

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

ISABELLE DE FRANÇA GIOSTRI

DERMATOSES OCUPACIONAIS: UMA VISÃO PERICIAL

CURITIBA

2020/2021

ISABELLE DE FRANÇA GIOSTRI

DERMATOSES OCUPACIONAIS: UMA VISÃO PERICIAL

Artigo apresentado à Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Prof. Msc.
Raffaello Popa Di Bernardi

CURITIBA
2020/2021

RESUMO

Apesar da grande prevalência das dermatoses ocupacionais, há uma tendência à negligência desta doença, tanto pelo empregador quanto pelo trabalhador, já que na maioria dos casos não traz gravidade à saúde. Porém, as manifestações cutâneas trazem um significativo impacto para o trabalhador, não só pelo incômodo dos sintomas relacionados, como também pela alteração estética e funcional que essas doenças causam, levando a prejuízo psicossocial e impactando assim na capacidade laboral do indivíduo e na sua vida pessoal e familiar. Estabelecer o diagnóstico e o nexo causal são de fundamental importância para a abordagem precoce, melhorando assim o prognóstico dessas doenças.

Palavras-chave: Dermatoses ocupacionais, Dermatite de contato, Nexo causal.

ABSTRACT

Despite the high prevalence of occupational dermatoses, there is a tendency to neglect this disease, both by employers and workers, since in most cases it does not bring seriousness to health. However, cutaneous manifestations have a significant impact on the worker, not only because of the discomfort of related symptoms, but also because of the aesthetic and functional changes that these diseases cause, leading to psychosocial impairment and thus impacting the individual's work capacity and personal life and familiar. Establishing the diagnosis and the causal link are of fundamental importance for an early approach, thus improving the prognosis of these diseases.

Keywords: Occupational dermatoses, Contact dermatitis, Causal nexus.

SUMÁRIO

1 Introdução	Página 5
2 Metodologia	Página 5
3 Discussão	Página 6
4 Diagnóstico	Página 6
5 Critérios para afastamento	Página 9
6 Prevenção	Página 10
7 Conclusão	Página 12
Referências	Página 12

1 INTRODUÇÃO

As dermatoses ocupacionais estão entre as principais doenças profissionais, e contribuem de modo importante como causa de danos os mais variados à integridade física do trabalhador, afetando todas as idades em uma ampla variedade de ambientes de trabalho. Contudo, sua prevalência é de difícil avaliação e complexa (1). Estimativas indicam que 60% das doenças ocupacionais em países em desenvolvimento são dermatoses ocupacionais e que 1% de todos os trabalhadores são acometidos por ela (2). Grande número destas dermatoses não chega às estatísticas e sequer ao conhecimento de especialistas. Muitas são autotratadas, outras são atendidas no próprio ambulatório da empresa (1).

As dermatoses ocupacionais são definidas como qualquer alteração da pele, mucosa e anexos, direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada por agentes presentes na atividade ocupacional ou no ambiente de trabalho (3).

As dermatoses ocupacionais podem se manifestar com quadros variados, incluindo as dermatites de contato alérgica ou irritativa, ceratoses actínicas e neoplasias, dermatofitoses, acne ocupacional, granulomas de corpo estranho, infecções, alterações ungueais, ulcerações, queimaduras, discromias, entre outros. (4)

Vários agentes presentes no ambiente de trabalho estão associados ao desenvolvimento de dermatoses ocupacionais. Os mais comuns incluem os agentes químicos (metais, ácidos e álcalis, hidrocarbonetos aromáticos, óleos lubrificantes de corte, e arsênico), agentes físicos (radiação, trauma, vibração, pressão, calor e frio) e agentes biológicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas, plantas e animais).

Dentre as dermatoses ocupacionais, aproximadamente 80% ocorrem pela exposição a agentes químicos, substâncias orgânicas e inorgânicas, irritantes e sensibilizantes (5). A dermatite de contato por irritante é a mais prevalente, e junto com a dermatite de contato alérgica, representam em torno de 90% dos casos de dermatoses ocupacionais. (5). Em geral, as mãos são as áreas mais atingidas pela dermatite de contato, em virtude da manipulação de muitas substâncias, de excesso de umidade e de atrito (3).

Há uma tendência de aumento das dermatites de contato por conta do crescente número de produtos químicos novos lançados no mercado, cujos efeitos individuais não são completamente conhecidos, menos ainda o sinergismo de ações (6).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão descritivo utilizando como fonte de pesquisa plataformas on-line, com a utilização de periódicos científicos, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações que dizem respeito à área de interesse.

A pesquisa foi conduzida utilizando artigos científicos selecionados nas bases de dados da área de saúde, como Bireme, SciELO e PubMed. Para a sua seleção, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “dermatoses ocupacionais”, “doenças de pele laboral”, “dermatite ocupacional”.

3 DISCUSSÃO

Apesar de a maioria não produzir alterações graves à saúde, as dermatoses ocupacionais podem causar danos variados ao indivíduo - prejuízo funcional, estético, psicossocial, e econômico, com comprometimento na realização das atividades cotidianas e na capacidade laboral.

As dermatoses ocupacionais compõem um grupo de doenças que respondem por elevada parcela de absenteísmo em vários setores da econômica (7). Estima-se que quatro milhões de dias são perdidos por dermatoses ocupacionais no Reino Unido (8). Nos Estados Unidos, estima-se um gasto anual superior a US\$ 1 bilhão com dermatoses ocupacionais (2). Em muitos casos, o trabalhador terá que ser afastado e realocado para outra função.

Também está associado a um impacto considerável na qualidade de vida. Refletir sobre questões cutâneas e pele é refletir sobre o maior e mais externo órgão do corpo humano, que fica exposto ao olhar do outro, e que delimita o mundo interno. As doenças de pele trazem prejuízos na qualidade de vida dos pacientes, sendo necessário bom conhecimento de seu impacto segundo a avaliação dos próprios pacientes, com o intuito de buscar o melhor manejo (10). Os afetados frequentemente se queixam dos sintomas relacionados à sua condição de pele, e que também interferem em seu estado mental, muitas vezes impactando no seu trabalho e suas atividades diárias. Vergonha, ansiedade e tristeza são mencionados pelos indivíduos com a pele comprometida, principalmente em áreas descobertas (9).

4 DIAGNÓSTICO

O Ministério da Saúde brasileiro instituiu a notificação compulsória de dermatose ocupacional. A partir de 2006, o SINAN - Sistema de Informação de Agravos e de Notificação foi implementado, utilizado por todos os municípios e abrangendo todos os trabalhadores,

independentemente de terem vínculos empregatícios ou não (4). Qualquer doença cutânea cuja exposição ocupacional seja a causa principal ou um fator contribuinte, é considerada dermatose ocupacional (2).

O diagnóstico da dermatose ocupacional é feito pela história clínica, investigando a exposição ocupacional, observando a concordância entre o início do quadro e o início da exposição, bem como a localização das lesões em áreas de contato com os agentes suspeitos.

A inspeção do local de trabalho é fundamental, pois pode nos fornecer dados importantes sobre as condições em que o trabalho é executado. Agentes potencialmente irritantes ou alergênicos poderão ser identificados e o modo como chegam até a pele do trabalhador (1).

Os critérios abaixo, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, podem auxiliar no estabelecimento da relação etiológica ounexo causal entre doença e trabalho, quando a resposta é positiva à maioria das questões:

- Natureza da exposição: o agente patogênico pode ser identificado pela história ocupacional e/ou pelas informações colhidas local de trabalho e/ou de pessoas familiarizadas com o ambiente ou local de trabalho do trabalhador?
Nas dermatoses ocupacionais, chama a atenção a grande variedade de agentes e ambientes nos quais o trabalhador pode estar exposto: construção civil, profissionais da saúde, profissionais da estética, alimentação, metalurgia, limpeza, entre outros.
- Especificidade da relação causal e a força da associação causal: o agente patogênico ou o fator de risco pode estar contribuindo significativamente entre os fatores causais da doença?
- Tipo de relação causal com o trabalho: de acordo com a Classificação de Schilling, o trabalho é considerado causa necessário (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 ao trabalho, do Tipo II, as outras causas não-ocupacionais, foram devidamente analisadas e hierarquicamente consideradas em relação às causas de natureza ocupacional?

Considerando a vasta possibilidade de lesões e diagnósticos dentro do grupo das dermatoses ocupacionais, estas podem se apresentar em todos os grupos dentro da Classificação de Schilling. Grande parte das dermatoses se classificam no Tipo I, como exemplos as dermatites de contato irritativas, além de outras como as erupções acnéicas (cloracne), cistos foliculares (elaiocniose) e discromias.

No Tipo II podemos citar as alterações de pele causadas pela exposição crônica a radiação não-ionizante, como acontece nos agricultores, trabalhadores da construção civil, marinheiros,

pescadores, entre outros que exercem sua atividade ao “ar livre”, apresentando um envelhecimento precoce da pele, estigma dessas profissões.

No Tipo III estão as dermatites de contato alérgica em trabalhadores atópicos, alérgicos, hipersensíveis ou previamente sensibilizados pelos mesmos alérgenos e/ou por outros semelhantes.

- Grau ou intensidade da exposição: é compatível com a produção da doença?
- Tempo de exposição: é suficiente para produzir a doença? No caso das dermatites de contato irritativas, que correspondem à maior parte dos casos de dermatoses ocupacionais, o surgimento pode ser imediato se o irritante for absoluto (concentração alta), ou de aparecimento gradual com a exposição repetida (em casos de irritantes relativos). Outras dermatoses, como por exemplo, as neoplasias cutâneas, podem necessitar de anos de exposição ao agente para se desenvolver.
- Tempo de latência: é suficiente para que a doença se instale e manifeste? Também aqui o tempo de latência é variado, com doenças de surgimento abrupto (queimaduras, por exemplo) ou após vários anos da exposição ao agente (neoplasias).
- Registros anteriores: existem registros quanto ao estado anterior de saúde do trabalhador? Em caso positivo, essas contribuem para o estabelecimento da relação causal entre o estado atual e o trabalho?
- Evidências epidemiológicas: existem evidências epidemiológicas que reforçam a hipótese de relação causal entre a doença e o trabalho presente ou pregresso do segurado?

Algumas questões também podem ajudar a indicar uma possível origem ocupacional para a dermatose:

- O contato ocupacional com um agente conhecido é capaz de causar alterações cutâneas similares em outros indivíduos?
- Há ocorrência de dermatite similar em outros trabalhadores na mesma ocupação?
- O tempo entre o contato com o agente e a dermatite, tipo e distribuição anatômica das lesões são consistentes com exposição ocupacional?
- Há similaridade com outros episódios pós exposição de dermatite, seguido de melhora e resolução após o afastamento?

Apesar de a maioria das dermatites apresentarem melhora dos sintomas após a retirada do contato, deve-se salientar que cerca de 10 a 15% das pessoas com dermatite de contato continuam com sintomas da doença mesmo após o afastadas dos agentes desencadeante, o que dificulta a aceitação do nexa causal pelas perícias médicas de entidades seguradoras como o INSS (7).

Alguns exames podem contribuir para o diagnóstico, como no caso das dermatites de contato, quando o teste de contato (patch test) pode ser de grande auxílio. O teste de contato ou teste epicutâneo é o principal recurso laboratorial, que permite diferenciar a dermatite de contato irritativa da dermatite de contato alérgica. Ele é feito mediante a colocação de substâncias já padronizadas, preferencialmente no dorso do indivíduo, com leitura após 48 e 96 horas. Seu objetivo é confirmar o diagnóstico clínico, conhecer a prevalência dos agentes sensibilizantes e satisfazer razões médico-legais. O teste de contato positivo só tem relevância quando há nexo causal entre as substâncias positivas e a dermatite de contato (3).

Há de se considerar o diagnóstico diferencial das dermatoses ocupacionais. Muitas dermatites de contato, alergias ou irritativas, podem ser de origem não ocupacional. Além disso, algumas dermatoses ocupacionais podem ser agravadas por atividades não laborais como hobbies ou outras atividades de lazer que envolvam substâncias químicas, reformas na residência, concertos, etc. Uma boa anamnese pode ajudar a excluir o nexo causal. Existem outras dermatoses que podem gerar dúvida e confusão, pois se apresentam de forma clínica semelhante às dermatites de contato e podem se localizar em áreas expostas (como as mãos), como exemplos cito a psoríase, micídes (reações idiomáticas vesiculares pela presença de micose nos pés), disidrose, eczema numular, reações cutâneas a drogas, dermatite atópica, entre outras. Em caso de dúvida, é fundamental encaminhar o trabalhador ao especialista.

O diagnóstico correto de uma dermatose ocupacional, além de se constituir num procedimento clínico com óbvias implicações sobre o manejo terapêutico e preventivo, irá implicar o enquadramento desta entidade em legislação própria, seja previdenciária ou trabalhista (5).

A partir do diagnóstico da doença e de sua relação com o trabalho, os serviços de saúde responsáveis pela atenção a trabalhadores devem avaliar a necessidade de afastamento (temporário ou permanente) do indivíduo da exposição, do setor do trabalho e do trabalho como um todo, este procedimento poderá ser necessário mesmo antes da confirmação do diagnóstico, diante de uma forte suspeita.

5 CRITÉRIOS PARA AFASTAMENTO

Estudos internacionais sobre prevenção e reabilitação em DO apontam que o afastamento do local de trabalho e o tratamento adequado são responsáveis pela redução na incidência de dermatose ocupacional nos trabalhadores acometidos. O afastamento minimiza o adoecimento e, ao

retornar ao trabalho, esse trabalhador deverá ser realocado, ou medidas intervencionistas devem ser implementadas para sua readequação no posto de trabalho, uma vez que a dermatose ocupacional pode acometê-lo novamente (11). Em um estudo avaliando 396 pacientes com dermatoses ocupacionais da região Sul do Brasil, o afastamento do trabalho foi indicado em 13,4% dos casos e a mudança de função, em 34,3% (11).

Com o objetivo de estadiar a disfunção provocada pelas dermatoses, a Associação Médica Americana (AMA), em seus *Guides to Evaluation of Permanent Impairment* (4ª edição, 1995) propôs critérios para classificar as deficiências ou disfunções provocadas pelas dermatoses (QUADRO 1) (12). O Ministério da Saúde sugere o uso desses critérios como para afastamento do trabalhador de sua função.

QUADRO 1 - INDICADORES OU PARÂMETROS PARA ESTADIAMENTO DA DEFICIÊNCIA PROVOCADA POR DERMATOSSES

ESTADIAMENTO	INDICADORES E PARÂMETROS
Grau ou Nível 1	Sinais e sintomas da doença de pele estão presentes, ou apenas presentes de forma intermitente e não existe limitação do desempenho ou apenas limitação para muito poucas atividades da vida diária, embora a exposição a determinadas substâncias químicas ou agentes físicos possa aumentar a limitação temporária. Não é requerido tratamento ou tratamento intermitente.
Grau ou Nível 2	Sinais e sintomas da doença de pele estão presentes ou intermitentemente presentes e existe limitação do desempenho para algumas atividades da vida diária. Tratamento intermitente ou constante pode ser requerido.
Grau ou Nível 3	Sinais e sintomas da doença de pele estão presentes ou intermitentemente presentes e existe limitação do desempenho de muitas atividades da vida diária que podem incluir o confinamento intermitente dentro de casa ou de outro domicílio. Tratamento intermitente ou constante pode ser requerido.
Grau ou Nível 4	Sinais e sintomas da doença de pele estão constantemente presentes e existe limitação do desempenho de muitas atividades da vida diária que podem incluir o confinamento intermitente dentro de casa ou de outro domicílio. Tratamento intermitente ou constante pode ser requerido.
Grau ou Nível 5	Sinais e sintomas da doença de pele estão constantemente presentes e existe limitação do desempenho da maioria das atividades da vida diária que podem incluir o confinamento ocasional ou constante dentro de casa ou de outro domicílio. Tratamento intermitente a constante pode ser requerido.

FONTE: Ali, Salim Amed (2009)

6 PREVENÇÃO

Segundo a Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional, baseada na Lei número 6.514, de 22 de dezembro de 1977, Art. 189, atividades ou operações insalubres são aquelas determinadas pelas condições ou métodos de trabalho, onde há exposição dos empregados a agentes considerados nocivos à saúde, em limites superiores à sua tolerância, conforme a natureza e a intensidade do agente e período de exposição aos seus efeitos. Deve-se conhecer os riscos potenciais e reais para o trabalhador e devem ser propostas medidas que neutralizem esses riscos. Assim, medidas de prevenção são importantes para promover a saúde e evitar o afastamento.

São três níveis de proteção:

A prevenção primária, que visa à promoção e proteção da saúde no ambiente de trabalho, deve obedecer às regras que visem o bem estar e segurança. É necessário promover tratamentos, orientações sobre os riscos inerentes às atividades e das doenças mais prevalentes do trabalhador e identificar e expor os fatores de risco potenciais e recomendações do uso de proteção coletiva e de equipamento de proteção individual, além de substituir o agente, substância, ferramenta ou tecnologia de trabalho por outros mais seguros, menos tóxicos e lesivos.

A orientação mais importante na prevenção das dermatites de contato é o afastamento do fator irritante ou alergênico. Além disso, medidas de facilidades de higiene pessoal são fundamentais, entre elas:

- Existência e acesso fácil à água corrente, quente e fria, em abundância, com chuveiros, torneiras, toalhas, e agentes de limpeza apropriados.
- Utilização de sabões ou sabonetes neutros ou mais leves possíveis;
- Não utilizar solventes, como querosene, gasolina, thinner, para limpeza da pele;
- Uso de cremes hidratantes para as mãos, especialmente se é necessário lavá-las com frequência;
- Uso de roupas protetoras para bloquear o contato da substância com a pele;

Deve-se ter atenção a possíveis alergias ao EPI (a exemplo do látex, material muito utilizado na fabricação de luvas) e outras medidas de proteção, podendo induzir a dermatites que levam ao agravamento da dermatose ocupacional.

Medidas preventivas para doenças causadas por exposição crônica à radiação não ionizante incluem o uso de fotoprotetores, uso de equipamento de proteção individual e diminuição do tempo de exposição ou mudança nos horários de exposição à luz solar ou a fontes artificiais de radiação ultravioleta, infravermelho e laser.

A prevenção secundária, detectando possíveis lesões que estejam ocorrendo com o trabalhador, por meio do atendimento no ambulatório da empresa, visitas aos locais de trabalho e

por meio de exames médicos periódicos e tratamento efetivo, o médico age de forma imediata antes que a dermatose ocupacional se instale ou agrave nos trabalhadores expostos.

Na prevenção terciária, o trabalhador apresenta lesões crônicas ou em fase de cronificação. Assim, é fundamental avaliar o afastamento (temporário ou permanente) do trabalhador do ambiente do trabalho, realizar testes epicutâneos para detectar a presença de possíveis alérgenos. Caso haja impossibilidade de retorno à mesma atividade, o empregado deve ser afastado ou realocado para outra atividade.

O acompanhamento da evolução do caso e registro e notificação do agravo ao Sistema de Informação de Morbidade do Sistema Único de Saúde são necessários para dar ao trabalhador condições mais favoráveis de bem estar e conhecimento através de ações de vigilância epidemiológica das patologias mais acometidas.

7 CONCLUSÃO

Apesar de muito prevalentes, as dermatoses observadas nos trabalhadores são geralmente subnotificadas e, as medidas preventivas, pouco adotadas. Essas doenças acarretam incapacidade de exercer a profissão, desconforto, diminuição da produção e rendimento do trabalhador e conseqüentemente da empresa, aumento dos custos médicos e previdenciários. Além disso, as alterações cutâneas levam a um impacto psicossocial que muitas vezes superam as alterações físicas. Em todos os casos de dermatoses ocupacionais, quanto mais cedo for instituído o tratamento, maiores são as chances de cura.

Para o diagnóstico e estabelecimento donexo causal, é necessário conhecer os fatores referentes ao ambiente de trabalho no qual o trabalhador está exposto e também compreender a influência dos fatores individuais que possam interferir nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Dermatoses Ocupacionais/Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006
2. Marques PR, Soares RB. Reports of occupational dermatoses in the state of Espírito Santo from 2007 to 2016. Rev Bras Med Trab.2021;19(1):60-67

3. Alchorne, AOA; Alchorne, MMA; Silva, MM. Dermatoses Ocupacionais. An. Bras. Dermatol. 2010; 85(2):137-47.
4. Lise, MLZ; Lise, MLZ; Campos, LCE; Feijó, FR; Lise, CRZ. Occupational dermatoses reported in Brazil from 2007 TO 2014. An. Bras. Dermatol. 2018;93(1): 27-32.
5. Kashiwabara, et al. Medicina ambulatorial VI: com ênfase em Medicina do Trabalho - Montes Claros: Dejan Gráfica e Editora, 2019.
6. Melo, Maria das Graças Mota. Epidemiologia das dermatites de contato relacionadas ao trabalho em um serviço especializado. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, 2018.
7. Nascimento, MS; Morais, LR; Carvalho, AFS; Pinheiro, TMM; Silveira, AM. Dermatite de contato alérgica à resina de Pinus oocarpa em trabalhadora rural: relato de caso. Rev Med Minas Gerais; 20.(2 Suppl.2) : 84-87, Abr/Jun, 2010.
8. English, JSC. Occupational dermatoses: overview. Occupational Medicine 2004;54:439-440.
9. Grob, JJ; Revuz, J; Ortonne, JP; Auquier P; Lorette G. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on quality of life. Br J Dermatol. 2005;152:289-95.
10. Ludwig, MWB; Muller, MC; Oliveira, MS; Moraes, JFD. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. An. Bras. Dermatol. 2009;84(2): 143-50.
11. Miranda, FMD; Purim, KSM; Sarquis, LMM; Schwetz, ACA; Delatorre, LS; Saalfeld, RM. Dermatoses ocupacionais registradas em sistema de notificação na região Sul do Brasil (2007 a 2016). Rev Bras Med Trab. 2018;16(4):442-50.

12. Ali, SA. Dermatoses ocupacionais . 2. ed.- São Paulo: Fundacentro, 2009.