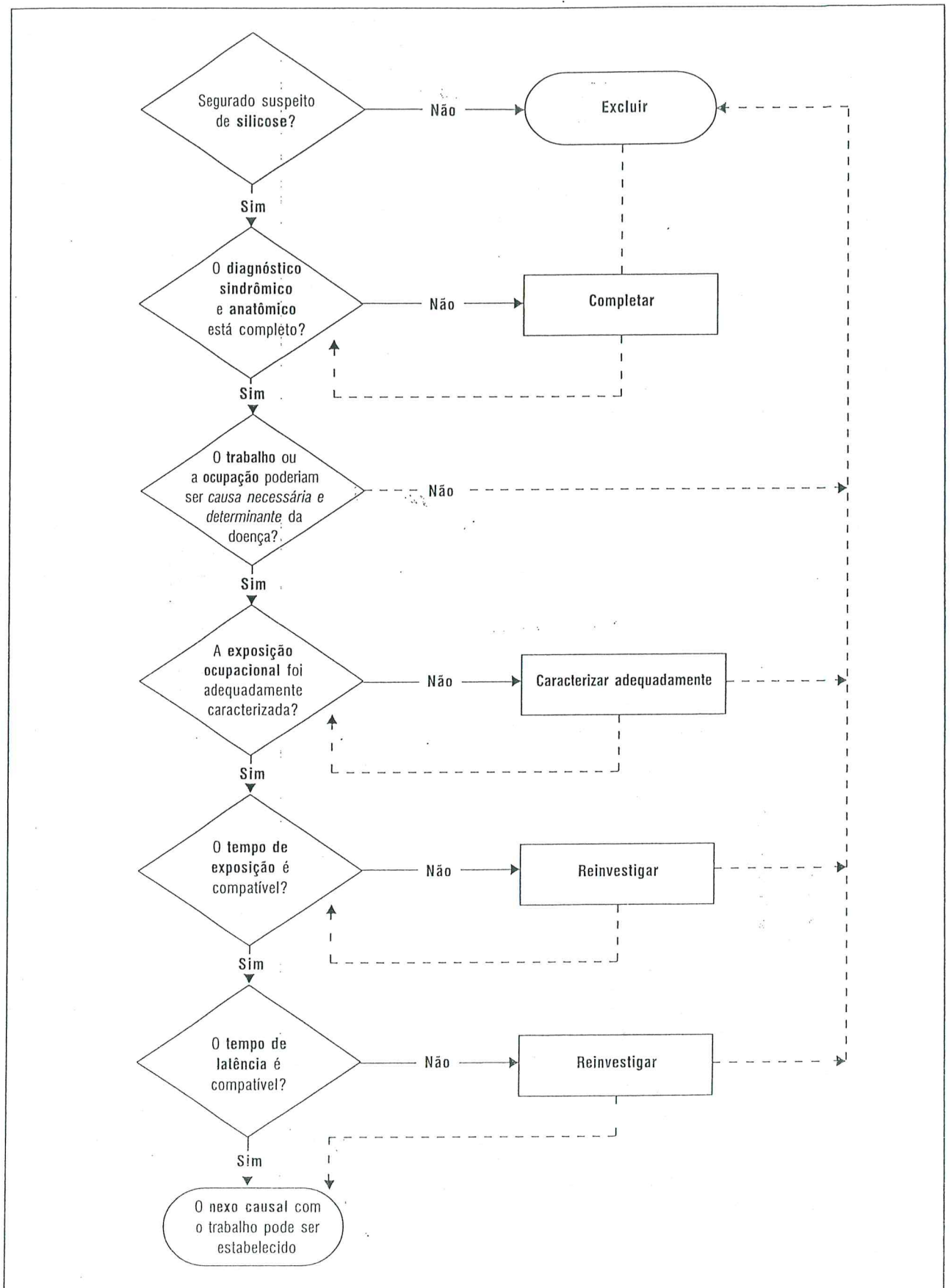


Fig. 4.1 — Algoritmo de procedimentos médico-periciais para o reconhecimento técnico do nexo causal entre silicose e trabalho.

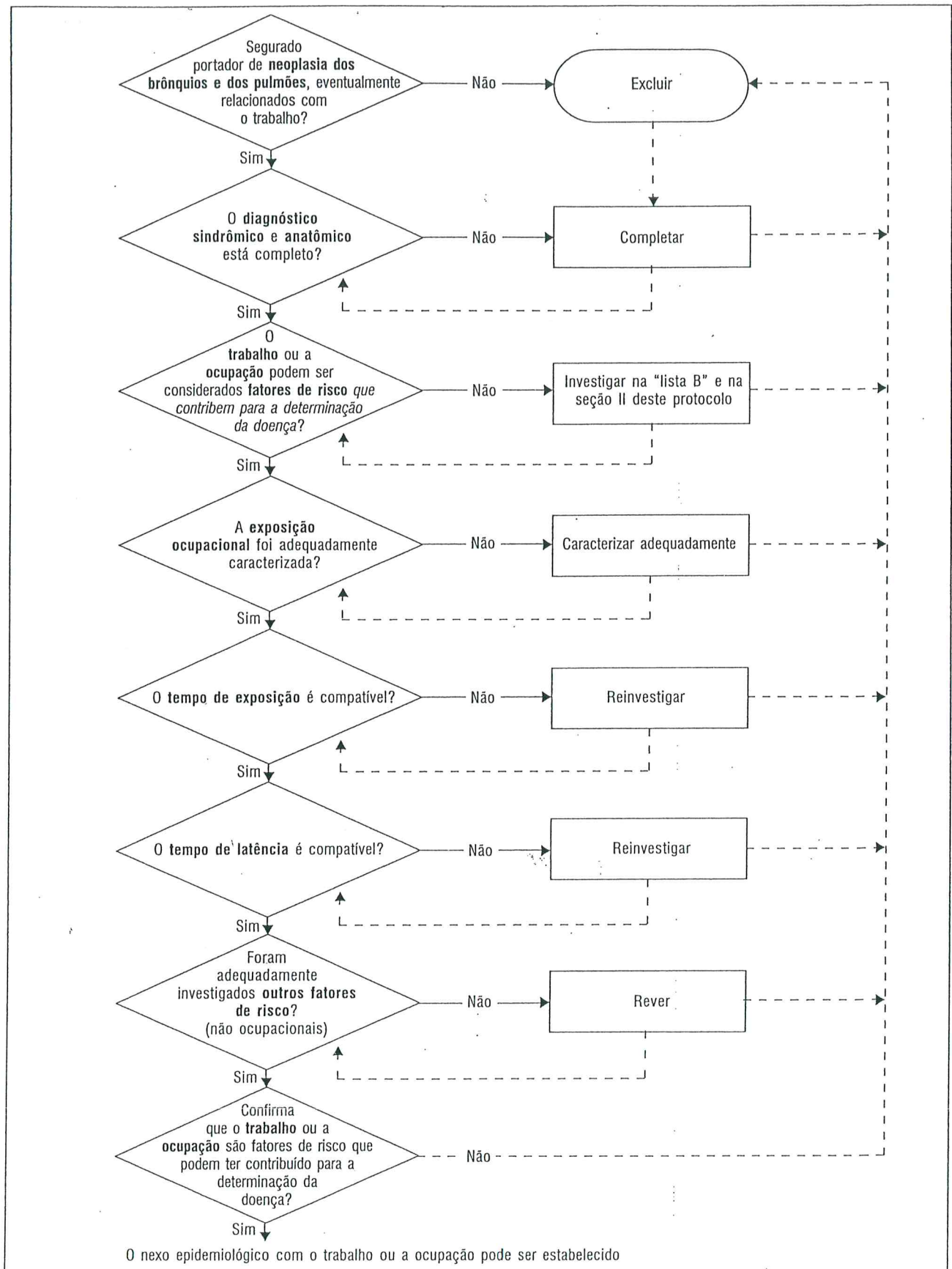


Fig. 4.2 — Algoritmo de procedimentos médico-periciais para o reconhecimento técnico do nexu causal entre neoplasia dos brônquios e dos pulmões e trabalho.

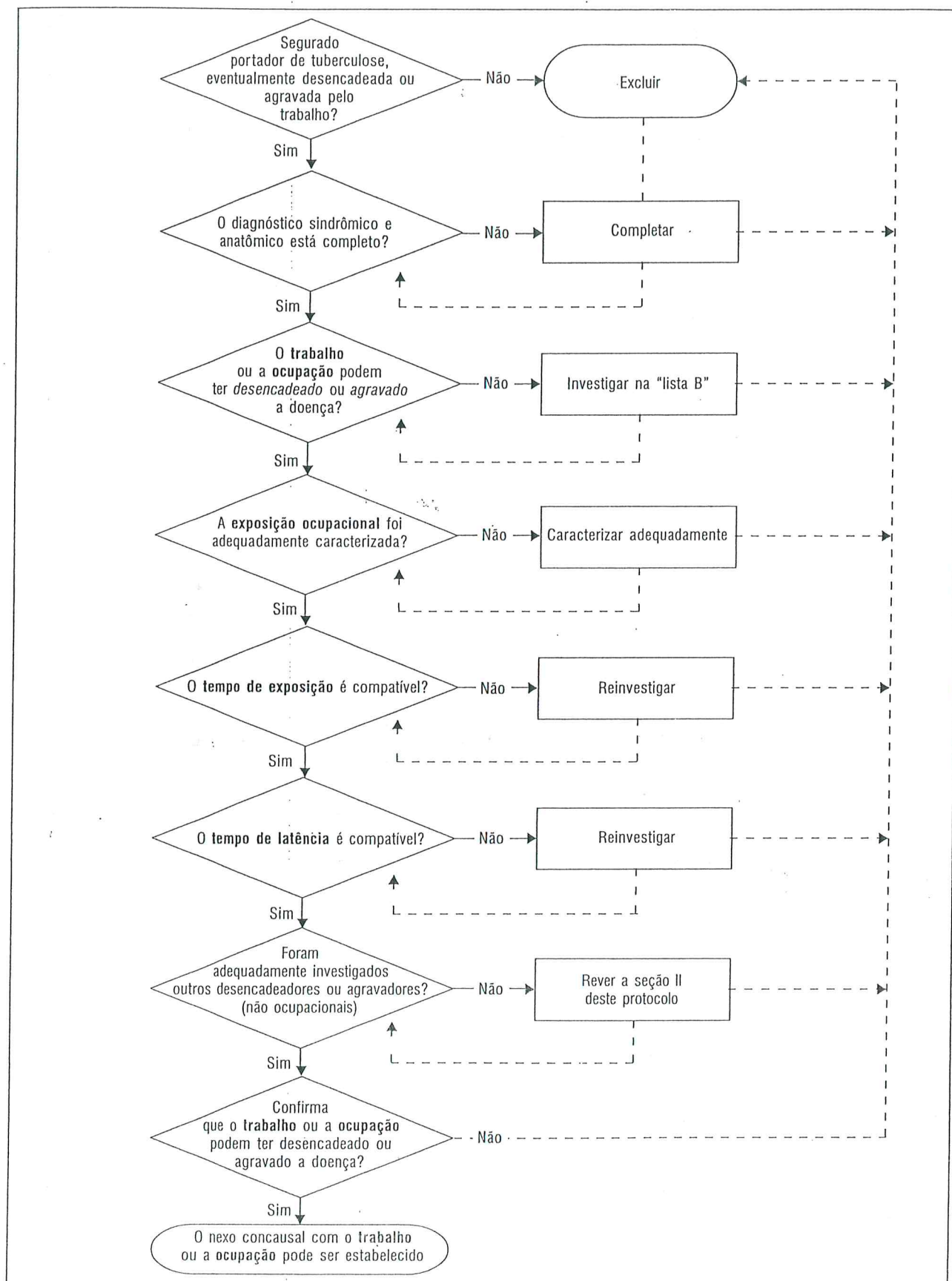


Fig. 4.3 — Algoritmo de procedimentos médico-periciais para o reconhecimento técnico do nexo causal entre tuberculose (reativação endógena) e trabalho (enquanto desencadeador ou agravante de doença latente).

- a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
- a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes, e outros;
- o depoimento e a experiência dos trabalhadores;
- *os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área de saúde* (artigo 2º da Resolução CFM 1.488/98).

Todos os “protocolos de procedimentos médico-periciais” elaborados para utilização da Perícia Médica do INSS, antes referidos, contêm as seguintes orientações: “*Recomenda-se, ademais, incluir nos procedimentos e no raciocínio médico-pericial, a resposta a dez questões essenciais, a saber:*”

- Natureza da exposição: o “agente patogênico” é claramente identificável pela história ocupacional e/ou pelas informações colhidas no local de trabalho e/ou de fontes idôneas familiarizadas com o ambiente ou local de trabalho do Segurado?

- “Especificidade” da relação causal e “força” da associação causal: o “agente patogênico” ou o “fator de risco” podem estar pesando de forma importante entre os fatores causais da doença?

- Tipo de relação causal com o trabalho: o trabalho é causa necessária (Tipo I)? Fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal (Tipo II)? Fator desencadeante ou agravante de doença preexistente (Tipo III)?

- No caso de doenças relacionadas com o trabalho, do tipo II, foram as outras causas gerais, não ocupacionais, devidamente analisadas e, no caso concreto, excluídas ou colocadas em hierarquia inferior às causas de natureza ocupacional?

- Grau ou intensidade da exposição: é ele compatível com a produção da doença?

- Tempo de exposição: é ele suficiente para produzir a doença?

- Tempo de latência: é ele suficiente para que a doença se desenvolva e apareça?

- Há o registro do “estado anterior” do trabalhador segurado?

- O conhecimento do “estado anterior” favorece o estabelecimento donexo causal entre o “estado atual” e o trabalho?

- Existem outras evidências epidemiológicas que reforçam a hipótese de relação causal entre a doença e o trabalho presente ou progresso do segurado?

A resposta positiva à maioria destas questões irá conduzir o raciocínio na direção do reconhecimento técnico da relação causal entre a doença e o trabalho.”

Finalizando, chamamos a atenção de todos os leitores de que a investigação da relação entre trabalho e doença, na consulta médica, mais do que uma boa prática técnico-profissional e científica, passou a ser, após a Resolução 1.488/98 do CFM, uma obrigação de todos os médicos, e as ferramentas básicas foram definidas na própria Resolução. Já não é uma opção. É uma obrigação. Visto de outro ângulo, um privilégio e uma oportunidade de sermos úteis aos pacientes-trabalhadores e aos trabalhadores-pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes R, Dias ECD. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida NAF. (Eds.). Epidemiologia & Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi p.431-56, 1999.
2. Newman LS. Occupational illnesses. New Engl J Med 333:1128-34, 1995.
3. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice? J Soc Occup Med 39:71-9, 1984.
4. Sigerist H. The university at the crossroads: addresses and essays. New York: Henry Schuman, 1946. Apud Terris, M. Tendencias actuales en la salud pública de las Americas. In: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington Dc: OPS, 1992.