

## **DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE TRABALHO NO DOENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO - UMA REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

### **DETERMINANTS OF WORK CAPACITY IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND ADAPTATION STRATEGIES – A LITERATURE REVIEW BASED ON A CLINICAL CASE**

**Artigo:** Caso Clínico

**Autor:** Teófilo V<sup>1</sup>, Matos P<sup>2</sup>, Moreira S<sup>3</sup>, Ribeiro Rui<sup>4</sup>, Pinelas S<sup>5</sup>, Miller M<sup>6</sup>, Azevedo C<sup>7</sup>, Silva A<sup>8</sup>, Pinho P<sup>9</sup>, Norton P<sup>10</sup>.

---

**<sup>1</sup> Vanessa Teófilo**

Médica interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200–319 Porto. E-MAIL: vanessagteofilo@gmail.com  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: pesquisa bibliográfica, análise formal, redação

**<sup>2</sup> Pedro Matos**

Médico especialista em Medicina do Trabalho. Assistente Hospitalar em Medicina do Trabalho na ULS Alto Ave. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: 8014@ulsaave.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: análise formal, supervisão, revisão do manuscrito

**<sup>3</sup> Salomé Moreira**

interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-mail: salome.moreira@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Colheita de dados do caso clínico

**<sup>4</sup> Rui Ribeiro**

Médico interno de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: rui.mendes.ribeiro@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

**<sup>5</sup> Sofia Pinelas**

Médica interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: ana.pinelas@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

**<sup>6</sup> Mariana Miller**

Médica interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: mariana.miller@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

**<sup>7</sup> Catarina Azevedo**

Médica interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: catarina.azevedo@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: pesquisa bibliográfica

**<sup>8</sup> Ana Silva**

Médica interna de formação específica de Medicina do Trabalho da ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: ana.fsilva@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: pesquisa bibliográfica

**<sup>9</sup> Paulo Pinho**

Médico especialista em Medicina do Trabalho. Assistente Hospitalar em Medicina do Trabalho na ULS de São João. 4200-319 Porto. E-MAIL: paulo.pinho@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

**<sup>10</sup> Pedro Norton**

Médico especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral. Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional da ULS São João. Responsável pelo Laboratório de Saúde Ocupacional do ISPUP. Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Administração Regional de Saúde do Norte. 4200-319 Porto. E-MAIL: pedro.norton@ulssjoao.min-saude.pt  
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito



## RESUMO

### Introdução

A esclerose múltipla é uma doença neurodegenerativa desmielinizante que acomete o sistema nervoso central. Manifesta-se tipicamente entre os 20 e 45 anos, coincidindo frequentemente com o início da idade ativa. O tempo médio entre os primeiros sintomas e a redução da capacidade de trabalho é de cerca de sete anos, estando associada a importante presenteísmo, absentismo e desemprego voluntário ou involuntário. Os sintomas mais comuns incluem dificuldade na marcha, disfunção neuropsicológica, alterações sensitivas, desequilíbrio, disfunção intestinal ou urinária, déficit visual, intolerância ao calor e fadiga. O curso da doença é extremamente variável e imprevisível, incluindo-se no espectro desde surto-remissão até progressivo.

### Descrição do caso clínico

Enfermeira de 32 anos a exercer funções no Hospital Dia na Pediatria. Antecedentes de esclerose múltipla surto-remissão desde os 19 anos. Último surto com envolvimento cerebeloso direito e conseqüente incapacidade para a marcha autónoma, tendo sido internada para realização de ciclo de corticoterapia, evidenciando melhoria do quadro clínico. Pelo surto incapacitante, iniciou terapêutica imunomoduladora com ocrelizumab. Avaliada em exame ocasional após doença, referindo episódios de tonturas e desequilíbrio sequelares. Apresentava força muscular nos membros inferiores G4. Referia dificuldade na mobilização de doentes e na realização de turnos longos por fadiga. Foi atribuída aptidão condicionada, com limitação na mobilização de cargas e doentes dependentes, redução da duração dos turnos de trabalho e isenção de trabalho noturno e reforço da utilização de equipamento de proteção individual contra agentes biológicos. Foi reavaliada em exame ocasional três meses após, tendo referido boa adaptação ao trabalho e melhor gestão da fadiga.

### Discussão/Conclusão

A capacidade de trabalho do doente com esta patologia depende da interação de fatores pessoais, relacionados com a doença e com o trabalho. As principais dificuldades da enfermeira resultaram da disfunção da marcha e fadiga agravada pelo contexto laboral, caracterizado pela necessidade de realização de esforço físico, longas jornadas de trabalho e trabalho noturno. A limitação das cargas mobilizadas, redução da duração dos turnos e a isenção do trabalho noturno são medidas reconhecidas na melhoria da capacidade de trabalho. Fatores protetores, como a idade jovem, o nível de educação elevado e o apoio dos colegas, poderá ter potenciado a eficácia das medidas instituídas pelo médico do trabalho. Pela ausência de evidência científica do potencial carcinogénico do ocrelizumab, não foi necessária a restrição do contacto com agentes citotóxicos. O uso de equipamento de proteção individual foi reforçado devido ao aumento do risco de infeção associado. Fatores de mau prognóstico, como os sinais cerebelares e surtos precoces frequentes devem motivar uma vigilância regular da trabalhadora. O Serviço de Saúde Ocupacional deve identificar e gerir precocemente as características clínicas do trabalhador, para a implementação de medidas de prevenção e proteção individualizadas para fomentar a saúde e participação ativa no trabalho, proporcionando sentimentos de utilidade e autovalorização.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esclerose múltipla, aptidão para o trabalho, capacidade de trabalho, medicina do trabalho, enfermagem do trabalho, segurança no trabalho.

## ABSTRACT

### Introduction

Multiple sclerosis is a neurodegenerative demyelinating disease that affects the central nervous system. It typically manifests between the ages of 20 and 45, often coinciding with the onset of active professional life. The average time between the first symptoms and a reduction in work capacity is about seven years, which is associated with significant presenteeism, absenteeism, and voluntary or involuntary unemployment. The most common symptoms include difficulty in walking, neuropsychological dysfunction, sensory changes, imbalance, bowel or urinary dysfunction, visual deficits, heat intolerance, and fatigue. The course of the disease is highly variable and unpredictable, ranging from relapsing-remitting to progressive forms.

### Case Description

A 32-year-old nurse working in a Pediatric Day Hospital with a history of relapsing-remitting multiple sclerosis since age 19. Her most recent relapse involved right cerebellar symptoms and consequent inability to walk independently, leading to hospitalization for a course of corticosteroid therapy, resulting in clinical improvement. As a result of the disabling relapse, immunomodulatory therapy with ocrelizumab was initiated.

Following the illness, she was evaluated by occupational health service and reported episodes of dizziness and imbalance as sequelae from the latest relapse. She presented with grade 4 muscle strength in the lower limbs. She mentioned difficulties in patient mobilization and performing long shifts due to fatigue. She was given conditional fitness for work, with limitations on lifting loads and mobilizing dependent patients, reduced working shift durations, exemption from night shifts and bolster the use of personal protective equipment against biological agents. She was re-evaluated during an occasional examination three months later, reporting good adaptation to work and improved management of fatigue.

### **Discussion/Conclusion**

The work capacity of patients with this pathology depends on the interaction of personal, disease-related, and work-related factors. Disease-related factors commonly associated with work difficulties include progressive disease course, increasing age, presence of fatigue, pain, gait difficulties, and neuropsychological disturbances. Fatigue is one of the most common complaints and can worsen with physical exertion, long work hours, and night shifts. Night work may have implications for the etiology and progression of multiple sclerosis due to circadian rhythm disruption. Tasks requiring significant physical effort have also been associated with work difficulties. Work conditions and organization that provide greater flexibility, control over work pace, and support from colleagues can contribute to maintaining work capacity. Poor prognostic predictors include cerebellar or pyramidal signs, frequent early relapses, progressive disease course, and onset after age 40, which may warrant more frequent monitoring of these workers. Occupational Health Services should identify and manage the worker's clinical characteristics early to implement personalized preventive and protective measures, promoting health and active participation in work, and fostering feelings of usefulness and self-worth.

## **INTRODUÇÃO**

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica desmielinizante e degenerativa que acomete o sistema nervoso central, constituindo a principal causa de incapacidade neurológica em adultos jovens e de meia idade (1) (2) (3). Em Portugal, a prevalência atual é de 64 casos por cada 100,000 habitantes, com uma incidência anual de 3.1 casos por 100,000 habitantes (4).

Embora a sua fisiopatologia não seja totalmente compreendida, sabe-se que esta decorre da presença de células imunes autoreativas que atravessam a barreira hematoencefálica e degradam as bainhas de mielina dos axónios adjacentes, resultando em sintomas que podem variar conforme o grau e a localização da lesão (5).

A manifestação inicial ocorre tipicamente entre os 20 e 45 anos (6), pelo que coincide frequentemente com o início da idade ativa ou com fases determinantes da vida profissional (7). O tempo médio decorrido entre os primeiros sintomas e a diminuição da capacidade de trabalho é de cerca de sete anos (8), a qual se pode traduzir numa redução das horas de trabalho, em presentismo, absentismo e, eventualmente, desemprego voluntário ou involuntário, mesmo em idades precoces (6).

O curso é extremamente variável e imprevisível, compreendendo um espectro que se estende desde a forma surto-remissão, que representa a apresentação inicial em 70-80% dos doentes, até às formas progressivas da doença (9).

Os sintomas mais comuns incluem dificuldade na marcha, disfunção cognitiva, ansiedade/depressão, alterações sensitivas, desequilíbrio e descoordenação motora, disfunção intestinal ou urinária, disartria, défice visual, intolerância ao calor e fadiga (10).

A gestão farmacológica da EM tem como objetivo o tratamento de episódios agudos, o alívio de sintomas e a diminuição da atividade biológica da doença. A terapêutica modificadora da doença - que inclui o interferon beta (IFN- $\beta$ ), o acetado de glatirâmero, o fumarato de dimetilo, o fingolimod e outros fármacos imunomoduladores ou imunossuppressores - permite reduzir a incidência de surtos e estabilizar, retardar ou melhorar o nível de incapacidade (11).

Os preditores de mau prognóstico da EM incluem a presença de sinais cerebelares ou piramidais, surtos precoces frequentes, curso progressivo da doença e idade de início da doença superior a 40 anos (12).

### **Determinantes da capacidade de trabalho**

A manutenção da atividade profissional a longo prazo pelos doentes com EM tem sido associada a uma melhoria da sua qualidade de vida, maior independência e gestão mais eficaz da doença (1) (6).

Diversos estudos que analisaram a empregabilidade destes doentes e os seus determinantes, observaram que a adaptação das condições e da organização do trabalho ao seu estado de saúde representa uma condição frequentemente necessária à manutenção do emprego (8).

A capacidade de trabalho do doente depende essencialmente da interação de fatores pessoais, relacionados com a doença e com o trabalho (3) (8).

Relativamente aos primeiros, destacam-se a idade, o nível de educação, as estratégias de *coping* e a personalidade (6). Estudos demonstraram que um nível de educação mais elevado e uma idade mais jovem constituem fatores protetores contra o desemprego (13) (14). Estratégias de *coping* focadas no problema estão associadas a dinâmicas relacionais no local de trabalho mais positivas e a uma maior manutenção do emprego (6). Por outro lado, fatores preditores de desemprego incluem sentimentos de negação, personalidade evitante e a adoção de estratégias de *coping* baseadas na emoção (14). O impacto do sexo como fator preditivo de empregabilidade tem apresentado resultados inconsistentes na literatura (13) (15).

Entre os determinantes relacionados com a doença que têm sido associados a maiores dificuldades laborais podem ser mencionados o fenótipo progressivo da EM, presença de défices motores, fadiga, dor e/ou distúrbios neuropsicológicos, nomeadamente ansiedade, depressão ou défice cognitivo (3) (8).

Entre os défices motores que constituem barreiras mais significativas ao desempenho da atividade laboral estão incluídos os distúrbios dos movimentos finos e a dificuldade na marcha, sendo esta última reconhecida como uma das limitações mais impactantes nos trabalhadores com EM (16). A disponibilização de ajudas técnicas e de lugar de estacionamento constituem medidas que permitem amenizar esta limitação nos casos mais incapacitantes (12).

Os sintomas “invisíveis”, caracterizados pela ausência de indicadores externos objetivos, são comuns entre os doentes com EM. Por serem frequentemente menos compreendidos pelos pares podem ser de mais difícil gestão e traduzir-se num impacto significativo na saúde mental, nas interações sociais, no trabalho e qualidade de vida. Estes podem incluir, entre outros, fadiga, alterações de humor, disfunção cognitiva, dor, espasticidade, disfunção intestinal/bexiga e défices visuais (17).

A fadiga, presente em pelo menos 75% dos doentes em algum momento do curso da doença, corresponde a um dos sintomas mais incapacitantes, estando associada à perda de horas de trabalho ou mesmo desemprego (18). A fadiga agrava tipicamente com a exposição a ambientes quentes e/ou húmidos, com o esforço físico, longas jornadas de trabalho e trabalho noturno (13) (15).

Estudos identificaram que o declínio de funções cognitivas, incluindo a memória de trabalho, memória episódica e velocidade de processamento, assim como os distúrbios neuropsiquiátricos, são importantes preditores da capacidade de trabalho nos doentes com EM, sendo fatores bem descritos na redução da taxa de participação no mercado de trabalho e perda de produtividade (19).

O tipo de tratamento modificador de doença administrado foi também implicado na previsão do número de dias perdidos de trabalho, quer pelos seus efeitos benéficos no curso da doença mas também por eventuais efeitos secundários associados (3). O risco aumentado de infeção e/ou de certas neoplasias associado a

estes fármacos pode ainda ter implicações na aptidão para o trabalho, especialmente nos trabalhadores expostos a agentes biológicos, radiação ionizante ou agentes químicos cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução, devido ao potencial risco adicional destes efeitos adversos (11).

O contexto laboral é um fator crucial para a participação ativa no trabalho dos doentes com EM, o qual engloba fatores ambientais, sociais, do local de trabalho e exigências laborais. Condições e organização do trabalho preditoras de uma menor produtividade incluem atividades que requerem esforço físico, precisão manual e movimentos frequentes (20), assim como a exposição a níveis elevados de *stress*, longas jornadas de trabalho, horários inflexíveis, cargas de trabalho imprevisíveis e a ausência de pausas (13) (21) (22).

O trabalho noturno, por sua vez, parece ter implicações na etiologia e progressão da EM pela interrupção do ritmo circadiano e consequente diminuição dos níveis de melatonina, hormona com reconhecido papel imunomodulador (23). Estudos demonstraram que os níveis séricos de melatonina eram preditivos da gravidade da EM (24), observando-se uma redução da resposta inflamatória em doentes com EM sob tratamento com melatonina exógena (25). O trabalho realizado em ambientes com temperaturas elevadas pode também agravar temporariamente os sintomas neurológicos da EM, devido à lentificação da neurotransmissão nos axónios desmielinizados, efeito conhecido como fenómeno de Uhthoff (26).

Entre os fatores laborais protetores da capacidade de trabalho reconhecidos na literatura podem ser mencionados o trabalho no setor público, trabalho de escritório/sentado (3), posto de trabalho ergonómico, adoção de horários flexíveis para consultas e tratamentos (27) (28) (29), teletrabalho, disponibilização de auxiliares de memória, tempo adicional para completar tarefas e ar condicionado à disposição, assim como o apoio do empregador e colegas (3) (27) (28) (29).

Dada a escassez de estudos focados no papel da Saúde e Segurança Ocupacionais na adaptação profissional dos doentes com EM (1) (8), relatamos um caso clínico de uma trabalhadora com esta patologia, explorando a gestão dos determinantes que condicionam a sua menor capacidade laboral e o racional subjacente à atribuição da aptidão para o trabalho.

## **DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Enfermeira de 32 anos, a exercer funções em hospital de dia pediátrico. Apresentava antecedentes de EM surto-remissão, com primeiro episódio aos 19 anos. Tinha história prévia de três atingimentos cerebelosos, encontrando-se inicialmente medicada com interferão beta-1a. Teve o último surto no ano anterior, com envolvimento cerebeloso direito, do qual resultou sensação de desequilíbrio e incapacidade para marcha autónoma ao fim de 200 metros, caracterizada por ataxia com desvio preferencial para a direita. Neste contexto, foi internada para realização de ciclo de corticoterapia com metilprednisolona uma grama endovenoso durante cinco dias, sem intercorrências e com melhoria clínica progressiva. À data da alta, tolerava o ortostatismo mantendo discreto desequilíbrio da marcha para a direita. Pelo surto incapacitante, iniciou terapêutica imunomoduladora com ocrelizumab. Esteve com incapacidade temporária para o trabalho por cerca de nove meses, período durante o qual realizou tratamento fisiátrico.

Após retomar a atividade laboral, foi observada em exame de saúde ocasional após doença. Referiu episódios de tonturas e desequilíbrio com desvio preferencial para a direita, sequelares ao último surto. Entre as dificuldades laborais mencionou a mobilização e posicionamento de doentes dependentes, tendo relatado episódios de tonturas durante a realização destas tarefas que considerou representarem potencial risco para a segurança dos doentes. Referiu ainda intolerância ao ortostatismo prolongado e dificuldade na realização de turnos superiores a dez horas por fadiga acentuada. Notava também perda de motricidade fina. No entanto,

conseguia gerir estas dificuldades com o apoio dos colegas. Ao exame objetivo, apresentava força muscular grau 4 nos membros inferiores, dismetria e instabilidade na marcha tandem, em pontas e calcanhares.

Neste sentido, foi solicitada avaliação de riscos do posto de trabalho à equipa de segurança, sendo de destacar a realização das seguintes tarefas: preparação e administração de fármacos entre os quais citotóxicos, colheitas sanguíneas, cuidados de feridas, auxílio na realização de procedimentos médicos e mobilização de doentes.

Foi atribuída aptidão condicionada para o trabalho, com recomendações de limitação das cargas mobilizadas de acordo com as dificuldades manifestadas pela trabalhadora, isenção de trabalho noturno, restrição dos turnos a um máximo de oito horas consecutivas e reforço da utilização de equipamento de proteção individual contra agentes biológicos. Foi reavaliada em exame ocasional a pedido do médico do trabalho três meses após a instituição destas medidas, tendo referido boa adaptação ao trabalho e melhor gestão da fadiga.

## **DISCUSSÃO**

O caso clínico apresentado, de uma enfermeira de 32 anos com EM na forma surto-remissão, exemplifica bem os desafios laborais enfrentados por trabalhadores com esta patologia, cuja expressividade e complexidade é influenciada pela interação entre os sintomas da EM, características individuais e as exigências laborais (3) (8). As dificuldades evidenciadas pela enfermeira resultaram, essencialmente, da disfunção da marcha/desequilíbrio e da fadiga agravada pelo contexto laboral, caracterizado pela necessidade de realização de esforço físico durante a mobilização dos doentes, longas jornadas de trabalho e trabalho noturno.

A intervenção do Serviço de Saúde Ocupacional, permitiu controlar e otimizar os determinantes laborais modificáveis que impactavam negativamente o desempenho profissional da trabalhadora, atenuando desta forma a sua posição de desvantagem derivada do seu estado de saúde. A limitação das cargas mobilizadas, redução da duração dos turnos e a isenção do trabalho noturno são medidas reconhecidas na literatura como proporcionadoras de uma maior capacidade de trabalho e foram essenciais para uma melhor gestão da fadiga da enfermeira. Estas permitiram melhorar a adaptação e o desempenho laboral e, por outro lado, mitigar os potenciais riscos decorrentes das limitações físicas da trabalhadora no que diz respeito à saúde e segurança desta e dos doentes a seu cuidado. Importa realçar a presença de fatores protetores da capacidade de trabalho nesta trabalhadora, nomeadamente a idade jovem, o nível de educação elevado e o apoio dos colegas, que poderão ter tido um efeito potenciador da eficácia das medidas instituídas pelo médico do trabalho, conforme constatado em avaliação subsequente.

A enfermeira desempenhava funções em hospital de dia pediátrico, onde o contacto com fármacos citotóxicos é habitual. Como referido previamente, a mesma encontrava-se sob tratamento com ocrelizumab, um anticorpo monoclonal de ação imunossupressora seletiva. Apesar de ensaios clínicos de fase 3 terem demonstrado um possível risco ligeiro de neoplasias associado a este fármaco, nomeadamente de cancro da mama, estudos a longo prazo demonstraram uma incidência de cancro idêntica à população geral (30). Dado o exposto, não houve necessidade de assegurar a restrição do contacto com agentes citotóxicos. No entanto, dado o efeito carcinogénico reconhecido de alguns dos fármacos modificadores de doença utilizados no tratamento da EM (11) (30), torna-se imperativa a revisão periódica da terapêutica realizada pela trabalhadora. Em caso de necessidade de ajuste terapêutico para melhor gestão da doença, com o recurso a fármacos associados a um risco aumentado de cancro, o afastamento da exposição a fármacos citotóxicos será então justificado. Por outro lado, foi reforçada a necessidade de utilização de equipamento de proteção individual

da via respiratória e pele nas exposições de risco, nomeadamente o uso de respiradores, bata e luvas, pela associação entre o ocrelizumab e o aumento de incidência de infeções respiratórias e cutâneas (11) (30).

A presença de fatores de mau prognóstico de EM, como os sinais cerebelares e surtos precoces frequentes, aliada ao curso imprevisível desta doença, deve motivar uma vigilância regular da trabalhadora pelo médico de trabalho, no sentido de identificar precocemente qualquer deterioração do estado de saúde, permitindo assim o ajuste contínuo e dinâmico das condições de trabalho às novas dificuldades que possam surgir. Esta prática poderá ser benéfica na prevenção da progressão dos sintomas e na manutenção da eficácia das adaptações implementadas ao longo do tempo, contribuindo para o prolongamento da carreira laboral e do bem-estar da trabalhadora. Além disso, uma vigilância regular oferece uma oportunidade valiosa para monitorizar os sintomas “invisíveis”, que representam um ónus importante para estes doentes. O médico do trabalho pode desempenhar um papel fundamental neste contexto, ao proporcionar aconselhamento e/ou encaminhamento especializado oportunos, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental e défices cognitivos, que têm um impacto substancial reconhecido na capacidade de trabalho.

Por fim, importa considerar que apesar do último surto ter resultado em sequelas permanentes, a enfermeira apenas retomou o trabalho após otimização completa da sua capacidade funcional. No entanto, em alguns casos, por motivos financeiros ou outros, a retoma da atividade laboral pode ocorrer antes do processo de recuperação de um surto estar finalizado (16). Neste cenário, o processo de reabilitação e de adaptação do trabalhador devem ser otimizados, e o regresso ao trabalho deve ocorrer de forma modificada e gradual, com aumento progressivo do volume e exigência laborais, ajustado ao estado clínico do trabalhador. Esta abordagem facilita o processo de recuperação e reintegração, ao mesmo tempo que minimiza o risco de recaídas e conseqüente aumento do absentismo.

## **CONCLUSÃO**

O presente artigo ilustra, através de um caso clínico, a complexidade da gestão da capacidade de trabalho em doentes com esclerose múltipla e a importância de uma abordagem multidisciplinar e personalizada nestes trabalhadores.

O Serviço de Saúde Ocupacional tem um papel fundamental na mitigação dos impactos da EM na trajetória profissional, ao adaptar o ambiente laboral às necessidades específicas do trabalhador, promover intervenções precoces e contínuas, e assegurar um suporte personalizado, que permite ao indivíduo maximizar a sua capacidade de trabalho e qualidade de vida. O equilíbrio entre as exigências profissionais e as limitações impostas pela doença é fomentador de uma participação ativa no trabalho e maior sustentabilidade da carreira profissional, proporcionando ao trabalhador com EM um maior senso de utilidade e de autovalorização.

## **CONFLITOS DE INTERESSE, QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS**

Nada a declarar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradece-se a todo o corpo clínico do Serviço de Saúde Ocupacional do hospital.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Santos M, Almeida A, Chagas D, Lopes C. Esclerose Múltipla e Saúde Ocupacional. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional* online. 2024, 18, esub0447. doi: 10.31252/RPSO.13.07.2024.
2. Price E, Lucas R, Lane J. Experiences of healthcare for people living with multiple sclerosis and their healthcare professionals. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. 2021; 24(6): 2047-2056. doi: 10.1111/hex.13348.
3. Hiele K, Gorp D, Heerings M, Lieshout I, Jongen P, Reneman M, et al. The MS@Work study: A 3-year prospective observational study on factors involved with work participation in patients with relapsing-remitting Multiple Sclerosis. *BMC Neurology*. 2015; 12: 15:134. doi: 10.1186/s12883-015-0375-4.
4. Multiple Sclerosis International Federation. Atlas of Multiple Sclerosis. Available from: <https://www.atlasofms.org/map/global/epidemiology/number-of-people-with-ms>.
5. Noyes K, Weinstock-Guttman B. Impact of diagnosis and early treatment on the course of multiple sclerosis. *American Journal of Managed Care*. 2013;19(17 Suppl): 321-31.
6. Vijayasingham L, Mairami F. Employment of patients with multiple sclerosis: the influence of psychosocial-structural coping and context. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*. 2018; 26(8):15-24. doi: 10.2147/DNND.S131729.
7. Rumrill P, Li J, Strauser D, Roessler R, Bishop M, Chang F et al. Personal, health and function, and career maintenance factors as determinants of quality of life among employed people with multiple sclerosis. *Work* 2020; 67:81–94. doi: 10.3233/WOR-203254.
8. Persechino B, Fontana L, Buresti G, Fortuna G, Valenti A, Lavicoli S. Improving the job-retention strategies in multiple sclerosis workers: the role of occupational physicians. *Industrial Health*. 2019; 57(1): 52-69. doi: 10.2486/indhealth.2017-0214.
9. Tafti D, Ehsan M, Xixis L. Multiple Sclerosis. [Updated 2024 Mar 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499849/>
10. Schiavolin S, Leonardi M, Giovannetti M, Antozzi C, Brambilla L, Confalonieri P, et al. Factors related to difficulties with employment in patients with multiple sclerosis: A review of 2002–2011 literature. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2013; 36:105-11.
11. Gonzalez-Lorenzo M, Ridley B, Minozzi S, Giovane C, Peryer G, Piggott T, et al. Immunomodulators and immunosuppressants for relapsing-remitting multiple sclerosis: A network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic review*. 2024; 1(1): CD011381. doi: 10.1002/14651858.
12. Raggi A, Covelli V, Schiavolin S, Scaratti C, Leonardi M, Willems M. Work-related problems in multiple sclerosis: a literature review on its associates and determinants. *Disability Rehabilitation*. 2016; 38(10): 936–44.
13. Grytten N, Skåar B, Aarseth H, et al. The influence of coping styles on long-term employment in multiple sclerosis: A prospective study. *Multiple Sclerosis Journal*. 2017; 23(7): 1008–1017.
14. Sweetland J, Howse E, Playford D. A systematic review of research undertaken in vocational rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Disability Rehabilitation*. 2012; 34(24): 2031–2038.
15. Ponzio M, Podda J, Pignattelli E, et al. Work Difficulties in People with Multiple Sclerosis. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2023; 34: 606–617. doi:10.1007/s10926-023-10149-9.
16. Hobson J, Smedley J. *Fitness for Work: The Medical Aspects*. 6th ed. Oxford University Press.
17. Lakin L, Davis B, Binns C, et al. *Comprehensive Approach to Management of Multiple Sclerosis: Addressing Invisible Symptoms- A Narrative Review*. *Neurology and therapy*. 2021. 10: 75–98. doi: 10.1007/s40120-021-00239-2.
18. Braley T, Chervin R. Fatigue in multiple sclerosis: mechanisms, evaluation, and treatment. *Sleep*. 2010. 8:1061-7. doi: 10.1093/sleep/33.8.1061.
19. Vitturi B, Rahmani A, Dini G, Montecucco A, Debarbieri N, Sbragia E, et al. *BMJ Open*. 2022. 12(7):e058948. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058948.
20. Verdier-Taillefer M, Sazdovitch V, Borgel F, Cesaro P, Kurtz A, Millet M, et al. Occupational environment as risk factor for unemployment in multiple sclerosis. *Acta neurologica Scandinavica*. 1995. 92(1):59–62. doi: 10.1111/j.1600-0404.1995.tb00467.x.
21. Rommer P, Sühnel A, König N, Zettl U. Coping with multiple sclerosis-the role of social support. *Acta neurologica Scandinavica*. 2017. 136(1):11-16.
22. Wicks C, Ward K, Stroud A, Tennant A, Ford H. Multiple sclerosis and employment: Associations of psychological factors and work instability. *Journal of rehabilitation medicine*. 2016. 48(9):799–805.



23. Labrecque N, Cermakian N. Circadian Clocks in the Immune System. *Journal of biological rhythms*. 2015. 30:277–90.
24. Damasceno A, Moraes A, Farias A, Damasceno B, dos Santos L, Cendes F. Disruption of melatonin circadian rhythm production is related to multiple sclerosis severity: A preliminary study. *Journal of the neurological sciences*. 2015. 353:166–168.
25. Alvarez-Sanchez N, Cruz-Chamorro I, Diaz-Sanchez M, et al. Melatonin reduces inflammatory response in peripheral T helper lymphocytes from relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *Journal of pineal research*. 2017. 63(4). doi: 10.1111/jpi.12442.
26. Panginikkod S, Rayi A, Cabrero F, et al. Uhthoff Phenomenon. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470244/#>
27. Jaworski M, Fuchs T, Dwyer M, et al. Conscientiousness and deterioration in employment status in multiple sclerosis over 3 years. *Multiple Sclerosis*. 2021; 27:1125–35. 10.1177/1352458520946019.
28. Wickström A, Fagerström M, Wickström L, et al. The impact of adjusted work conditions and disease-modifying drugs on work ability in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2017. 23:1137–1147. Doi: 10.1177/1352458516671818.
29. Rumrill P, Fraser R, Johnson K. Employment and workplace accommodation outcomes among participants in a vocational consultation service for people with multiple sclerosis. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013. 39(2): 85–90. doi: 10.3233/JVR-130646.
30. Hauser S, Cree B. Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. *The American journal of medicine*. 2020. 133(12): 1380-1390.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.049.

Data de recepção: 2024/09/13

Data de aceitação: 2024/10/07