

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UFSC**

**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
ACM**

**XIV CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
MEDICINA DO TRABALHO**

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E DEMISSIONAL

**JUPITER C. VARGAS FILHO
MARIO YOSHIO YOSHINO
RICARDO MUZY LORDELOS**

RIO DO SUL OUTUBRO/ 1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UFSC**

**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
ACM**

**XIV CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
MEDICINA DO TRABALHO**

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E DEMISSIONAL

**JUPITER C. VARGAS FILHO
MARIO YOSHIO YOSHINO
RICARDO MUZY LORDELOS**

**SEBASTIÃO IVONE VIEIRA
COORDENADOR**

**RALFINO HAFMANN
COORDENADOR LOCAL**

**OCTACILIO SCHÜLER SOBRINHO
ORIENTADOR**

RIO DO SUL OUTUBRO 1998

Agradecimentos

*Às nossas esposas impulsoras
de tudo o que realizamos*

*Aos nossos
filhos
que nos realizam como pais*

*Aos nossos
pais
pela sabedoria e compreensão*

*Aos mestres
pelos ensinamentos
transmitidos*

*A todos aqueles
que se dedicam à proteção
da saúde dos trabalhadores*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UFSC
ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA
ACM
XIV CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
MEDICINA DO TRABALHO**

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E DEMISSIONAL

**JUPITER C. VARGAS FILHO
MARIO YOSHIO YOSHINO
RICARDO MUZY LORDELOS**

PARECER:

CONCEITO

**SEBASTIÃO IVONE VIEIRA
COORDENADOR**

**RALFINO HAFEMANN
COORDENADOR LOCAL**

**OCTACILIO SCHÜLER SOBRINHO
ORIENTADOR**

**IVO MEDEIROS REIS
MEMBRO**

**ALCIDES MILTON DA SILVA
MEMBRO**

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	06
ABSTRACT	07
2. INTRODUÇÃO	08
PARADIGMAS	10
3. ANÁLISE	17
HIPÓTESE - 01	17
HIPÓTESE - 02	22
HIPÓTESE - 03	24
HIPÓTESE - 04	24
HIPÓTESE - 05	28
HIPÓTESE - 06	51
HIPÓTESE - 07	54
HIPÓTESE - 08	58
HIPÓTESE - 09	59
HIPÓTESE - 10	60
HIPÓTESE - 11	62
HIPÓTESE - 12	63
HIPÓTESE - 13	64
HIPÓTESE - 14	65
HIPÓTESE - 15	67
HIPÓTESE - 16	68
HIPÓTESE - 17	69
HIPÓTESE - 18	70
4. CONCLUSÕES	72
5. BASE MONOGRÁFICA	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

1. APRESENTAÇÃO

A presente monografia destina-se a conclusão do **XIV CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**, realizado pela **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**, em convênio com a **ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA**, e **FUNDAÇÃO DE APOIO à PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**, na cidade de Rio do Sul, na dependências da Universidade para o desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, no período de outubro de 1997 a outubro de 1998. Tendo como coordenador geral o Doutor Sebastião Ivone Vieira e como coordenador local o Doutor Ralfino Hafemann.

Realizamos pesquisa bibliográfica em revistas, livros e jornais, dos seguintes temas: Exame médico admissional e demissional, de trabalhadores adultos normais e subnormais, mulheres e menores. Abordamos assuntos diversos como o exame clínico (anamnese e exame físico), exames complementares como laboratórios, esquemas imunológico, provas funcionais (audiométricos, oftalmológicos, neurológico, cardiocirculatório, neuropsíquico e robustez), parâmetros para controle biológicos da exposição a alguns agentes químicos, parâmetros para monitorização da exposição ocupacional a alguns riscos à saúde. Também foi abordado Ética em Medicina do Trabalho e a responsabilidade do empregador em realizar exames admissionais e demissionais.

ABSTRACT

The present monograph is destined to the conclusion of the XIV Course of Specialization in Medicine of the Work, accomplished by UFSC, in agreement with Association Catarinense of Medicine and Foundation of Support to the Research and University Extension, in Rio do Sul, Santa Catarina, at UNIDAVI, University for Development of Alto Vale of Itajaí, from October 10th, 1997 to October 10th 1998, whose general Coordinator is Doctor Sebastião Ivone Vieira, and local Coordinator, Doctor Raufino Hafemann.

We accomplished bibliographical research in magazines, books and newspapers, about the following themes: medical exams admissional and demissional of normal and abnormal adult workers, woman and children.

We approaches several subjects as the clinical exams (Anamnesis and physical exams), complementary exams, like biochemical, schemes for immunization, functional essays, tests (audiometric, ophthalmological, neurological, circulatory cardio, neuropsychic, and robustness), parameters to biological control of the exposition to same chemical agents, parameters to monitorization of the occupational exposition to same health risks.

We also studied about ethics in Medicine of the work and the employer responsibility in accomplishing admissional and demissional exams.

2. INTRODUÇÃO

O serviço de Medicina do Trabalho de uma empresa tem como finalidade precípua zelar pela saúde do trabalhador, promovendo seu bem estar físico mental e social, visando paralelamente a continuidade operacional e o aumento da produtividade.

É possível através de parâmetros mínimos, a empresa dispor de mão de obra trabalhadora o mais hígida possível, devendo o médico do trabalho manter-se eqüidistante e dotado de uma forte dose de bom senso e, sobretudo, de justiça, apoiando-se não somente nos aspectos técnicos, mas levando em consideração também o lado social e humano.

Na preservação, na manutenção e na recuperação da saúde dos trabalhadores, encontra-se a razão da existência do médico do trabalho, baseando-se nos parâmetros estabelecidos no Código de Ética Médica. Seu primeiro dever moral e profissional é dirigido para a integridade e a saúde daqueles que constituem a comunidade sob sua responsabilidade.

Não são todos os que vêm no exame médico admissional a intenção de proteger o homem, procuram, inspirados por uma filosofia pragmática, convencer os empresários da necessidade e vantagens de exames seletivos rigorosos, a fim de reduzirem o absenteísmo, aumentando a qualidade de vida do trabalhador e como conseqüência aumentar a produtividade.

Visto por este prisma, várias conseqüências negativas advêm daí, tais como aumento dos encargos sociais previdenciários, desemprego, marginalização, problemas de ordem individual e familiar, etc.

Em tese, o exame médico admissional, tem um objetivo que é a adequação do homem a função, atingido isto, aproveita-se inclusive candidatos parcialmente incapacitados e sem se adotar pragmatismo inflexível, representam tais exames formidável instrumento de proteção do homem contra os fatores adversos do trabalho.

Dentre o material pesquisado, segundo o professor Doutor Vicente Pedro Marano, destacamos o seguintes tópicos: Ficha médica de exame médico admissional; Fluxograma para admissão de novos empregados; Exames subsidiários laboratoriais e radiológicos; Outros exames subsidiários; Provas funcionais; Esquema imunológico geral; Exame clínico; Estabelecimento de parâmetros básicos; Critérios para os laudos conclusivos; Conceituação de subnormalidade; Adequação do subnormal ao trabalho; Cadastramento dos subnormal; Codificação das subnormalidades; Exames clínico dos subnormais; Exame clínico de menores; Exame antropométricos de menores; Exames subsidiários laboratoriais e radiológico de menores; Provas funcionais para menores; Exame médico admissional de mulheres; Exame clínico, físico, laboratorial e radiológico; Critérios para laudos conclusivos para mulheres;

Exame médico para demissão; Valor do exame pré-admissional na prevenção das lombalgias; Emissão de atestado de demissão.

PARADIGMAS

ÉTICA EM MEDICINA DO TRABALHO

O homem está sujeito a uma realidade: a da consciência da sua existência *PENSO LOGO EXISTO*- enunciada por Descartes.

A convivência com outros homens é uma das características básicas da humanidade. O homem é um ser social.

À abordagem científica da moral, procurando estudá-la e ordená-la segundo normas positivas de conduta, denominamos *ÉTICA*.

A medicina atuando na defesa da vida do homem exige, por parte daqueles que a praticam, moral ímpar.

O relacionamento entre o paciente e seu médico, definido como “o encontro de uma confiança com o de uma consciência”, dá a expressão da grandeza dos atos médicos.

Atualmente a conduta ética dos médicos é balizada pelos códigos de ética médica nacionais e internacionais

A particularidade da atuação profissional em Medicina do Trabalho exigiu que códigos específicos fossem elaborados. No Brasil, a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) em 1983, aprovou um código de conduta para Médicos do Trabalho.

Este código preceitua deveres gerais e básicos sem os quais suas atividades não têm qualquer sustentação. Faremos alguns comentários sobre este código:

1. Atuar visando essencialmente a promoção da saúde dos trabalhadores.

Esta é a meta que o médico do trabalho deve ter sempre em mente, servindo de norte para todas as demais.

2. Buscar com os meios que dispõe, a melhor adaptação do trabalho ao homem a eliminação ou controle dos riscos existentes no trabalho. Por outro lado, a obrigação de proteger o trabalhador e de tornar o trabalho inócuo à vida, é acentuada quando se preceitua a eliminação ou controle dos riscos existentes. Sabemos que, na prática, a alteração do ambiente das empresas, quando necessitam de mudanças, para eliminação dos riscos, encontra por parte dos empregadores resistências, face aos custos que representa. postura profissional de registrar adequadamente as medidas propostas às empresas e as autoridades, se necessário, é a indicada para preservar o compromisso com a saúde do trabalhador, por parte do médico do trabalho.

Relacionado ao problema anterior, temos o da independência profissional. O médico do trabalho está sempre vinculado a uma instituição, seja a uma empresa, a um sindicato ou mesmo ao Estado. O empregador espera sempre de seus empregados resultados que o levem a alcançar objetivos estabelecidos para a organização. No entanto, nem sempre o que entende o empregador ser um bem para a instituição, o é para o trabalhador, e vice-versa. Há uma relação Capital/Trabalho um jogo de interesses. O médico deve manter equidistância dessa disputa e ser compromissado unicamente com a saúde do trabalhador; seu trabalho não deve ser usado para outros interesses. Deve-se ter claro que a Medicina do Trabalho, enquanto ciência e arte, é moralmente neutra quanto ao seu conteúdo. Não podemos qualifica-la do ponto de vista moral, mas sim, da utilização que dela se faça, os fins, os interesses a que serve as conseqüências sociais de sua aplicação. Portanto o medico do trabalho não pode ficar indiferente a finalidade social de sua atividade e deve assumir a responsabilidade moral por seus atos.

3. Exercer suas atividades com total independência profissional e moral, com relação ao empregador e ao empregado.

4. Conhecer os ambientes e as condições de trabalho dos trabalhadores sob seus cuidados, para o adequado desempenho de sua função nos exames ocupacionais e demais atribuições profissionais.

Deve assim o médico do trabalho entender a linguagem do trabalhador, e conhecer as funções deste, assim podendo avaliar os riscos inerentes advindos desta função, para atuar de forma adequada na promoção e proteção a saúde do trabalhador.

Neste particular Oswaldo Paulino afirma:

“Quanto mais o médico estiver com suas vestes sujas daquilo que se fabrica na empresa, mais médico do trabalho ele é”.

5. No exame admissional compatibilizar a aptidão do candidato, do ponto de vista médico, ao posto de trabalho.

6. Não marginalizar nos exames admissionais, portadores de afecções ou deficiências físicas, desde que as mesmas não sejam agravadas pela atividade laborativa e não exponham o trabalhador ou a comunidade a riscos.

7. Não considerar a gestação como fator de inaptidão ao trabalho, desde que não haja risco para a gestante e para o feto, na atividade a ser desempenhada.

8. Ao constatar inaptidão por motivos médicos para determinado

posto de trabalho, informar o interessado dos motivos. Outra atividade do médico do trabalho é realizar os exames periódicos, sua realização pode trazer desconfiças por parte dos trabalhadores. Se por um lado a preocupação médica é detectar precocemente problemas e proteger a saúde, pelo lado do trabalhador existe a de manter seu posto de trabalho.

As medidas administrativas geradas a partir do laudo emitido pelo médico do trabalho podem levar prejuízos ao trabalhador. Caso isso ocorra o médico passa a ser questionado. É importante o médico ouvir com paciência o trabalhador, entendendo seus problemas e angústias, realizando um exame clínico consciencioso. Isso gera naquele que o procura, a confiança necessária para o entendimento de seu estado de saúde. Há 3 séculos RAMAZZINI- Pai da Medicina do Trabalho – escreveu estas palavras que são atualíssimas:

O médico que atende um paciente trabalhador, não deve Ter tanta pressa que se limite apenas a tomar seu pulso (até mesmo sem manda-lo deitar-se) e não deve deliberar de pé sobre o que convém fazer, como se fosse sem importância; tome assento com tranqüilidade de um juiz, mesmo que não seja em cadeira dourada, como as que existem casas de magnatas, mas sim um simples banco, interrogando o paciente com o rosto amável e examinando-o com o máximo cuidado; procure saber do que ele se queixa, dando-lhe medicamentos ou a simples atenção que ele merece.

9. “Ao constatar enfermidade ou deficiência do empregado para funções que vinha exercendo, informá-lo e orientá-lo para a mudança de função.

O resultado do exame deve ser levado ao conhecimento do trabalhador de forma clara e compreensiva atendendo-se para seu nível educacional e de cultura. O trabalhador deve ser informado dos resultados de seus exames toxicológicos, se estes demonstrarem alterações que põem em risco sua saúde, deve ser orientado a mudar de função. O trabalhador pode, então, questionar seu ambiente de trabalho e reivindicar por segurança no seu posto de trabalho. Nesta questão poderá haver pressão patronal para que estes resultados não sejam informados diretamente ao trabalhador, e sim a direção da empresa, previamente, para que ela tome as providencias necessárias.

Isso leva o profissional da saúde a falta de ética, pois os exames toxicológicos interessam diretamente ao trabalhador. É sua saúde que está em jogo e o material biológico dele foi retirado para exame.

Esta situação de desconsideração com o trabalhador ... acarretam impasses para com as ordens emanadas e, por extensão, danos aos trabalhadores. Este comportamento levou a Doutora Alice Hamilton, uma das pioneiras na segurança e saúde ocupacional nos EUA, a enunciar: “se a segurança e satisfação da classe trabalhadora, for deixada á boa vontade e inteligência da classe empresarial, sempre haverá manchas negras de negligencia, ignorância e indiferença”.

10. “*Informar aos empregados e empregadores sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como as medidas necessárias para o seu controle*”.

Quando indicamos um trabalhador para determinada função, fora da área de risco, ele pode perder o adicional pelo risco. A simples solicitação de mudança de função ou de restrições na execução de certas tarefas incompatíveis com o estado de saúde do trabalhador, pode levá-lo a perda do emprego. Não há vinculação de mesmo nível entre a ética médica e a ética empresarial. Muitas vezes a empresa despede o empregado e contrata outro, em vez de treiná-lo ou adaptá-lo a outra função. O ideal para evitar este tipo de impasse é uma equipe interdisciplinar, da qual faça parte o responsável pela área de recursos humanos da empresa.

11. “*Não permitir que seus serviços sejam utilizados no sentido de propiciar direta ou indiretamente o desligamento do empregado*”.

Os problemas da assistência médica aos trabalhadores e seus dependentes, trazem ao médico do trabalho preocupações, pois freqüentemente tem de intervir, atendendo a população que está sob seus cuidados, e muitas vezes aos dependentes, mesmo que seja contratado apenas para dar assistência aos trabalhadores, pois assim agindo evitará muitas vezes o absenteísmo.

A credibilidade do médico do trabalho, com as instituições e profissionais externos, criará uma vinculação de mútuo respeito. O posicionamento firme e autêntico, diante das distorções na atenção dada aos trabalhadores, propiciará o clima adequado para que o trabalhador e sua família tenham mais saúde.

12. “*Orientar o empregador e o empregado, no tocante a assistência médica, visando o melhor atendimento a população sob seus cuidados*”.

13. “*Manter sigilo das informações confidenciais da empresa, técnicas e administrativas, de que tiver conhecimento no exercício de suas funções, exceto nos casos em que o sigilo cause dano a saúde do trabalhador ou da comunidade*”.

Não deve o médico, permitir que suas informações propiciem o desligamento direta ou indiretamente do trabalhador. Assim o conceito ditado pelo professor Portes em 1950, permanece atual: “*Não há Medicina sem a confiança e não há confiança sem a confiança e não há confiança sem o segredo*”.

A ética na sociedade moderna se estagnou diante do avanço tecnológico. O respeito à vida precisa ser resgatado.

Hoje, nascemos, vivemos, estudamos, trabalhamos e morreremos em

instituições. Elas existem para atender as necessidades humanas. Não há justificativa para outros valores, que não sejam os da promoção do homem. No entanto nota-se um afastamento dos princípios éticos, e os valores materiais e financeiros são colocados acima do homem.

A responsabilidade sobre aqueles que realizam o trabalho para atender os objetivos das empresas, não é respeitada. O abismo entre o capital e o trabalho que o Prof. Simonin, entendia, pode ser superado pela medicina do trabalho, pois ela atende o que é comum a ambos: a saúde. Depara-se com o impasse ético da ausência de respeito à vida.

Há de haver uma conduta ética por parte dos procedimentos administrativos e técnicos das empresas, de respeito à dignidade dos trabalhadores e à vida.

O Médico do Trabalho sempre ficará entre o embate do capital e do trabalho. Mas, nessa posição de marisco sobreviverá e crescerá! Pois, como o marisco, fixar-se-á ao rochedo por sua postura, e das investidas das ondas dos que dele querem se servir, retirará o alimento para o seu crescimento ético e profissional.

DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS E DO TRABALHO.

Em estudos sobre a ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores são frequentes as constatações de evidências de subdiagnóstico e sub-registro de doenças profissionais ou do trabalho em estatísticas oficiais. Um dos fatores sempre citados como relacionado a esta ocorrência é a não realização, por parte dos médicos, de anamnese ocupacional como parte da abordagem rotineira dos seus pacientes.

Em relatos de casos de doenças ocupacionais ou relacionadas com o trabalho é comum observar-se que o diagnóstico etiológico ou onexo causal com exposições ocupacionais só ocorreu após anos de evolução da patologia.

Autores como Rutstein, Goldman, Greaves e Baker & Landrigan advogam a utilização rotineira da anamnese ocupacional para todos os pacientes como medida necessária à correção desse problema. Wegman, Levy & Halperin recomendam a realização de história completa de exposições quando o paciente apresentar doença respiratória, doença de pele, dano auditivo, sintomas articulares ou lombalgia, câncer, exacerbação de sintomas de doença arterial coronariana, doença do fígado, problemas neuropsiquiátricos ou afecção de causa desconhecida.

Em muitos casos a investigação diagnóstica de doenças do trabalho apresenta dificuldades objetivas que merecem cuidadosa abordagem pelos médicos de atendimento. Podem-se citar, entre outras: 1. Dificuldades na identificação e caracterização da história de exposições. No Brasil, dificilmente

o médico consegue acesso a dados de quantificação da história das exposições e, por isso, precisa tomar decisões com base em estimativas, como dados de quantidade de produtos (matérias-primas) utilizada, duração diária da exposição, duração da exposição na vida laboral, etc. 2. Situações em que as manifestações apresentadas são praticamente as mesmas daquelas apresentadas em doenças crônicas de outra etiologia. Muitas vezes, mesmo quando os casos aparecem sem causa identificada ou em pacientes de idade inferior àquela em que costumam aparecer (quando de etiologia não ocupacional), não se realiza anamnese ocupacional e as possibilidades de etiologia associada com o trabalho não são consideradas. 3. Acesso à literatura especializada. Nem sempre a literatura aborda de maneira clara os aspectos da história de uma doença que são típicos ou sugestivos de etiologia ocupacional. A título de exemplo, vale citar o caso das doenças musculoesqueléticas, que já foram classificadas como doenças da década de 90, e que têm aparecido entre as patologias de maior incidência em grande número de países (EUA, França, Austrália, Brasil, etc.) .Dificilmente o interessado encontrará em uma só publicação informações suficientes acerca dos fatores causais que deveriam ser investigados na história de exposições; dos achados clínicos, de exame físico, e exames complementares em que deveria basear-se o diagnóstico de cada patologia do rol das que poderiam ser reconhecidas como ocupacionais ou relacionadas com o trabalho. 4 .Falhas de interpretação de resultados de exames originalmente sugeridos para identificação precoce de exposições excessivas e agilização da adoção de medidas de prevenção.

Os resultados destes exames, como fatos isolados, não permitem conclusão de existência de doença. Este tipo de situação pode evidenciar a necessidade de discussões acerca do ponto de corte entre “saúde e doença”, questão que, muitas vezes, à luz dos conhecimentos existentes, não encontra resposta estritamente técnica. Afinal, a decisão de considerar aceitáveis exposições cujos efeitos a longo prazo não são conhecidos é uma decisão de poder, que se torna excludente se não incorpora no processo de discussão a opinião dos maiores interessados: aqueles que irão se expor e sofrer as eventuais consequências. 5. Dificuldades na avaliação de sintomas associados com exposições ambientais a baixas concentrações ou intensidades. Wegman, Levy & Halperin afirmam que nestas situações o profissional de saúde pode ser cético, querer rejeitar as queixas e encaminhar o paciente para outros especialistas, particularmente quando há a impressão de que essas queixas envolvem aspectos psicossociais.

6. Outras dificuldades, como: temor face as possíveis consequências legais do diagnóstico de patologia ocupacional; influências relacionadas com o vínculo empregatício ou interesses de mercado do médico; ‘uso de rotulações diagnósticas genéricas e vagas... cujo enunciado não revele os aspectos laborais na origem do quadro clínico”

Um dos objetivos deste texto é chamar a atenção dos leitores para o fato de que, na prática clínica rotineira, a existência de exposição excessiva a fatores de risco ocupacionais tem sido minimizada ou desconsiderada .

Outro objetivo deste texto é incentivar a discussão de algumas das dificuldades na investigação diagnóstica de doenças do trabalho e, ao mesmo tempo, sugerir aspectos a serem respeitados nessa discussão.

O respeito mútuo entre as partes envolvidas é condição necessária à abertura e adequado encaminhamento da discussão aqui defendida e deve ser complementado pelo compromisso com o respeito aos conhecimentos científicos mais atualizados e à adequação das exigências incluídas na investigação diagnóstica às condições de nossa realidade.

3. ANÁLISE

HIPÓTESE – 1

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

Não existe padrão de fichas médicas utilizadas para realização de exames médicos admissionais. Encontramos diferentes exemplos, sendo uns extremamente simples, e outros complexos demais, sendo muitas vezes incompletos, para a finalidade de detectar nos candidatos possíveis anormalidades que os incompatibilizem com o trabalho que lhes foi destinado e, freqüentemente, com qualquer tipo de atividade oferecida pela empresa.

DISCUSSÃO

As fichas de exames deverão ser simples, de rápido preenchimento e completas, permitindo investigar todos os segmentos do corpo e todos os aparelhos e sistemas. Uma forma de simplificar a ficha médica é adotar um sistema de conduzir o interrogatório a que o médico deverá submeter o candidato. Dessa maneira, dificilmente escaparão informações necessárias para o laudo conclusivo. Além de ter dados de interesse essencialmente clínico, deverá ter aqueles destinados a exames especializados de otorrinolaringologia, de oftalmologia, de ortopedia e de odontologia.

Muitos serviços médicos exigem dos candidatos a apresentação de um questionário onde conste uma série de indagações que devem ser respondidas por eles próprios. Tal documento se torna praticamente inútil, porquanto, em vez de auxiliar o médico examinador em suas conclusões, na maioria das vezes não reflete a verdade, já que o candidato, como seria de se esperar, negará praticamente tudo o que se indaga.

O modelo anexo de ficha médica nos parece ser útil, de fácil manejo, além de conter todos os dados necessários, bem como espaços reservados para o registro dos resultados dos exames complementares e do laudo conclusivo. Nota-se que o interrogatório é dirigido, facilitando ao médico obter os dados indispensáveis.

PESCOÇO

Tireóide Palpável

S	N
---	---

 Sinais de Hipertireoidismo

S	N
---	---

 Gânglios

S	N
---	---

 Obs.: Restrição para Função

S	N
---	---

APARELHO RESPIRATÓRIO

Tórax deformado

S	N
---	---

 Cicatrizes

S	N
---	---

 Roncos

S	N
---	---

 Abaulamentos

S	N
---	---

 Pontos Dolor.

S	N
---	---

 Sibilos

S	N
---	---

 Retrações

S	N
---	---

 Mur. Vesicular

An	Nm
----	----

 Estertores

S	N
---	---

 Função Pulmonar

Ob	Re	Com	Nm
----	----	-----	----

Restrição para Função

S	N
---	---

AP. CIRCULATÓRIO

PA.mmHg Pulso em Repouso Pulso Após Esf. 1' Após
 Dispnéia de Esforço

S	N
---	---

 Ausculta

An	Nm
----	----

 Obs.:
 Dispnéia de Decúbito

S	N
---	---

 Sopros

S	N
---	---

 Edemas

S	N
---	---

 Galope

S	N
---	---

 Dor Précordial

S	N
---	---

 Extrassist.

S	N
---	---

 Estase Jugular

S	N
---	---

Restrição para a Função

S	N
---	---

ABDÔMEN – AP. GASTROINTESTINAL

Inspeção e Palpação

S	N
---	---

 Hérnia Inguinal

S	N
---	---

 Hemorróidas

S	N
---	---

 Cicatrizes

S	N
---	---

 Ponta de Hérnia

S	N
---	---

 Obs.:
 Língua Saburrosa

S	N
---	---

 Anel Inguinal Permeável

S	N
---	---

 Fígado Palpável

S	N
---	---

 Diástases Reto-Abdomin

S	N
---	---

 Baço Palpável

S	N
---	---

 Hérnia Umbilical

S	N
---	---

 Murphy Doloroso

S	N
---	---

 Hérnia epigástrica

S	N
---	---

 Hérnia Incisional

S	N
---	---

Restrição para a Função

S	N
---	---

AP. GÊNITO-URINÁRIO

Giordano

S	N
---	---

 Menarca aosAnos de Idade
 Infantilismo

S	N
---	---

 Data da Última Menstruação...../...../..... Obs.:
 Fimose

S	N
---	---

 Ciclo Menstrual

Ir	R
----	---

 Hidrocele

S	N
---	---

 Leucorréia

S	N
---	---

 Varicocele

S	N
---	---

 Exame Ginecológico

S	N	Nº
---	---	----

 Criptorquidia

S	N
---	---

 Partos Normais

S	N
---	---

 Cisto de Cordão

S	N
---	---

 Cesáreas

S	N
---	---

 Passado Venéreo

S	N
---	---

 Fórceps

S	N
---	---

 Abortos

S	N
---	---

 Curetagem

S	N
---	---

Restrição Para a Função

S	N
---	---

COLUNA E EXTREMIDADES

Cifose

S	N
---	---

 Desvios Joelhos

S	N
---	---

 Pé Plano

S	N
---	---

 Escoliose

S	N
---	---

 Nivelac. Bacia

An	Nm
----	----

 Varizes

S	N
---	---

 Lordose

S	N
---	---

 Tônus Muscular

An	Nm
----	----

 Circ. Arterial

An	Nm
----	----

 Mov. da Coluna

An	Nm
----	----

 Insp. E Mov. Extrem.

An	Nm
----	----

 Laséguie

An	Nm
----	----

 Obs.: Restrição Para a Função

S	N
---	---

SISTEMA NERVOSO- PSIQUISMO

Romberg
Ref. Patelar
Ref. Aquileu
Ref. Cubital
Coord. Motora
Sensibilidade
Tremores

Pr	Au
An	Nm
An	Nm
An	Nm
An	Nm
An	Nm
Pr	Au

Psiquismo Lúcido
Atitude à Entrevista
Orientação no Tempo e Espaço
Emotividade

S	N
N	An
N	An
N	An

Obs.:.....
.....
.....
.....

Restrição Para a Função

S	N
---	---

OFTALMOLOGIA

Estrabismo
Pterigio
Anisocoria
Ref. Pupilar
Cicatrizes

S	N
S	N
S	N
An	Nm
S	N

Tracoma
Blefarite
Catarata
Glaucoma
Conjuntivite

S	N
S	N
S	N
S	N
S	N

ACUIDADE VISUAL

S/C	Longe	Perto
OD		
OE		

C/C	Longe	Perto
OD		
OE		

ORTHORATER.....

Obs.:.....

Restrição Para a Função

S	N
---	---

OTORRINOLARINGOLOGIA

Audição
Otoscopia
Faringite
Amígdalas

An	Nm
An	Nm
S	N
Nm	Op

Hiper Cript.

Deformidade Nasal
Desvio do Septo
Cometos
Pólipos

S	N
S	N
Hiper	Nm
S	N

Audiorater.....

Audiometria.....

Obs.:.....

Restrição Para a Função

S	N
---	---

ODONTOLOGIA

Dentes conservados
Gengivites
Burton

S	N
S	N
S	N

CÁRIES

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

FOCOS

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

PRÓTESE

Superior	Parcial	Total
Inferior	Parcial	Total

Obs.:.....

Restrição Para a Função

S	N
---	---

EXAMES COMPLEMENTARES E ESQUEMA IMUNOLÓGICO

Hemograma.....
Proto parasitológico.....
Coprocultura.....
Urina.....
Glicemia.....
Creatinina.....
Uréia.....
Mg.....
VDRL.....
Outros:.....

Plumbemia.....
Coproporf. Urinária.....
Hormônio.....
Teste de gravidez.....
Anticorpos Rubéola.....
Bact. Secreção Nasofaringe.....
ECG.....
EEG.....
Outros :.....

Data:

Antitetânica/...../.....
Anti-rubéola. /...../.....
Anti-amarílica. /...../.....
BCG Intra Dérmico...../...../.....
Outras:.....
.....
.....

DESTAQUE DOS PONTOS NEGATIVOS APURADOS – VÍCIOS
CONGÊNITOS DÉFICITS FÍSICOS ETC. MESMO NÃO INCAPACITANTES

LAUDO PENDENTE

LAUDO FINAL PARA A FUNÇÃO

Sn

Categoria

Apto	Inapto	Código
------	--------	--------

Data...../...../..... Médico..... Data...../...../..... Médico.....

LEGENDA

FICHA MÉDICA DO EXAME ADMISSIONAL

S – sim
N – não
De – descorado
Co – corado

An – anormal
Nm – normal
Br – brevilíneo
No – normolíneo

Lo – longilíneo
Pr – presente
Au – ausente
Op – operado

Hiper – hipertrofiado
Cript – criptiforme
Ob – obstrutivo
Re – restritivo

Com – combinado
Ir. – irregular
R – regular
Sn – subnormal

HIPÓTESE - 2

FLUXOGRAMA PARA A ADMISSÃO DE NOVOS EMPREGADOS

O estabelecimento de um fluxograma administrativo e técnico é fundamental para facilitar a chegada do candidato ao exame médico admissional.

DISCUSSÃO

São necessárias providências prévias, de caráter administrativo, exigidas pela maioria das empresas (atestados de casamento, de nascimento dos filhos, atestados de antecedentes policiais, carteira profissional, etc.), documentos esses exigidos pelo departamento do pessoal.

Após recrutado e selecionado, o candidato que foram atendidas certas exigências, será encaminhado ao exame médico admissional.

O fluxo ora descrito é observado na maioria das grandes empresas e em algumas de médio porte. É preciso, pois, instituir um fluxo, por meio do qual o candidato, de forma simples e rápida, atravesse todas essas barreiras, a fim de permitir a sua chegada ao exame médico admissional sem outros entraves burocráticos, reduzindo-se destarte o tempo permitido pelo candidato e engançando-o o mais depressa possível ao efetivo da empresa. Esse aspecto muitas vezes se reverte de suma importância em face da necessidade urgente de mão-de-obra. Deve, portanto, o médico do trabalho participar desse fluxo, determinando quais as suas necessidades ao departamento de seleção e recrutamento, a fim de facilitar suas conclusões. Por exemplo, estabelecer quais as exigências básicas psicológicas na seleção de pessoal para algumas funções, tais como motoristas, frentistas, vigilantes, bombeiros, etc.

Os candidatos que foram previamente aprovados na teste psicológico, como por exemplo o estabelecido por *Mira y Lopez*, denominado de PMK (Psicodiagnóstico Mio Kinetic), será encaminhado ao departamento médico. Este teste permite por meio dos impulsos motores, identificar certas personalidades pré-patológicas agressivas e com tendência a psicopatias. Trabalhos recentes mostram uma concordância entre as conclusões obtidas no PMK e a presença de disritmias cerebrais.

O candidato ao cargo, após ter sido recrutado e selecionado, deve ser encaminhado ao departamento de pessoal, que lhe fornecerá a relação de documentos necessários, bem como os exames subsidiários de laboratório e o

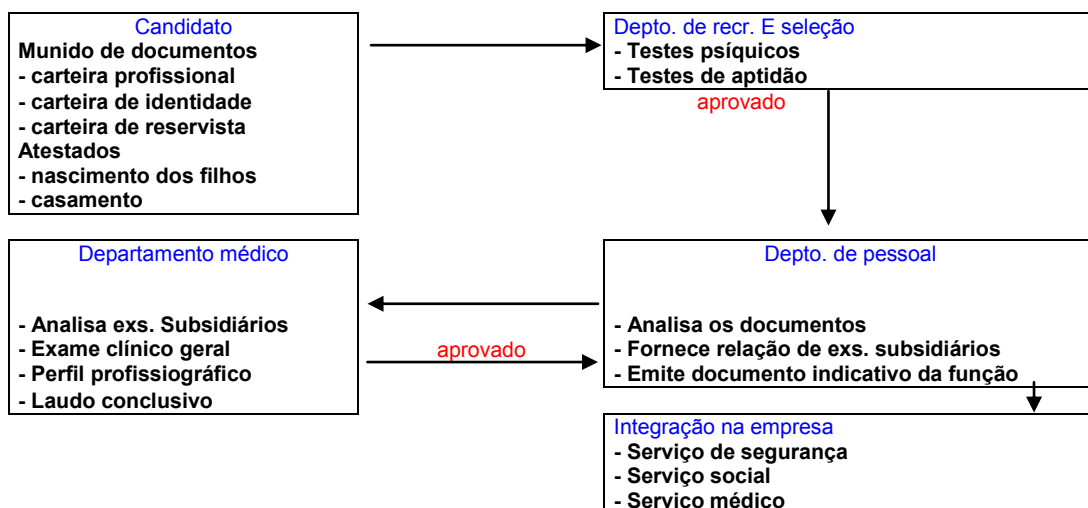
exame radiológico exigido no exame médico admissional. Só após cumpridas essas exigências, o candidato retorna ao departamento de pessoal, que encaminha ao exame médico admissional, munidos dos exames complementares.

É importante ter na empresa, no serviço de medicina do trabalho, os perfis profissiográficos das diferentes funções e as descrições destas, assim as aptidões poderão ser reconhecidas e com mais facilidade e segurança. É importante constar nos documentos, a função que o candidato irá exercer na empresa, que permitirá uma análise prévia da aptidão física exigida para o desempenho da atividade.

Na maioria dos estabelecimentos fabris e em outras atividades como bancos, supermercados, magazines, etc., inexistente uma análise do trabalho específica, por isso é necessário o conhecimento prévio de todas as funções exercidas na empresa, a fim de se substituir a falta dos perfis profissiográficos e da descrição funcional. Uma vez cumprido o exame médico admissional, o candidato deverá retornar ao departamento de pessoal munido de laudo médico conclusivo.

FLUXOGRAMA

Para a admissão de novos empregados



HIPÓTESE - 3

Exames Subsidiários Laboratórios e Radiológicos

Os exames subsidiários laboratoriais e radiológicos básicos para o exame admissional compreende o hemograma completo, VDRL, Protoparasitológico, as reações de Machado Guerreiro, radiografia de tórax.

DISCUSSÃO

A Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho determinou a extinção da obrigatoriedade do exame abreugráfico, devido a inúmeras irradiações em que o empregado é submetido e a má qualidade deste exame aliado ao baixo índice de possibilidade diagnóstica. E tendo em vista que outros meios laboratoriais são empregados para diagnóstico de tuberculose, como a baciloscopia de escarro, o qual é mais eficaz. Para os candidatos que possuem antecedentes de exposição a agentes insalubres que poderiam causar lesões pulmonares, a abreugrafia deverá ser substituído pela telerradiografia.

A presença de certos resultados negativos encontrados, como a costela cervical uni ou bilateral, poderá ser contra indicado nas tarefas que levam a posições forçadas e continua de membros superiores. Reações de Machado Guerreiro positivo sem a presença de sintomatologia e exame eletrocardiográfico normal, poderá ser apto para várias funções, mas impede que o candidato realize funções como frentista, motorista, bombeiro, vigilante. A presença do VDRL positivo, com lesões primárias e secundárias, onde são contagiantes, inabilita o candidato ao trabalho, o médico deve instituir o tratamento adequado para a doença e cadastrar os casos para controle sorológico periódico.

HIPÓTESE - 4

OUTROS EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Outros exames subsidiários devem ser solicitados especificamente, para determinadas categorias.

DISCUSSÃO

Na atual NR-7, da portaria nº 12, de 6.6.83, determina que outros exames complementares ao exame clínico podem ser solicitados, para determinadas funções. Como exemplo temos os trabalhadores rurais, que normalmente são acometidos de patologias de coluna vertebral, causando lombalgias, que freqüentemente levam o funcionário a baixa produtividade e ao absenteísmo com freqüência. Daí era indicado a solicitação da radiografia da coluna lombo-sacro, mas hoje com o estudo ergonômico, a grande maioria dos trabalhadores terá aptidão para se adequar, sem maiores exigências. Além disso, hoje não mais se sustenta a procura de pessoas muito aptas para um serviço muito pesado; O objetivo da seleção médica deve ser o de evitar que pessoas sabidamente mais propensas para lombalgias ou outras alterações físicas venham a fazer serviço muito pesado e deteriorar o seu estado de saúde.

O eletroencefalograma, eletrocardiograma e a glicemia, são imprescindíveis para os candidatos destinados às funções de motorista, bombeiro, vigilante, prensista, ascensorista, operador de ponte rolante, trabalhadores de altura ou profundidade.

Para os candidatos destinados às funções que obrigam a manipulação de chumbo, nas suas diferentes formas, como operários de indústrias de baterias, funileiros, estanhadores, etc, é importante a pesquisa prévia de coproporfiria urinária ou da plumbemia.

Para os candidatos às funções de pintor e misturados de tintas, devido a manipulação de solventes que levam a alteração da série vermelha, branca e de plaquetas, é de suma importância a solicitação do hemograma.

Quando nos candidatos do sexo feminino, houver suspeita de gravidez, nas funções em que haverá manipulação de substâncias teratogênicas, é importante a solicitação do teste de gravidez, mas no caso do resultado positivo, não justifica a reprovação da candidata.

Para as candidatas a manipulação de substâncias hormonais, é obrigatória a dosagem de hormônios, tais como o 17-cetosteróides, o 17-hidroxiesteróides; Pregnandiol; Estrógenos fracionados; gonadotrofia hipofisária e outros.

A colpocitologia oncótica pode ser obrigatória em admissional para candidatas do sexo feminino acima dos 25 anos. Assim como a coprocultura é obrigatória em todos os candidatos que manipulam alimentos, tais como cozinheiros, garçons, garçonetes, pessoal de bar, lanchonetes, etc.

Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos quadros I e II da NR-7, os exames médicos complementares

deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho, (NR-7.4.2.1). Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não constantes dos quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores, (NR-7.4.2.2).

Parâmetros para controle Biológico da Exposição a alguns agentes Químicos

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biológico	Análise						
Anilina	Urina Sangue	p-aminofenol e/ou hemoglobina	até 2%	50 mg/g creat 5%	CG E	FG FJO-1	EE S.C.+	
Arsênico	Urina	Arsênico	até 10 ug/g creat.	50 ug/g creat	E ou EAA	FS+T-6	EE	
Cádmio	Urina	Cádmio	até 2 ug/g creat	5 ug/g creat.	EAA	NC T-6	S.C.	
Chumbo Inorgânico	Sangue Urina Sangue	Chumbo e Ácido delta amino levulinico	até 40 ug/ ml	60 ug/100 ml	EAA	NC T-1	S.C.	
Chumbo Tetraetila	Urina	Chumbo	até 50 ug/g creat.	100 ug/g creat	EAA	FJO-1	EE	
Cromo Hexavalente	Urina	Cromo	até 5 ug/g creat.	30 ug/g creat.	EAA	FS	EE	
Diclorometano	Sangue	Carboxiemoglobina	até 1% NF	3,5 % NF	E	FGO-1	S.C.+	
Dimetilformamida	Urina	N-metilformamida		40 mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-18
Dissulfeto de Carbono	Urina	Ac. 2 Tio-Tiazolidina		5mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-24
Esteres Organofosforados e Carbonatos	Sangue	Acetilcolinesterase Eritrocitária ou Clorinesterase e Plasmática ou Colinesterase eritrocitária e plasmática (sangue total)	Determinar a atividade pré-ocupacional	30% da depressão da atividade inicial 50% da depressão da atividade inicial 25% de depressão da atividade inicial		NC NC NC	S.C. S.C. S.C.	
Estireno	Urina Urina	Ac. Mandélico e/ou Ac. Fenil-glioxílico		0,8 g/g creat. 240 mg/g creat.	CG ou CLAD CG ou CLAD	FJ FJ	EE EE	
Etil-Benzeno	Urina	Ac. Mandélico		1,5 g/g creat.	CG ou CLAD	FS	EE	
Fenol	Urina	Fenol	20 mg/g creat.	250 mg/g creat.	CG ou CLAD	FJO-1	EE	
Flúor e Fluoretos	Urina	Fluoreto	até 0,5 mg/g creat.	3 mg/g creat. No início da jornada e 10 mg/g creat no final da jornada	IS	PP+	EE	
Mercúrio Inorgânico	Urina	Mercúrio	até 5ug/g creat.	35 mg/g creat.	EAA	PU T-12	EE	
Metanol	Urina	Metanol	até 5 mg/l	15 mg/l	CG	FGO-1	EE	
Metil-etil-cetona	Urina	Metil-etil-cetona		2mg/l	CG	FJ	EE	P-12
Monóxido de Carbono	Sangue	Carboxiemoglobina	até 1% NF	3,5 % NF	E	FJO-1	S.C.+	
N-hexano	Urina	2,5 hexanodiona		5 mg/g creat.	CG	FG	EE	P-18
Nitrobenzeno	Sangue	Metaemoglobina	até 2%	5%	E	FJO-1	S.C.+	
Pentaclorofenol	Urina	Pentaclorofenol		2 mg/g creat.	CG ou CLAD	FS+	EE	
Tetracloroetileno	Urina	Ac. Tricloroacético		3,5 mg/l	E	FS+	EE	
Tolueno	Urina	Ac. hipúrico	até 1,5 g/g creat.	2,5 g/g creat.	CG ou CLAD	FGO-1	EE	
Tricloroetano	Urina	Triclorocompostos totais		40 mg/g creat.	E	FS	EE	
Tricloroetileno	Urina	Triclorocompostos totais		300 mg/g creat.	E	FS	EE	
Xileno	Urina	Ac. Metil-hipúrico		1,5 g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	

Parâmetros para monitorização da exposição ocupacional a alguns riscos à saúde

RISCO	EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE DOS EXAMES	MÉTODO DE EXECUÇÃO	CRITÉRIO DE INTERPRETAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Ruído	Audiometria Tonal via aérea	Admissional Seis meses após a admissão anual	Otoscopia prévia Repouso acústico do trabalhador > 14 horas Cabine acústica Calibração do audiómetro segundo a norma ISSO 389/75 ou ANSI 1969		Independentemente do uso de EPJ
Aerodispersóides Fibrogénicos	Telerradiografia do tórax Espirometria	Admissional e anual Admissional e bienal	Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980 Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987	Classificação internacional da OIT para radiografia	
Aerodispersóides não Fibrogénicos	Telerradiografia do tórax	Admissional Trienal se exposição < 15 anos	Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980 Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987	Classificação internacional da OIT para radiografias	
Condições Hiperbáricas	Radiografias de articulações coxo-femorais e escápulo-umerais	Admissional e anual			
Radiações ionizantes	Hemograma completo e contagem de plaquetas	Admissional e semestral			
Hormónios sexuais femininos	Apenas em homens: testosterona total ou plasmática livre e LH e FSH	Admissional e Semestral			
Benzeno	Hemograma completo e plaquetas	Admissional e semestral			

HIPÓTESE – 5

PROVAS FUNCIONAIS

Deverão ser realizadas provas funcionais, algumas extensivas a todos os candidatos e outras específicas somente a determinadas funções.

DISCUSSÃO

Basicamente são realizadas a acuidade visual e a auditiva. Outras provas são efetuadas em candidatos destinados a determinadas funções. Para realização destas provas serão necessárias utilização de determinados

equipamentos, como orthorater, audiorater, audiômetro, analisador de função respiratória, eletrocardiógrafo, halteres, dinamômetro lombar, escapular e manual, balança com pediômetro, bicicleta ergométrica, etc. Devido ao alto custo dos equipamentos necessários para realização dos exames, é de suma importância, para conclusão do laudo médico, um bom exame clínico.

A acuidade visual, para longe, pode ser realizada pela escala optométricas e o cartão de Jaeger para perto, de simples realização e conclusão e que orientará o médico quanto à necessidade de encaminhamento para o exame oftalmológico especializado.

Na acuidade visual para perto realizada pelo cartão de Jaeger, a acuidade visual normal compreende os valores entre 0,37 e 0,50. A partir de 0,62 a 1,25, o candidato necessitará de um exame mais apurado. A cegueira para cores, pode ser pesquisada por meio de dispositivos de diferentes cores (esferas coloridas, fios coloridas, pequenas placas coloridas, etc.).

Para avaliação visual para longe, pode ser realizada pela escala optométrica preconizada pela *American Optical Association*, em uma distância de 5 metros, numa pessoa normal, identificará com facilidade os dizeres da faixa de 20/20 a 20/25. A partir dos valores 20/30 a 20/200, o exame oftalmológico é necessário.

Poderá avaliar clinicamente, sem o uso de equipamentos especiais, conforme explica Couto em seu livro *“Fisiologia do Trabalho Aplicada”*(1978):

1- Ponto próximo (de convergência)

Procedimento

1.1 *Fixar a visão na ponta de um objeto pontiagudo (lápis ou caneta);*

1.2 *Aproximar dos olhos o objeto na linha mediana;*

1.3 *Anotar a convergência dos olhos.*

Obs.: um ponto próximo além de 8 cm é sugestivo de hipermetropia.

2- Foria e tropia

Procedimento

2.1 *Fixar a visão na ponta de um objeto (lápis ou caneta), colocado a mais ou menos a 33 cm dos olhos;*

2.2 *Ocluir alternadamente os olhos e observar o movimento do olho não ocluído que procura o objeto;*

2.3 *Cessar a oclusão alternada dos olhos e fazer com que a pessoa*

examinada fixe o objeto com ambos os olhos.

Conclusão

a- Ausência de esforço físico para a fixação do objeto, ou seja, ausência de foria ou tropia;

b- Exigência de esforço físico para a fixação do objeto constatada pelo desvio de um dos olhos significa tendência para um estrabismo, ou seja, presença de foria;

c- Dificuldade de fixação do objeto e persistência do desvio de um dos olhos significa existência de um estrabismo verdadeiro, ou seja, presença de tropia.

3- Campo Visual

Procedimento

3.1 Manter a pessoa examinada defronte o examinador e olhando nos seus olhos;

3.2 Com um objeto pontiagudo (lápiz ou caneta), executar movimentos em diferentes quadrantes, anotando os pontos em que o objeto não é visto;

3.3 Comparar os resultados com o campo visual do examinador, que pressupostamente se considera normal.

A determinação da acuidade visual através do orthorater (vision tester), obtem-se um escore conforme os valores verificados, além do outros valores importantes, como os referentes às forias, à profundidade e à visão das cores. A identificação dos daltônicos e os portadores de forias e alteração de profundidade, cuja existência prejudica no desenvolvimento de muitas atividades, como aquelas ligadas a linha de montagem onde se utilizam dispositivos coloridos, operadores de pontes rolantes, etc.

AVALIAÇÃO DO TESTE DA ACUIDADE VISUAL

Escore	Snellen	Decimal	% de Visão (A.M.A.)
1	20/200	0,1	20%
2	20/100	0,2	49%
3	20/67	0,3	67,5%
4	20/50	0,4	76,5%
5	20/40	0,5	84,5%
6	20/33	0,6	88,5%
7	20/29	0,7	92,5%
8	20/25	0,8	95,5%
9	20/22	0,9	98%
10	20/20	1,0	100%
11	20/18	1,1	101,5%
12	20/17	1,2	103%

Fonte- “Master Orthorater”, da Baush-Lomb Incorporated, Rochester, New York.

Conforme a tabela seguinte, temos de uma forma prática, uma escala funcional de IV a 0, para determinação da porcentagem visual:

Grau	Escore	% de visão
IV	3	67,5%
III	6	88,5%
II	2	49,0%
I	1	20,0%
0	5	84,5%

Para realização das provas respiratórias, que praticamente são realizadas pelo vitalógrafo e por outros equipamentos mais sofisticados, que darão graficamente ou eletronicamente, valores para determinação dos elementos para identificar a capacidade vital forçada, fluxo expiratório no primeiro segundo, volume máximo ventilatório e o *peak-flow*, podem ser parcialmente substituído pelo simples exame realizado pelo espirômetro, que fornecerá a capacidade vital forçada, que constitui subsídio para determinação do chamado coeficiente de robustez, e o volume máximo ventilatório, que permitirá a avaliação da capacidade de trabalho de um operário sob o ponto de

vista respiratório. Os testes realizados pelo vitalógrafo, ou pelo analisador do tipo Monaghan, por exemplo, permitem, de forma simples, detectar alterações pulmonares de caráter restritivo, obstrutivo ou misto que, analisados juntamente com a força aeróbica calculada, permitirão indicar ou não o candidato para o trabalho que deverá desempenhar.

A acuidade auditiva só pode ser efetivamente realizada por intermédio de testes audiométricos, realizando a audiometria, pelos audiômetros. Pelo teste do audiorater, não fornecerá os resultados com precisão desejada, mas poderá fornecer ao médico do trabalho subsídio para identificar uma hipoacusia do tipo trauma acústico e encaminhar o candidato para o serviço especializado, para um exame mais apurado.

Pela audiometria poderá identificar as porcentagens de perdas auditivas, adaptando-se a uma tabela com graduação de IV a 0, estabelecendo os seguintes parâmetros:

Grau	Perda auditiva em %
IV	0 a 10%
III	10 a 30%
II	30 a 50%
I	50 a 70%
0	70% ou mais

Para calcular a perda auditiva, pode-se utilizar a escala proposta por *Fowler*. A perda global é calculada multiplicando-se a porcentagem do ouvido de menor perda por sete, somando-se esse valor pela porcentagem do ouvido de maior perda e dividindo-se esse resultado por oito, nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 4.000Hz, levando-se esses valores à tabela de *Fowler* (referência ISO – 1964). Sendo o resultado dado em porcentagem.

CÁLCULO DE PERDA AUDITIVA

Referência I.S.O. – 1964

PERDAS EM dB	% 500 Hz	% 1.000 Hz	% 2.000 Hz	% 4.000 Hz
10	0,2	0,3	0,4	0,1
15	0,5	0,9	1,3	0,3
20	1,1	2,1	2,9	0,9
25	1,8	3,6	4,9	1,7
30	2,6	5,4	7,3	2,7
35	3,7	7,7	9,8	3,8
40	4,9	10,2	12,9	5,0
45	6,3	13,0	17,3	6,4
50	7,9	15,7	22,4	8,0
55	9,6	19,0	25,7	9,7
60	11,4	21,5	28,0	11,2
65	12,8	23,5	30,2	12,5
70	13,8	25,5	32,2	13,5
75	14,6	27,2	34,0	14,2
80	14,8	28,8	35,8	14,6
85	14,9	29,8	37,5	14,8
90	15,0	29,9	39,2	14,9
95	-	30,0	40,0	15,0
100	-	-	-	-

Segundo *Fowler*

Para os candidatos com distúrbios auditivos prévios, devido a ação deletéria do ruído industrial sobre o aparelho auditivo dos trabalhadores, a piora da audição é maior, levando a um baixo rendimento no trabalho, em que é necessário uma audição normal, predispondo a erros, danos e mesmo acidentes de trabalho. Daí a necessidade de uma seleção médica nesse sentido. Na função de telefonista é indispensável uma adequada acuidade auditiva. Em ambientes com altos níveis sonoros ambientais, a integridade do aparelho auditivo fica ameaçada e mais ainda se já existem lesões. Os protetores auriculares (abafadores auriculares), que comumente são utilizados nas maiorias das indústrias dá proteção no máximo de 30%, ou atenua 30 a 35 dB do ruído industrial e apenas 10 a 17 dB na frequência de conversação normal (2.000 dB).

AVALIAÇÃO DAS PERDAS AUDITIVAS

O cálculo das perdas auditivas pelo critério de *Fowler* é discutível e não mais é aceito no ponto de vista da saúde ocupacional, sendo usado por alguns, como indicador de agravamento da condição audiológica do trabalhador. A previdência Social utiliza tal critério para fins indenizatório.

Para o controle efetivo e criteriosamente técnico sugere utilização de um dos seguintes critérios:

a) de COSTA (1992)

Consiste em se calcular a média aritmética dos valores obtidos nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 Hz. De acordo com os resultados obtidos classifica-se o resultado audiométrico conforme a seguinte tabela:

CLASSIFICAÇÃO DAS PERDAS AUDITIVAS INDUZIDAS PELO RUÍDO		
GRUPO	MÉDIA 500, 1.000, 2.000 Hz	MÉDIA 3.000, 4.000, 6.000 Hz
0	< = 25 dB	< = 25 dB
0+	< = 25 dB	< = 25 dB (*)
I	< = 25 dB	> 25 dB
II	< = 25 dB	> 25 dB e 3.000 > 25 dB
III	< = 25 dB	> 25 dB e 2.000 > 25 dB
IV	>25 dB	> 25 dB
V	Traçado Anômalo (patologia não induzida pelo ruído)	
(*) Com 3.000 ou 4.000 ou 6.000 Hz acima de 25 dB		

b) De PEREIRA (1978):

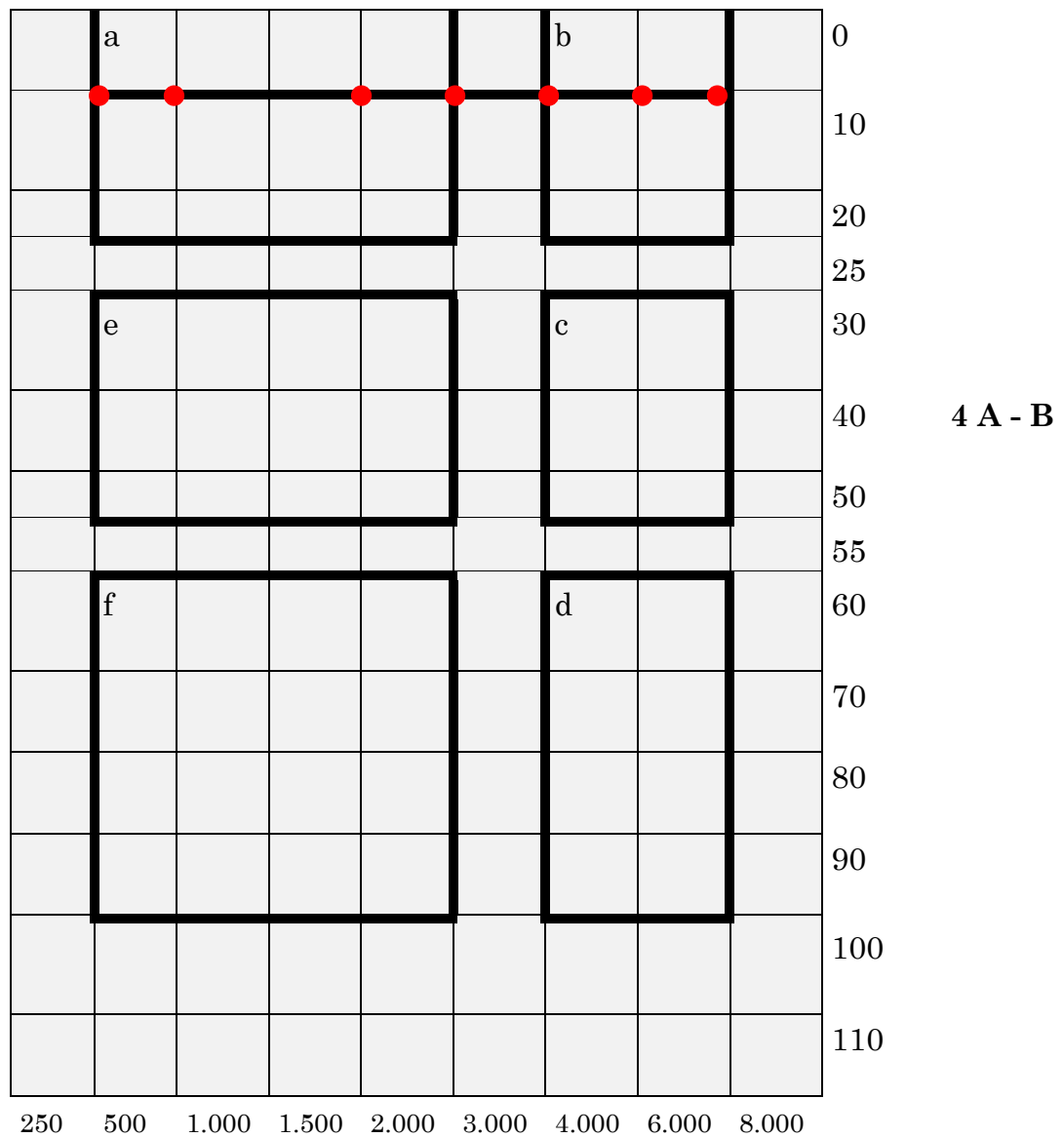
Baseia-se nas perdas audiológicas nas frequências de 500, 1.000 ou 2.000, 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz, cujos valores são comparados aos valores da tabela a seguir:

		<i>LIMIARES AUDITIVOS NAS FREQUÊNCIAS DE</i>		
<i>GRUPO</i>	<i>GRAU</i>	<i>500, 1.000 ou 2.000 Hz</i>	<i>3.000 Hz</i>	<i>4.000 ou 6.000 Hz</i>
0	Normal	até 25 dB	até 25 dB	até 25 dB
I	PAIR – 1º grau	até 25 dB	até 25 dB	entre 25 e 35 dB
II	PAIR – 2º grau	até 25 dB	acima de 25 dB	acima de 35 dB
III	PAIR – 3º grau	acima de 25 dB	acima de 25 dB	acima de 25 dB
IV	PAIR e outras causas	Atende aos requisitos de PAIR, porém há outra causas		
V	Outras causas			

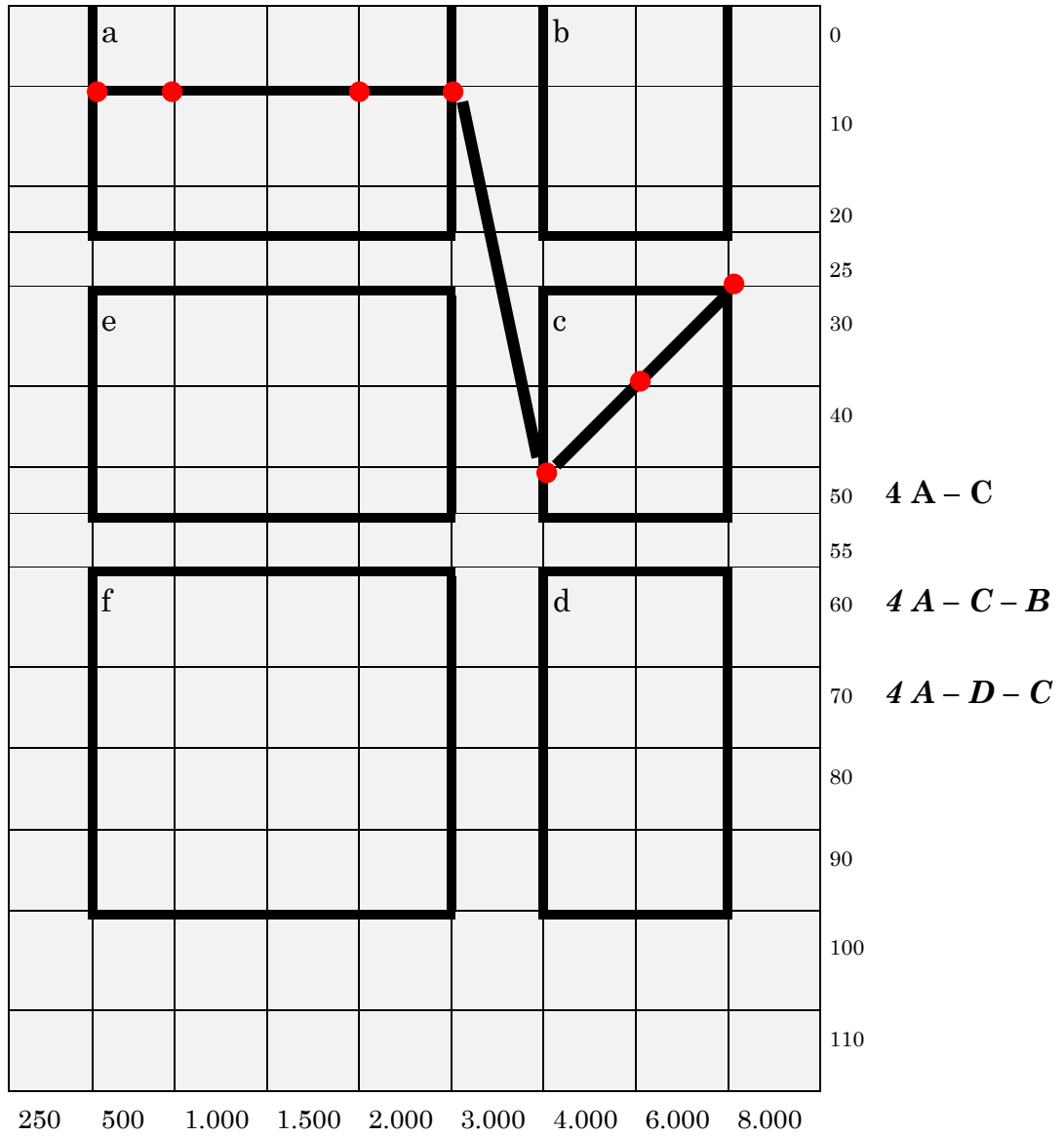
c) de MERLUZZI (1979)

Consiste em se superpor o traçado audiométrico obtido em 8 padrões preestabelecidos conforme os seguintes modelos:

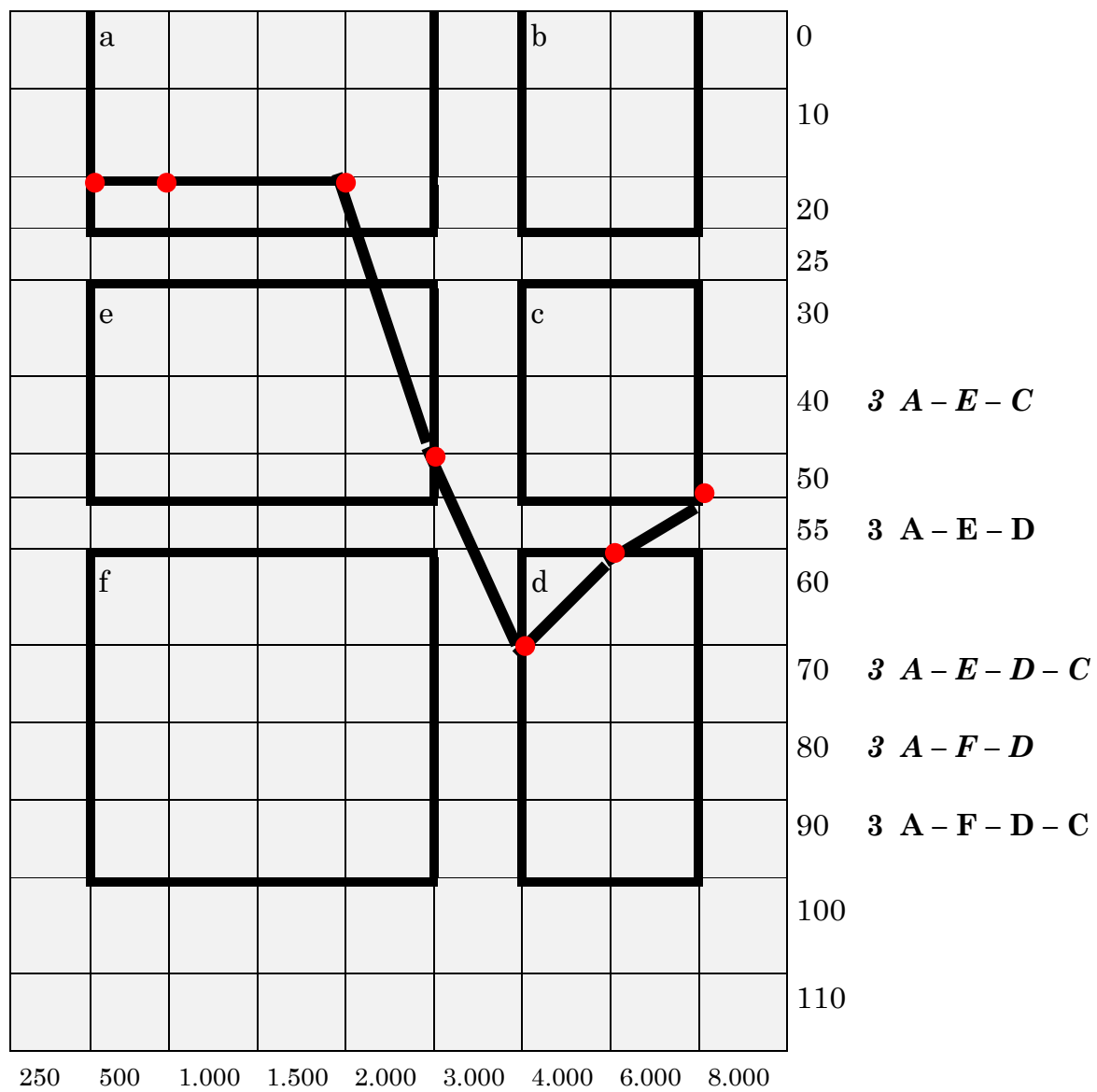
NORMAL



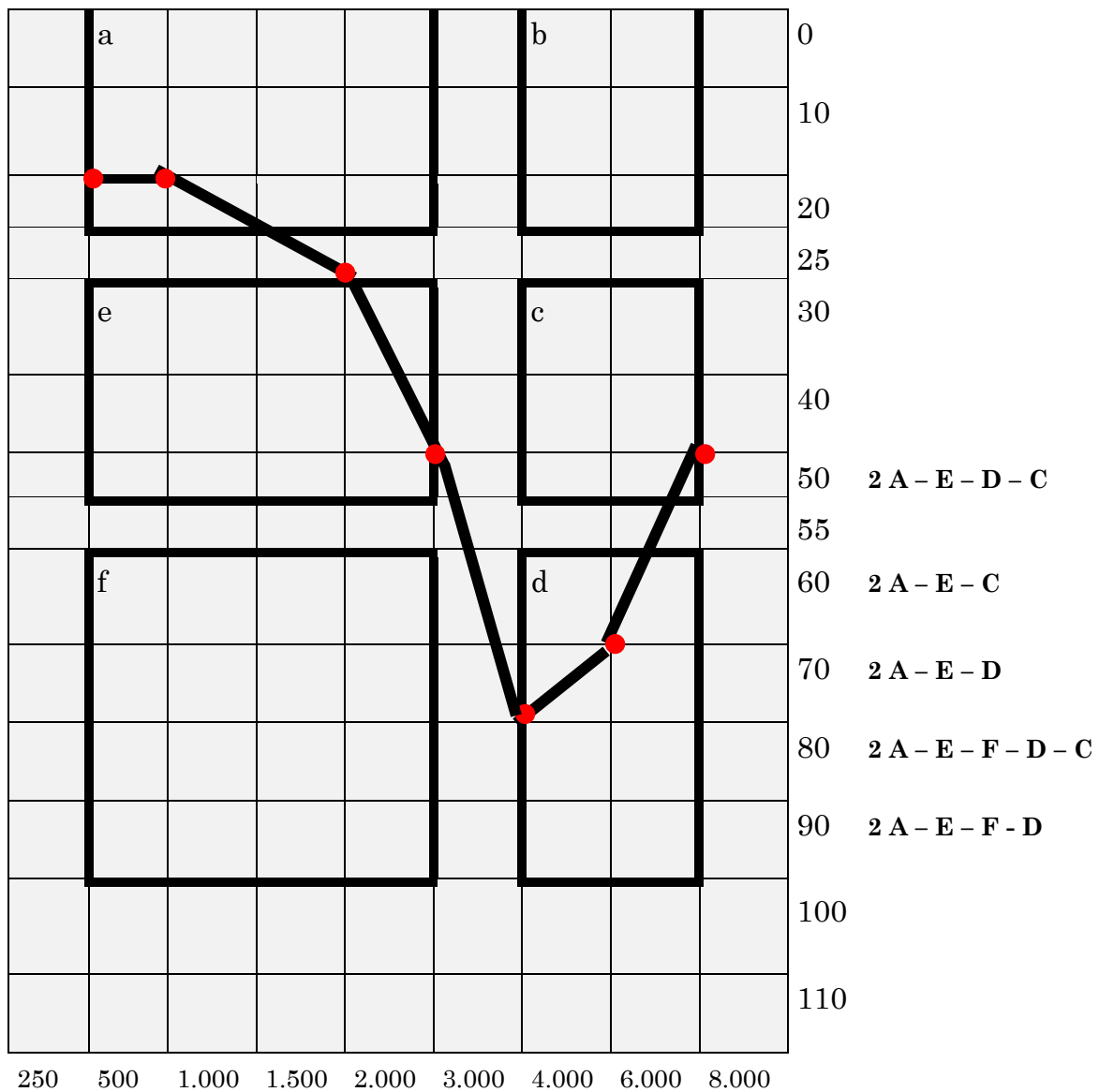
HIPOACUSIA POR RÚIDO DE 1º GRAU



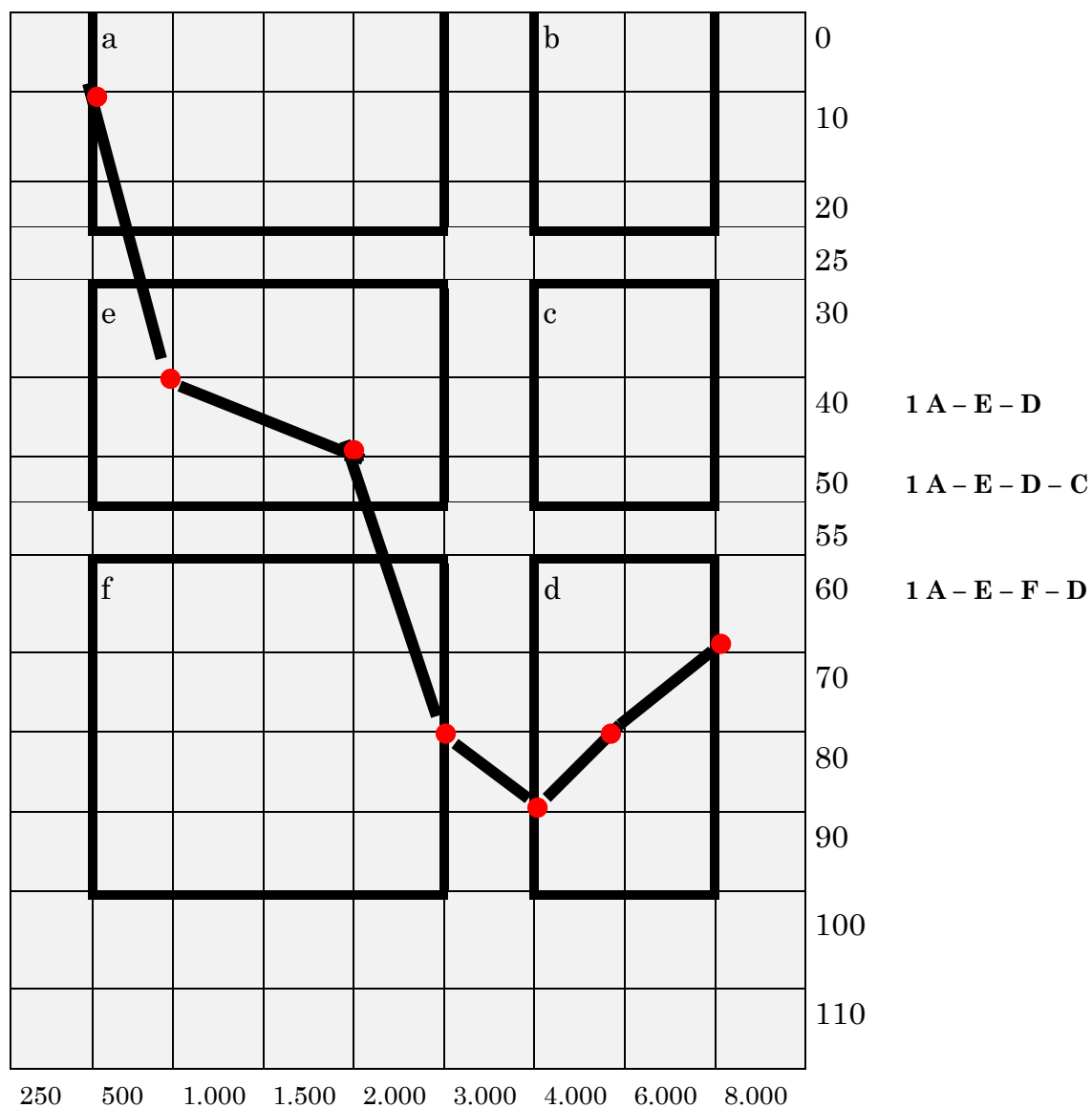
HIPOACUSIA POR RÚIDO DE 2º GRAU



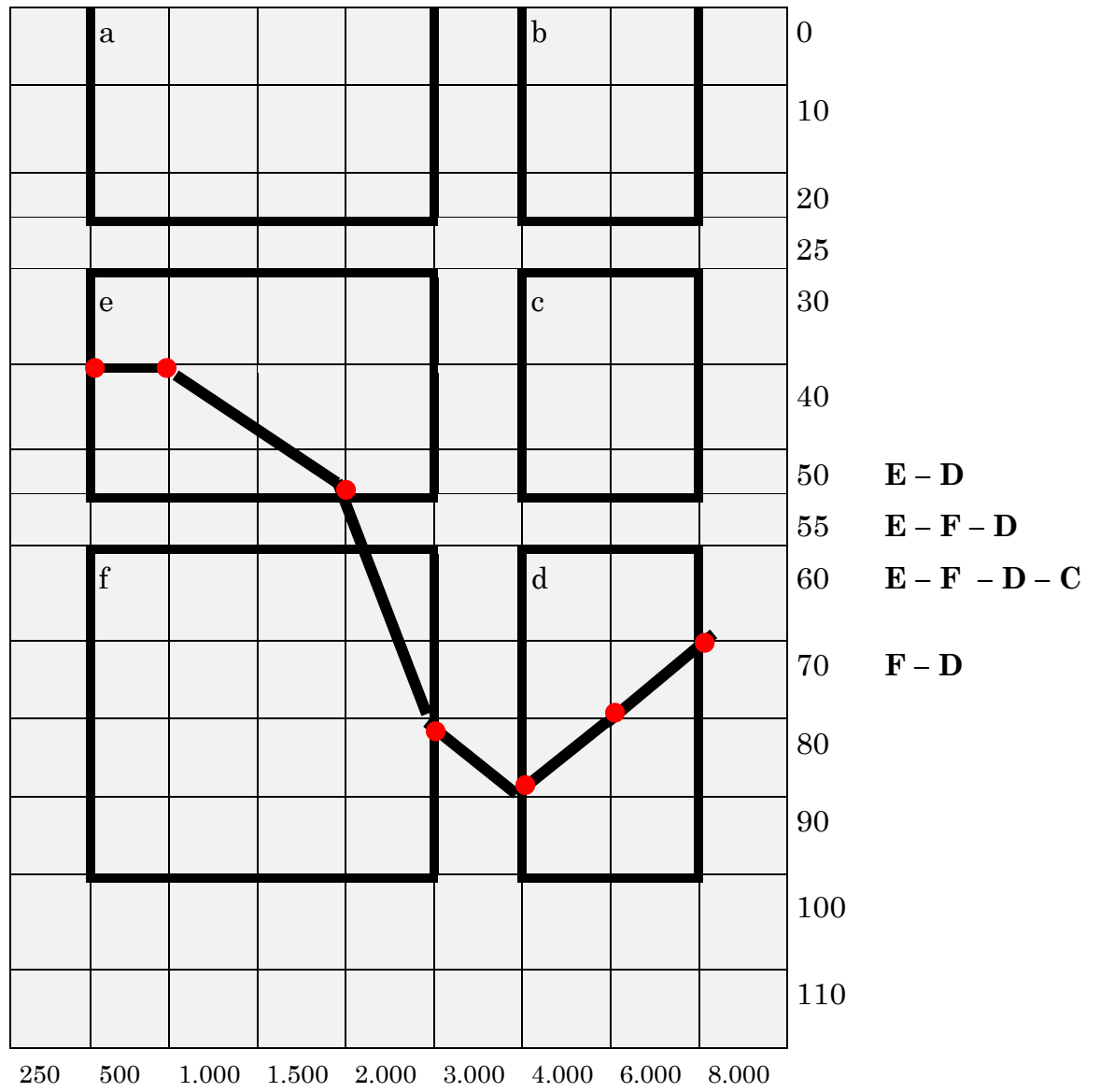
HIPOACUSIA POR RÚIDO DE 3º GRAU



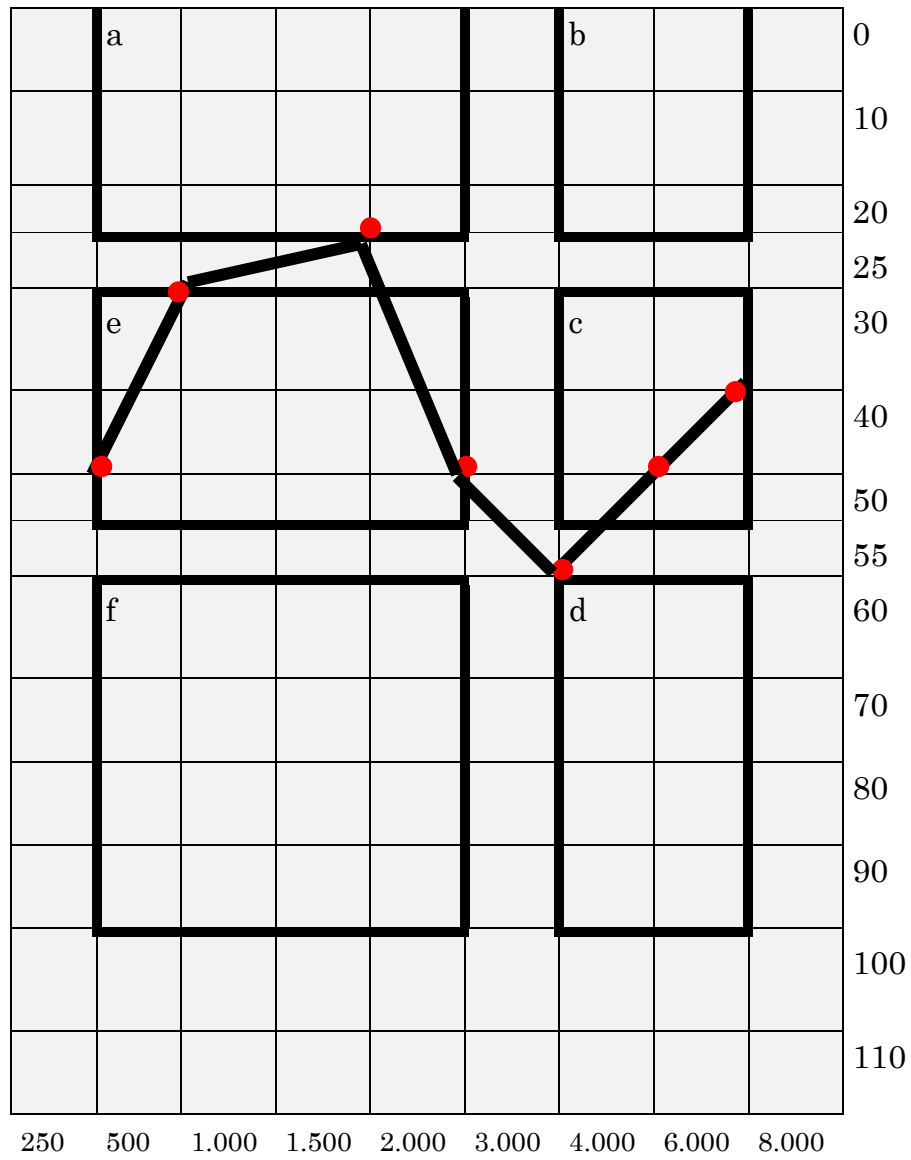
HIPOACUSIA POR RUIDO DE 4º GRAU



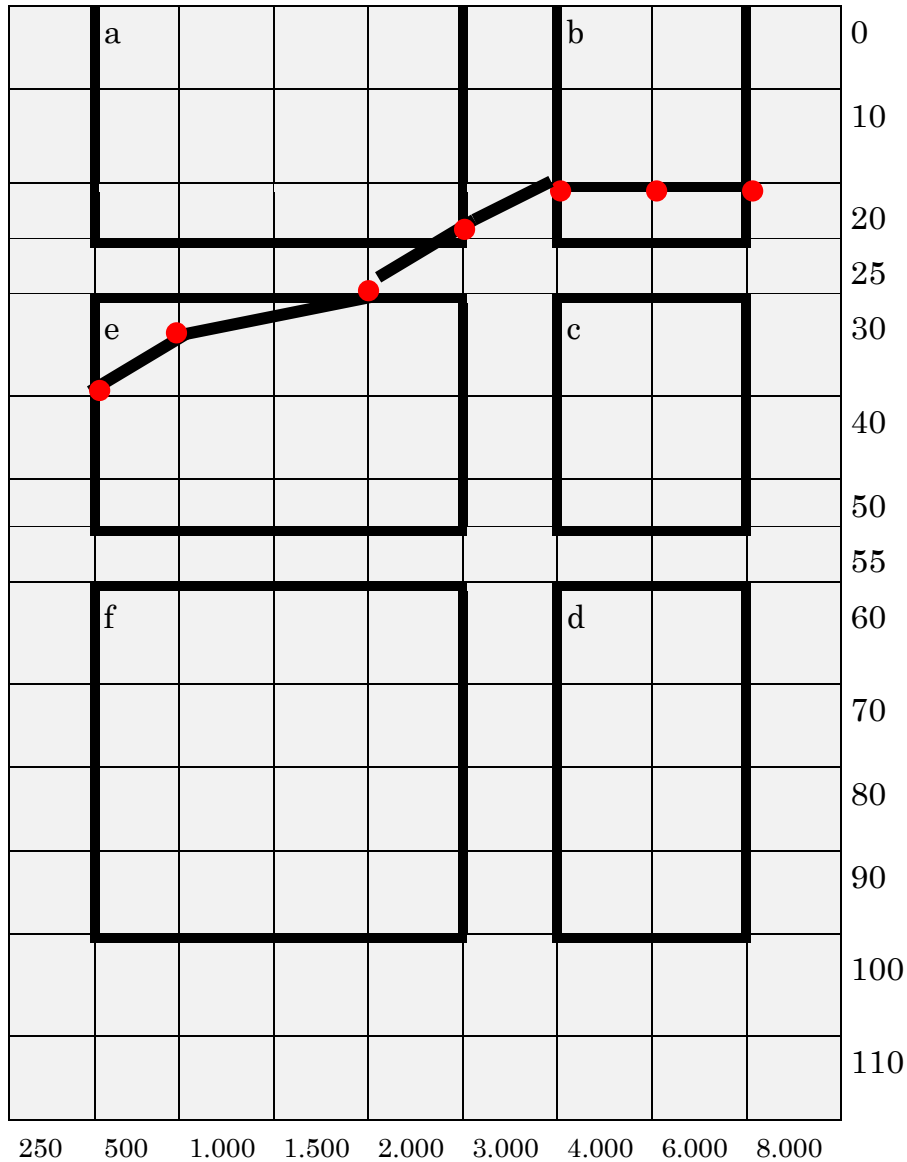
HIPOACUSIA POR RUÍDO DE 5º GRAU



DEFICIT POR RUÍDO E OUTRAS CAUSAS



TODOS OS DÉFICITS NÃO POR RUÍDO



d – Para os trabalhadores expostos ao ruído industrial, temos um outro critério para avaliar as perdas auditivas. Baseia-se também no cálculo das médias aritméticas obtidas entre as frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz, do valor resultante na frequência de 3.000 Hz e na média aritmética obtida entre as frequências de 4.000 e 6.000 Hz.

**CLASSIFICAÇÃO AUDIOMÉTRICA DAS PERDAS
AUDITIVAS
DE TRABALHADORES EXPOSTOS A RUÍDO OCUPACIONAL**

Grau	Média aritm. 500 Hz 1.000 Hz 2.000 Hz	3.000 Hz	Média aritm. 4.000 Hz 6.000 Hz	AUDIÇÃO	CONDUTA
0	< ou = 25 dB	< ou = 25dB	< ou = 25dB	Normal	
I	< ou = 25 dB	< ou = 25dB	> 25 dB	Gota acústica	Medidas preventivas
II	< ou = 25 dB	> 25 dB	> 25 dB	Prejuízo clínico	C.A.T.
III	> ou = 25 dB	> 25 dB	> 25 dB	Surdez profissional	Readaptação
IV	26 a 46 dB			Redução em grau mínimo	Indenizável
V	46 a 70 dB			Redução em grau médio	
VI	> 70 dB			Redução em grau máximo	
D.A.N.O.	Disacusia ocupacional	não		Tratamento com otologista	

Para determinação do coeficiente de robustez (Cr), utiliza-se a tabela de Goulene, onde constam o índice ponderal (Ip), o índice de Spehl, o perímetro bicipital médio direito e esquerdo (Bm), a força manual média direita e esquerda (Mm), a força escapular (E), a força lombar (L) e a resistência aos pesos (Tm). O índice ponderal (Ip) é indicado pela relação entre o peso do candidato (p) multiplicado pelo perímetro torácico (Pt) e dividido pelo perímetro abdominal (Pa). O índice de Spehl é determinado pela relação entre a capacidade vital do candidato (Cv) multiplicada pelo peso (p) e dividida pela altura (h). O perímetro bicipital médio (Bd) com o perímetro bicipital esquerdo (Be) e dividindo-se esse valor por dois. A força manual média (Mn) é calculada somando-se a força manual direita (Md) com a força manual esquerda (Me) e dividindo-se esse valor por dois. Para essa determinação, utiliza-se o

dinamômetro manual. Os valores da força escapular (E) e da força lombar (L) são obtidos diretamente por aqueles indicadores respectivamente pelos dinamômetros escapular e lombar. A resistência aos pesos (Tm) é obtida somando-se o tempo de sustentação do membro superior direito (Td) com o tempo de sustentação do membro superior esquerdo (Te) e dividindo-se esse valor por dois. Para tal utilizam-se halteres de cinco quilos para homens e de três quilos para mulheres.

O coeficiente de robustez (Cr) será calculado dividindo-se o valor obtido da soma dos valores das cotas (T) pelo número de provas efetuadas N. Para cada um dos valores determinados corresponderá uma cota, conforme mostra a tabela abaixo.

TABELA DE ROBUSTEZ DE GOULENE

	IP	SPEHL	Bm	Mm	E	L	Tm
COTA	0	0	0	0	0	0	0(5kgf)
1	100	2.000	35	60	90	180	79
2	90	1.800	33	55	75	156	66
3	85	1.500	31	46	61	141	56
4	78	1.350	29	41	40	126	41
5	70	1.200	27	36	30	111	31
6	64	1.100	26	30	21	96	24
7	58	1.000	25	25	14	81	15
8	51	900	24	20	08	60	09
9	45	800	23	15	05	40	06
10	40	700	23	15	05	40	06

FONTE: Simonin, CASADO. –“Medicina del Trabajo”

O coeficiente de robustez obtido será enquadrado numa escala de graduação de IV a 0. Para a determinação dos valores, temos a necessidade de equipamentos como o dinamômetro manual, dinamômetro escapular, dinamômetro lombar, fita métrica, espirômetro, balança com pediômetro e halteres de cinco quilos para homens e de três quilos para mulheres.

A avaliação da adaptação circulatória ao esforço tem importância no exame médico admissional quando se pretende indicar um candidato para o desempenho em trabalhos pesados, ou quando existe algum impedimento total ou parcial para trabalho de pessoas que tenha qualquer afecção cardiovascular ou que se restabeleceu de patologia cardiocirculatória. Quando relacionado com eletrocardiograma essa avaliação permite detectar precocemente a existência de coronariopatia. É uma avaliação aeróbica e nos dá idéia de como o candidato

se comporta em um turno de oito horas. Quando se aumenta a carga de trabalho há um aumento concomitante da frequência cardíaca e da captação de oxigênio, isso permite determinar a força aeróbica do operário através de sua capacidade de adaptação cardíaca ao esforço. A força aeróbica máxima do operário será aproximadamente a mesma que o coração suporta quando submetido ao máximo de esforço. Para determinação dessas medidas, são utilizados vários tipos de aparelhos, tais como bicicleta ergonômica ou a esteira rolante e, de forma mais econômica, o teste de escada, além do teste quantitativo de Ryhming e Astrand. Todos esses métodos podem ser substituídos pela prova de *Lian*, que dispensa qualquer equipamento ou dispositivo para a sua realização. Consiste em que o candidato saia do lugar, em realizar um movimento de marcha durante um minuto à razão de dois passos por segundo, elevando a perna de modo a formar um ângulo de 90° com o segmento tronco-coxa. É considerado resultado normal quando após o exercício aumentar 30 ou menos de 30 batimentos por minuto e normalizar-se num tempo igual ou menor a 3 minutos. O aparecimento de taquipnéia, estase de jugular ou cianose indica provável grau insuficiência cardíaca.

A verificação da coordenação motora e da emotividade pode ser efetuada por meio da prova dos saltos e da prova giratória.

A prova dos saltos consiste em determinar ao candidato que fique saltitando com um só pé; ao sinal de alto, ele deve parar, sem apoiar o outro pé no chão, mantendo os olhos fechados. A prova giratória, imprimem-se três movimentos giratórios ao candidato, à razão de uma volta por segundo; a seguir determina-se que ele se sustente em equilíbrio sobre um pé, levando para diante o outro, correspondente ao sentido de rotação. O resultado será considerado normal se a recuperação do candidato se der em até 10 segundos.

Obtido todos esses dados, estabelece-se a chamada capacidade funcional do candidato, que, comparada aos parâmetros prévios determinados para cada função, permite uma seleção quase perfeita.

Para avaliação da capacidade funcional do candidato, necessita-se de determinação prévia de vários escores referente ao coeficiente de robustez, à acuidade visual e auditiva, às condições cardiocirculatórias, ao equilíbrio, ao aparelho locomotor, às condições neuropsíquicas e à sudorese das mãos. Para o estabelecimento desses escores há necessidade da instituição de alguns parâmetros padronizados, que servirão para nortear as exigências funcionais. Citaremos algumas exigências funcionais com as suas respectivas gradações e escore.

1- COEFICIENTE DE ROBUSTEZ

GRAU	ESCORE	CONCLUSÃO
IV	1 a 3,9	ideal
III	4 a 4,9	normal
II	5 a 5,9	satisfatório
I	6 a 7,9	sofrível
0	8 a 10,0	insuficiente

2 – ACUIDADE AUDITIVA

GRAU	PERDA AUDITIVA
IV	0 a 10%
III	10 a 30%
II	30 a 50%
I	50 a 70%
0	70 ou mais

3 –ACUIDADE VISUAL

GRAU	ESCORE	% DE VISÃO
IV	3	67,5%
III	6	88,5%
II	2	49,0%
I	1	20,0%
0	5	84,5%

4 – CONDIÇÕES CARDIOCIRCULATÓRIAS

GRAU	ESCORE
IV	Exame clínico normal –Reação de Machado Guerreiro negativa – ECG normal –Prova de Lian normal
III	Exame clínico normal
II	Alterações semióticas assintomáticas
I	Cardiopatía detectada, porém assintomática
0	Cardiopatía descompensada

5 – CONDIÇÕES DE EQUILÍBRIO

GRAU	ESCORE
IV	Marcha, equilíbrio ortostático, Romberg, prova de saltos e giratória normais
III	Marcha, Romberg e equilíbrio ortostático normais
II	Marcha e equilíbrio ortostático normais
I	Distúrbio discreto da marcha e do equilíbrio ortostático
0	Comprometimento grave da marcha e do equilíbrio ortostático

6 – CONDIÇÕES DO APARELHO LOCOMOTOR

GRAU	ESCORE
IV	Sistema muscular, tendões, articulações, coluna vertebral e sistema venoso dos membros inferiores íntegros
III	Discretas alterações, porém sem comprometimento global ou regional do aparelho locomotor. Ausência de varizes dos membros inferiores
II	Comprometimento regional do aparelho locomotor, ou existência de Discretas varizes dos membros inferiores sem complicações
I	Comprometimento global do aparelho locomotor
0	Grave comprometimento global do aparelho locomotor, ou presença de varizes complicadas

7 – CONDIÇÕES NEUROPSÍQUICAS

GRAU	ESCORE
IV	Exame neurológico normal Ausência de antecedentes pessoais Psiquismo íntegro EEG normal
III	Exame neurológico normal Ausência de antecedentes pessoais Psiquismo íntegro
II	Existência de uma das alternativas: -Antecedentes de epilepsia ou psicopatia -Seqüelas neurológicas parcialmente incapacitantes -Neurose discreta
I	Existência de uma das alternativas: -Epilepsia controlada com medicamentos -Alcoolismo moderado ou neuroses
0	Existência de uma das alternativas: -Seqüelas neurológicas incapacitantes -Psicopatia evidente -Alcoolismo com dependência -Dependência de drogas -Outras neuroses ou psicopatias em atividade

8 – CONDIÇÕES DE SUDORESE

GRAU	ESCORE
IV	Mínima
III	Discreta
II	Regular
I	Intensa
0	Máxima

Determinando os diferentes escores, associados ao exame clínico e os resultados dos exames subsidiários laboratoriais e radiológicos, traça-se o perfil biométrico, que permitirá chegar-se a uma conclusão sobre as aptidão do candidato para atender às exigências do cargo para o qual foi designado.

É importante que a empresa tenha estabelecido perfis biométricos para diferentes funções exercidos na empresa, para que se possa comparar e

escolher os melhores candidatos. No perfil biométrico podem constar outros dados, tornando-o mais completo, tais como: posição-base, motilidade do tronco e membros inferiores, estado nutricional, força aeróbica, tolerância ao calor e ao frio, tolerância aos irritantes cutâneos, aos irritantes respiratórios e aos tóxicos sistêmicos.

Os dados obtidos na determinação do perfil biométrico podem ser levados a uma ficha, conforme o modelo a seguir:

PERFIL BIOMÉTRICO					
NOME..... FUNÇÃO.....					
IDADE..... ESTATURA..... PESO.....					
CONDIÇÕES DE	EXIGÊNCIAS – GRAUS				
	IV	III	II	I	0
1. Coeficiente de robustez					
2. Acuidade auditiva					
3. Acuidade visual					
4. Equilíbrio					
5. Aparelho locomotor					
6. Neuropsiquismo					
7. Sudorese					

CONCLUSÃO: APTO APTO COM RESTRIÇÕES INAPTO

OBS:.....
.....

O candidato será considerado apto quando o seu perfil biométrico, comparado com o perfil-padrão, coincidir ou estiver à esquerda deste. Será inapto quando estiver à direita. A aptidão com restrições será recomendada quando o perfil obtido, comparado com o perfil-padrão, apresentar algumas exigências voltadas para a direita e a maioria coincidir ou se apresentar à esquerda.

HIPÓTESE – 6

ESQUEMA IMUNOLÓGICO GERAL

A imunização dos funcionários é uma medida segura, garantida e obrigatória contra certas afecções de etiologia infecciosa.

DISCUSSÃO

Para os funcionários que possuem certo perigo de ferimentos, um simples esquema tríptico de vacinação anti-tetânica é suficiente, para imunizá-lo contra o tétano que quase sempre é uma enfermidade fatal e freqüente em nosso meio. O esquema de vacinação contra o tétano é tríptico é realizado três doses de vacinas, uma em cada mês, a partir da admissão. A dose de reforço é realizado cinco anos após a realização da terceira dose, e a partir daí é realizado uma dose a cada dez anos.

A vacinação antivariólica é dispensável em virtude de sua proscricção pela Portaria Ministerial da Saúde nº 55/Bsb, de 29.01.80.

Nas empresas cujo efetivo é primordialmente feminino e a mão-de-obra selecionada se constitui de mulheres, pode-se adotar também como exigência admissional a vacinação contra a rubéola, virose cujo efeitos deletérios na gestante são sobejamente conhecidos.

A vacinação antiamarílica é obrigatória para os trabalhadores destinados a derrubada de mata, nos locais onde a doença é endêmica, sendo necessário uma revacinação a cada dez anos.

Em relação a maleita, pode-se adaptar-se um esquema profilático (discutível) nos trabalhadores de zonas endêmicas, administrando-se um comprimido diário de antimalárico, uma semana antes da chegada na zona endêmica, durante toda a sua permanência e continuando quatro semanas após a saída da região.

As vacinações contra febre tifóide, cólera e meningite meningocócica somente é indicado no caso de surtos epidêmicos, obedecendo às recomendações do Ministério da Saúde.

ESQUEMA IMUNOLÓGICO GERAL

TÉTANO		
IMUNIZAÇÃO ATIVA –ANATOX TETÂNICA		
APLICAÇÃO	PERÍODO	REFORÇO
1ª dose	Ingresso	5 anos após a 3ª dose
2ª dose	Após 30 dias do	A cada 10 anos, após
3ª dose	ingresso	o
	Após 60 dias do	1º reforço
	ingresso	
PARA ACIDENTADOS COM FERIMENTOS		
<p>1.1. Já vacinado com menos de 5 anos da dose de reforço Dispensada a vacinação</p>		
<p>1.1. Com mais de 5 anos da dose de reforço Vacinação obrigatória (anatox tetânica)</p>		
<p>1.3. Sem a dose de reforço Vacinação obrigatória (anatox tetânica)</p>		
<p>1.4. Com a última dose de reforço há mais de 10 anos Soro antitetânico – 5.000 a 10.000 U no músculo após teste cutâneo ou imunoglobulina humana antitétano – 250 – 500 U no músculo Obs.: Em todos os casos associar sempre antibiótico.</p>		
<p>2. Não vacinados ou não informantes Procedimento idêntico ao item 1.4.</p>		
<p>3. Na gestação</p>		
<p>1ª dose 5º mês de gestação (anatox tetânico)</p>		
<p>2ª dose 6º mês de gestação (anatox tetânico)</p>		

B) RUBÉOLA			
<p>1. Pesquisa de anticorpos da rubéola no elenco dos exames complementares exigidos no exame de admissão para candidatos do sexo feminino.</p>			
PROCEDIMENTOS			
	RESULTADO	CONDUTA	
	NEGATIVO	Vacinação anti-rubéola	
	POSITIVO	Dispensada a vacinação	
<p>OBS.: Evitar a gravidez durante o período de 2 a 3 meses após a vacinação</p>			

<p>2. Gestantes contactantes</p> <p>2.1. Após o 4º mês de gestação risco nulo para o feto</p> <p>2.2. No 1º trimestre de gestação risco comprovado para o feto</p> <p>Conduta</p> <p>2.2.1. Gamaglobulina humana ineficiente e não indicada</p> <p>2.2.2. Testes imunológicos indispensáveis (pesquisa de anticorpos da rubéola)</p>	
RESULTADOS	CONCLUSÃO
A) Positivo (1 semana após o contato)	Imunidade
B) Positivo (2 a 3 semanas após o contato, com quadriplicação de títulos	Infecção recente com risco para o feto
C) Negativo	Suscetível
D) Negativo com positivação 2 a 4 semanas após.	Infecção recente

C) MALEITA		
1. Profilaxia (discutível)		
MEDICAMENTO	DOSES	ORIENTAÇÃO
Daraprin (Wellcome) (pirimetamina)	25 mg (1 comp.) por semana	Iniciar 1 semana antes da chegada à zona endêmica e continuar durante 4 semanas após a saída
Aralen (Winthrop)	150 mg (2 comp.) por semana	Idem
Plaquinol (Winthrop)	300 mg (1 comp.) por semana	Idem

<p>D) VARÍOLA</p> <p>Extinta a obrigatoriedade da vacinação.</p> <p>Portaria nº 55/Bsb, de 29.1.80 – Ministério da Saúde.</p>

<p>E) CÓLERA – FEBRE TIFÓIDE – MENINGITE MENINGOCÓCICA</p> <p>Vacinação indicada apenas por ocasião dos surtos epidêmicos, obedecendo às recomendações do Ministério da Saúde.</p>

FEBRE AMARELA

1. Indicada para as regiões Norte e Centro-Oeste e outras regiões endêmicas identificadas pela Sulcam.
Revacinação a cada 10 anos.

HIPÓTESE – 7

ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS BÁSICOS

Sendo numerosas funções desenvolvidas nas empresas, deve o médico do trabalho conhecê-las o suficiente a fim de estabelecer para cada função os exames subsidiários laboratoriais e radiológicos básicos, bem como as provas funcionais necessárias.

DISCUSSÃO

Como cada função apresenta particularidades deverá ser solicitado exames diversos e específicos, citaremos alguns exemplos:

1 – Operadores de máquinas (torneiros mecânicos, frezadores, etc.): Radiografia de tórax; Reação sorológicas para Lues (VDRL); Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Teste de acuidade visual (Screening); Acuidade visual pelo Orthorater (Vision tester), ou através das escalas optométricas e do cartão de Jaeger.

2 – Motoristas, vigilantes, bombeiros, prensistas, pessoal que trabalha em altura ou em profundidade: Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues (VDRL); Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Glicemia; Hemograma completo. (Observação; Alterações de glicemia ou da reação de Machado Guerreiro, mesmo na ausência de sinais clínicos e de anormalidades no traçado eletrocardiográfico, por si só contra-indicam o candidato para essas funções); Vacinação anti-tetânica; Vacinação anti-malária (para zona rural em derrubadas de matas); Testes psicológicos; PMK (Psico diagnóstico Mio kinetic); Provas Funcionais obrigatórias: Acuidade auditiva pelo audiorater; Acuidade visual pelo orthorater ou através do cartão de Jaeger e das escalas optométricas; Eletroencefalograma; Eletrocardiograma. (Observação: Alterações visuais e auditivas não passíveis de correção e alterações de

eletroencefalograma e eletrocardiograma contra indicam o candidato para estas funções).

3 - Testadores de motores, caldeiros e funileiros: Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação anti-tetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, acuidade auditiva.

4 - Pintores e misturadores de tintas: Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; provas funcionais obrigatórias : acuidade auditiva e acuidade visual.

5 - Pessoal destinado a trabalho com chumbo (funileiro estanhador, operários de fábrica de baterias, de fábricas de tintas, de pintura de cerâmica, etc): Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma Completo; Coproporfirina urinária semiquantitativa ou plumbemia ou protoporfirina eritocitária; Vacinação antitetânica (1ª dose); Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, Acuidade auditiva.

6 - Pessoal destinado a trabalho em galvanoplastia (anodização, cromação, cobreação e zincagem): Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual; Acuidade auditiva.

7 - Pessoal destinado a trabalho em restaurante, cozinhas e atividades afins: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Coprocultura; Hemograma completo; Colpocitologia oncológica para candidatas maiores de 25 anos; Bacteriológico de secreção nasofaríngea; Mamografia para candidatas com suspeita de patologia mamária; Teste de gravidez se houver suspeita clínica; Pesquisa de anticorpos de rubéola nos candidatos do sexo feminino; Pesquisa de BK no escarro ou PCR para o BAAR; Vacinação antitetânica; Vacinação anti-rubéola nas candidatas não imunes; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade auditiva, acuidade visual.

8 - Pessoal destinado a tratamento térmico: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, Acuidade auditiva.

9 - Pessoal destinado a trabalho como ajudante geral (para os setores industriais, da construção civil, etc.): Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de

Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, acuidade auditiva.

10 - Pessoal feminino destinado a trabalho em áreas produtivas costureiras, embaladoras, montadoras, tapeceiras, tecelãs, etc), para as áreas administrativas dos setores produtivos e ajudantes de serviços gerais: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Colpocitologia oncótica para maiores de 25 anos de idade; Mamografia para candidatas com suspeita de patologia mamária; Teste para gravidez quando houver suspeita clínica; Pesquisa de anticorpos de rubéola; Vacinação antitetânica; Vacinação anti-rubéola, nas candidatas não imunes; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, acuidade auditiva.

11 - Pessoal destinado às atividades administrativos (masculino ou feminino: secretárias de escritórios, etc.): Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Colpocitologia oncótica para candidatas acima de 25 anos de idade; Mamografia para candidatas com suspeita de patologia mamária; Teste de gravidez quando houver suspeita clínica; Pesquisa de anticorpos de rubéola nos candidatos do sexo feminino; Vacinação antitetânica dispensada; Vacinação anti-rubéola nas candidatas não imunes; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, Acuidade auditiva.

12 - Para aprendizes: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax (somente para maiores de 14 anos); Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, Acuidade auditiva.

13 - Pessoal destinado às atividades comerciais e bancárias (masculino e feminino), balconista, vendedores, etc: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia de tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores de 25 anos; Mamografia para candidatas com suspeita de patologia mamária; Teste de gravidez se houver suspeita clínica; Pesquisa de anticorpos de rubéola nos candidatos do sexo feminino; Vacinação antitetânica dispensada; Vacinação anti-rubéola nas candidatas não imunes; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, acuidade auditiva.

14 - Pessoal destinado às atividades em minas, pedreiras, cerâmicas, jato de areia, indústria de cana-de-açúcar, de algodão, de amianto, de sílica, vidrarias, etc: Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia dos pulmões; Reação sorológica para lues; Reação de Machado

Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade auditiva, acuidade visual; Provas de função respiratória.

15 - Pessoal destinado a trabalho em indústria farmacêutica (masculino e feminino): Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia do tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Dosagem hormonal em função da exposição; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores de 25 anos; Mamografia para as candidatas com suspeita de patologia mamária; Teste de gravidez se houver suspeita clínica; Pesquisa de anticorpos de rubéola nos candidatos do sexo feminino; Vacinação antitetânica dispensada; Vacinação anti-rubéola, nas candidatas não imunes; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual; Acuidade auditiva.

16 - Pessoal destinado às atividades rurais (agrícola, florestal, etc.): Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia do tórax; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Hemograma completo; Vacinação antitetânica; Vacinação anti-amarelão, se estiver em zona endêmica; Teste de gravidez para trabalhadoras face suspeita clínica; Provas funcionais obrigatórias: Acuidade visual, Acuidade auditiva.

17 - Pessoal destinado às atividades de radiação ionizantes, radiologia, radioterapia, cobaltoterapia, etc. : Exames laboratoriais e radiológicos; Radiografia dos pulmões; Hemograma completo; Reação sorológica para lues; Reação de Machado Guerreiro; Protoparasitológico; Colpocitologia oncótica para candidata maiores de 25 anos; Teste de gravidez se houver suspeita clínica (Beta HCG); Mamografia para candidatas com suspeita de patologia mamária; Pesquisa de anticorpos para rubéola em candidatas do sexo feminino; Vacinação anti-rubéola nas candidatas não imunes; Provas funcionais: Acuidade visual e acuidade auditiva;

18 - Pessoal destinado ao setor de saúde (incluídos médicos residentes, estagiários e estudantes de medicina): **Em hospitais:** Radiografia de tórax; Hemograma completo; Protoparasitológico; Reação sorológica para Lues; Reação de Machado Guerreiro; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores que 25 anos; Pesquisa de anticorpos da rubéola em candidatas do sexo feminino; Teste de PPD; Teste de gravidez se houver suspeita clínica (Beta HCG); Teste psicológicos (PMK); Vacinação antitetânica; Vacina anti-rubéola; Vacina contra hepatite A e B; Vacinação pelo BCG intradérmico nos casos de PPD negativo; Provas funcionais: Acuidade auditiva e visual, eletrocardiograma para ambos os sexos maiores de 40 anos, eletroencefalograma para candidatos a motoristas e ascensoristas, dinamometria lumbar para atendentes e à enfermagem em geral. Para candidatos a funções específicas (além dos exames citados acima): **setor de alimentação:** Coprocultura; Bacteriológico de secreção nasofaríngea. **Setor de**

irradiações ionizantes (radiologia, radioterapia, cobaltoterapia, etc.): Radiografia de tórax; Teste de gravidez se houver suspeita clínica. **Setor de berçário e pediatria:** Coprocultura; bacteriológico de secreção nasofaríngea. **Centro cirúrgico:** Teste de gravidez se houver suspeita clínica (Beta HCG). **Ambulatórios:** Radiografia de tórax, Hemograma completo; Protoparasitológico; Reação sorológica para Lues; Reação de Machado Guerreiro; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores de 25 anos; Teste de gravidez se houver suspeita clínica (Beta HCG); Pesquisa de anticorpos antirubéola nos candidatos do sexo feminino; Teste do PPD; Testes psicológicos (PMK); Vacinação antitetânica; Vacinação para rubéola; Vacinação para hepatite A ou B; Vacinação pelo BCG intradérmico nos casos de PPD negativo; Provas funcionais: acuidade visual e auditiva; Eletrocardiograma para ambos os sexos maiores de 40 anos; Eletroencefalogramas para candidatos a motoristas e ascensoristas. **Para candidato específico a pediatria, além dos anteriores incluir:** Coprocultura e bacteriológico de secreção de nasofaringe. **Em serviços afins:** Radiografia de tórax; Hemograma completo; Protoparasitológico; Sorologia para Lues; Reação de Machado Guerreiro; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores de 25 anos; Pesquisa de anticorpos para rubéola em candidatas do sexo feminino; Teste de gravidez se houver suspeita clínica; Teste psicológicos (PMK); Vacinação antirubéola na ausência de anticorpos específicos; Provas funcionais: Acuidade visual e auditiva; Eletrocardiograma para ambos os sexos maiores de 40 anos. **Para candidatos a serviços a laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica, de fisioterapia e reabilitação, etc.:** Radiografia de tórax; Hemograma completo; Protoparasitológico; sorologia para Lues; Reação de Machado Guerreiro; Colpocitologia oncótica para candidatas maiores de 25 anos; Pesquisa de anticorpos para rubéola nos candidatos do sexo feminino e teste de gravidez se houver suspeita clínica (Beta HCG).

HIPÓTESE – 8

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL DE MENORES

Não há regulamentação com dados específicos para o exame médico admissional de menores. Devido a isso a avaliação leva a laudos incorretos.

DISCUSSÃO

Considera-se menor para fins trabalhistas a pessoa com idade entre 12 e 18 anos incompletos a idade média varia em torno de 14 anos. O menor deve ser avaliado como um escolar, e como tal deve-se adotar os mesmos parâmetros para examiná-lo. A fase de treinamento de um menor deve durar cerca de 2 anos como aprendiz e 1 ano como estagiário. Deve-se levar em consideração que neste período o menor sofrerá alterações fisiopsicológicas, sendo que sua capacidade de aprendizagem e aperfeiçoamento dependerão de fatores endógenos e exógenos.

HIPÓTESE – 9

EXAME CLÍNICO DO MENOR

Antes do exame clínico deve-se realizar um interrogatório o mais completo possível, enfatizando-se as condições de gestação, nascimento, doenças próprias da infância, acidentes ocorridos, convulsões, cirurgias, hábitos higiênicos, e alimentares.

DISCUSSÃO

Para realizar o exame físico de um menor, é necessário proceder-se ao exame físico e ao exame antropométrico. Um detalhado exame clínico deve preceder o exame físico. Finalmente, procede-se ao exame clínico, que deve ser efetuado com o mínimo de roupa. Todos os segmentos devem ser examinados, adotando-se uma propedêutica disciplinada (segmento cefálico, tronco, membros). A palpação a percussão e ausculta devem completar o exame clínico. Atenção especial as vias aéreas superiores é exigida no exame do menor, pois se tem demonstrado que menores portadores de vegetações em adenóides que dificultam a respiração nasal, o que dificulta a respiração nasal, apresentando pequeno aproveitamento nos estudos e no trabalho, dando a impressão de serem pouco inteligentes. Tais menores apresentam-se com a boca semi-aberta e seus maxilares são mais desenvolvidos em relação ao nariz, determinando o chamado fácies adenoidiano. Nesses casos, o tratamento cirúrgico especializado deve ser previamente indicado.

HIPÓTESE – 10

O EXAME FÍSICO DO MENOR

O exame físico do menor deve ser minuciosamente explorado em todos os segmentos, devendo ser enfatizado o exame antropométrico, visto que o menor é um ser em constante transformação.

DISCUSSÃO

PELE E ANEXOS: É indispensável o exame minucioso da pele e anexos, pesquisando-se sensibilidade a dor ao calor ao frio, e manchas suspeitas. Verificar a existência de dermato-micoses, ectoparasitas, cicatrizes, e de nevus. antecedentes ou presença de lesões dermatológicas como acne grau III e IV, ictiose vulgar, psoríase e dermatite atópica, contra indicam a manipulação de óleos, graxas e solventes.

MÚSCULO-ESQUELÉTICO: Com freqüência, os menores se apresentam ao exame admissional já com alterações esqueléticas, especialmente de coluna vertebral (cifose, lordose ou escoliose), por má postura, ou por mobiliário escolar inadequado, uso de mochilas com peso superior a capacidade de sua coluna, já desde tenra idade . Destes desvios patológicos de coluna , a escoliose é o mais comum e surge preferencialmente entre os 10 e 15 anos sendo mais freqüente em meninas. Como conseqüência constituem fator predisponentes a lombalgia e báscula de bacia, ocasionando encurtamento de um dos membros inferiores.

É comum encontrar menores com baixo índices de aproveitamento escolar e no trabalho, por problemas auditivos ou visuais.

CAVIDADE BUCAL E NARIZ: O exame da boca e orofaringe deve complementar o exame físico. A presença de amígdalas hipertrofiadas e criptiformes exige uma avaliação otorrinolaringológica mais detalhada, enquanto o desvio do septo nasal ou a suspeita de adenóides que estariam comprometendo a respiração nasal devem ser corrigidos.

EXAME ANTROPOMETRICO: Para complementar o exame físico deve o candidato menor ser submetido ao exame antropométrico; isto é ser submetido a uma série de mensurações, como, altura, peso, perímetro torácico, força muscular, capacidade vital. Sendo o BRASIL um país com dimensões continentais, as características étnicas variam de região para região. As raras

tabelas existentes, muitas vezes baseadas em tabelas estrangeiras, com adaptações para determinadas regiões, são usadas para realizar as mensurações. Mesmo estas tabalas não servem como um p metro nacional,ou mesmo para uma determinada macro região, pois menor de uma capital, ou região metropolitana, difere em suas características, de um menor de uma área rural, desta macro região. Entretanto, pela tábua de crescimento organizada em SÃO PAULO, pela Dra EMMA de AZEVEDO CASTRO, podemos apreciar bem a evolu o pondero-estatural de um menor em idade escolar.

	PESO		ESTATURA	
IDADE	MENINOS	MENINAS	MENINOS	MENINAS
	Kg	Kg	m	m
07 anos	22.570	21.870	1.15	1.13
08 anos	25.050	24.090	1.21	1.20
09 anos	26.820	25.620	1.25	1.24
10 anos	31.200	28.700	1.30	1.30
11 anos	32.270	32.920	1.33	1.34
12 anos	33.760	35.750	1.35	1.42
13 anos	38.400	39.800	1.40	1.48
14 anos	39.200	41.800	1.46	1.52

Tabela de crescimento – São Paulo
Segunda a Dra. *Emma de Azevedo Castro*

A referida tabela não poderia ser aplicada a menores do norte do BRASIL, visto que em consequência de diferenças étnicas, são geralmente menores que os do sul. O importante é relacionar peso com a estatura, verificando-se a sua proporcionalidade.   possível termos um menor com estatura bem inferior a da tabela e ser normal, desde que o peso seja proporcional. No exame de um menor subnutrido o peso e altura são inferiores aos da tabela, mas é o peso que apresenta maior diferença. O perímetro torácico é medido por meio de uma fita métrica flexível, podendo ser determinado ao nível do apêndice xifóide ou dos mamilos. O apêndice xifóide foi adotado pela Comissão Internacional para Unifica o das Medidas Antropométricas.

Coefficiente de robustez: Obtidos os valores de peso, estatura, e de perímetro torácico, deve-se determinar o coeficiente de robustez :

$$CR = T - (P + Ct)$$

Sendo: **P** = peso medido em quilos

T = altura em centímetros

Ct = perímetro torácico

Assim a constituição física do menor será tanto melhor quanto mais baixo for o coeficiente de robustez.

HIPÓTESE - 11

EXAMES SUBSIDIÁRIOS LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS.

Os exames laboratoriais e radiológicos, são de suma importância.

No admissional de menores, pois complementam a clinica em busca de uma melhor qualidade de saúde .

DISCUSSÃO

É indispensável os exames subsidiários no admissional de menores, visto que complementa os achados clínicos , e muitas vezes diagnosticam patologias que passam despercebidas no exame clínico. Basicamente são os seguintes exames que devem ser solicitados: Reação sorológica para lues (vdr1); reação de Machado Guerreiro, fundamentalmente este em áreas endêmicas, largamente espalhadas, pois a população obreira migra com freqüência aos centros mais desenvolvidos à procura de trabalho. Protoparasitológico e hemograma completo, devem ser solicitados pois é sabido a influencia de verminoses e anemia no desenvolvimento físico e intelectual do menor, com prejuízo de seu aprendizado. Os exames radiológicos devem ser destinados aos maiores de 14 anos e aqueles menores portadores de certas anomalias que exijam um laudo conclusivo mais apurado. O exame radiológico nos maiores de 14 anos auxiliará a análise quanto a existência de anomalias pulmonares, dos vasos da base e da coluna dorsal. Outros exames como eletroencefalograma são preconizados em menores que tenham antecedentes familiares, de nascimento ou de traumas cranianos que nos façam suspeitar de possíveis crises convulsivas; necessário também se faz uma glicemia se tivermos suspeita de diabetes em um menor candidato ao trabalho.

HIPÓTESE - 12

PROVAS FUNCIONAIS

No exame médico admissional do menor, certas provas funcionais são indispensáveis e devem ser efetuadas obrigatoriamente.

DISCUSSÃO

O aprendizado e desenvolvimento do menor depende fundamentalmente de suas habilidades inatas e da integridade anatômica e funcional de seus órgãos do sentido, principalmente audição e visão. Das anormalidades mais comuns em menores a miopia é a que mais predomina, já em 1867, Cohn precursor da ciência da higiene visual relatou o resultado do exame de 10.000 menores, verificando a presença de miopia em grande parte dos examinados. Nobecourt afirma que, na imensa maioria, a miopia se instala na juventude e depende do trabalho de perto. A causa seria olhar muito de perto, isto é a menos de 35 cm, disso resultaria uma solicitação exagerada dos músculos do globo ocular, com modificações da circulação, provocando um crescimento irregular do globo ocular e conseqüentemente o aumento de seu eixo anteroposterior.

Utiliza-se, para avaliação visual, as escalas optométricas, na acuidade visual para longe, e o cartão de Jaeger, para perto. A cegueira para cores deve ser pesquisada, nos menores que irão trabalhar em linha de montagem e que utilizam dispositivos coloridos.

Outra avaliação importante é a acuidade auditiva. Antes do teste auditivo, é importante que se efetue o exame otoscópico a fim de se detectar possíveis anomalias do conduto auditivo e da membrana timpânica, e se detecte cerume, causas comuns de déficit auditivo.

É importante também, em se tratando de menores, realizar o esquema imunológico, isto é vacinação anti tetânica, adotando-se o esquema tríplice, e a dose de reforço. Os candidatos menores de 14 anos deve-se indicar a reação de PPD e a aplicação de BCG intradérmico naqueles que a reação for negativa.

HIPÓTESE 13

CRITÉRIOS PARA LAUDOS CONCLUSIVOS

Os critérios para admissão do menor trabalhador não diferem muito daqueles utilizados para o trabalhador adulto.

DISCUSSÃO

Compete ao médico do trabalho conhecer previamente as características da função de aprendizagem ou treinamento a que será destinado o menor.

Podemos adotar o sistema de conceitos:

APTO

INAPTO

INAPTO TEMPORÁRIAMENTE

INAPTO COM RESTRIÇÕES

INAPTO DEFINITIVAMENTE

OU SIMPLEMENTE APTO OU INAPTO

Considera-se APTO o candidato não portador de anormalidades ou afecções para o trabalho.

O INAPTO TEMPORÁRIO será aquele portador de anormalidades passíveis de cura a curto prazo.

O APTO COM RESTRIÇÕES será aquele que apresenta anormalidades crônicas, porém não incapacitantes.

O INAPTO DEFINITIVO, é aplicado aquele portador de certas anormalidades físicas funcionais ou psíquicas que o incapacite para qualquer atividade profissional definitivamente.

Os valores do exame antropométrico serão registrados em uma ficha (ficha antropométrica), cujo modelo, anexo, poderá ser utilizado.

MODELO DE FICHA ANTROPOMÉTRICA

FICHA ANTROPOMÉTRICA							
NOME				MATRICULA.....			
IDADE.....		COR		NATURALIDADE.....			
VALORES ANTROPOMÉTRICOS							
Data	Idade	Peso	Estatura	Perímetro Torácico	Coeficiente de Robustez	Força Muscular	Capacidade Vital

COEFICIENTE DE ROBUSTEZ = $CR = T - (P+Ct)$

T = ESTATURA EM CENTÍMETROS

P = PESO EM QUILOS

Ct = PERÍMETRO TORÁCICO

HIPÓTESE – 14

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL DE MULHERES

Toda mulher candidata a um trabalho, deve ser submetida a exames admissionais gerais e específicos para o sexo feminino, para protegê-la, e a população onde ela irá trabalhar.

DISCUSSÃO

Histórico: A preocupação quanto a saúde da mulher trabalhadora data de 1906, quando foi estabelecida a primeira norma internacional durante a CONFERÊNCIA DIPLOMÁTICA, realizada em Berna, Suíça, organizada pela Associação Internacional para a Proteção Legal dos Trabalhadores, precursora da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Referia-se a dita norma a proibição do trabalho noturno de mulheres nas indústrias, e ao estabelecimento da jornada de trabalho de 10 horas, para o trabalho feminino, adotada em 1918 e revisada pela Convenção nº 41 de 1934 e pela convenção nº 89 de 1948 da OIT. Em 1935 nova norma, a convenção nº 45 estabelece a proibição de trabalho subterrâneo para mulheres, e posteriormente a OIT adota em 1951 a convenção nº 103 relativa a proteção a maternidade. A constituição brasileira de 1988, estabelece que a gestante faz jus a 120 dias de licença sem prejuízo do emprego e do salário.

O EXAME CLÍNICO: O exame médico admissional é obrigatório para todas as candidatas ao trabalho independente da atividade que irão desempenhar. Uma vez atendidas as exigências de recrutamento e seleção a candidata deverá submeter-se ao exame médico, orientada previamente quanto a realização de exames laboratoriais e radiológicos, devendo comparecer ao exame munida do resultado destes exames. A mesma metodologia utilizada para o exame clínico do adulto do sexo masculino poderá ser usada para a mulher adulta.

O EXAME FÍSICO: A candidata deverá ser examinada, preliminarmente em decúbito dorsal, e com o mínimo de roupa possível. Enfatizamos esse detalhe em virtude da possibilidade de passarem despercebidas certas anormalidades que se não incapacitam para o trabalho, o tornam restrito. Devemos atentar para os antecedentes alérgicos e dermatoses pré existentes, pois estas patologias contra indicam a manipulação de graxas, solventes, colas, tintas, resinas, etc.. Na pele e anexos deve-se verificar nevus e sinais que podem ser precursores de neoplasias de pele, e que contra indicam o trabalho ao sol.. A coluna vertebral deve ser pesquisada, procurando-se verificar a existência de desvios patológicos, muito freqüentes entre mulheres (cifose, lordose, escoliose), e que provocam báscula de bacia com conseqüente encurtamento de um dos membros inferiores. Tais patologias contra indicam atividades que exigem posição contínua em pé ou sentado como por exemplo telefonista, balconista, secretária, costureiras etc. Terminada a propedêutica dos diferentes segmentos, completa-se o exame físico com os órgãos dos sentidos. Constatada a existência de alguma anomalia, esta deve ser tratada. A inspeção odontológica é indispensável, com a indicação prévia de remoção de cáries dentárias. A presença de prótese dentária deve ser removida e inspecionada pois muitas lesões posteriores a estas próteses, são muitas vezes pré cancerosas. Em função da freqüência de queixas genito-urinárias, deve-

se proceder-se um rigoroso exame ginecológico e de mamas. Deve-se pesquisar antecedentes gineco-obstétricos como: menarca, regularidade do ciclo menstrual, tensão pré menstrual, cólicas, uso de anticoncepcional, gestações, câncer ginecológico em familiares diretos. Verificar a integridade da parede abdominal, incisões cirúrgicas, para pesquisa de eventuais hérnias e diástases dos retos abdominais. Examinar a circulação venosa dos membros inferiores- varizes contra indicam tarefas que mantenham a trabalhadora muito tempo em pé, sem deambular, ou muito tempo sentadas, como telefonista, por exemplo. No exame físico de candidatas menores (12 a 18 anos) adota-se a mesma metodologia do admissional de menores homens.

HIPÓTESE – 15

EXAME LABORATORIAL,RADIOLÓGICO E PROVAS FUNCIONAIS

Basicamente, os exames solicitados são os mesmos que se pede para os trabalhadores do sexo masculino, completando com os exames específicos para o sexo feminino.

DISCUSSÃO

Os exames laboratoriais e radiológicos solicitados são: Hemograma completo, Radiografia de tórax, Reação de Machado Guerreiro, Sorologia para lues. Em se tratando de candidatas, deve-se levar em consideração características inerente ao sexo, o que nos leva a ampliar o quadro de exames; Colpocitologia oncótica (papanicolau) e bacterioscopia de secreção vaginal (para pesquisa de candidiase, trichomonas, gardenerella, etc), teste de gravidez, tal medida em virtude de contra indicação em certos trabalhos, mormente nos quatro primeiros meses de gestação (tintas, colas, resinas, solventes, produtos químicos farmacêuticos, inseticidas, etc.). LAUDOS CONCLUSIVOS: Como para o trabalhador homem, os resultados devem ser : APTO, INAPTO TEMPORARIAMENTE INAPTO.

HIPÓTESE – 16

EXAME MÉDICO DEMISSIONAL

Os procedimentos adotados no exame médico de demissão são idênticos àqueles obedecidos na realização do exame médico periódico, com atenção para a existência de possíveis patologias ocupacionais.

DISCUSSÃO

O exame médico de demissão deve ser efetuado até a data da homologação do desligamento dos trabalhadores desde que o último controle médico tenha sido realizado: a) até cento trinta e cinco dias para os trabalhadores de empresas classificadas em grau de risco 1 e 2 no quadro I da NR-4; b) até noventa dias para os trabalhadores pertencentes a empresas classificadas em grau 3 e 4, do quadro I da NR-4.

Exames subsidiários (laboratoriais, radiológicos e/ou de provas funcionais), devem ser solicitados, em face de suspeitas clínicas e seus resultados devem constar no atestado de saúde ocupacional (ASO), exigido e indispensável, na conclusão da avaliação médica. O referido ASO deverá ser emitido pelo médico examinador em três vias, sendo que a primeira será mantido ao prontuário médico do empregado, a segunda entregue ao trabalhador demissionário e a terceira via enviada ao departamento pessoal par ser juntada ao *dossier* do empregado desligado da empresa. Nessa oportunidade o médico do trabalho examinador emite o seu laudo conclusivo esclarecendo se o empregado está ou não apto para o desligamento imediato ou se o desligamento deverá ser protelado em face da necessidade de novas avaliações clínicas ou subsidiárias em virtude de o empregado estar acometido de provável patologia ocupacional, porém passível de tratamento a curto prazo.

Estando o trabalhador demissionário acometido de comprovada patologia ocupacional, seu desligamento é proibido, devendo ser encaminhado para a perícia médica do INSS, a fim de receber os benefícios acidentários a que faz jus. Se por outra parte trata-se de patologia não ocupacional, o desligamento pode ser autorizado, orientando-se entretanto o trabalhador quanto às questões referentes aos benefícios oferecidos pela Previdência Social (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, etc.).

* Em se tratando do empregado do sexo feminino, Marano

sugere a realização prévia do teste de gravidez (Beta HCG), objetivando resguardar os direitos da trabalhadora e, ao mesmo tempo evitar sanções legais que a empresa está sujeito, por ter demitido a empregada grávida.

HIPOTESE – 17

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL DOS SUBNORMAIS

Do ponto de vista da medicina ocupacional, é considerado subnormal todo aquele que apresenta certas deficiências físicas ou psíquicas não incapacitantes, porém determinantes e em caráter definitivo de uma limitação de sua capacidade de trabalho.

DISCUSSÃO

Tais deficiências podem ser identificadas no exame médico admissional, ou nos exames médicos periódicos, quando adquiridas após admissão em consequência de acidentes do trabalho, doenças profissionais ou em decorrência de outras doenças. As deficiências podem ser : Do sistema músculo-ósteo-articular, do aparelho auditivo, do aparelho visual, do sistema nervoso, e do sistema cárdio-respiratório. Identificada a subnormalidade, o trabalhador deve ser cadastrado em arquivo a parte, para facilitar a sua identificação, e o seu controle periódico. O registro da deficiência pode ser efetuado no próprio prontuário do subnormal, podendo-se adotar a sigla SN (subnormal), marcada no envelope desse prontuário. Tal medida facilitará posteriores identificações. O cadastramento do subnormal deve ser feito de forma tal que possibilite as convocações necessárias para o controle médico periódico. Marano¹, sugere ainda uma codificação dividindo-se as subnormalidades em dois grupos (I e II). No grupo I estão incluídas as subnormalidades já existentes que por si só determinam uma limitação parcial ou total. Nas do grupo II, estariam incluídas aquelas afecções que exigem um controle freqüente, em face do potencial de limitação que apresentam, tendo em vista os agravamentos ou complicações posteriores comumente observados. Essa codificação constitui-se de um prefixo que identifica o sistema alterado, seguido de números que especificam as regiões atingidas, as localizações

¹ MARANO, Vicente Pedro

respectivas, a extensão das lesões e designação das afecções.(Inserir quadro da pág 81) Uma vez concluído o exame clínico, deve-se focar e analisar com minúcias a deficiência existente, descrevendo-a sob o ponto de vista anatômico e funcional e avaliando-se a seguir a aptidão física do candidato. Nessa oportunidade, poderá o médico concluir quanto a capacidade do candidato em confronto com a função que foi destinada ou indicar quais as atividades que poderá executar em face da anormalidade apresentada.Existindo no corpo clínico do serviço médico da empresa especialidades em ortopedia, cardiologia, oftalmologia e otorrinolaringologia, poderá o médico do trabalho se servir dos subsídios desses especialistas na avaliação das subnormalidades.Coadjuvando o exame clínico a realização das provas funcionais é indispensável para avaliação das deficiências. Todavia para execução das provas funcionais, são necessários equipamentos sofisticados , que nem sempre estão à disposição do médico do trabalho. Marano sugere uma ficha de avaliação funcional do subnormal, onde podem ser anotados detalhadamente os dados inerentes à deficiência detectada, as indicações e contra- indicações quanto ao trabalho e o período dos controles. Essa ficha, guardada em arquivo privativo, facilitará a posterior identificação e necessária convocação para os exames periódicos.

HIPÓTESE 18

ADEQUAÇÃO DO SUBNORMAL AO TRABALHO

Crítérios éticos para admissão dos subnormais.

DISCUSSÃO

É obvio que o objetivo precípua do exame médico admissional é selecionar para a empresa um contingente de mão de obra o mais sadio possível. No entanto, o médico do trabalho que pensar deste modo, corre o risco de provocar a marginalização de um grande número de operários portadores de certas deficiências que, aparentemente, inabilitam-os para o trabalho.A maioria das empresas procuram recusar estes trabalhadores, acreditando que eles não seriam produtivos. A prática tem demonstrado que certos deficientes produzem mais e que dificilmente se ausentam por doença ou se acidentam no trabalho.Grande parte dos portadores de deficiências são de trabalhadores com seqüelas de acidentes no trabalho que , após se submeterem a perícia médica do

INSS, são encaminhados ao centro de reabilitação profissional deste instituto. Terminado o processo de reabilitação, eles são encaminhados para um estágio nas empresas, cuja duração é de 30 dias, renováveis a cada mês, até que sejam completados 120 dias. Durante o estágio todos os encargos são de responsabilidade do INSS. Cessado o período de adaptação na empresa e uma vez aprovado quanto a sua capacidade de trabalho, o operário passa a fazer parte do efetivo da empresa, desligando-se das obrigações e direito previdenciários, no que tange a sua reabilitação. A Previdência Social, estabelece a obrigatoriedade de as empresas com 20 ou mais empregados a reservarem 2 a 5% dos cargos para atender aos casos de beneficiários reabilitados. Porém existe um contingente de trabalhadores, portadores de várias deficiências não incapacitantes para o trabalho, no entanto, provocadoras de certas limitações, que são em muito maior número que aqueles que foram submetidos a reabilitação

Portanto, há a necessidade de se instituir, nas empresas, parâmetros e diretrizes para adequar ao trabalho essa mão de obra desprezada, tentando assim, minimizar os efeitos negativos de caráter sócio econômico, inevitáveis nessa situação de marginalização profissional. Principalmente, nas empresas de grande porte, onde existem múltiplas atividades, é que melhor se adequaria um subnormal a um trabalho compatível com a deficiência apresentada.

4. CONCLUSÕES

ENUNCIADAS, 18 HIPÓTESES CHEGOU-SE A CONCLUSÃO:

1-Não existe padrão de fichas médicas para exames admissionais e demissionais; Deve-se adotar um modelo simples e o mais completo possível para bem avaliar o candidato.

2-É necessário instituir um fluxograma para que o candidato quando chegue ao exame médico, já tenha se desembaraçado dos entrave burocráticos.

3- Existem exames subsidiários básicos, laboratoriais e radiológicos, comuns a admissão de qualquer trabalhador.

4-Segundo a NR-7, da portaria 12 de 6 de junho de 1983, outros exames devem ser solicitados, para determinadas funções

5-Provas funcionais devem ser realizadas, umas para todos os candidatos, outra específicas, somente para determinadas funções.

6-O esquema imunológico é uma medida segura contra certas enfermidades.

7-Deve-se estabelecer parâmetros básicos para solicitar exames específicos, para cada função, bem como as provas funcionais.

8-Não há regulamentação específica para o exame admissional do menor.

9-Uma anamnese o mais completa possível deve preceder o exame físico.

10-O exame físico do menor deve ser minucioso, enfatizando-se o exame antropométrico, visto que o menor está em constante transformação física e psíquica.

11-Os exames subsidiários além de complementar a clínica, as vezes diagnosticam patologias que passam despercebidas.

12-Das provas funcionais uma das fundamentais é a da acuidade visual, dado que é comum miopia em menores.

13-Deve-se usar critérios para emitir laudos conclusivos.

14-Os exames admissionais de mulheres servem para protegê-la, e a população onde ela irá trabalhar.

15-Os exames subsidiários par admissão de mulheres são os mesmos solicitados para os trabalhadores do sexo masculino

16-Os exames médico de demissão são idênticos àqueles obedecidos na realização do exame médico periódico, com atenção para a existência de possíveis patologias ocupacionais.

17-Do ponto de vista da medicina ocupacional subnormal é aquele que apresenta deficiência física e/ou psíquica, porém não incapacitantes.

18-O médico do trabalho deve ter critérios éticos para avaliar subnormais, cuidando para não alijá-los do processo produtivo.

5. BASE MONOGRÁFICA

Exame médico admissional e demissional estudado sob a codificação de hipóteses, nos remetem a: Não há fichas ou formulários padrões que identifiquem ou possibilitem uniformidade nos exames admissionais e demissionais, o fluxograma é importante para agilizar os exames, existem exames comuns a admissão de qualquer trabalhador, outros específicos somente para determinadas funções. Não há regulamentação específica para o admissional de menores, deve-se enfatizar o exame antropométrico do menor. Exames subsidiários, às vezes diagnosticam patologias. Das provas funcionais para menores, a da acuidade visual é de vital importância. Os exames para admissão de mulheres são idênticos aos utilizados para admissão dos homens. O subnormal apresenta deficiência física ou psíquica, porém que não o incapacite, e o médico do trabalho deve ter critérios para não alijá-lo do processo produtivo. O exames demissionais são idênticos aos dos exames periódicos. O médico do trabalho deve usar critérios para emitir laudos conclusivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COUTO, Hudson de Araújo. *Ergonomia aplicada ao trabalho: Manual técnico da máquina humana.* Belo Horizonte: Ergo Editora, vol 1, 1995.

JBM. *Jornal Brasileiro de Medicina.* Rio de Janeiro.

MORANO, Vicente Pedro. *Medicina do Trabalho: exames médicos admissionais, periódicos: provas funcionais.* 3. Ed. ver. E ampl. - São Paulo: Ltr, 1997.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Enciclopédia de Medicina, higiene y Seguridad del Trabajo.* Madrid: INP, 1975.

MANUAIS DE LEGISLAÇÃO ATLAS. *Segurança e Medicina do Trabalho.* São Paulo: Atlas, 1998.

VIEIRA, S. I. e col. *Medicina Básica do Trabalho.* Vol. 2, Curitiba: Genesis, 1996.