

# DERMATITES OCUPACIONAIS DE CONTATO

## CONTACT OCCUPATIONAL DERMATITIS

LUDMILA MESSIAS ROCHA **KASHIWABARA**<sup>1</sup>, VANESSA YURI **NAKAOKA ELIAS DA SILVA**<sup>2\*</sup>, TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**<sup>3</sup>

1. Médica, Especialista em Medicina do Trabalho; 2. Acadêmica do 9º período de Medicina, Graduada em Fisioterapia, Pós-graduada em Saúde Pública/PSF; Mestre em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias, ex-docente Citologia, Histologia, Patologia, Parasitologia Faculdade Pitágoras; 3. Especialista Alergia & Imunologia Dermatologia/Imunopatologia das Doenças InfectoParasitárias; Medicina do trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa RespirAR Adulto em Ipatinga - MG. Professora de pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga - MG. MSc. em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga, MG; Doutoranda em Medicina Nuclear IPEN/USP Assessora Científica ad hoc Conselho Editorial do periódico científico BJSCR - Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research ISSN 2317-4404 Assessora Científica ad hoc UNINGÁ Review ISSN 2178-2571.

\* IMES (FAMEVAÇO) - Av. Marechal Cândido Rondon 850, Ipatinga Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-314. [vasilva777@yahoo.com.br](mailto:vasilva777@yahoo.com.br)

Recebido em 13/01/2014. Aceito para publicação em 15/01/2014

### RESUMO

As enfermidades relativas ao trabalho representam uma causa significativa de morbidade e mortalidade, determinando a necessidade do apoio e atuação dos profissionais de saúde, tanto como equipe multidisciplinar como interdisciplinar. A compreensão desse impacto propicia uma atuação preventiva no controle e erradicação das doenças ocupacionais que incidem sobre os trabalhadores. A Dermatose Ocupacional é uma modificação tegumentar determinada por agentes ocupacionais. As principais dermatoses são as dermatites de contato irritativas e alérgicas, as fitodermatites, acnes, ceratoses, neoplasias malignas, granulomas de corpo estranho, infecções, oníquias e ulcerações. A dermatose ocupacional figura entre profissões diversas, e os testes de contato são o padrão ouro no fornecimento de dados para o adequado tratamento e prevenção. A prevenção da dermatose ocupacional se faz através de medidas coletivas e individuais, priorizando o uso dos equipamentos de proteção individual. Este trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, que teve como fonte de pesquisa filtragem nos sites de busca *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico e NCBI *Pubmed*, para a escolha dos artigos científicos que abordam o assunto. Os critérios de inclusão dos artigos foram aqueles publicados no período de 2009 a 2014, e os seguintes descritores: Doenças ocupacionais, Saúde ocupacional, Dermatites ocupacionais. O impacto socioeconômico das enfermidades laborais para os trabalhadores e sociedade é significativo. Nas doenças ocupacionais uma abordagem preventiva com verificação dos elementos ambientais capazes de gerar doenças é fundamental. As dermatites de contato são altamente comuns na prática clínica, sendo por isso merecedoras de mais pesquisas relacionadas à fisiopatologia e novos tratamentos. É importante a realização de um diagnóstico precoce atrelado ao gerenciamento das dermatites de contato ocupacionais, lembrando sempre que podem ocorrer vários contactantes irritativos ou alérgicos no mesmo paciente, pela exposição ambiental e sensibiliza-

ção individual. Abranger a função dos múltiplos fatores associados às dermatites ocupacionais, somados aos cuidados higiênicos e terapêuticos da pele, atenção às profissões consideradas de alto risco, testes confiáveis para diagnóstico específico, e tratamento dos pacientes considerados atópicos são cruciais para uma abordagem eficiente dessa afecção. A exclusão do agente etiológico é o tratamento mais efetivo para a dermatite de contato, não sendo substituída por outra forma de tratamento. A anamnese e exame dermatológico criteriosos, além dos testes de contato são as bases do diagnóstico. A permuta ocupacional pode ser necessária resolução da enfermidade, e a prevenção primária contribui para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, por diminuir recidivas do quadro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças ocupacionais, saúde ocupacional, dermatites ocupacionais.

### ABSTRACT

The work-related diseases are a significant cause of morbidity and mortality, determining the need for support and engagement of health professionals, as well as interdisciplinary multidisciplinary team. Understanding this impact provides a preventive role in the control and eradication of occupational diseases which affect workers. Occupational dermatosis is a cutaneous modification determined by occupational agents. The main dermatoses are irritative dermatitis and allergic contact the fitodermatites, acne, keratoses, malignant neoplasm, foreign body granulomas, infections, and ulcerations oníquias. Occupational acne is among several professions, and contact tests are the gold standard in providing data for the proper treatment and prevention. The prevention of occupational dermatosis is through collective and individual measures, prioritizing the use of personal protective equipment. This work was based on a literature review, descriptive, qualitative, which had as source filtering search in the search Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar and NCBI Pubmed sites, the choice of scientific articles covering the subject. The inclusion criteria were those articles published in the period

2009 to 2014, and the following descriptors: Occupational Diseases, Occupational Health, and Occupational Dermatitis. The socioeconomic impact of industrial diseases for workers and society is significant. In occupational diseases a preventive approach to verification of environmental elements that can cause disease is critical. This dermatitis is highly common in clinical practice and is therefore worthy of further research related to the pathophysiology and new treatments. It is important to perform a trailer to the management of occupational contact dermatitis early diagnosis, remembering that several irritative or allergic contacts may occur in the same patient, environmental exposure and individual sensitivity. Cover the function of multiple factors associated with occupational dermatitis, added to the hygienic and therapeutic skin care, the professions considered high-risk, reliable tests for specific diagnosis, and treatment of patients considered atopic are crucial for an efficient approach to this disease. The exclusion of the etiologic agent is the most effective treatment for contact dermatitis and is not replaced by another form of treatment. A careful anamnesis and dermatological examination, in addition to the patch tests are the basis of diagnosis. Occupational exchange is necessary resolution of the disease, and primary prevention contributes to improving the quality of life of the worker, relapses by decreasing the frame.

**KEYWORDS:** Occupational diseases, occupational health, occupational dermatitis.

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho compõe causa significativa de morbidade e mortalidade, determinando a necessidade do apoio e atuação dos profissionais de saúde, tanto como equipe multidisciplinar como interdisciplinar. A compreensão desse impacto propicia uma atuação preventiva no controle e erradicação das doenças ocupacionais que incidem sobre os trabalhadores<sup>1</sup>.

Do ponto de vista epidemiológico, os países industrializados mostram que as dermatoses ocupacionais equivalem a cerca de 60% das doenças ocupacionais, sendo os agentes químicos as etiologias mais importantes de tais doenças. Entre as doenças que se relacionam ao trabalho, determinadas pela Portaria 1339, de 18 de novembro de 1999, figuram a dermatite de contato alérgica (DCA) e a dermatite de contato irritativa (DCI)<sup>2</sup>.

Segundo Ali (2009), a Dermatose Ocupacional (DO) é caracterizada como uma modificação tegumentar determinada de forma direta ou indireta, perpetuada ou agravada por agentes ocupacionais. As principais dermatoses imbricadas nas afecções em ambiente de trabalho são as dermatites de contato irritativas e alérgicas, as fitodermatites, acnes, ceratoses, neoplasias malignas, granulomas de corpo estranho, infecções, oníquias e ulcerações. A dermatose ocupacional figura entre profissões diversas, e os testes de contato são o padrão ouro no fornecimento de dados para o adequado tratamento e prevenção. A prevenção da dermatose

ocupacional se faz através de medidas coletivas e individuais, priorizando o uso dos equipamentos de proteção individual - EPI's<sup>2,3,4,5</sup>.

A prevenção das DOs se baseiam em medidas coletivas de cunho protetor, tais como exames médicos periódicos e informações educacionais ministradas por meio de orientações ao trabalhador. Tais condutas devem ser adotadas com a finalidade de minorar recidivas e novos casos. As DOs podem levar à piora na qualidade de vida pelo desconforto gerado ao trabalhador, somado à incapacidade para execução de seus atributos, podendo determinar mudança de função, decréscimo na produtividade e rendimentos, além de elevar os custos médicos e previdenciários<sup>1</sup>.

A orientação preventiva que deve ser reforçada nas dermatites de contato é o afastamento do causador da irritação ou alergia, somado aos cuidados pessoais e emprego dos EPIs. A fotoproteção, sob a forma de roupas e fotoprotetores tópicos, é essencial aos pacientes que se sujeitam à radiação ultravioleta. A melhora no conhecimento da epidemiologia das DOs pode levar a estratégias preventivas que reduzam a incidência desse frequente problema de saúde<sup>2</sup>.

Apesar da atual política de promoção de saúde a por um modelo integrado de gerenciamento de saúde e qualidade de vida, observa-se uma prevalência significativa de diversas doenças ocupacionais crônicas e agudas. Tal fundamentação motivou a elaboração de uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Dessa forma, este trabalho tem por objetivos descrever as principais dermatoses ocupacionais, e estabelecer o impacto dos efeitos deletérios destas doenças sobre a saúde dos trabalhadores. De maneira específica, tenciona-se caracterizar cada uma das doenças ocupacionais citadas quanto ao seu quadro clínico, diagnóstico e tratamentos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, que teve como fonte de pesquisa filtragem nos sites de busca *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico e *NCBI Pubmed*, para a escolha dos artigos científicos que abordam o assunto.

Os critérios de inclusão dos artigos foram aqueles publicados no período de 2009 a 2014, e os seguintes descritores: Doenças ocupacionais, Saúde ocupacional, Dermatites ocupacionais.

## 3. DESENVOLVIMENTO

As dermatoses ocupacionais possuem uma prevalência elevada, sendo que diversas vezes a mesma é autotratada, ou atendidas no ambulatório da empresa e somente uma pequena fração alcança os serviços especializados. Quaisquer afecções de pele, mucosas e a-

nexos cutâneos causados de forma direta ou indireta, determinada por agentes existentes no ambiente de trabalho<sup>3,5</sup>.

As causas diretas se compõem de agentes biológicos (bactérias, fungos, leveduras, vírus e insetos), físicos (calor, frio, eletricidade, radiações ionizantes e não ionizantes, agentes mecânicos, vibrações, micro-ondas, laser) ou químicos. Já as causas indiretas são a idade (mais jovens são menos experientes e com tegumento imaturo, sendo mais susceptíveis), o gênero (mulheres possuem maior acometimento das mãos, cuja gravidade e remissão são mais benignas comparadas aos homens). Também são causas que influenciam de forma indireta a etnia, pois a raça amarela e negra são protegidas da luz solar de melhor forma que a raça branca<sup>2,3</sup>.

De forma semelhante, Moreira (2010) descreveu as reações fototóxicas provocadas pelas plantas com derivados furocumarínicos, como os psoralenos. Uma erva popularmente conhecida como arruda, da família *Rutacea*, contém diversas substâncias químicas, como óleos essenciais, furanocumarinas e carotenoides. Para o diagnóstico das reações provocadas, é fundamental a história clínica possibilitada por uma anamnese e exame físico. Trata-se de uma dermatite com reação cutânea do tipo não imune, sendo que os testes cutâneos nesse caso devem ser evitados. Tal dermatose pouco frequente pode ser confundida com as formas mais comuns de doenças de pele ocupacionais, sendo mais observada entre agricultores, jardineiros, garçons e floristas. O uso de luvas e vestuário de proteção no cultivo e manipulação de plantas furanocumarínicas e o cuidado em evitar a exposição simultânea à luz solar são primordiais para prevenir a ocorrência dessa dermatose<sup>6</sup>.

Dessa forma, a história patológica progressiva é de fundamental importância, pois fatores como dermatite atópica existente como comorbidades, por exemplo, determina susceptibilidade maior aos agentes irritantes, podendo levar ao surgimento de dermatite de contato por irritação<sup>3</sup>.

## Dermatites de contato

A Dermatite de Contato (DC) é uma dermatose de origem exógena, frequente e determinada por agentes externos que desencadeiam uma reação inflamatória quando em contato com a pele. A DC compreende cerca de 90-95 % dos casos de dermatoses ocupacionais, e pode ser classificada em dermatite de contato irritativa (a mais comum, abrangendo cerca de 70 a 80% dos casos), dermatite de contato alérgica (em torno de 20 a 25% das ocorrências), e urticária de contato, que compreende menos de 5% do total de dermatites de conta-

to, abrangendo as reações de hipersensibilidade imediata às proteínas alimentares e alergia ao látex<sup>2,5,7,8</sup>.

Tais reações relacionadas às dermatites supracitadas decorrem de dois mecanismos chave: um não imunológico, embasando a gênese da dermatite de contato irritativa, e outro imunológico, que explicita a dermatite de contato<sup>2,8</sup>.

A Dermatite de contato ocupacional atinge predominantemente o gênero masculino, com pico aos 30 anos. A literatura cita como fatores desencadeantes o ato de molhar e enxugar a pele, justificado pela irritação que tal prática pode causar, sendo que o risco aumenta se o paciente tem história progressiva de eczema. Meios de diminuir o risco da Dermatite de Contato Irritativa (DCI) seriam evitar o contato direto da pele com irritantes, e o uso de EPIs<sup>2,9</sup>.

Já a dermatite de contato alérgica (DAC) é descrita como uma reação de hipersensibilidade retardada pela exposição à em elemento químico sensibilizador da pele, que dependerá de sua concentração, tempo de contato e suscetibilidade individual. A sensibilização ocorre dentro de 7 a 21 dias da exposição, e na exposição subsequente o produto desencadeará erupção cutânea em torno de 24 horas<sup>7</sup>.

Por vezes, produtos que desencadeiam DCI levam ao uso de luvas de borracha, com posterior alergia à borracha das luvas<sup>10</sup>, o mesmo sendo passível de ocorrer com o cimento. Ao se analisar a DCA, pode ser necessária a substituição da fonte alergênica e uso de luvas apropriadas para o trabalho empreendido. Já a Urticária de Contato, caracteriza-se por uma reação de hipersensibilidade imediata corriqueiramente observada ao uso de luvas de látex e contato com proteínas alimentares como as encontradas nas mãos de pedreiros<sup>5,7,9</sup>.

De acordo com Lazzarini *et al.* (2012), em seu estudo sobre a dermatite de contato, verificaram que entre os pedreiros houve a presença de Dermatite Alérgica de Contato tanto ao cimento quanto à borracha simultaneamente (mesmo paciente) determinando a importância do teste de contato para essa classe de trabalhadores<sup>9</sup>.

De acordo com Motta *et al.* (2011), as regiões anatomicamente mais acometidas são as pálpebras (onde a DCA é a dermatite mais encontrada, pelo uso de cosméticos nos cabelos, face, unhas e ao redor dos olhos. As mãos, onde eczemas encontrados devem ser abordados como sinais, e não como diagnóstico. As dermatites crônicas nas mãos tem a região dorsal seu local mais corriqueiro, e recomenda-se que todos pacientes que apresentem dermatoses nas mãos façam os testes de contato<sup>7</sup>.

Coelho (2012) e Mirabelli *et al.* (2012) descreve-

ram uma maior incidência de dermatoses na região das mãos entre trabalhadores de coleta de lixo com baixa escolaridade, sendo observado um predomínio entre homens. Mas nesse estudo, os autores puderam verificar que no decorrer da coleta do lixo, os trabalhadores se alimentam sem higienizarem as mãos ou mesmo interromper sua atividade, além de enxugar o suor com as costas das luvas. Tais atos perpetuados por coletores e garis podem embasar o alto índice de dermatoses de contato nessa classe de trabalhadores<sup>2,11</sup>.

Na face frequentemente se encontram as fotodermatites. O denominado “*status cosmeticus*” pode ser encontrado, sendo uma condição decorrente do uso de cosméticos desprovidos de alérgenos, ou mesmo sabonetes, os quais determinam prurido ou sensação de queimação após seu uso, o que na maioria das vezes são por determinantes irritativos e não alérgicos. Já o couro cabeludo, geralmente resistente à contactantes, podem gerar reações nas pálpebras, orelhas, face, pescoço ou mãos. No tronco observa-se que o uso de bijuterias, emborrachados, acessórios possibilitam DCA, enquanto que nas axilas podem-se encontrar dermatites por desodorantes, amaciantes, sabão, formol ou corantes dos tecidos das roupas<sup>7</sup>.

Em se tratando dos membros inferiores, a dermatite crônica proveniente da estase vascular pode ser complicada por uma DCA, sendo denominada Dermatite Ocre. Na região vulvar, medicamentos tópicos, cosméticos ou mesmo preservativos, como os de látex podem estar implicados. E na região perianal o papel higiênico ou a ingestão de temperos, antibióticos e laxativos devem ser lembrados para a adequada elucidação da causa do prurido anal<sup>7</sup>.

## Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico das dermatoses ocupacionais pode ser realizado por meio de uma anamnese ocupacional completa, associada a um exame físico cuidadoso e que abarque os diversos diagnósticos diferenciais (Tabela 1) que se aplicarem a cada caso, como por exemplo, escabiose, piodermite, e outras dermatoses não ocupacionais. Exames laboratoriais pertinentes podem envolver biópsia histopatológica e testes de contato. A análise do ambiente de trabalho também pode se mostrar útil. Aspectos relacionados à higiene ambiental e pessoal devem ser notados<sup>3</sup>.

Os Testes de Contato, também conhecidos como Testes Epicutâneos ou *Patch Test*, podem ser aplicados no primeiro dia útil da semana, sendo removida 48 horas após a aplicação é feita a primeira leitura, após 96 horas será realizada a segunda leitura. O paciente deve ser orientado a não molhar não coçar a região do teste,

além de evitar exercícios ou movimentos bruscos. E caso as pontas do teste se desprenderem, fixar as mesmas com<sup>3,7,12,13,14</sup>.

**Tabela 1.** Diagnósticos diferenciais: dermatoses não ocupacionais

Ezemas	Dermatite Atópica Dermatose Seborreica Eczema Numular Desidrose Erupção Eczematosa por medicamentos
Infecções	Herpes Tíneas Celulites Impetigo
Fotodermatites	Lúpus Eritematoso Erupção Polimorfa à Luz
Dermatites Não-eczematosas	Psoríase Líquen Plano

Fonte: Adaptado de MOTTA *et al.* (2011)<sup>7</sup>.

O Teste Cutâneo é aplicado geralmente no dorso dos pacientes, onde as substâncias a serem testadas, preferencialmente geladas, são depositadas em contenedores. Utiliza-se o dorso por ser uma área que permite aplicar um número considerável de testes simultaneamente, facilitando o diagnóstico. Aplicam-se as substâncias nas cavidades das camadas, aderidos com micropore, com uma distância de 2 cm umas das outras. Depois de 48 horas, retiram-se os testes e processa-se a primeira leitura<sup>1,14</sup>.

A segunda leitura se dá 96 horas após a aplicação do teste. É importante a identificação correta do grupo de substâncias testadas, além da orientação do paciente, confirmando a necessidade de não molhar a região do teste, evitando movimentos bruscos e exercícios físicos que desencadeiem sudorese excessiva. A marcação cutânea com caneta dermatográfica das bordas superiores do micropore facilitarão a leitura, aconselhando que sejam efetivadas antes da retirada do contenedor<sup>1,14</sup>.

Os resultados devem ser interpretados conforme o quadro abaixo (Quadro 1). Existe a possibilidade de falsos-positivos ou negativos, conforme estabelecido na Tabela 2 (Tabela 2)<sup>3,7</sup>.

O Teste de contato pode ocasionalmente desencadear reações classificadas como complicações do mesmo, que se encontram listadas no quadro abaixo (Quadro 2).

A inspeção do local de trabalho deve ser realizada de preferência pelo médico, que deve ficar atento às substâncias manipuladas, uso de EPIs, se há outros funcionários nas mesmas condições<sup>3,7</sup>.

Outros exames complementares podem ser necessários, como por exemplo, a biópsia de pele (não esclarece o diagnóstico das DC, haja vista não distinguir as

diversas formas de eczemas).

**Quadro 1.** Interpretação do resultado do teste cutâneo

(-)	Não houve reação
(+?)	Pálido eritema (duvidoso)
(+)	Reação fraca – eritema + pápula
(++)	Reação forte – eritema + pápula edematosa + vesículas isoladas
(+++)	Reação muito forte – edema + pápula + vesículas coalescentes formando vesículas maiores
(RI)	Reação irritativa

Fonte: Modificado de Ali (2009)<sup>3</sup>.

**Tabela 2.** Falsos-positivos e falsos-negativos do teste cutâneo.

Reações falso-positivas	Reações falso-negativas
Substância testada em concentração elevada	Concentração do alérgeno baixa
Substâncias sólidas causam pressão local	Substância testada em concentração errada
Teste aplicado em pele irritada	Veículo inadequado
Veículo usado irritante para o paciente	Oclusão insuficiente
Reações pela fita adesiva	Inibição da resposta por exposição ao sol
Substâncias em veículo líquido concentradas por prazo validade expirado	Corticoide tópico local, imunossuppressores, corticoide oral (> ou= 20 mg), corticoide de depósito (aguardar 3 semanas para teste).
	Leitura em menos de 48 horas

Fonte: Modificado de Ali (2009)<sup>3</sup>.

O evaporímetro (colocação da substância a ser testada em contato com a pele do paciente, realizando-se a leitura com o aparelho Evaporímetro, que afere a perda hídrica transepidermica). Tal artifício é usualmente empregado para pesquisas experimentais. Pode-se também lançar mão do Doppler, efetivando-se a leitura por intermédio do aparelho, que afere o fluxo e a vasodilatação local, porém do mesmo modo é pouco prático e reservado para uso experimental<sup>7</sup>.

**Quadro 2.** Complicações do teste cutâneo

Exacerbação da dermatose, com eczema em novas áreas ou reagudização nas áreas primitivas; reação pustular-irritativa; hiper ou hipopigmentação local; Ulceração; Necrose.
Formação de quelóide.
Infecção secundária viral ou bacteriana.
Fenômeno de Köebner: indução de dermatose no local do teste de contato por patologias associadas (psoríase, líquen plano, dermatose viral).
Síndrome da pele hiperexcitada (resposta exacerbada com vários testes positivos nas leituras de 48 e 96 horas e que se negativam à repetição do teste semanas após).
Reações anafiláticas.

Fonte: Modificado de Ali (2009), p. 40.

Assim, os Testes de Contato (TC) são sem dúvida, o exame considerado padrão ouro (*Gold-Standard*) para o adequado diagnóstico das DC, pois permite a testagem das substâncias sensibilizantes mais comuns, e deve ser correlacionado com a história clínica e o exame físico. Outro tipo de teste existente seria o Foto-teste de contato ou teste de contato com radiação ultravioleta, cuja técnica assemelha-se ao teste de contato anteriormente descrito, com a diferença de que após a retirada da fita de contensão na primeira leitura, o local testado é exposto a uma lâmpada *Kromaye* com filtro com para absorver as radiações ultravioletas com comprimento de onda menor que 3.200 Å., demandando cerca de 16 minutos. Ao final desse período, compara-se o resultado com o controle<sup>7</sup>.

Quanto ao tratamento, a DC requer a retirada do fator ambiental causador. Dessa forma, é essencial que se efetue uma visita ao local de trabalho, com a finalidade de identificação do agente causal. Após essa etapa, deve-se proceder a orientações sobre a substância a qual sensibilizou o paciente, com esclarecimentos de substâncias ou locais onde a mesma pode ser encontrada, alertando ao paciente que evite o contato com a mesma, pois a prevenção é forma mais eficiente de se evitar as DCI e DCA<sup>15</sup>.

Tal prevenção supracitada depende veemente da utilização consciente dos equipamentos de proteção individual (EPIs), além da retirada dos produtos irritantes, com substituição dos mesmos sempre que possível. Pacientes portadores de atopias devem evadir de trabalhos que possuam maior risco de sensibilização<sup>15</sup>.

É sabido que pacientes eczematosos são mais susceptíveis a isolar-se, evitando a socialização, ou mesmo evadindo de ser tocado por um parceiro durante os surtos, o que determina a sensação de isolamento, denotando queda da qualidade de vida, e levando a afecções de cunho psíquico. O objetivo almejado do precoce diagnóstico das dermatoses ocupacionais é justamente impedir com que esta se torne crônica<sup>16,17</sup>.

No que diz respeito ao tratamento, a proteção tegumentar contra produtos químicos determinantes da DCA é muito complexa. Diversos meios de barreira, tais como luvas, cremes, pomadas, de uma forma ampla, tem demonstrado resultados pouco eficazes, principalmente se analisados por períodos prolongados. A hipossensibilização pelas diversas pesquisas disponíveis na literatura, não é empregada, pelas falhas encontradas no decorrer desta conduta<sup>7</sup>.

Na fase aguda, compressas frias podem ser utilizadas, em especial se o eczema for de pequena ou média intensidade, além de corticoides tópicos ou mesmo orais, PUVA e imunossuppressores podem ser ministrados. O corticoide tópico ou sistêmico é a droga de escolha para DC. Nos locais onde o tegumento é fino, é necessário abster-se do uso de corticoides fluorados de po-

tência média e alta, pois tais regiões são mais sensíveis, podendo sofrer atrofia, hipopigmentação, acne e até mesmo telangiectasias. Assim, nesses locais, corticoides não fluorados (hidrocortisona-baixa potência) devem ser priorizados. O corticoide fluorado de média potência deve ser aventado nas demais áreas, inclusive sob a forma de oclusão (filme plástico – PVC: oferece maior penetração e menor tempo de resolução)<sup>7</sup>.

Em área de pele seca devem-se empregar pomadas e nos locais mais úmidos, deve-se lançar mão dos cremes. Corticoides orais são prescritos para os casos de eczemas extensos, com comprometimento da área corporal maior que 20%, lembrando de prescrever-los pelo em dose adequada, pois não é isento de efeitos colaterais. A dose de prednisona 1 mg/kg/peso por 14 a 21 dias é comumente usada para DCA aguda, devendo ser reduzida de 50% por semana. Para casos de DC crônicos, não se aconselham os corticoides sistêmicos<sup>7</sup>.

Anti-histamínicos, segundo Motta *et al.* (2011)<sup>7</sup> não são incluídos nas diretrizes internacionais de tratamento da DC, por apresentarem baixa eficácia, mas são citados pelas diretrizes nacionais como fármacos a serem empregados nas DC extensas, por controlarem o prurido intenso. A PUVA (fototerapia associada à ingestão de psoralenos) é a alternativa terapêutica aos casos resistentes, mas apesar da vantagem de não possuir os efeitos colaterais dos corticoides, necessita de centros especializados, e exige duas ou três aplicações semanais, e pode haver queimaduras, despigmentação, rugas, tumores malignos e catarata<sup>7</sup>.

#### Prevenção e o uso de EPIs nas mãos

Segundo a Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional, baseada na Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, Art. 189, atividades ou operações insalubres são aquelas determinadas pelas condições ou métodos de trabalho, onde há exposição dos empregados a agentes considerados nocivos à saúde, em limites superiores à sua tolerância, conforme a natureza e a intensidade do agente e período de exposição aos seus efeitos<sup>18</sup>.

Dentre as atividades executadas pelo homem, o uso das mãos predomina sobre as outras partes do corpo. Assim, devem ser aplicadas precauções de segurança cabíveis, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), somados ao treinamento dos trabalhadores que entram em contato direto com irritantes e alérgenos, a fim de que se conscientizem os trabalhadores e se promova uma diminuição dos índices de doenças ocupacionais<sup>19,20</sup>.

Dessa forma, os equipamentos de proteção individual (EPIs), em especial o uso das luvas são fundamentais para evitar as DC, tanto a irritativa quanto a alérgica. Mas o uso prolongado destas também pode

favorecer o surgimento de irritação cutânea nas mãos e pulsos, sendo essencial as características e os materiais de fabricação desses equipamentos<sup>19,20</sup>.

Os aditivos de borracha são considerados os principais substratos alergênicos das luvas. O látex ou a borracha natural são etiologia mais observada de urticária de contato ocupacional. Quando a dermatite de contato alérgica é conhecida, a substituição das mesmas é proposta pelo conselho de dermatologistas ou alergologistas. Assim, programas de prevenção secundária para eczema mão melhora a qualidade de vida e diminui a gravidade do eczema de mãos<sup>19,20</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

O impacto socioeconômico das enfermidades laborais para os trabalhadores e sociedade é significativo. Nas doenças ocupacionais uma abordagem preventiva com verificação dos elementos ambientais capazes de gerar doenças é fundamental. As dermatites de contato são altamente comuns na prática clínica, sendo por isso merecedoras de mais pesquisas relacionadas à fisiopatologia e novos tratamentos.

É importante a realização de um diagnóstico precoce atrelado ao gerenciamento das dermatites de contato ocupacionais, lembrando sempre que podem ocorrer vários contactantes irritativos ou alérgicos no mesmo paciente, pela exposição ambiental e sensibilização individual.

Abranger a função dos múltiplos fatores associados às dermatites ocupacionais, somados aos cuidados higiênicos e terapêuticos da pele, atenção às profissões consideradas de alto risco, testes confiáveis para diagnóstico específico, e tratamento dos pacientes considerados atópicos são cruciais para uma abordagem eficiente dessa afecção.

A exclusão do agente etiológico é o tratamento mais efetivo para a dermatite de contato, não sendo substituída por outra forma de tratamento. A anamnese e exame dermatológico criteriosos, além dos testes de contato são as bases do diagnóstico.

A permuta ocupacional pode ser necessária resolução da enfermidade, e a prevenção primária contribui para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, por diminuir recidivas do quadro.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Alchorne AOA, Alchorne MMA, Silva MM. Dermatoses ocupacionais: educação médica continuada. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(2):137-47. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n2/03.pdf>>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- [2] Coelho MM. Condições de trabalho e saúde ocupacional

- dos trabalhadores da limpeza urbana. – 2012; 108. Disponível em: <<http://www.cpgss.ucg.br/ArquivosUpload/2/file/MCAS/Margarida%20Martins%20Coelho.pdf>>. Acessado em 13 de outubro de 2013.
- [3] Ali, SA. Dermatoses ocupacionais, 2. ed. – São Paulo: Fundacentro, 2009; 412. Disponível em: <<http://www.sjt.com.br/tecnico/gestao/arquivosportal/file/DERMATOSES%20OCUPACIONAIS%20%20%20ED%20C3%87%20C3%83%20%20FUNDACENTRO.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2013.
- [4] Reis, VMS. Dermatoses provocadas por plantas (fitodermatoses). *An Bras Dermatol.*, 2010; 85(4):479-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n4/v85n4a09.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [5] Ferreira BIALS; Freitas EM, Almeida PT, Mendes THC, Nakaoka VYES, Kashiwabara TGB. Dermatites: Diagnóstico E Terapêutica. *Braz J of Surg and Clin Res – BJSCR* 2013; 5(2):22-6.. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acessado em 08 de janeiro de 2014.
- [6] Moreira AID, Leite I, Guedes R, Baptista A, Ferreira EO. PhytoPhotodermatitis anoccupational and recreational skin disease. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(3):257-77. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a08.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [7] Motta AA, AUN MV, KaliL J, Bianchi PG-. Dermatite de contato. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2011; 34(3):73-82. Disponível em: <<http://www.asbai.org.br/revistas/vol343/V34N3-ar01.pdf>>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- [8] Martins LEAM, Reis VMS. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(3):419-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n3/v86n3a01.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [9] Lazzarini R, Duarte IAG, Mayumi JS, Minnicelli R. Allergic contact dermatitis among construction workers detected in a clinic that did not specialize in occupational dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2012; 87(4):567-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n4/v87n4a08.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [10] Fernandez OL, Canosa JM, Lazzarini R. Association of contact urticaria and allergic contact dermatitis to rubber. *An Bras Dermatol.* 2009; 84(2):177-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a11.pdf>>. Acessado em 13 de outubro de 2013.
- [11] Mirabelli MC, Vizcaya D, Margarit AM, Antó JM, Arjona L, Barreiro E, Orriols R, Gimenez-Arnau A, Zock JP. Occupational risk factors for hand dermatitis among professional cleaners in Spain. *Contact Dermatitis.*, 2012; 66(4): 188–96. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299907/pdf/nihms-347533.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [12] Resende ERMAA, Segundo GRS. Food Atopy Patch Test – a literature review. *Rev. bras. alerg. Immunopatol.* 2010; 33(5). Disponível em: <[http://www.sbai.org.br/revistas/Vol335/testes\\_33\\_5.pdf](http://www.sbai.org.br/revistas/Vol335/testes_33_5.pdf)>. Acessado em 15 de outubro de 2013.
- [13] Rodrigues RNS, Melo JF, Montealegre F, Hahnstadt RL, Pires MC. Avaliação do teste de contato com aeroalérgenos em pacientes com dermatite atópica. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(1):37-43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a04.pdf>>. Acessado em 15 de outubro de 2013.
- [14] Paschoal MM. Contact Test Patch-Test. 2010; 20. Disponível em: <<http://www.prodermato.com.br/aulas/livreto30.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- [15] Teo S, Goon ATJ, Siang LH, Lin GS, Koh DD. Occupational dermatoses in restaurant. *Occupational Medicine,* 2009; 59:466–471. Disponível em: <<http://ocmed.oxfordjournals.org/content/59/7/466.full.pdf+html>>. Acessado em 15 de outubro de 2013.
- [16] Holness DL, Kudla I. Workers with occupational contact dermatitis: workplace characteristics and prevention practices. *Occup Med.* 2012; 62:455–457. Disponível em: <<http://ocmed.oxfordjournals.org/content/62/6/455.full.pdf+html>>. Acessado em 13 de outubro de 2013.
- [17] Zorba E, Karpouzs A, Zorbas A, *et al.* Occupational Dermatoses by Type of Work in Greece. *Safety and Health at Work* 4 (2013); 142-48. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3791082/pdf/main.pdf>>. Acessado em 15 de outubro de 2013.
- [18] Brasil, 2012. Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional, Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, Art. 189 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16514.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16514.htm)>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- [19] Cleenewerck MB. Update on medical and surgical gloves. *Eur J Dermatol* 2010; 20 (4):434-42. Disponível em: <[http://www.jle.com/e-docs/00/04/59/B5/vers\\_alt/VersionPDF.pdf](http://www.jle.com/e-docs/00/04/59/B5/vers_alt/VersionPDF.pdf)>. Acessado em 13 de outubro de 2013.
- [20] Ibler CS, Jemec GBE, Diepgen TL, Head CG, Hansen JL, *et al.* Skin care education and individual counselling versus treatment as usual in healthcare workers with hand eczema: randomised clinical trial. *BMJ.* 2012; 345:782. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520547/pdf/bmj.e7822.pdf>>. Acessado em 10 de outubro de 2013.

