

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

VIRGINIA MARIA BEZERRA FELIPE FIGUEIREDO

DERMATITES DE CONTATO MAIS PREVALENTES EM SAÚDE OCUPACIONAL:

Uma revisão de literatura

São Luís

2018

VIRGINIA MARIA BEZERRA FELIPE FIGUEIREDO

DERMATITES DE CONTATO MAIS PREVALENTES EM SAÚDE OCUPACIONAL:

Uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Luiz Eduardo de Andrade Sodré

São Luís

2018

VIRGINIA MARIA BEZERRA FELIPE FIGUEIREDO

DERMATITES DE CONTATO MAIS PREVALENTES EM SAÚDE OCUPACIONAL:

Uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de especialista.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Luiz Eduardo de Andrade Sodré (Orientador)

Mestre em Saúde do Adulto e Idoso - UFMA

Docente - Faculdade Laboro

Examinador 1

Examinador 2

DERMATITES DE CONTATO MAIS PREVALENTES EM SAÚDE OCUPACIONAL:

Uma revisão de literatura

VIRGINIA MARIA BEZERRA FELIPE FIGUEIREDO¹

RESUMO

A saúde ocupacional é a promoção das condições ambientais, controle dos fatores causadores das doenças, prevenção, redução e eliminação das causas prejudiciais. O objetivo deste estudo foi estudar as dermatites de contato mais prevalentes em saúde ocupacional e as principais formas de tratamento e os respectivos meios de prevenção. Trata-se de uma revisão de literatura, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico. A dermatite de contato é uma patologia de prevalência crescente nos países industrializados, é a causa mais frequente de doença cutânea ocupacional, representando 90 a 95% do total destas, estando associada à falta de equipamentos de segurança. Abrange as dermatites de contato irritativa e a alérgica, erupção acneiforme de contato, erupção liquenoide de contato, urticária de contato imunológica e não imunológica, erupção multiforme like. Em grande parte dos casos, o tratamento incide no reconhecimento e na eliminação do agente causador do recinto residencial ou laboral, aliado ao tratamento farmacológico. O uso de fármacos de uso tópico a base de corticóide são a primeira opção terapêutica, conforme o tipo de substância agressora que afetou a pele. As empresas precisam implantar programas que colaborem com a promoção da prática de hábitos saudáveis e com a segurança no ambiente de trabalho. Conclui-se que a saúde do trabalhador deve estar voltada com a forma preventiva para o bem-estar dos seus colaboradores. Nesse sentido, a prevenção é a melhor maneira de evitar o aumento da incidência e da prevalência das dermatites ocupacionais, englobando a exposição aos possíveis irritantes e alergênicos e a adequada proteção cutânea.

Palavras-chave: Saúde ocupacional; Dermatite contato; Tratamento; Prevenção;

MOST PREVALENT CONTACT DERMATITIS IN OCCUPATIONAL HEALTH:

A literature review.

ABSTRACT

Occupational health is the promotion of environmental conditions, control of disease-causing factors, prevention, reduction and elimination of harmful causes. The objective of this study was to study the most prevalent contact dermatitis in occupational health and the main forms of treatment and the respective means of prevention. It is a literature review that explicitly reveals the universe of scientific contributions of authors on a specific topic. Contact dermatitis is an increasingly prevalent disease in industrialized countries. It is the most common cause of occupational skin disease, accounting for 90 to 95% of all of these, and is associated with a lack of safety equipment. It covers irritative and allergic contact dermatitis, contact acneiform eruption, contact lichenoid rash, immune and non-immunological contact urticaria, multiforme like eruption. In most cases, the treatment focuses on the recognition and elimination of the causal agents of the residential or work place, together with the pharmacological treatment. The use of topical corticoid-based drugs is the first therapeutic option, depending on the type of aggressor that has affected the skin. Companies need to deploy programs that aim to collaborate on healthy habits, working safely. It is concluded that the health of the worker must be focused on the preventive way for the well-being of his employees and prevention is the best way to avoid the increase in the incidence and prevalence of occupational dermatitis, including exposure to possible irritants and allergens and skin protection.

Keywords: Occupational health; Contact dermatitis; Treatment; Prevention;

¹ Especialização em Medicina do Trabalho pela Faculdade Laboro, 2018.

1 INTRODUÇÃO

É sabido que diversas pessoas passam a maior parte do seu tempo no ambiente de trabalho, envolvidas diuturnamente com suas atividades e com os colegas de trabalho. Portanto, Chiavenato (2010, p. 147), destaca que esse ambiente de trabalho constitui um contexto envolvente que pode ser agradável e bonito do ponto de vista físico, como no caso de alguns escritórios mais sofisticados, ou desagradável e horrível, como no caso de empresas industriais ou extrativas, sob ruído intenso, com gases e substâncias químicas agressivas ou em minas subterrâneas.

Segundo Borges et al. (2014, p. 214), diversas empresas buscam atingir objetivos estratégicos para aumentar progressivamente a margem de lucro, portanto, exigem cada vez mais dos colaboradores, porém sem dar os benefícios e condições básicas satisfatórias para a execução das atividades. Nesse contexto, inseridos em uma era tecnológica avançada e em constante crescimento, podem surgir doenças relacionadas ao trabalho repetitivo, ritmos acelerados e aos estresses, doenças típicas de determinados processos de trabalho.

Ademais, a saúde ocupacional tem grande importância para a redução de doenças relacionadas ao trabalho bem como daquelas adquiridas fora da empresa, a fim de evitar propagações. A saúde ocupacional na definição de Araújo (2014, p. 201), refere-se à “promoção adequada das condições ambientais, controle dos fatores causadores das doenças, prevenção, redução e eliminação das causas prejudiciais”.

Algumas das doenças que podem ser desenvolvidas no trabalho são LER, PAIR, Catarata, Lombalgia, Intoxicação química, Insolação e Queimadura solar, Conjuntivite por radiação, Doenças Psicossociais e Estresse, Dermatite de contato (MORAES, 2014), sendo esta última de interesse deste estudo.

Este estudo apresenta-se relevante para uma melhor compreensão e discussão acadêmica acerca das dermatites de contato mais prevalentes em saúde ocupacional, bem como discutir as principais formas de tratamentos, além dos respectivos meios de prevenção. O estudo ancora-se nos materiais oriundos das doenças ocupacionais, procurando-se compreender em que se constituem as dermatites de contato prevalentes na saúde ocupacional.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever as dermatites de contato mais prevalentes em saúde ocupacional, bem como as principais formas de tratamento e os respectivos meios de prevenção, a partir da literatura especializada.

Trata-se de uma revisão de literatura, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico (SANTOS, CANDELORO, 2006). Argui-se para tanto, o que a literatura descreve sobre as dermatites de contato mais prevalentes na saúde ocupacional? Como tratar e prevenir? Foram considerados estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca (BIREME) e Scielo. Selecionaram-se somente artigos no período de 2009 a 2018. Foram coletados dados relativos às doenças ocupacionais. Descritores (palavras chave): dermatites, saúde ocupacional, tratamento, prevenção.

Para análise e apresentação dos dados, utilizou-se os capítulos: Dermatites de contato, Saúde ocupacional, Formas de Tratamento e os Principais meios de Prevenção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE OCUPACIONAL

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2012), a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho saudável possuem validade tanto individual quanto coletiva. A valorização da saúde ocupacional constitui uma tática substancial não somente para a garantia da saúde individual dos trabalhadores, mas para colaborar positivamente com a produtividade do serviço, a qualidade dos produtos, a motivação coletiva e a satisfação no ambiente de trabalho.

No Brasil, a relação saúde-trabalho ainda constitui um assunto problemático, devido à inexistência de condições de vida e de trabalho satisfatórias. Assim, ressalta-se a importância de se reconhecer que o processo de saúde-doença também seja decorrente da situação social ou cultural vigente, e não apenas de uma manifestação individual (SILVA, LUCAS, 2012).

Verifica-se que as crescentes transformações que ocorrem nos setores econômico, político, social e técnico, têm se repercutido no trabalho e influenciado de forma intensiva a saúde dos trabalhadores no âmbito pessoal (VERAS, 2012).

Apesar das problemáticas, Rodrigues et al. (2013) infere avanços na área da atenção à saúde do trabalhador no país, através da consolidação de políticas, Decretos e Portarias, com foco na melhoria das condições de trabalho.

Nesse contexto, destaca-se a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002. A criação da RENAST representa o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador, por meio da articulação dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST) com as demais redes assistenciais de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, sua implementação só foi efetivada através da Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a articulação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador com o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde das diferentes esferas de governo e as outras instituições colaboradoras, na formação de uma rede integral em prol da saúde do trabalhador.

Em face da implantação e da consolidação da política de saúde do trabalhador, tem se destacado o papel da atividade laboral na vida das pessoas, não apenas como meio de subsistência, mas numa perspectiva mais ampla, como contribuinte para a construção da identidade e da subjetividade do trabalhador, viabilizando a participação efetiva do indivíduo na vida social. Portanto, a atividade laboral tem sido considerada um elemento essencial para aquisição de saúde (CUSTÓDIO et. al., 2010).

Ademais, Sarquis; Felli, (2008), destacam que a saúde do trabalhador tem por objetivo preservar, manter, promover e recuperar a saúde dos profissionais nos mais diversos cenários de trabalho. Além do mais, tem seu alcance coletivo através das ações multidisciplinares e interdisciplinares, embasando discussões a respeito da saúde do trabalho, focadas na assistência ao trabalhador.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos maiores desafios para a saúde do trabalhador é a problemática relacionada à saúde ocupacional, no que se refere à adaptação dos trabalhadores com as novas tecnologias, ao envelhecimento da classe trabalhadora, às crescentes mobilidades dos trabalhadores, além dos problemas relativos aos grupos vulneráveis (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a saúde ocupacional tem grande importância para a redução das doenças relacionadas ao trabalho, como também daquelas adquiridas fora da empresa, a fim de evitar propagações. Araújo (2014, p. 201) define saúde

ocupacional como “promoção adequada das condições ambientais, controle dos fatores causadores das doenças, prevenção, redução e eliminação das causas prejudiciais”.

Corroborando com tal definição, Moraes (2009), infere que a saúde ocupacional é a área de atuação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Para tanto, ela tem relevância no campo da saúde pública, em virtude dos inúmeros casos de acidentes de trabalho que ocorrem.

Quanto aos riscos ocupacionais, Xelegati et al. (2009) ressaltam que os riscos sejam inerentes às atividades laborais realizadas pelos trabalhadores ou ainda que sejam decorrentes de condições inadequadas de trabalho. Assim sendo, contribuem para o desencadeamento das doenças ocupacionais, que repercutem negativamente sobre a produtividade, a qualidade da assistência e, sobretudo, a saúde dos trabalhadores.

Dentro desse contexto, Santos; Freitas (2009), referem que são inúmeros os fatores associados à saúde. Dentre eles, o trabalho é tido como de grande importância no âmbito do processo saúde-doença na sociedade contemporânea, visto que está relacionado ao desencadeamento de impactos sociais, econômicos, ambientais, culturais, físicos e psíquicos.

Para Seligmann-Silva (2011), o trabalho é visto como uma área de desempenho ocupacional do homem, podendo potencializar as capacidades produtivas de cada indivíduo, caracterizando sua identidade social e, além de tudo, agregar a função de organizador da estrutura mental e psíquica dos sujeitos.

Dessa forma, os riscos ocupacionais constituem um problema de saúde pública, haja vista representarem uma preocupação constante no ambiente de trabalho, atingindo adultos jovens e causando elevado número de casos de invalidez permanente e até de óbitos. Como resultado, têm-se a ocorrência de efeitos graves tanto para as vítimas, como para os empregadores e para o sistema previdenciário do país (OLIVEIRA et al., 2009).

Ao se falar no controle dos fatores causadores das doenças, Araújo (2014, p. 201), faz referência aos agentes de risco físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, que são classificados em grupos e cores, como mostra a figura 1:

GRUPO I: VERDE	GRUPO II: VERMELHO	GRUPO III: MARROM	GRUPO IV: AMARELO	GRUPO V: AZUL
<i>Riscos Físicos</i>	<i>Riscos Químicos</i>	<i>Riscos Biológicos</i>	<i>Riscos Ergonômicos</i>	<i>Riscos de Acidentes</i>
Ruído	Poeiras	Vírus	Esforço Físico Intenso	Arranjo físico inadequado
Vibrações	Fumos Metálicos	Bactérias	Levantamento e transporte manual de peso	Máquinas e equipamentos sem proteção
Radiações ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de postura inadequada	Ferramentas inadequadas ou defeituosas
Radiações não ionizantes	Neblinas	Fungos	Controle rígido de produtividade	Iluminação inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade
Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em turno e noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Pressões anormais	Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral	Animais peçonhentos	Jornada de Trabalho prolongadas	Armazenamento Inadequado
Umidade			Monotonia e repetitividade	Picadas de Insetos Cobras Aranhas, etc.
Temperaturas extremas			Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico	Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Figura 1 – Agentes de risco no ambiente de trabalho
Fonte: UNESP (2012).

Há que salientar ainda que a saúde ocupacional está primordialmente relacionada à medicina preventiva, na medida em que viabiliza que as empresas façam cumprir suas obrigações legais quanto à oferta de um ambiente laboral mais saudável para o trabalhador, garantindo assim a segurança e a satisfação para o crescimento da empresa como um todo.

Nesse entendimento, Moraes (2014), refere algumas das doenças que podem ser desenvolvidas no trabalho, a saber: LER (Lesão por Esforço Repetitivo), PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído), Catarata, Lombalgia, Intoxicação química, Insolação e Queimadura solar, Conjuntivite por radiação, Doenças Psicossociais, Estresse e as Dermatites de contato, sendo esta última o foco deste estudo.

2.2 DERMATITES DE CONTATO OCUPACIONAIS

As doenças ocupacionais constituem uma questão importante nos contextos políticos e sociais brasileiros. Por esta razão, três ministérios estão envolvidos em seu controle: Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Ministério da Justiça e Cidadania e Ministério da Saúde. Dentre as doenças profissionais, as

dermatoses ocupacionais (ODS) certamente são as mais frequentes, correspondendo a 60% das doenças profissionais nos países em desenvolvimento (DUARTE, ROTTER, LAZZARINI, 2010).

Segundo Alchorne Ade, Alchorne, Silva (2010), as dermatoses ocupacionais são definidas como quaisquer alterações na pele ou mucosa, diretas ou indiretamente causadas, condicionadas, mantidas, ou agravadas pelos agentes presentes na atividade profissional ou no local de trabalho.

Vários agentes presentes no local de trabalho estão associados com o desenvolvimento da doença ocupacional. Conforme Duarte, Rotter, Lazzarini (2010), os mais comuns são os agentes químicos (metais, ácidos e álcalis, hidrocarbonetos aromáticos, lubrificantes, óleos de corte, e o arsênio), os agentes físicos (radiação, trauma, de vibração, de pressão, de calor e frio), e os agentes biológicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas, plantas e animais).

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (2013), estima-se que mais de 13 milhões de trabalhadores nos Estados Unidos estão expostos a produtos químicos que podem ser absorvidos através da pele. Sabe-se que a exposição química sobre a pele pode resultar em uma variedade de doenças ocupacionais, incluindo as doenças de pele e outras com repercussões sistêmicas.

Os agentes químicos são a principal causa de doenças de pele profissionais; dentre as que causam dermatite de contato, são encontrados os irritantes primários e os sensibilizadores. Os irritantes primários agem diretamente sobre a pele através de reações químicas agressivas locais. Já os sensibilizadores, não produzem reações imediatas, mas agem ao induzir reações alérgicas após um certo período de exposição (ALCHORNE ADE, ALCHORNE, SILVA, 2010).

Portanto, a dermatite de contato é uma patologia de prevalência crescente nos países industrializados. É a causa mais frequente de doença cutânea ocupacional, representando 90 a 95 % do total destas, levando, frequentemente, à incapacidade laboral (LUCKHAUPT et al., 2013).

A dermatite de contato segundo Martins; Reis (2011), é responsável por mais de 90% das dermatites ocupacionais com maior incidência em países em desenvolvimento, estando associada à falta de equipamentos de segurança. Além disso, é responsável por um quarto dos afastamentos do trabalho decorrentes principalmente da dermatite de contato.

Conforme Fonacier et al (2015), a dermatite de contato é uma reação inflamatória da pele causada pelo contato de uma substância exógena, sendo a

dermatite de contato aguda caracterizada por pápulas eritematosas, vesículas e lesões crostosas. Já a dermatite de contato crônica, caracteriza-se pela presença de liquenificação, fissuras, descamação e ressecamento da pele.

Nesse contexto, Rosmaninho; Moreira; Silva (2016), inferem que a dermatite de contato abrange as formas eczematosas, designadas de dermatites de contato irritativa e a alérgica; assim como, as formas não eczematosas, designadas de erupção acneiforme de contato, a erupção liquenoide de contato (resina epóxi, reveladores fotográficos, Cu e Ni), urticária de contato imunológica e não imunológica (intermediada por IgE), erupção multiforme like, dentre outras.

Segundo Azulay (2013), a dermatite de contato irritativa (DCI) decorre do contato direto do tecido epitelial com uma substância alérgica e tem a possibilidade de ocorrer imediatamente após o primeiro contato. Quando exposta a irritante primário absoluto ou ainda após o contato prolongado com materiais de produtos de limpeza, provocando reações intensas com formação de bolhas e ulcerações.

Dessa forma, qualquer indivíduo pode desenvolver uma dermatite de contato irritante. A sua forma aguda consiste numa reação que aparece logo após a exposição, resultando de múltiplas exposições a irritantes leves, tais como sabões, xampus, detergentes, bem como a lavagem frequente das mãos. Geralmente são indivíduos que têm profissões e/ou ocupações em que o trabalho úmido está implicado (ROSEMARY, DIEPGEN, 2013).

Autores como Fonacier et al. (2015), definem a dermatite de contato alérgica (DCA) a que envolve a sensibilização do sistema imunológico a um alergênico específico. Na reexposição ao alergênico, ocorre uma reação eczematosa entre 48 a 72 horas, mediada por linfócitos T de memória. Nesta dermatite, concentrações relativamente pequenas do alergênico podem ser suficientes para desencadear uma reação inflamatória, ao contrário das reações por irritantes.

Existe evidência contraditória sobre a possibilidade de os doentes com eczema atópico (EA) terem risco aumentado de sensibilização de contato quando comparados com os não atópicos. Como o eczema atópico está associado a alterações da barreira cutânea, é provável que a absorção de substâncias químicas aplicadas topicamente na pele aumente o risco de sensibilização, resultando em dermatite de contato alérgica e agravamento da dermatite subjacente (FONACIER, 2015).

Inferi Carvalho (2016), acerca da ação inflamatória decorrente da dermatite de contato alérgica, que é desencadeada através de atividades

imunológicas que podem ser proporcionadas por substâncias inorgânicas, orgânicas ou sintéticas.

Autores como Kirshen, Pratt (2012), referem ainda que a dermatite alérgica de contato corresponde à reação imunológica do tipo IV e serve de base para a compreensão da imunidade celular. Os vários eventos que ocorrem, permitem dividi-la em três etapas: fase de indução ou imunização (via aferente), fase de elicitação (via eferente) e fase de resolução.

Já as dermatites de contato fototóxicas, segundo Salgado et al. (2010), são reações mais frequentes do que as fotoalérgicas, e, teoricamente, qualquer indivíduo pode desenvolvê-las, desde que esteja exposto a quantidades do agente e de luz suficientes para produzi-las. A maior parte das substâncias causadoras dessas reações seriam ativadas pela radiação ultravioleta A (UVA), que é capaz de penetrar até a derme média. Entretanto, algumas substâncias podem ser ativadas pela ultravioleta B (UVB), por ambas ou até pela luz visível.

A dermatite de contato fotoalérgica tem seu mecanismo etiopatogênico igual ao da dermatite alérgica de contato. A formação da reação imunológica do tipo IV necessita da presença concomitante da radiação apropriada e do fotoalérgeno. Após a absorção da energia da luz, a substância é convertida em molécula em estado ativado. Nesse processo, a molécula une-se ao carreador protéico para formar um antígeno completo. Uma vez formado o antígeno, o mecanismo que se segue é o mesmo da dermatite alérgica de contato (FONACIER et al., 2015).

Destaca-se também a dermatite atópica (DA), ou eczema atópico, sendo considerada uma doença inflamatória da pele, não contagiosa, pruriginosa, comum na infância, podendo também atingir adolescentes e adultos. É comum a associação com história familiar e/ou pessoal de atopia, que é um grupo de condições que engloba eczema, asma e rinite alérgica. O quadro clínico clássico é representado por lesões eczematosas que apresentam localizações variadas de acordo com a idade do paciente (EICHENFIELD et al., 2014).

2.3 Diagnóstico

Segundo Ferreira et al. (2014), as dermatites têm sua ocorrência advinda de eventos multifatoriais, tanto fisiológicos quanto imunológicos. Elas atingem com muita frequência todas as faixas etárias, desde crianças recém-nascidas até indivíduos pertencentes à senescência.

Os autores Alchorne; Alchorne, Silva, (2010), inferem que, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre dermatite de contato são raros e que os relatos existentes discursam sobre a doença e sobre o fato de os indivíduos acometidos não procurarem serviços médicos, temendo perder o emprego, ao apresentarem atestado sobre a patologia. Destacando ainda que, durante as atividades laborais, a dermatite de contato irritante tem maior incidência do que a dermatite de contato alérgica.

Conforme Carvalho (2016), é necessário enfatizar que existem algumas modalidades de dermatites que se situam em regiões específicas do organismo, o que torna mais fácil o diagnóstico dessa patologia.

Para Duarte (2010); Uchida (2012), o diagnóstico das dermatites pode ser alcançado através de uma anamnese criteriosa, de um exame clínico detalhado, observando-se cuidadosamente o histórico progresso e atual do paciente e a realização de testes epicutâneos (TE). Potencialmente, qualquer dermatite eczematosa deve ser considerada uma dermatite de contato.

Nesse contexto, Motta et al. (2011), referem que a região lesionada deve ser compatível com a substância contactante. É certo que a região mais suscetível à ocorrência da dermatite de contato é o local mais exposto ao irritante. Deve-se observar e relacionar as lesões eczematosas ao uso de drogas ou de cosméticos quando há lesões em regiões cobertas e que duram muito tempo.

Os testes de contato ou TE, na concepção de Artus; Bonamigo; Cappelletti (2011), são os métodos mais eficazes para diagnosticar as dermatites de contato pois, através deles, podem ser identificados os agentes causadores da lesão, principalmente nos casos que tenham surgimento inferior a 12 meses.

Assim como Ferreira et al. (2014), inferem a realização dos exames laboratoriais que consistem na contagem de eosinófilos na circulação sanguínea periférica, onde se identificam os níveis de IgE total, além da utilização de testes de contato realizados na pele.

Portanto, Alchorne; Alchorne, Silva, (2010), destacam que quando não se consegue identificar a causa da dermatite de contato, ao realizar a anamnese, o procedimento adequado é fazer um teste cutâneo (Patch test), que consiste na utilização de pequenos adesivos com amostras de substâncias comuns que podem causar alergia ou irritabilidade no paciente sobre uma determinada região da pele do indivíduo.

O Patch test é usualmente executado na face ventral do antebraço, que não pode estar lesionada. A pele é então demarcada e colocada uma gota de cada alérgeno que devem estar a uma distância de 3 cm um do outro. Em seguida, perfura-se a pele com auxílio de uma lanceta e injeta-se a gota para a penetração do antígeno e, após cerca de 15 minutos, procede-se a leitura do teste (MOTTA et al., 2011).

2.4 Tratamento das dermatites de contato

Quanto ao tratamento, Nascimento et al. (2010), destacam que, em grande parte dos casos, o tratamento incide no reconhecimento e na eliminação do agente causador do recinto residencial ou laboral, aliado ao tratamento farmacológico.

Para Teixeira (2010), também há outras formas de tratar a dermatite de contato, tais como a limpeza da região afetada com água abundante e sabão, sem romper as vesículas. A utilização de cremes de uso tópico à base de corticosteróides alivia os sintomas na maioria dos casos.

Já Alchorne; Alchorne, Silva (2010), referem que, em casos agudos, na fase exsudativa, recomenda-se a realização de compressas com água boricada a 2% ou 3 %, ou a dissolução de permanganato de potássio a 1/4, associada a aplicação de cremes à base de corticóides.

A dermatite de contato crônica deve ser tratada de acordo com sua extensão, podendo ser aplicadas pomadas de potencial variável, conforme o tipo e local da lesão, sempre à base de corticóide. Nos casos com acometimento de grandes áreas, com mais de 20% de superfície corporal acometida, indica-se o uso de corticóides sistêmicos, diminuindo-se a dosagem gradativamente (KASHIWABARA, SILVA, KASHIWABARA, 2014).

O uso de fármacos com veiculação tópica à base de corticóide, tais como betametasona, triancinolona, mometasona, dexametasona; constitui a primeira opção terapêutica, conforme o tipo de substância agressora que afetou a pele (UCHIDA, 2012). Os antibióticos tópicos como bacitracina, gentamicina, ácido fusídico, neomicina, podem ser utilizados para o tratamento das infecções secundárias da pele (CARVALHO, 2016).

Nos casos em que há infecção secundária, recomenda-se o uso de antibiótico. O uso de corticóides também é frequente, sendo as pomadas melhores

que os cremes, por conterem menos agentes conservantes. Os corticosteróides sistêmicos surtem boa resposta, porém seus efeitos colaterais devem ser monitorados com atenção. Os anti-histamínicos não estão englobados como tratamento da dermatite de contato e foram substituídos por anti-inflamatórios não esteróides e corticosteróides (LAZZARINI et al., 2009).

Há ainda que se ressaltar que todos os fatores que ressecam a pele devem ser evitados, tais como banhos muito prolongados, uso de água muito quente e uso excessivo de sabonete. Sabonetes com detergentes sintéticos (syndet) ou mais suaves são mais indicados. Em locais muito quentes, pode ser necessário mais de um banho ao dia, já que o suor isoladamente é um fator agravante da dermatite, como referem os autores Gittler, Wang, Orlow (2017), Silverberg, Nelson, Yosipovitch (20016).

Qualquer fator que danifique uma barreira cutânea já alterada, como banhos excessivos sem adequada hidratação posterior, ambientes com baixa umidade, estresse emocional, hiperaquecimento da pele, exposição da pele a solventes e/ou detergentes e uso de roupas sintéticas ou muito oclusivas são fatores exacerbantes (WERFEL et al., 2016; LYONS, MILNER, STONE, 2015).

2.5 Meios de prevenção das dermatites de contato

Há que se destacar o campo de gestão de pessoas, dando ênfase ao capital humano. Dentre os campos trabalhados estão a higiene e a saúde ocupacional de qualquer empresa, que tem por finalidade manter um ambiente saudável e livre de riscos que afetem a saúde do trabalhador.

Nesse contexto, os cuidados com a saúde do trabalhador devem estar voltados com a forma preventiva para o bem-estar dos seus colaboradores, obedecendo-se a legislação da Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), que destaca atribuições obrigatórias, como refere Martins (2015, p. 25):

Art.157- Cabe às empresas: I. Cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho; II. Instruir os empregados, através de ordens de serviço, quando a preocupação a tomar para se evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais; III. Adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente; IV. Facilitar o exercício da fiscalização pela auditoria competente

E nesse entendimento, a aplicação da lei é de suma importância para prevenção dos riscos e das doenças ocasionados pelas atividades executadas, além de reduzir ou evitar agravamento nos colaboradores e, especialmente em se tratando das dermatites ocupacionais.

Segundo Chiavenato (2010, p. 145-146), “a higiene e medicina do trabalho é a área que se preocupa com a preservação da saúde dos funcionários e com a manutenção de condições de trabalho higiênicos e saudáveis”. Esses fatores de preservação da saúde e das condições de trabalho estão relacionados ao ambiente físico e ao ambiente psicológico e são referentes à saúde física e mental do trabalhador.

Dessa forma, Ferreira, Ramal (2013, p. 126), destacam que as empresas precisam implantar programas que visem conscientizar o colaborador a praticar hábitos saudáveis de vida e a trabalhar com segurança, a fim de evitar riscos de acidentes ou de doenças ocupacionais, bem como alertar sobre a necessidade da prevenção da saúde.

Ademais, Moraes (2010), ressalta que para que os riscos ocupacionais sejam prevenidos é necessário que seja feito o reconhecimento dos agentes ambientais que afetam a saúde dos trabalhadores, seguido da prática de avaliações qualitativa e/ou quantitativa e da adoção de medidas de controle relativas aos agentes reconhecidos e analisados. Essas medidas devem seguir sequencialmente primeiro em relação à fonte geradora, posteriormente ao percurso, e por fim, aos trabalhadores.

No estudo de Mota, Martins (2018), observaram que os colaboradores tanto do setor administrativo como do setor operacional usam equipamentos de proteção individual (EPI). Todos os integrantes do administrativo usam botas de segurança e, no campo, onde ficam os trabalhadores operacionais, são usados fardamentos com mangas compridas para evitar o contato do sol com a pele, botas de segurança, luvas, capacetes, óculos de segurança e máscaras, a fim de se evitar os possíveis riscos.

A Norma Regulamentadora número 06 (NR-06) dispõe sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como sendo todo dispositivo ou produto destinado a proteger o trabalhador dos riscos à sua saúde e a sua segurança. Os EPIs comercializáveis devem possuir Certificado de Aprovação- CA, e a empresa é obrigada a fornecer gratuitamente o EPI adequado ao risco ao qual o trabalhador está exposto (BRASIL, 2013).

Infere-se ainda que o Brasil precisa evoluir muito, em se tratando de segurança no trabalho. Quanto aos funcionários, as empresas e as indústrias deveriam contemplar em seu planejamento estratégico a prevenção de acidentes e doenças do trabalho, agindo na remediação de eventuais problemas. Assim, através de propostas simples, como manter um programa de educação e de qualificação do trabalhador, descrever e efetivar procedimentos de trabalho para os funcionários, além de atender às Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, dentre outros (MUGNAINI, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Argui-se que as dermatites de contato são consideradas patologias de prevalência crescente, sendo considerada como uma das causas de maior frequência das doenças cutâneas ocupacional e verificou-se também a sua abrangência em dermatites de contato irritativa e alérgica, erupção acneiforme de contato, erupção liquenoide de contato, urticária de contato imunológica e não imunológica, erupção multiforme like, dentre outras que no caso deste estudo foram mais relevantes à temática.

Ressalta-se em relação ao tratamento, que este associa-se primeiramente ao reconhecimento e à eliminação do agente causal, seja no ambiente residencial ou laboral, além da associação com o tratamento farmacológico. Vários autores destacaram o uso de fármacos tópicos à base de corticóide, como sendo os de primeira opção terapêutica, levando-se em consideração o tipo de substância agressora que afetou a pele.

Sendo assim, a saúde ocupacional está relacionada primordialmente à medicina preventiva. Nesse sentido, as empresas necessitam implantar programas que visem ao colaborador praticar hábitos saudáveis e trabalhar com segurança. Além disso, elas precisam ainda cumprir as obrigações legais, além de oferecer ambientes mais saudáveis para o trabalhador, garantindo sua segurança e satisfação, com vistas ao crescimento da empresa como um todo.

Conclui-se que a saúde ocupacional deve estar voltada sobretudo para a forma preventiva, visando o bem-estar de seus colaboradores. A prevenção constitui ainda a melhor maneira de se evitar o aumento na incidência e na prevalência das dermatites ocupacionais, intervindo nos riscos da exposição a possíveis irritantes e alergênicos e garantindo a devida proteção cutânea aos agentes químicos irritantes.

REFERÊNCIAS

ALCHORNE, A. O. A.; ALCHORNE, M. M. A.; SILVA, M. M. Dermatoses ocupacionais. **An Bras Dermatol.**, v. 85, n. 2, p. 137-45, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ARAÚJO, L. C. G. **Gestão de pessoas: estratégia e integração organizacional**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

ARTUS, G.; BONAMIGO, R. R.; CAPPELLETTI, T. Dermatite de contato alérgica: prevalência dos agentes sensibilizantes em amostra de Porto Alegre, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, 2011. Disponível em: <http://amrigs.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

AZULAY, Abulafia Luna. **Atlas de Dermatologia: da Semiologia ao Diagnóstico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BORGES, R. B. et al. Absenteísmo no trabalho. In: VII Encontro científico da Facnopar. N.1, Paraná, 2014. **Revista Facnopar**, Paraná, p.212-233. 2014. Disponível em: facnopar.com.br. Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 do Ministério da saúde sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **NR 06**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br>. Acesso em: 26 nov. 2018.

CARVALHO, R. L. G. **Corticosteróides Tópicos no Tratamento das Dermatites**. 2016.47f. Monografia - (Graduação em Farmácia), Universidade de Rio Verde. Goiás. Disponível em: <http://www.unirvedu.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CDC.GOV. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. O Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH). **Pele Exposições e Efeitos**. 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em: 26 nov. 2018.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CUSTÓDIO, I. L. et. al. Saúde do trabalhador: caracterização das dissertações e teses nacionais de enfermagem, 2003-2007. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 4, n. 18, p. 604-9, 2010.

DUARTE, I.; ROTTER, A.; LAZZARINI, R. Frequência da dermatite de contato ocupacional em ambulatório de alergia dermatológica. **Um Dermatol Bras.**, v. 85, n. 4, p. 455-9, 2010.

EICHENFIELD, L. F.; TOM, W. L.; CHAMLIN, S. L.; FELDMAN, S. R.; HANIFIN, J. M.; SIMPSON, E. L. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis

Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. **J Am Acad Dermatol.**, n. 70, p. 338-351, 2014.

FERREIRA, B. I.; LACERDA, A. S. et al. Dermatites: diagnóstico e terapêutica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 2, p. 22-26, fev. 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FERREIRA, P. I.; RAMAL, A. **Clima organizacional e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

FONACIER, L. A practical guide to patch testing. **J Allergy Clin Immunol Pract**, n. 3, p. 669- 75, 2015.

FONACIER, L.; BERNSTEIN, D. I.; PACHECO, K.; LINNHOLNESS, D.; BLESSING-MOORE, J.; KHAN, D. et al. Contact dermatitis: A practice parameter- update 2015, practice parameter. **J Allergy Clin Immunol Pract**. n. 3, p. 1- 39, 2015.

GITTLER, J. K.; WANG, J. F.; ORLOW, S. J. Bathing and associated treatments in atopic dermatitis. **Am J Clin Dermatol.**, v. 1, n. 18, p. 45-57, fev. 2017.

KASHIWABARA, L. M. R.; SILVA, V. Y.; NAOKA, E.; KASHIWABARA, T. G. B. Dermatites ocupacionais de contato. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 5, n. 3, fev. 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br>. Acesso em: 24 nov. 2018.

KIRSHEN, C.; PRATT, M. Dental allergic contact dermatitis: an interesting case series and review of the literature. **Dermatitis**, n. 23, p. 222- 6, 2012.

LAZZARINI, Rosana et al. Dermatite alérgica de contato a medicamentos de uso tópico: uma análise descritiva. **An Bras Dermatol**, v. 84, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 nov. 2018.

LUCKHAUPT, S. E.; DAHLHAMER, J. M.; WARD, B. W.; SUSSELL, A. L.; SWEENEY, M. H.; SESTITO, J. P. et al. Prevalence of dermatitis in the Working population, United States, 2010 national Health Interview Survey. **Am J Indus Med.**, n. 56, p. 625- 34, 2013.

LYONS, J. J.; MILNER, J. D.; STONE, K. D. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology and treatment. **Immunol Allergy Clin North Am.**, n. 35, p. 161-183, 2015.

MARTINS, L. E. A. M.; REIS, V. M. S. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. **An Bras Dermatol**, v. 86, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 nov. 2018.

MARTINS, S. P. **CLT Universitária**. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MORAES, M. V. G. **Doenças ocupacionais: agentes: físico, químico, biológico, ergonômico**. 2.ed., São Paulo: Érica, 2014

MORAES, M. V. G. **Programas, procedimentos e técnicas**. São Paulo: Iátria; 2009.

MOTA, R. A.; MARTINS, L. M. Promoção da saúde ocupacional para redução dos índices de absenteísmo. **Ideias & Inovação**, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 23-34, ago. 2018.

MOTTA, A. A. et al. Dermatite de contato. **Rev. bras. alerg. imunopatol**, v. 34, n. 3, 2011. Disponível em: <https://xa.yimg.com>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MUGNAINI, A. Segurança no trabalho para o bem de todos. **Revista CreaPR**, Curitiba, n. 74, p. 34-35, nov./dez. 2012.

NASCIMENTO, M. S. et al. Dermatite de contato alérgica à resina de Pinus oocarpa em trabalhadora rural: relato de caso. **Rev Med**, Minas Gerais 2010.

OLIVEIRA, J. D. S.; FERREIRA, A. A. A.; COSTA FEITOSA, M. S.; PAREDES, M. M. A. S. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 1, n. 30, p. 99-110, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde e ambiente**. Temas 2012. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 26 nov. 2018.

RODRIGUES, D. S. et. al. Atuação da Terapia Ocupacional em Saúde do Trabalhador. In____: Ângela Paula Simonelli; Daniela da Silva Rodrigues. (Org.). **Saúde e Trabalho em Debate**: Velhas Questões, Novas Perspectivas. 1. ed. Brasília: Paralelo 15, 2013, v. 1, p. 225-240.

ROSEMARY, L.; DIEPGEN, N. Contact Dermatitis. In____: ADKINSO, J. R.; BOCHNER, B. S.; BURKS, A W.; BUSSE, W. W. (Eds.). Middleton's Allergy: **Principles and Practice**. 8th ed, Saunders, p. 565- 574, 2013.

ROSMANINHO, I.; MOREIRA, A.; SILVA, J. P. M. Dermatite de contacto: revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, Lisboa, v. 24, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo>. Acesso em: 24 nov. 2018.

SALGADO, M.; REIS, R.; VINHAS, S. A.; TOMAZ, E.; DYDENKO, I.; FERRÃO, A. et al. Fotoalergia. **Rev Port Imuoalergologia**, v. 6, n. 18, p. 493- 538, 2010.

SANTOS, E. E.; FREITAS, F. Q. B. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Inter Saberes**, Curitiba, vol. 4, n. 8, p. 150-169, jul./dez 2009.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. Trabalhos Acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre/RS: AGE LTDA, 2006. 149 p.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Recomendações em saúde aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos. **REME**, v. 3, n. 12, p. 381-9, 2008.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

SILVA, D. M.; LUCAS, A. J. **Enfermeiro do trabalho: estudo de sua origem e atuação na saúde do trabalhador.** 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SILVERBERG, J. L.; NELSON, D. B.; YOSIPOVITCH, G. Addressing treatment challenges in atopic dermatitis with novel topical therapies. **J Dermatol Treat.**, n. 18, p. 1-8, 2016.

TEIXEIRA, L. **Dermatite ou Eczemas-** 2010. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br>. Acesso em: 24 nov. 2018.

UCHIDA, C. I. **Prevalência das dermatoses ocupacionais no setor de galvanoplastia registradas no INSS em 2010.** Curitiba, 2012. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

VERAS, O. R. **Para discutir os termos da nova informalidade:** o caso do polo de confecções do agreste pernambucano. Campina Grande: Mimeo, 2011.

WERFEL T, HERATIZADEH A, ABERER W, AHRENS F, AUGUSTIN M, BIEDERMANN T et al. S2K guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis-short version. **J Dtsch Dermatol Ges.**, v. 1, n. 14, p. 92-106, jan. 2016.

WOLTER, S.; PRICE, H. N. Atopic dermatitis. **Pediatr Clin N Am.**, n. 61, p. 241-260, 2014.

XELEGATI, R. et al. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto**, v. 2, n. 14, 2009.