

Avaliação da surdez ocupacional

A.A. SILVA, E.A. DA COSTA

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP.

UNITERMOS: Surdez ocupacional — diagnóstico.

KEY WORDS: Noise induced hearing loss — diagnoses.

INTRODUÇÃO

O ruído intenso pode lesar a cóclea¹. Quando o indivíduo é exposto a um ruído abrupto e intenso (como estampidos e explosões) temos a ocorrência do trauma acústico. Nesses casos, podem-se observar rupturas e desgarramentos timpânicos, hemorragias na orelha interna e mesmo desgarramento das células do órgão de Corti. Já no caso de exposição a ruídos não tão intensos, mas por tempo prolongado, como nas fábricas, temos a instalação das perdas auditivas induzidas por ruído (PAIR). Estas são caracterizadas por alterações metabólicas nas células de Corti, que resultam em déficit auditivo, zumbidos e mesmo tonturas, dada a proximidade da cóclea e órgão vestibular. Existe uma situação pré-lesional em relação ao ruído quando, por não ser intenso e/ou não prolongado, provoca perda temporária da audição, com recuperação após repouso sonoro (TTS).

Hoje, enfrentamos, no consultório e nas empresas, a difícil situação de diagnosticar a perda auditiva relacionada com o ruído ambiental e de propor medidas corretivas, por diversas razões: primeiro, porque dependemos de um exame subjetivo que implica em cooperação do trabalhador; segundo, porque interfere em problemas econômicos e sociais profundos. Durante anos, houve negligência operacional com o problema do ruído industrial. Ao lado do sucateamento do parque industrial, que resultou em máquinas obsoletas e ruidosas, os trabalhadores, por longo tempo, não receberam proteção auditiva individual e coletiva. Tampouco foram executados exames audiométricos nesse período, o que resultou em ausência de história auditiva para cada indivíduo. Frequentemente, recebemos pacientes que, após dez, quinze ou vinte anos de exposição a ruídos, estão fazendo a sua primeira audiometria.

A avaliação pericial da surdez ocupacional é tarefa multidisciplinar, que envolve o médico e a

fonoaudióloga no estudo do paciente, e profissionais da segurança e medicina do trabalho no estudo das condições do ambiente.

Com a nova legislação, posta recentemente em vigor, reativou-se a discussão sobre a PAIR². Definida como perda auditiva neurosensorial bilateral, geralmente simétrica, manifesta-se inicialmente nos agudos, na faixa dos 3.000 aos 6.000Hz. Atinge perdas de até 40dB nas frequências baixas e 75dB nas altas. Apresenta-se, geralmente, após três anos de exposição aos ruídos e mostra tendência de estabilização nas altas frequências após 15 anos de evolução. Apesar de suas limitações, essas novas normas apresentam expressivos avanços na abordagem da doença, em benefício do trabalhador exposto a agentes oto-agressivos.

Com isto aumentaram, também, as exigências do cumprimento dessas normas, por parte da sociedade, através de reclamações trabalhistas e maior fiscalização por parte do Ministério do Trabalho e da Vigilância Sanitária.

Em conseqüência, as empresas reativaram seus Programas de Conservação da Audição, cada qual à sua maneira. Assim, aumentou consideravelmente a demanda, não só de triagens audiométricas, mas também de avaliações audiológicas por especialistas.

Adotando a caracterização de Arslan & Merluzzi³, as triagens audiométricas são enquadradas no atendimento de “primeiro nível”. São audiometrias tonais realizadas nas empresas ou em consultórios privados, geralmente só por via aérea, para atender os mínimos requisitos legais: audiometria admissional, periódica, demissional, de mudança de função e de retorno ao trabalho². Eventualmente, esses exames são acrescidos de uma audiometria por via óssea e logoaudiometria. Os relatórios são esquematizados e as informações são meramente descritivas. Não têm preocupações diagnósticas. As maiores atribuições ficam por conta do médico coordenador do programa da empresa e ele decide que destino dar a cada caso.

Em situações especiais, em que ocorrem alterações audiométricas significativas, os casos necessitam de um atendimento mais abrangente, com exames mais completos, visando melhor esclarecimento diagnóstico e orientação de condutas. São os

casos de piora em exames seqüenciais, casos de perdas auditivas sem características ocupacionais, casos de PAIR mais avançada, casos de diagnóstico duvidoso, casos de exames de triagem não consistentes e outros. Nesses casos, os pacientes são encaminhados para o atendimento em “segundo nível”, quando são realizados estudos audiométricos mais profundos e, se necessário, o trabalhador é encaminhado a um “terceiro nível” de investigação diagnóstica, quando é submetido a avaliações radiológicas, laboratoriais e eletrofisiológicas.

O propósito deste artigo é apresentar nossa experiência inicial, após 18 meses de atendimento em “segundo nível”, no Ambulatório de Otorrinolaringologia Ocupacional do Departamento de Otorrinolaringologia e Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (SP) (FCM/UNICAMP). Resumindo, nossa atividade busca a padronização da abordagem de investigação, privilegiando o diagnóstico clínico e estudando formas de classificação ou quantificação da perda auditiva. Também é objetivo a elaboração de relatórios médicos especializados, com orientações ao trabalhador, ao médico e à justiça, quando necessário.

AVALIAÇÕES AUDIOLÓGICAS OCUPACIONAIS (SEGUNDO NÍVEL)

Em nosso ambulatório, os pacientes são sempre encaminhados por outros serviços, demandando, no mais das vezes, um “relatório médico especializado” sobre sua perda auditiva, para instruir processos administrativos ou judiciais. Em sua maioria, provêm da própria Universidade (Medicina do Trabalho, Medicina Legal, Otorrinolaringologia Geral, Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP). Em menor número, chegam encaminhados pelos Programas de Saúde do Trabalhador, de Prefeituras da região, por vezes pelos sindicatos e outras fontes.

Os pacientes são, inicialmente, submetidos a uma anamnese ocupacional (anexo 1), na qual, além de seus dados pessoais de identificação, são anotadas suas queixas (auditivas e gerais), seus antecedentes mórbidos, traumáticos, familiares e ocupacionais (atual e anteriores, com detalhamento sobre o tipo de ocupação, características do ruído, exposição e outros agentes oto-agressivos, usos de protetores etc.).

A seguir, são eles submetidos a um exame otorrinolaringológico básico e depois ao exame audiométrico. Esses testes são administrados por fonoaudiólogas experimentadas em audiologia ocupacional, com equipamentos calibrados, em cabina au-

diométrica e ambiente acusticamente tratado. Os pacientes se identificam com documentos com fotografia e se apresentam com 14 horas de repouso auditivo, no mínimo.

Nossa bateria de testes, de rotina, consiste de audiometria tonal, via aérea e óssea, sem e com mascaramento; logaudiometria, com escores de reconhecimento de palavras e determinação dos limiares de recepção da fala (SRT); imitancimetria, com timpanogramas, complacência estática e reflexos estapédios. Discute-se com razoável propriedade a suficiência da audiometria tonal como exame sinalizador da PAIR. Apesar de eficaz na identificação da PAIR, necessita de complementação na quantificação do prejuízo funcional do paciente. Testes supraliminares da discriminação vocal (com e sem ruído de fundo), aparentemente, constituem elementos mais fidedignos para avaliar o desempenho auditivo.

Eventualmente, para maiores esclarecimentos, utilizam-se outras provas suplementares. Frequentemente, alguns pacientes são agendados para repetir os testes em outra data, sempre após duas semanas, por terem apresentado respostas inconsistentes no primeiro exame. Alguns casos requerem múltiplas repetições, até que se considerem fidedignas suas respostas.

No estudo da PAIR, devemos diferenciar a avaliação do paciente com audiograma único daquele com audiogramas seqüenciais. O caso do audiograma único deve ser visto na extensão de sua gravidade, considerando os fatores como as perdas nos graves (comprometimento em 2.000Hz ou menos), perdas auditivas precoces (período de exposição inferior a dez anos com déficit em 3.000Hz), déficit acentuado unilateral ou bilateral e rebaixamento dos escores de reconhecimento de palavras (índices abaixo de 88%) como fatores agravantes. Já, na situação de audiogramas seqüenciais temos uma idéia temporal da evolução da perda auditiva. Consideramos, nesse caso, que um aumento de 10dB no déficit auditivo (nas médias dos limiares nas frequências de 500, 1.000 e 2.000Hz ou 3.000, 4.000 e 6.000Hz) ou de 15dB em única frequência, como fator de risco, sempre comparando-se com a primeira audiometria disponível.

Finalmente, com os exames objetiva-se:

- confirmar a existência (ou não) de uma perda auditiva. É grande a frequência de simuladores e de audiogramas externos com artefatos e inconsistências;

- decidir se a perda auditiva tem características de PAIR, ou se ela provém de outras causas. Nestes casos, se existe também uma concausa ocupacional;

- recomendar o encaminhamento ao “terceiro nível” ou a outros ambulatórios, quando se fizerem necessários maiores esclarecimentos diagnósticos;
- elaborar o “relatório médico especializado” para os devidos fins.

Após serem os exames considerados suficientes, cada caso é discutido, em reunião clínica (médicos e fonoaudiólogos), e só então é elaborado o relatório.

O “Relatório Médico Especializado” consiste de uma identificação do paciente, dados sumários das queixas presentes e passadas, dos antecedentes gerais, traumáticos, familiares e ocupacionais, dos exames físico e audiométrico, tudo isto de maneira estritamente descritiva. A seguir, à guisa de conclusão, emitem-se juízos de valor sobre o caso em questão em reunião e sugerem-se condutas, com recomendações, que poderão ser úteis aos solicitantes da avaliação.

O uso de tabelas de classificação da PAIR (Merluzzi *et al.*, Costa *et al.*) tem maior utilidade no estudo epidemiológico para avaliar incidência e gravidade do que nas avaliações individuais.

Mesmo com o relatório já impresso e assinado, em condições de atender as solicitações das fontes, alguns casos merecem prosseguir as investigações diagnósticas e receber orientação terapêutica. Nessas situações, os pacientes são agendados para passar para o “terceiro nível”.

ATENDIMENTO DE TERCEIRO NÍVEL

Em nosso serviço, o “terceiro nível” desenvolve-se dentro do ambulatório de “Audiologia Clínica”.

São encaminhados para esse nível os pacientes portadores de problemas auditivos que os atendimentos de primeiro e segundo níveis não forem capazes de resolver. São poucos os casos de PAIR, pois a grande maioria deles é resolvida no “segundo nível”. Trata-se, quase sempre, de perdas auditivas incomuns, de causas não esclarecidas e que necessitam de investigação suplementar. Envolvem práticas incomuns nos consultórios de especialistas, mais apropriadas para serviços hospitalares ou universitários, como baterias de exames de laboratório, exames radiológicos e eletrofisiológicos. Com esses meios adicionais, tenta-se chegar a um diagnóstico causal e passar uma orientação terapêutica e aconselhamento profissional.

DISCUSSÃO

Com essa sistemática de procedimento em três níveis, pretende-se distribuir as fases de atendimento de trabalhadores expostos a agentes otossessivos de maneira abrangente, mas ao mesmo

tempo racional, na alocação de recursos.

Nos exames de “primeiro nível”, as triagens prestam-se perfeitamente, e a baixo custo, a atender as necessidades básicas previstas em lei. Na maior parte das situações, uma audiometria tonal por via aérea, realizada por profissional habilitado, em ambiente silencioso, com equipamento calibrado e uma sumária anamnese ocupacional, são suficientes para triar os casos de audição normal ou com perdas auditivas de pequena monta, que dispensam maiores investigações. Fornecem dados suficientes para o médico coordenador do programa da empresa atuar competentemente em seus programas preventivos.

Nos exames de “segundo nível”, as avaliações otológicas atendem trabalhadores com perdas auditivas importantes, não pela sua intensidade, mas por suas implicações e suas complexidades. Os casos mais característicos não costumam ser encaminhados, pois são resolvidos na própria empresa ou na perícia médica da Previdência Social. Os casos encaminhados envolvem, geralmente, controvérsias e polêmicas em suas avaliações e interpretações. São exames mais difíceis. São frequentes os simuladores e os portadores de outras doenças, cujas causas eles pretendem ardentemente associar com a atuação laboral. As anamneses são difíceis, pois os pacientes tendem, naturalmente, a dirigir as informações para o rumo de suas expectativas. Inúmeras vezes as audiometrias são repetidas duas, três ou mais vezes, até se obterem resultados consistentes, compatíveis com os demais achados, capazes de instruir um relatório confiável.

Os exames de “terceiro nível” são agendados quando os pacientes, já de posse de seus relatórios, concordam em prosseguir a investigação diagnóstica e no tratamento. Trata-se de uma fase de suma importância, pois, muito embora o interesse imediato do paciente seja pelo relatório, ele não deveria ser liberado de um ambulatório universitário, de especialidade, sem um possível diagnóstico causal e, pior ainda, portador de uma doença progressiva, que lhe possa criar problemas futuros, sem ter merecido a mais completa atenção.

No atendimento de “segundo nível”, conseguimos definir a enfermidade em praticamente 70% dos casos, a maioria com PAIR. Os pacientes com diagnósticos ainda não determinados são encaminhados para investigações complementares no ambulatório de “terceiro nível”. Nessa população, após completa avaliação, encontramos, frequentemente, casos de seqüelas de otite média crônica, distúrbios metabólicos, vasculares, degenerativos e seqüelas de acidentes traumáticos cerebrais/otológicos. Também observamos poucos casos de

otoesclerose. A abordagem terapêutica implica tratamento clínico, cirúrgico e até mesmo a adaptação de aparelho de amplificação sonora individual e treinamento auditivo.

CONCLUSÃO

A avaliação da surdez ocupacional compreende três momentos:

1ª) *Avaliação de "primeiro nível"* — são os testes de triagem audiométrica realizados em empresas ou consultórios. Os resultados são descritivos, não definem o diagnóstico, mas oferecem ao médico da empresa as indicações para abordagem de cada caso e fornecem dados epidemiológicos sobre a saúde auditiva dos trabalhadores.

2ª) *Avaliação de "segundo nível"* — (ambulatório de ORL ocupacional) usa de anamnese (clínico-ocupacional), exame audiométrico completo, com a finalidade de confirmar ou excluir a ocorrência da

PAIR. Tem por objetivo emitir relatório médico especializado para fins administrativos, trabalhistas ou judiciais.

3ª) *Avaliação de "terceiro nível"* — (ambulatório de ORL — otologia) tem a finalidade de esclarecer o diagnóstico da deficiência auditiva, sustentando a afirmação ou a exclusão da PAIR. Ao definir o diagnóstico, propõe o tratamento médico (clínico ou cirúrgico) e/ou reabilitatório, assim como o aconselhamento preventivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa EA, Kitamura S. Órgãos do sentido: audição. In Mendes R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995; 365-87.
2. Brasil. Norma regulamentadora (NR7). Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - Portaria nº 24, de 29/12/94 *Diário Oficial da União* (DOU, de 30/12/94).
3. Arslan E, Merluzzi F. Aspetti preventivi e diagnostici della ipoacusia da rumore professionale. *Riv Inf Mal Prof* (INAIL) 1992; 3: 203-17.