

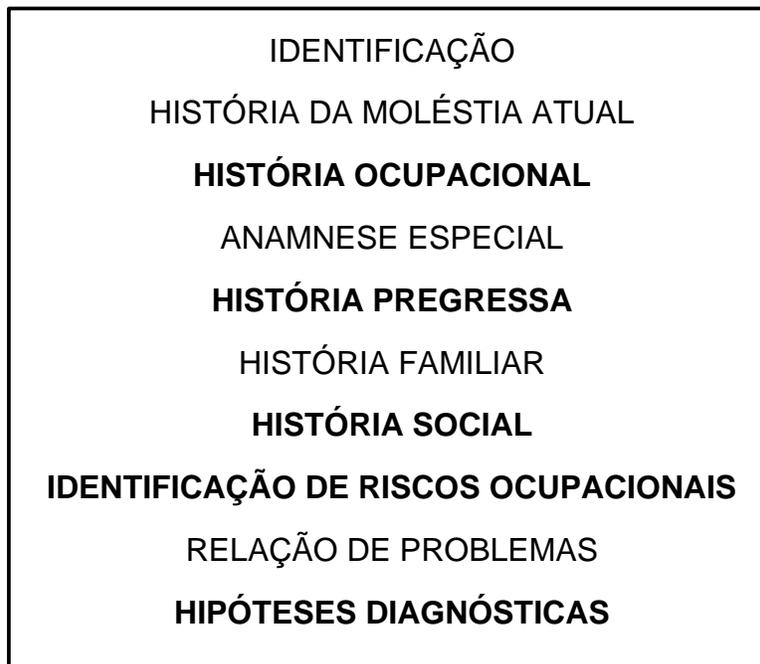
A Anamnese Clínico-Ocupacional como Instrumento de Investigação da Relação Saúde/Doença-Trabalho

1. Introdução
2. Conceito
3. A Anamnese Ocupacional na Anamnese Clínica
4. Objetivos
5. Abordando situações de trabalho
6. Roteiro de Execução
7. Sobre o diálogo profissional de saúde - paciente trabalhador

Conceito

A Anamnese Clínico-Ocupacional resulta da incorporação, na Anamnese Clínica, de um conjunto de informações que visam detectar e esclarecer os riscos a que está exposto o trabalhador em sua vida laboral; as alterações de saúde, precoces ou manifestas, que estão ocorrendo no seu corpo e avaliar as possíveis relações entre o perfil de riscos e o perfil de saúde/doença do trabalhador.

ANAMNESE OCUPACIONAL NA ANAMNESE CLÍNICA



Objetivos

- * Possibilitar o diagnóstico da patologia ocupacional;
- * Orientar o tratamento adequado;
- * Possibilitar o acesso do paciente aos benefícios do Seguro de Acidentes do Trabalho do INSS;
- * Informar ao trabalhador sobre a gênese, evolução e prevenção de sua patologia;
- * Orientar o trabalhador, a empresa, e o INSS sobre as possibilidades de retorno do paciente ao trabalho e sobre a necessidade de Reabilitação Profissional;
- * Acionar as ações de Vigilância relacionadas à melhoria das condições sanitárias do ambiente gerador do caso; ao diagnóstico precoce; à busca ativa de casos e ao traçado do perfil epidemiológico da patologia ocupacional;
- * Reunir dados para produção científica, ampliando o conhecimento sobre os agravos à saúde dos trabalhadores;
- * Compreender e difundir informações sobre as relações entre o trabalho e a saúde.

Roteiro de Execução

1. Identificação do paciente:

Nome, data de nascimento, naturalidade, cor, estado civil, procedência, origem do encaminhamento.

2. Identificação da empresa empregadora atual:

Razão Social, ramo de atividade, número de empregados, endereço, telefone e pessoal para contato, médico do trabalho.

3. Queixa principal (Q.P.):

Relato espontâneo, pelo paciente, dos motivos que o trouxeram à consulta e de como ele percebe o seu estado de saúde.

4. História da Moléstia Atual (H.M.A.):

Descrever detalhadamente as queixas referidas acima e a evolução da doença, incluindo a propedêutica e terapêutica já realizadas e seus resultados. Registrar ainda:

- há relação do quadro relatado com o afastamento ou retorno ao trabalho?
- as providências já tomadas em relação à Previdência Social: afastamentos, perícias, notificações, etc.

5. História Ocupacional:

Neste item interessa conhecer toda a trajetória ocupacional do paciente, desde seu primeiro trabalho (formal ou não), destacando o tempo que permaneceu em cada um.

Posteriormente, estas ocupações deverão ser descritas para obter as informações discriminadas abaixo. A prática clínica orientará o grau de detalhamento adequado e necessário em cada caso.

a. Descrição do Processo Produtivo:

- * identificação da empresa/local de trabalho;
- * matérias primas, subprodutos e produtos finais;
- * etapas do processo produtivo (fluxograma).

b. Descrição do Posto de Trabalho e da Função:

- O que faz: substâncias, objeto de trabalho;
- Com o que faz: instrumentos e equipamentos de trabalho;
- Como faz: operações realizadas, posturas adotadas, grupos músculo-tendinosos e movimentos demandados pela tarefa;
- Quanto faz: ritmo de trabalho, produtividade;
- Onde faz: Instalações da empresa, Lay-out do posto de trabalho e suas interrelações com outras áreas vizinhas;
- Em que condições faz: Descrição das condições ambientais de trabalho: riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes. Medidas preventivas: adequação e eficácia.

Obs.: Atente-se para a possibilidade de que o trabalhador exerça mais de uma função na empresa, substituindo colegas, por exemplo, situações estas que também deverão ser descritas.

c. Organização do Trabalho:

- * Jornada: horário diário e semanal, turnos, folgas, pausas, horas- extras;
- * Férias;
- * Grau de controle do trabalhador sobre o modo operatório e o ritmo de trabalho;
- * Qualificação da tarefa, divisão do trabalho;
- * Mecanismos de controle: hierarquia, prêmios, promoções, sanções, estímulo a disputas pessoais, outras formas de gestão;
- * Absenteísmo, dispensa, rotatividade.
- * Contrato de Trabalho, salário (em múltiplos do salário mínimo).

d. Atenção à Saúde e Dados Epidemiológicos:

- * formas de acesso à assistência médica
- * formas de acesso à informação sobre saúde, doença, riscos ocupacionais e prevenção
- * realização, conteúdo e resultado dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
- * Informações sobre a situação de saúde dos colegas de trabalho, ocorrência de queixas semelhantes às do paciente, rastreamentos e/ou inquéritos epidemiológicos e ambientais realizados;
- * atuação da CIPA.

e. Relação do processo produtivo com o ambiente

- * uso de recursos naturais;
- * geração de poluentes do solo, da água ou do ar: tratamento e destinação.

6. Anamnese Especial (A.E.)

O levantamento da História Ocupacional permite ao profissional de saúde identificar os riscos ocupacionais a que o paciente esteve exposto, bem como o tempo de exposição a eles. O conhecimento das patologias ocupacionais deve ser utilizado na coleta da anamnese especial, dirigindo o Interrogatório sobre cada sistema/aparelho para sinais e sintomas possíveis de ocorrer, face ao perfil de riscos.

7. História Progressa (H.P.)

- * Valorizar o interrogatório dirigido às patologias e condições que aumentam a susceptibilidade aos riscos ocupacionais detectados;
- * Verificar se há relatos de Acidentes do Trabalho, notificados ou não;
- * Verificar se há relatos de quadros clínicos mal esclarecidos à época em que ocorreram e que poderiam estar relacionados a patologias ocupacionais.

8. História Familiar (H.F.)

- * Estado de saúde dos familiares;
- * Ocorrência de doenças heredo-familiares: tipo, evolução e grau de parentesco com o paciente.

9. História Social

- * Escolaridade;
- * Habitação e meio-ambiente: saneamento; lixo; poluição de água, solo e ar;
- * Participação social: grupos comunitários, grupos de trabalhadores, sindicatos, associações, partidos, etc.

10. Exame Físico

- * Ectoscopia;
- * Dados vitais;
- * Exame de cada aparelho.

11. Relação de Problemas

Listar os sinais/sintomas detectados em toda a anamnese e exame físico, descrevendo suas características principais e agrupando-os por sistema ou por síndrome, conforme o raciocínio clínico.

12. Relação de Riscos Ocupacionais

Listar os riscos ocupacionais detectados durante a Anamnese Ocupacional, destacando os tempos de exposição a cada um deles e sua possível interrelação (potenciação, sinergismo, etc.).

13. Hipóteses Diagnósticas (H.D.)

A partir do raciocínio clínico, tecer as hipóteses diagnósticas adequadas aos problemas e riscos detectados e os diagnósticos diferenciais cabíveis. Mesmo quando não existir quadro clínico evidente, a exposição significativa a um risco ocupacional obriga à suspeita e investigação da patologia correspondente.

Sobre o diálogo profissional de saúde - paciente trabalhador:

- O contato entre dois mundos distintos e pouco conhecidos;
- O saber, a linguagem e os sentimentos dos trabalhadores;
- O vasto universo do desconhecido na patologia ocupacional;
- O caráter pedagógico do diálogo.

Identificação de agravos à Saúde dos trabalhadores:

Condutas.

1. Complementação de informações:

Estudo bibliográfico;

Visita ao local de trabalho;

Consulta a fornecedores, etc.

2. Propedêutica:

Análises Toxicológicas

Patch - test

Radiologia

Audiometria

Outros

3. Inter-consultas.

4. Prescrições

5. Providências quanto à Previdência Social:

Emissão de atestado

Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)

Encaminhamento à Perícia (de Acidente do Trabalho) do INSS:

- O laudo médico

- Os benefícios

6. Notificações:

Vigilância em Saúde (SUS)

Delegacia Regional do Trabalho/MTb

7. Informação:

Ao sindicato de trabalhadores;

À empresa;

Ao profissional que encaminhou o paciente ao Serviço: contra- referência.

8. A Informação ao trabalhador:

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991

Regulamentada pelo Decreto 2.172, de 05.03.97

Art. 60. §3º - Durante os **primeiros quinze dias** consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, incumbirá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral ou, ao segurado empresário, a sua remuneração.

Art. 22. A empresa deverá **comunicar o acidente do trabalho** à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

§1º Da comunicação a que se refere este artigo receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda sua categoria.

§2º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o previsto neste artigo.

§3º A comunicação a que se refere o §2º não exime a empresa de responsabilidade pela falta do cumprimento do disposto neste artigo.

§4º Os sindicatos e entidades representativas de classe poderão acompanhar a cobrança, pela Previdência Social, das multas previstas neste artigo.

Art. 23. Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

Art. 59. O **auxílio-doença** será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos.

Art. 61. O auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente do trabalho, consistirá numa renda mensal correspondente a 91% do salário-de-benefício.

Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de **reabilitação profissional** para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.

Art. 42. A **aposentadoria por invalidez**, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta situação.

Art. 44. A aposentadoria por invalidez, inclusive a decorrente de acidente do trabalho, consistirá numa renda mensal correspondente a 100% do salário de benefício.

Art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar de **assistência permanente** de outra pessoa será acrescido de 25%.

Art. 86. O **auxílio-acidente** será concedido, como indenização, ao segurado quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar sequelas que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

§1º O auxílio-acidente mensal e vitalício corresponderá a 50% do salário-de-benefício de segurado.

Art. 93. A empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados: 2%

II - de 201 a 500: 3%

III - de 501 a 1000: 4%

IV - de 1001 em diante: 5%

Art. 118. O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente da percepção de auxílio-acidente.