



CARACTERIZAÇÃO TÉCNICA E LEGAL DAS DOENÇAS DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE ARTICULADA À HIGIENE OCUPACIONAL NA PREVENÇÃO

Mauro David Ziwan^(*)

O ideal é que as várias fases de desenvolvimento da higiene ocupacional, quais sejam, a antecipação, o reconhecimento, a avaliação qualitativa e quantitativa de agentes dentro de padrões técnicos e metodológicos representativos e validados, o monitoramento balizado em tratamento estatístico apropriado, o estabelecimento de prioridades compatíveis com a magnitude dos riscos, as diversas formas de controles coletivos, individuais e administrativos, tudo isso associado a um registro bem organizado, articulado e confiável em um programa de riscos ambientais, possam dar conta da prevenção das doenças ocupacionais.

Mas nem sempre ou quase nunca - a critério do leitor - esses pressupostos têm sido empregados de maneiras adequadas, suficientes e capazes de garantir que as doenças ocupacionais estejam se estabelecendo em níveis decrescentes, sinalizando uma prática sanitária em evolução. Muito pelo contrário. Os dados da Previdência Social indicam uma explosão do número de casos de doenças caracterizadas como ocupacionais, principalmente após a aplicação do NTEP, apontando para a subnotificação crônica e generalizada dessas ocorrências.

De fato, pode haver motivos de várias ordens para que os empregadores não estejam voluntariamente engajados o suficiente para notificar os casos de doenças que, se acredita, sejam ocupacionais, mas pretendemos aqui mostrar que, ao fazê-lo inserida nos pressupostos da boa prática técnica, o resultado esperado pode ser o fortalecimento da proteção jurídica das empresas e a redução dos riscos tributários, cíveis, criminais e trabalhistas, sejam tanto coletivos como individuais.

Nesse sentido, formular a hipótese de que uma doença possa ser de origem ocupacional e promover sua detecção precoce, pode desvelar lacunas no gerenciamento dos riscos presentes nas atividades e condições específicas de trabalho e, assim, acionar o desejável desencadeamento de ações de controle, evitando agravamento e surgimento de outros casos.

Um caso recente e bastante ilustrativo ocorreu quando um médico de um convênio examinou trabalhadores com queixas respiratórias de uma pequena indústria que adicionava sílica com alta concentração de quartzo ao silicone, encaminhando-os para a Fundacentro, que confirmou serem casos de silicose. Embora tardia, essa ação evitou que a situação gerasse ainda mais casos, pois o processo estava sendo cada vez mais utilizado por pequenas empresas.

Mas, porquanto tardia, além do impacto físico e psíquico aos acometidos e aos familiares relacionados a uma doença de grave sofrimento, evolutiva e incurável, as consequências jurídicas potenciais e o envolvimento das autoridades sanitárias e do Ministério Público, mais uma vez mostraram o que pode resultar quando da não aplicação das normas básicas de higiene ocupacional e de detecção precoce por meio de acompanhamento médico condizente aos riscos das exposições.

Os profissionais envolvidos na prática da higiene ocupacional são os responsáveis pela identificação dos riscos laborais e seu potencial de dano e os médicos do trabalho pela notificação das doenças, a estes relacionadas, aos empregadores e, estes, à Previdência Social.

(*) *Higienista ocupacional certificado, HOC 0038*



ARTIGO

Uma das formas de vigilância à saúde bastante eficaz, que pode dar fundamento para o nexo de doenças ocupacionais consiste no acompanhamento de grupos de trabalhadores expostos a determinado agente (chamado de "casos") para comparação com grupos de trabalhadores não expostos a esse agente (chamado de "controles"), tendo como foco uma determinada doença ou mesmo sintoma.

Por exemplo, podemos comparar, em uma mesma empresa, o número de casos de hipertensão arterial de empregados do setor administrativo com o número de casos de hipertensão arterial em expostos

ao agente ruído no setor produtivo, lembrando que essa relação entre o agente ruído e a hipertensão arterial está na lista de doenças ocupacionais da Portaria nº 1.339/99, ou seja, é "oficial".

Chamando o grupo de expostos ao ruído com hipertensão de ("a") e os administrativos com hipertensão de ("b"); os não hipertensos expostos ao ruído de ("c") e os não hipertensos administrativos de ("d"), podemos calcular o risco relativo ("RR") de adoecer de hipertensão pela exposição ao ruído no setor considerado assim:

	Número de Hipertensos	Número de não Hipertensos
Expostos ao Ruído	<i>a</i>	<i>b</i>
Administrativos	<i>c</i>	<i>d</i>

O Risco Relativo (RR) é a razão entre o risco em um grupo exposto e o risco em um grupo não exposto dado pela expressão:

$$RR = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

Quanto maior o RR, maior é a probabilidade de associação causal entre a exposição e a doença considerada. O RR pode ser mensurado e comparado a cada ano, corroborando uma eventual evolução (ou não) ao longo do tempo. Um RR igual a 1 (um) significa não haver diferenças entre os grupos. Um RR que, por exemplo, resulte em 36 significa que o grupo de expostos a um fator tem 36 vezes mais

chance de adquirir a doença que o grupo não exposto.

Outras medidas incluem o Risco Atribuível (RA) que é razão entre a diferença de riscos nos expostos e não expostos pelo risco nos expostos, que dará a porcentagem de risco total para a doença na presença do fator ou agente, dado pela expressão:

$$RA (\%) = \frac{a/(a+b) - c/(c+d)}{a/(a+b)} \times 100$$



Não obstante, é importante tomar cuidado para que os grupos tenham características semelhantes como idade, sexo, hábitos, presença de outras doenças, tempo nos setores, etc..

Algumas fórmulas adicionais são utilizadas para dar um grau de confiança estatístico ao RR, em função do número de amostras; um sistema informatizado preparado pode gerar essas informações sem necessidade de cálculos complexos pelo usuário.

No caso particular do ruído, a avaliação de uma maior prevalência de enfermidade não específica, como a hipertensão e, por isso, mesopática, age em complementação às indispensáveis audiometrias, pois como os trabalhadores já acometidos de perda auditiva severa tendem a estabilizar essa condição o avanço de outros efeitos pode indicar necessidade de melhoras em termos de proteção. Outros agentes, como vibração, ergonômicos em geral, calor, químicos, físicos e biológicos podem estar sendo avaliados por seus efeitos em uma coleta e tratativa coletiva de informações.

Outro exemplo disso é o conceito de "síndrome de edifícios doentes" direcionado aos ambientes com climatização artificial nos quais se avalia a porcentagem de pessoas com determinados sintomas, complementando os dados quantitativos de agentes biológicos presentes no ar.

É bom lembrar que os clássicos limites de tolerância ambiental visam a proteger predominantemente os adoecimentos tecnopáticos, ou seja, os mais específicos, por isso, não contemplam outros efeitos como consignado pela ACGIH®. Esses "alvos específicos" aparecem no campo denominado como "*bases do TLV*" no livro editado a cada ano pela associação norte-americana, não sendo válidos, portanto, para outros alvos "não específicos", ou seja, outras formas de adoecimento ou mesmo predisposição a acidentes.

O uso do RR e seu acompanhamento ao longo do tempo podem envolver qualquer fator de risco e qualquer acometimento, inclusive sintomas, obtidos mediante questionários - ou, como diz a NR-7 - rastreamentos ou "screenings". Hoje os sistemas e

programas digitais conseguem estabelecer múltiplos cruzamentos de dados e informações e viabilizar essa aplicação em ampla escala e formas tanto intraempresa como interempresas.

Já, quando se trata de tecnopatias, o aparecimento de apenas um caso é suficiente para alertar sobre alguma falha importante no desempenho da higiene ocupacional, envolvendo o reconhecimento, avaliação e o controle. Tomando o mesmo exemplo, temos que o aparecimento de um caso de desencadeamento ou agravamento de perda auditiva certamente sinaliza que alguma coisa - ou várias - não estão funcionando, merecendo imediata intervenção.

De qualquer maneira, seja nas tecnopatias ou nas mesopatias, a detecção precoce de doenças e sua notificação cumpre a finalidade dupla de demonstrar que o PCMSO desenvolvido pelo profissional médico se utiliza do instrumental clínico e epidemiológico e, por conseguinte, promove o esperado resguardo jurídico, oferecendo ao empregador uma demonstração de responsabilidade dentro do que pede a Lei nº 8.080/90 em que "*o papel do Estado, de vigilância epidemiológica, não exclui o das empresas*"

Para uma organização, a notificação das doenças ocupacionais para todos os interessados, inclusive o Estado, quando acompanhada de melhora contínua de sua atuação nas fases mais preventivas, ou seja, nas etapas de desenvolvimento previstas da higiene ocupacional constitui demonstração de boa prática empresarial à alinhada ao esforço no cumprimento do que lhe é exigível pela sociedade e, por isso, apta a produzir efeitos sanitários e jurídicos satisfatórios, inclusive pela redução de alíquotas de SAT - seguro de acidente do trabalho.

No quadro a seguir, modificado a partir do apresentado na Portaria nº 1.339/99, podemos ter uma síntese da complementariedade entre a abordagem individual e coletiva de trabalhadores, no qual se visualiza com mais clareza que o PCMSO não se resume apenas à execução de exames periódicos.



NATUREZA	NÍVEL APLICAÇÃO	ABORDAGEM/INSTRUMENTOS	
Dano ou doença	Individual	Exame clínico	História clínica Coleta de sintomas
		Exames de laboratório	Provas funcionais, toxicológico, imagens
	Coletivo	Estudos epidemiológicos	Estudos descritivos (rastreamentos) estudos analíticos (medidas de risco relativo etc.)

Ademais, os dados colhidos de avaliações tanto individuais como coletivas devem ser cotejados com as etapas de desenvolvimento da higiene

ocupacional, articulando-se os programas e melhorando continuamente a gestão, conforme se pode sintetizar no quadro abaixo:

RELAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA À SAÚDE E ETAPAS DA HIGIENE OCUPACIONAL

- Dados que indiquem exposição de agentes ou situações até então não reconhecidos.
- Dados que indiquem necessidade de reavaliação qualitativa e das formas de trabalho.
- Dados que indiquem a necessidade de reavaliações quantitativas de agentes, bem como da metodologia de amostragem e monitoramento.
- Dados que indiquem fatores laborais atuando como aditivos ou sinérgicos no desencadeamento de doenças. Dados que indiquem nível de funcionamento, adequação e eficácia das proteções coletivas, individuais e administrativas.
- Dados que indiquem possibilidades de acidentes.
- Dados que indiquem o nível de informação do trabalhador sobre determinados riscos e das normas de proteção e higiene.
- Dados que indiquem necessidade de treinamento ou qualificação adicional.
- Dados que indiquem requisitos especiais de performance de saúde para o desempenho de determinadas tarefas.

Quando todas essas ações são desenvolvidas e registradas, inclusive a natureza ocupacional de determinados agravos e as ações correspondentes para sua mitigação ou eliminação, temos a consecução dos objetivos e responsabilidade dos profissionais que atuam no campo da saúde dos trabalhadores e cumprimento das suas finalidades neles e nos empregadores.

Por outro lado, espera-se igualmente que a Previdência Social, dentro de seu papel institucional, possa manter um processo ativo de vigilância e de formulação de nexos de doenças, como sinalizam as normas que estão sendo editadas,

que possa dar, pelo menos, contrapartida tributária de um custo que não deve recair sobre a sociedade como um todo.

Creemos que não há progresso social ou econômico baseados nessas falsas e perversas premissas, onde apenas alguns são favorecidos. Todos nós deveríamos estar comprometidos em zelar para que Estado e sociedade estejam vigilantes pela manutenção dos preceitos emanados de nossa constituição federal, onde os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa estão lado a lado como base de seus princípios fundamentais.