

Epilepsia e trabalho: quando a epilepsia deve ser considerada incapacitante?

Epilepsy and work: when the epilepsy should be considered incapacitating?

Carmen Silvia Molleis Galego Miziara¹, Ivan Dieb Miziara¹, Daniel Romero Muñoz²

Miziara CSMG, Miziara ID, Muñoz DR. Epilepsia e trabalho: quando a epilepsia deve ser considerada incapacitante? Saúde, Ética & Justiça. 2011;16(2):103-110.

RESUMO: Epilepsia é o transtorno cerebral caracterizado predominantemente pela interrupção da função cerebral normal, recorrente e imprevisível, chamada de crise epiléptica. Trata-se de uma variedade de desordens refletindo a disfunção cerebral de base, a qual pode ser resultante de diferentes etiologias¹. É uma das causas mais comuns de transtornos cerebrais, afetando 50 milhões de pessoas em todo o mundo², e representa um ônus pessoal e social. Os perigos físicos decorrentes da imprevisibilidade das crises, a exclusão social, o estigma e os distúrbios psicológicos associados são alguns fatores que podem banir os indivíduos com epilepsia do mercado de trabalho³, e também influenciar na capacidade laboral. Estudo brasileiro refere que 36% dos indivíduos com epilepsia estão licenciados ou aposentados⁴. Mas nem sempre a epilepsia é condição de incapacidade laborativa. A epilepsia é considerada como incapacitante quando uma ou mais atividades da vida são limitadas substancialmente, dentre elas o trabalho. O objetivo deste estudo foi analisar os principais fatores de absenteísmo ao trabalho de pessoas com epilepsia. Como metodologia foi realizado levantamento bibliográfico, sendo selecionadas as bases "PUBMED" e "BIREME", que dão acesso às bases "LILACS", "IBECs", "MEDLINE", "Biblioteca Cochrane" e "SciELO", e análise dos dados do Ministério da Previdência Social (MPS). Os resultados da pesquisa mostraram que, aproximadamente, 35% da população epiléptica sofre algum tipo de limitação laboral pela epilepsia ou pelo estigma, sendo que no Brasil foram concedidos, pela Previdência Social (MPS), nos últimos cinco anos, 46.151 benefícios auxílio doença previdenciário (média de 9.230/ano) em decorrência de epilepsia. Alguns fatores interferem na capacidade laborativa, entre eles a frequência das crises que pode determinar queda de até 70% do resíduo laborativo, de acordo com os Baremos Europeus. O tipo de crise também exerce influência significativa, sendo as crises com perda da consciência as mais comprometedoras, com perda laborativa em torno de 30%. As manifestações adversas das drogas antiepilépticas também afetam na capacidade laborativa. Pessoas com epilepsia estão mais sujeitas ao desemprego, o dobro em comparação com pessoas sem epilepsia, mas não apresentam maior risco de acidente quando comparados aos demais trabalhadores. Algumas profissões são inviáveis para trabalhadores com epilepsia, cabendo ao médico perito, tanto no exame médico-pericial admissional como na avaliação laborativa, considerar esta peculiaridade. A conclusão deste estudo é que a história médica associada ao exame neurológico e subsidiada por relatos do médico assistente, é a base para a conclusão médico-pericial, pois o simples relato de epilepsia não implica em incapacidade.

DESCRITORES: Epilepsia; Pessoas com deficiência; Licença médica; Absenteísmo.

1. Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP.

2. Professor Titular da Disciplina de Medicina Legal e Deontologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC.

3. Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP.

INTRODUÇÃO

Epilepsia é definida como uma condição neurológica crônica caracterizada pela presença recorrente (dois ou mais episódios) de crises epiléticas não provocadas e sem causa imediata identificada e é uma das desordens cerebrais mais comuns. Estima-se que 50 milhões de pessoas em todo o mundo sejam acometidas², representando 1% de dias perdidos com a doença globalmente⁵. Deste total, 80% ocorre em países desenvolvidos e, o mais grave, entre 80 e 90% das pessoas acometidas não recebem tratamento adequado ou não são tratadas^{2,6}. A epilepsia é considerada ativa na situação em que as crises ocorreram durante os últimos cinco anos. Consequentemente, é considerada inativa ou em remissão quando o período livre de crises é superior a cinco anos⁷. De acordo com a Classificação Internacional Contra Epilepsia (ILAE), as crises epiléticas são definidas como a ocorrência transitória de sinais e sintomas devido a uma atividade neuronal excessiva ou síncrona anormal no cérebro¹, e são classificadas em dois grandes grupos: generalizadas e focais. Essa classificação está baseada na área de envolvimento de estruturas corticais e subcorticais durante o processo epilético. A epilepsia pode interferir em várias áreas da qualidade de vida do indivíduo, e entre elas temos as condições referentes ao trabalho. Questões práticas relacionadas a trabalhadores com epilepsia são observadas com elevada frequência. Existe grande dificuldade de os empregadores aceitarem candidatos declarados com epilepsia no momento do exame médico-pericial admissional e, também, não é infrequente, que trabalhadores com epilepsia se mantenham afastados do trabalho por questões relativas à doença, alegando que a condição epilética é incompatível com o exercício profissional. Na primeira situação podemos estar diante de preconceito e/ou discriminação, mas preferimos entender como desconhecimento da doença por parte dos empregadores que supõem que esses trabalhadores são mais propensos a sofrer acidentes, quando comparados aos trabalhadores sem epilepsia⁸. Mas também é importante reconhecer que nem todas as atividades profissionais podem ser executadas por candidatos com epilepsia, sendo obrigatória a análise dessa relação. No segundo caso podemos estar diante de quadro de transtorno factício ou de simulação, pois o empregado pode acentuar sua condição clínica sem ou com intenção de obter ganho externo, respectivamente. Outra possibilidade para esta questão pode ser decorrente da dificuldade do trabalhador entender a própria condição de

saúde. Esses conflitos são vivenciados por médicos peritos frequentemente. A admissão de trabalhador com epilepsia pode gerar afastamentos precoces ao trabalho, licenças ou aposentadoria, que em muitas situações podem ser entendidos como exagerados, do mesmo modo que o impedimento de ingresso de pessoas com epilepsia no mercado de trabalho, além de gerar transtornos econômicos, pode acentuar a exclusão social, aumentar o estigma e, assim, facilitar o desencadeamento de distúrbios psicológicos³. É necessário que todos os médicos peritos conheçam as principais condições decorrentes da epilepsia que de alguma forma possam interferir na capacidade laboral do trabalhador. Diante do exposto, o médico perito está diante de uma dicotomia: de um lado a sua análise diante de candidatos declarados com epilepsia e que almejam ingressar no mercado de trabalho e, do outro, trabalhadores que solicitam afastamentos do trabalho em virtude da epilepsia. O objetivo deste estudo é analisar os principais elementos científicos que possam auxiliar o médico-perito na elaboração de seu parecer, isto é, na obtenção da prova técnica-científica, para que a justiça social seja alcançada, concedendo o que é de direito e negando o que é indevido.

METODOLOGIA

Para subsidiar este estudo foi realizada detalhada pesquisa bibliográfica nos principais bancos de dados, principalmente referente aos últimos dez anos. Foram selecionadas as bases "PUBMED" e "BIREME", que dão acesso às bases "LILACS", "IBCS", "MEDLINE", "Biblioteca Cochrane" e "SciELO". Em complementação, foram pesquisados dados epidemiológicos nos bancos de dados do Ministério da Previdência Social (MPS) e do Sistema Único de Saúde DATASUS. Para a pesquisa foram utilizados os descritores obtidos por meio do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) nos seguintes endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/>, com termos em português, espanhol ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos apenas em inglês. As palavras-chave foram: epilepsy; seizure, disability; sick-leave; absenteeism, epilepsia, absentéismo, crise epilética.

RESULTADOS

Dados obtidos no Anuário Estatístico da Previdência Social entre 2005 e 2010 mostram que foram concedidos 46.151 benefícios auxílios-doença previdenciários segundo os Códigos da CID-10 G40 e G41, epilepsia e estado de mal epilético, respectivamente, no Brasil (Tabela 1).

Tabela 1. Número de concessões de auxílio-doença previdenciário por G40 e G41 no Brasil

		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2010	G40	482	389	746	579	588	552	469	523	622	631	603	571	6755
	G41	5	2	5	4	8	14	4	7	10	4	9	4	76
2009	G40	501	534	704	622	608	597	616	613	654	535	573	389	6946
	G41	9	13	10	13	13	9	7	7	8	3	5	1	98
2008	G40	7 56	744	853	914	818	896	791	734	803	703	626	527	8409
	G41	1 1	9	20	16	2	13	6	14	16	11	8	6	121
2007	G40	1074	940	1273	963	1062	893	971	1021	765	938	800	676	11376
	G41	21	13	22	15	20	16	17	14	14	22	16	7	197
2006	G40	1.383	1.368	1.535	1.295	1.588	1.541	1.439	1.871	1.488	1.573	1.347	1.151	11.827
	G41	21	34	34	41	27	26	27	42	21	30	27	16	346
	Total	2113	4046	5202	4462	4734	4557	3878	2975	4401	4450	2667	2197	46151

Enquanto os dados publicados pelo DATASUS entre 2008 e julho de 2011 mostram que foram internadas nos Brasil 34.367 pessoas, entre 20 e 69 anos de idade, em decorrência de epilepsia, representando a média de 11.455 pessoas por ano, sendo que metade das internações foram na região Sudeste.

Abordagem da pessoa com epilepsia: como a epilepsia afeta o trabalho

Muitos fatores envolvem a epilepsia, portanto, a simples informação de que o trabalhador é epilético não sustenta a tese de incapacidade laborativa. A determinação da incapacidade decorrente de epilepsia não deve ser considerada uma atividade fácil, pelo contrário, o médico perito deve estar atento às inúmeras variáveis (que nem sempre são de fácil obtenção) presentes no simples diagnóstico de epilepsia, tais como:

- Etiologia da epilepsia;
- Tipo das crises epiléticas;
- Frequência das crises;
- Horário de ocorrência das crises epiléticas;
- Tratamento medicamentoso administrado;
- Adesão ao tratamento medicamentoso;
- Doenças associadas, entre elas as decorrentes da ação adversa das medicações;
- Tipo de atribuições laborais.

Fatores relevantes na perícia médica

Etiologia da epilepsia

A epilepsia pode ser devida à lesão estrutural cerebral, sendo denominada de epilepsia sintomática. Dentre suas causas, os tumores, as malformações cerebrais, doenças vasculares, entre

outras, podem ser citados. No adulto, entretanto, as epilepsias do lobo temporal constituem o grupo mais frequente, sendo a síndrome da epilepsia mesial do lobo temporal associada à esclerose hipocampal o principal tipo, respondendo por cerca de 40% de todas as epilepsias nesta faixa etária. As crises em geral são parciais, com ou sem perda da consciência. A generalização secundária é menos frequente. Existe boa resposta ao tratamento medicamentoso ou cirúrgico, sendo que a remissão ocorre em 20 a 70% dos casos^{9,10}. O diagnóstico é baseado em história médica (crises parciais, com ou sem perda da consciência, acompanhadas ou não de automatismos, sobretudo manuais ou orais), no eletroencefalograma (EEG), que mostra atividade epileptiforme na região temporal anterior, uni ou bilateralmente, e em exames de neuroimagem. A ressonância magnética de crânio (RMC) revela o achado mais frequente, que é a esclerose do hipocampo, caracterizada pela redução volumétrica de estruturas mesiais temporais e hipersinal nas sequências pesadas (T2 e FLAIR). Outra etiologia a ser analisada se refere à epilepsia idiopática, isto é, relacionada à causa genética, e, portanto, sem a presença de lesão estrutural. Este grupo é representado na população adulta pela epilepsia mioclônica juvenil (EMJ), que é responsável por aproximadamente 4 a 12% de todas as epilepsias em pacientes adolescentes e adultos¹¹. As crises podem ser do tipo ausência, tônico-clônica generalizada e mioclônica, e são facilmente controladas com medicação, com controle total das crises na grande maioria dos casos e, o que é muito importante, a dose da medicação utilizada em geral é baixa, reduzindo substancialmente os efeitos adversos provocados pela medicação. O diagnóstico é baseado em relato clínico e no EEG, que mostra complexos multispícula-onda, superior

a 3 Hz, de distribuição generalizada e simétrica no período crítico e intercrítico. Por não existir lesão estrutural, o exame de imagem convencional é normal. Existe um terceiro grupo denominado de provavelmente sintomático, ou criptogenético, que apesar de apresentar características sugestivas de ser sintomática, os exames de imagem não evidenciam anormalidades.

Quanto ao tipo das crises epiléticas

Resumidamente, podemos classificar as crises epiléticas em dois grandes grupos. O primeiro grupo representado pelas crises sem comprometimento da consciência ou da cognição, que são as chamadas crises parciais simples, ou focais simples. As manifestações são variáveis de acordo com a localização da atividade epileptiforme, podendo ser tanto motoras, sensitivas ou sensoriais. Raramente interferem nas atividades de vida diária. O segundo grupo é representado pelas crises com perda da consciência. Este grupo pode ser subdividido em dois outros grupos: as crises parciais complexas e as crises generalizadas primariamente ou secundariamente. As crises

parciais complexas também podem se manifestar de forma diversificada, dependendo da região cortical de sua origem, e não é incomum que sejam acompanhadas de movimentos automáticos orais, manuais ou até de marcha. A generalização primária é caracterizada, neste contexto, pela crise convulsiva, isto é, pela movimentação tônico-clônica, e quando sobrevém a um início parcial, seja simples ou complexo, é denominada de secundária. Como ilustração, as crises parciais simples e complexas são muito frequentemente observadas na esclerose mesial temporal, enquanto as crises generalizadas primárias são observadas na epilepsia mioclônica juvenil. Quando discutimos os tipos de crises epiléticas, é importante ressaltar a presença ou não de aura. A aura, reconhecida como manifestação ictal, funciona como um “alerta”, pois precede a perda da consciência, por vezes, em tempo suficiente para que haja possibilidade de instituir medidas preventivas, tais como: estacionar o carro se estiver dirigindo, sentar ou se apoiar para evitar queda, solicitar auxílio de terceiros, suspender as atividades supostamente capazes de causar lesão (cozinhando, banhando crianças, descendo escadas etc.) (Gráficos 1, 2 e 3).

Gráfico 1. Classificação das crises generalizadas de acordo com a nova proposta da ILAE, 2010

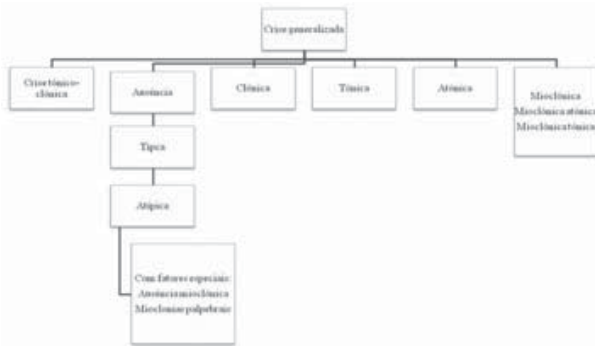


Gráfico 3. Classificação das crises desconhecidas (não classificadas) de acordo com a nova proposta da ILAE, 2010



Gráfico 2. Classificação das crises focais de acordo com a nova proposta da ILAE, 2010



Frequência e horário das crises

Talvez este seja o mais importante fator epilético relacionado ao aspecto laboral. Independentemente da etiologia ou do tipo de crise, a recorrência de fenômenos epiléticos pode representar impacto negativo sobre as atividades de vida diária, e com o trabalho não é diferente. Este quadro pode representar a refratariedade da epilepsia. Outro aspecto que deve ser relacionado com a interação entre epilepsia e o trabalho é o horário de ocorrência das crises. As crises exclusivamente ou preferencialmente noturnas pouco se relacionam com acidentes provocados pelas crises, exceto quando se manifestam com

grande frequência e, desta forma, interferem no padrão de sono e, assim, pela sonolência diurna podem comprometer a integridade mental, levando a maior chance de acidentes, não pela crise, mas pela condição associada.

Tratamento medicamentoso

Nas últimas décadas novas drogas antiepilépticas (DAE) passaram a fazer parte do arsenal terapêutico, e, por apresentarem farmacocinética mais favorável, estão menos associadas a eventos adversos, sendo portanto mais toleradas. Entretanto, infelizmente, não são todos que têm acesso a essas drogas. As DAE tradicionais (fenobarbital, fenitoína, primidona, carbamazepina) ainda são muito empregadas no tratamento de epilepsia no Brasil e são mais associadas às alterações cognitivas e comportamentais, quando comparadas com as drogas mais recentes (oxcarbazepina, lamotrigina, divalproato de sódio, levitiracetam, topiramato, vigabatrina, gabapentina). Outro aspecto que aumenta a chance de eventos adversos é a interação medicamentosa. Muitas epilepsias são tratadas com duas ou mais DAE, sendo que a interação entre elas é bastante reconhecida, estão associadas a outras medicações que competem pelo mesmo sítio de metabolização hepática, aumentando a fração livre da DAE ou induzindo a sua metabolização. As complicações do tratamento antiepiléptico não se restringem à cognição, pois alterações hepáticas, pancreáticas, hematológicas, endocrinológicas, urológicas, entre outras podem ocorrer. Um aspecto precisa ser salientado neste tópico e se refere à adesão ao tratamento. Muitas pessoas com epilepsia não seguem as orientações deixando de utilizar a DAE adequadamente. Este é um fenômeno frequente na prática clínica, favorecendo a “refratariedade” da epilepsia.

Tipo de atribuição laboral

Algumas profissões são consideradas impróprias para pessoas com epilepsia em virtude de suas características. Por exemplo, pilotos de aeronaves, mergulhadores, paraquedistas, trabalhos em alturas (pintores, limpadores de fachadas), operador de máquinas industriais, salva-vidas e bombeiros. Estas profissões são consideradas de risco tanto para o indivíduo com epilepsia como para quem não tem a doença. As crises que comprometem a consciência são as que mais interferem nestas profissões. Não citamos

a profissão motorista, pois este tema é bastante peculiar. A legislação brasileira estabeleceu os critérios para a concessão da habilitação marcando como ponto fundamental o período livre de crises.

Acidentes relacionados à epilepsia

Em estudo realizado por Lawn e colaboradores, foi observada a baixa incidência de lesões causadas por crise epiléptica. Segundo os autores, a lesão ocorre na proporção de uma para 44 pessoas por ano. A maioria das lesões é caracterizada por contusões ou lacerações envolvendo tecidos moles do crânio (79%). As crises generalizadas assumem papel de destaque, sendo responsáveis pelas lesões em torno de 82%. Cinco fatores de risco foram identificados com a maior probabilidade de ocorrência de lesões pelas crises. Dentre eles, temos: politerapia, situação de vida menos independente, alto escore Rankin, crises generalizadas ou *drop-attacks*, e alta frequência de crises. Esta última referência é apontada como a principal. Estes dados sugerem a baixa incidência de lesões associadas à epilepsia¹².

Emprego

Pessoas com epilepsia apresentam até duas vezes mais probabilidade de desemprego ou de se submeterem a subemprego quando comparadas com pessoas sem epilepsia^{13,14,15}. E os fatores que contribuem para esta situação podem ser de natureza interna e/ou externa¹⁶. Na primeira categoria, os que assumem destaque são o tipo e a frequência das crises epilépticas, a idade de início e duração da epilepsia, e os efeitos adversos, sobretudo os cognitivos, das drogas antiepilépticas^{18,19}. Estes eventos clínicos podem ser agravados por fatores psicológicos internos, como, por exemplo, a diminuição da auto-estima e da expectativa de realização. Dentre os mecanismos externos que assumem destaque na vida laboral da pessoa com epilepsia citamos o estigma efetivo e a discriminação, que podem estar representadas formal ou informalmente, explícita ou dissimuladamente e expressada intencionalmente ou não²⁰. Estudo conduzido no Brasil em 1996 revelou que 51% dos pacientes avaliados estavam empregados, na maioria homens, e 9% estavam aposentados pela epilepsia²¹. Embora a legislação (Constituição Federal artigo 3º, inciso IV) proíba qualquer forma de discriminação (ato de ação ou omissão que viola os direitos de outrem), na prática diária a discriminação contra pessoas com epilepsia ainda é evidente. Este fenômeno não

é privilégio do Brasil, mas pode ser notado em países desenvolvidos também²². Segundo Heaney, as principais maneiras da epilepsia comprometer a capacidade individual para o trabalho são: absenteísmo, baixa produtividade, desemprego, subemprego e mortalidade prematura²³.

Estigma e absenteísmo

Trinta e um por cento das pessoas com epilepsia referem sensação de estigma. Alguns fatores estão associados, entre eles, a discriminação social e a alta frequência das crises²⁴. Em estudo realizado no Reino Unido não se demonstrou que trabalhadores com epilepsia se afastam mais do trabalho por licença médica em comparação ao grupo controle²⁵.

DISCUSSÃO

Implicações da epilepsia na perícia médica

Ante ao exposto, a epilepsia é uma condição médica crônica, caracterizada por crises epiléticas com diferentes manifestações, tanto referentes à forma da manifestação como quanto à frequência. O simples diagnóstico de epilepsia não é condição suficiente para o médico-perito determinar a incapacidade ou a capacidade laborativa. Todos os aspectos clínicos precisam ser analisados e relacionados com as atribuições do cargo desempenhado ou pleiteado pelo examinado. Não existe uma regra para estabelecer esta relação. Um exemplo citado em literatura sobre o tema é o Guia Baremo Europeu, que estabelece o grau dos danos decorrentes de epilepsia. De acordo com o guia, as crises com perda da consciência, sejam as crises complexas, como as crises generalizadas, as não controladas e as associadas a eventos adversos da medicação são as mais comprometedoras. O guia estabelece a porcentagem entre 30% a 70% de comprometimento para aqueles casos em que as crises complexas ocorrem quase diariamente apesar do tratamento. Esta porcentagem cai para de 10% a 30% nos casos de crises parciais simples²⁶. Na maioria dos trabalhos, as crises epiléticas não irão afetar significativamente as habilidades laborativas essenciais. O indivíduo não pode ser desqualificado para o trabalho somente pela razão de ter epilepsia. No exame admissional deve-se levar em conta o tipo de trabalho a ser desempenhado, o tipo de crise epilética, o grau de controle das crises, a presença de aura, a adesão ao tratamento, os eventos colaterais das medicações e razoável condição de segurança

do local de trabalho. O mesmo raciocínio deve ser aplicado nas avaliações médico-periciais para a determinação do afastamento ao trabalho. São poucas as situações em que o trabalhador conta com condições inseguras no trabalho, que diferem das condições habituais fora do ambiente profissional. O diagnóstico de epilepsia não é suficiente para determinar a probabilidade de que a pessoa venha a ter crise no trabalho²⁷. A epilepsia somente pode ser considerada como incapacitante quando limitar substancialmente uma ou mais atividades básicas da vida diária, que a média de pessoas pode realizar com pouca ou nenhuma dificuldade, como: andar, enxergar, ouvir, falar, respirar, realizar provas manuais, cuidar de si próprio, aprender e trabalhar. Também estão incluídas as habilidades relacionadas ao pensamento, concentração, interação interpessoal e sono²⁸. Na avaliação médico-pericial é preciso considerar todos os aspectos médicos para identificar doenças associadas relacionadas diretamente ou não com a epilepsia e/ou ao tratamento com DAE. Os fatores que mais interferem na capacidade laborativa do trabalhador com epilepsia são a alta frequência das crises (refratariedade) e as manifestações adversas das DAE sobre as funções cognitivas. Para que o médico-perito possa ter segurança em seu parecer final deve sempre se embasar em informações obtidas por meio de relatórios do médico assistente, pois este tem informações consistentes sobre a frequência, a adesão ao tratamento, o tipo de crise, entre outras.

Principais barreiras da empregabilidade de pessoas com epilepsia

Em 1967, foi publicado no Canadá um artigo intitulado "The Employable Epileptic"²⁹, o qual abordava a razão dos empregadores recusarem trabalhadores com epilepsia. Naquela ocasião, a conclusão foi de que o maior problema de empregabilidade decorria da falta de conhecimento sobre a natureza da epilepsia e os efeitos dos recentes avanços da medicina, associado ao "medo". Em 2001, outro artigo mostrou que esta realidade não sofreu alteração. Apesar de todo o tempo transcorrido, o medo continuava sendo a principal barreira³⁰. Infelizmente, a falta de conhecimento sobre a epilepsia, em algumas ocasiões, também afeta a decisão médico-pericial.

CONCLUSÃO

Poucos são os estudos científicos que abordam exclusivamente a questão médico-

pericial e epilepsia. O desconhecimento tanto dos empregadores como dos profissionais que estão envolvidos com a relação epilepsia e trabalho é fator determinante na ocorrência de equívocos na prática pericial. A simples presença do diagnóstico de epilepsia não implica em incapacidade para o trabalho, não sendo possível prever a ocorrência de crise no trabalho nem o aumento de risco à saúde do trabalhador e de terceiros em decorrência dela. A avaliação médico-pericial deve abordar as condições médicas (manifestações clínicas, exames físico geral e neurológico e resultados de exames complementares) e as ocupacionais do periciando. Um dado fundamental a ser referido é a necessidade do médico-perito precisar se subsidiar de relatório do médico assistente, portanto a conscientização

de todos os profissionais médicos, no caso os assistentes, é de fundamental importância, diante do fornecimento de informações reais. A manutenção de um trabalhador com epilepsia em situação de risco no trabalho não deve ser aceita. Sempre que possível, a indicação de readaptação funcional, respeitando as limitações particulares de cada trabalhador, deve ser contemplada. O cerne do ato pericial é o fornecimento de prova técnica, embasada cientificamente, para que a justiça social seja atingida, portanto, a concessão de afastamentos indevidos ou o impedimento de inserção de trabalhadores com epilepsia no mercado de trabalho somente pelo simples diagnóstico de epilepsia devem ser repensados, pois vão contra o maior objetivo da perícia-médica, a justiça.

Miziara CSMG, Miziara ID, Muñoz DR. Epilepsy and work: when the epilepsy should be considered incapacitating? *Saúde, Ética & Justiça*. 2011;16(2):103-110

ABSTRACT: Epilepsy is a brain disorder characterized predominantly by the disruption of normal brain function, recurrent and unpredictable, called the seizure. It is a variety of disorders reflecting the basic brain dysfunction, which may result from different etiologies¹. It is one of the most common causes of brain disorders, affecting 50 million people around the world², and represents a personal and social burden. The possibility of physical injuries due seizures, social exclusion, stigma, and psychological disorders are some factors that also contribute to the compromised employment position of person with epilepsy; and their effects may be felt particularly hard in areas or times of high unemployment. A Brazilian study indicates that 36% of individuals with epilepsy are out of work due to illness or retired⁴. But epilepsy is not always a condition of incapacity to work. Epilepsy is considered incapacitating when one or more life activity is substantially limited, among them the job. The objective of this study was to analyze the main factors of work absenteeism of people with epilepsy. The methodology applied was the literature review, in the main databases - "PUBMED" and "BIREME," with access to other bases "LILACS", "IBECs", "MEDLINE", "Cochrane Library" and "SciELO". The statistical data provided by the Ministry of Social Security (MPS) were also analyzed. The search results showed that approximately 35% of the people with epilepsy suffer from some form of employment limitation by epilepsy or by the stigma. Brazilian social insurance (Ministry of Social Security) given 46,151 benefits in the last five years (average 9.230/year) due to epilepsy. Some factors influence on work capacity, including the frequency of seizures that can determine a drop of up to 70% of the waste labor, according to the European Baremos. The type of seizure also has significant influence, the crisis with loss of consciousness are associated with a 30% reduction in work productivity. The adverse events of antiepileptic drugs also compromise the labor capacity. People with epilepsy are more prone to unemployment, compared to people without epilepsy, although they are not more likely to accidents. Some professions are not indicated to people with epilepsy. The medical expert must evaluate the relationship between epilepsy and work activities. The conclusion of this study is that the medical history associated with the neurological examination, subsidized by reports of the treating physician are essential for the conclusion.

KEY WORDS: Epilepsy; Disabled persons; Sick leave; Absenteeism.

REFERÊNCIAS

1. Fisher R, Boas WE, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy. *Epilepsy*. 2005;46(4):470-2.
2. Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JWAS on Behalf of the ILAE Commission on the Developing World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and the way forward. *Epilepsia*. 2001;42:136-49.
3. Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2008; 12(4):540-6.
4. Tedrus GMAS, Fonseca LC, Oliveira EM, Fonseca ALA, Carneiro ACR, Carvalho RM. Factors associated with the employment situation and driving license of patients with epilepsy. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2010;16(4):136-42.
5. Leonardi M, Ustun TB. The global burden of epilepsy. *Epilepsia*. 2002;43(Suppl 6):21-5.
6. Dua T, Boer HM, Prilipko LL, Saxena S. Epilepsy

- care in the world: results of the ILAE/IBE/WHO global campaign against epilepsy survey. *Epilepsia*. 2006; 47:122-31.
7. Commission on Epidemiology and Prognosis. International league against epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*. 1993;34: 592-6.
 8. Lassouw G, Lefferst P, Krom M DE, Troost J. Epilepsy in a Dutch working population: are employees diagnosed with epilepsy disadvantaged? *Seizure*. 1997;6:95-8.
 9. Mikati M, Holmes G. Temporal lobe epilepsy. In: Wyllie E, editor. *The treatment of epilepsy: principles and practice*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; Baltimore; 1996. p.401-10.
 10. Sakamoto AC. Expressão das crises límbicas no adulto. Disponível em: http://ww.lasse.med.br/mat_didatico.
 11. Wirrel EC, Camfield CS, Camfield PR, Gordon KE, Dooley JM. Long-term prognosis of typical childhood absence epilepsy: remission or progression to juvenile myoclonic epilepsy. *Neurology*. 1996;47:912-8.
 12. Lawn ND, Bamlet WR, Radhakrishnan K, O'Brien PC, So EL. Injuries due to seizures in persons with epilepsy: a population-based study. *Neurology*. 2004; 9;63(9):1565-70.
 13. Hauser WA, Hesdorffer DC. *Epilepsy: frequency, causes and consequences*. Maryland: Epilepsy Foundation of America; 1990. Chap. 8, p.273-96: Employment.
 14. Jacoby A, Buck D, Baker G, et al. Uptake and costs of care for epilepsy: findings from a UK regional study. *Epilepsia*. 1998;39:776-86.
 15. Fisher RS, Vickrey B, Gibson P, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*. 2000;41:39-51.
 16. McLellan DL. Epilepsy and employment. *J Soc Occup Med*. 1987;37:94-9.
 17. Chaplin JE, Wester A, Tomson T. Factors associated with employment problems of people with established epilepsy. *Seizure*. 1998;7:299-303
 18. Jacoby A. Impact of epilepsy on employment status: findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Res*. 1995;21:125-33.
 19. Lucas G. Psychiatric aspects of epilepsy and employment. In: Edwards F, Espir M, Oxley J, editors. *Epilepsy and employment*. London: Royal Society of Medicine Services; 1986. p. 67-72.
 20. Craig A, Oxley J. Social aspects of epilepsy. In: Laidlaw J, Richens A, Oxley J, editors. *A textbook of epilepsy*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1988. p. 566-610.
 21. Tella LMG, Fonseca LC, Berquiqui CM. Epilepsia e trabalho. *Rev Cienc Med PUCCAMP*. 1996;5:113-8.
 22. Jacoby A, Gorry J, Baker GA. Employers' attitudes to employment of people with epilepsy: still the same old story. *Epilepsia*. 2005;46:1978-87.
 23. Heaney D. Epilepsy at work: evaluating the cost of epilepsy in the workplace. *Epilepsia*. 1999;40(Suppl. 8):44-7.
 24. Lee SA, Yoo HJ, Lee BI, Korean QoL in Epilepsy Study Group. Factors contributing to the stigma of epilepsy. *Seizure*. 2005;14:157-63.
 25. Lassouw G, Lefferst P, Krom M DE, Troost J. Epilepsy in a Dutch working population: are employees diagnosed with epilepsy disadvantaged? *Seizure*. 1997;6:95-8.
 26. Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas Confederación Europea de Expertos en Valoración e Indemnización del Daño Corporal Via Livenza, 25 PISA – ITALIA – correo electrónico: info@ceredoc.it. Available from: <http://www.ceredoc.it>.
 27. Finucane AK. Legal aspects of epilepsy. In: Wyllie E, editor. *The treatment of epilepsy. Principles & practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001. Chap. 91, p.1251-6.
 28. The Americans with Disabilities Act (ADA) Amendments Act of 2008.
 29. Epilepsy Foundation of America. Employment of people with epilepsy: the hardest nut. *Epilepsy Behav*. 2001;2:379-80.
 30. Epilepsy Foundation of America. Employment of people with epilepsy: the hardest nut. *Epilepsy Behav*. 2001;2:379-80.

Recebido em: 25/08/2011

Aprovado em: 10/09/2011