

SAÚDE DO ADULTO

Profa. Luane Marques de Mello

Prof. Anderson Soares

A melhoria das condições de vida da população em geral, com medidas de infra-estrutura e saneamento básico, aliada à evolução tecnológica na área da saúde, contribuiu de forma decisiva para a mudança no perfil de morbi-mortalidade e aumento da expectativa de vida da população brasileira.

Ao longo do século XX, foi possível observar no Brasil a diminuição da mortalidade por doenças infecto-contagiosas (DIC) e aumento dos óbitos por doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), especialmente as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias (NEO) e causas externas (CE). Com relação ao perfil de morbidade, houve também uma mudança na carga de doenças, com aumento das DANTs, contudo, sem a diminuição correspondente das DIC, o que resultou em superposição dos agravos.

Entre as doenças crônicas do mundo moderno, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus associados à dislipidemia (DLP)- aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, à obesidade, ao sedentarismo e ao tabagismo, constituem os principais determinantes de morbidade e mortalidade por afecções cardíaco-vasculares no mundo.

Além disto, ao se considerar apenas a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), é possível observar o grande impacto econômico e social observado tanto em nível pessoal quanto para a saúde pública, em decorrência das inúmeras mortes prematuras e casos de invalidez permanente que acontecem predominantemente na fase mais produtiva da vida.

Dados da Organização Mundial Saúde (OMS, 2003) demonstram redução de 55% da mortalidade por DAC em países da Europa Ocidental, a partir da década de 70. Embora ainda não estejam muito claras as razões para esta mudança, acredita-se que sejam decorrentes da implementação de medidas preventivas de forma ampla e da assistência à saúde de boa qualidade.

Todos estes aspectos, analisados em conjunto, ressaltam a importância da estruturação das redes de atenção à saúde e da elaboração e implantação de políticas públicas voltadas para a assistência às condições crônicas, no sentido de diminuir o número e a gravidade dos eventos.

Assim, fica evidente a importância de ações programáticas destinadas à organização do serviço de assistência à saúde, direcionadas para as afecções mais frequentes em cada etapa do ciclo de vida, bem como ações que visem promover a modificação e a incorporação de hábitos de vida saudáveis na população.

Algumas condições estão associadas a maior risco de desenvolvimento de agravos. Sabe-se que a prevalência da HA aumenta linearmente com a idade, estimando-se em mais de 60% a

sua prevalência na população idosa, justificando a monitorização frequente (a cada dois anos) dos níveis pressóricos em todos os indivíduos a partir dos 18 anos.

Com relação ao DM, está indicado o rastreamento com testes diagnósticos específicos em todos os indivíduos com idade acima de 45 anos, especialmente naqueles com dois ou mais fatores de risco.

Nas mulheres, como o risco de desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular é mais tardio (maior prevalência no período pós-menopausa), torna-se necessário a avaliação adequada deste grupo a partir da 5^o década de vida.

Vale lembrar que a prevalência, gravidade e repercussão da HA são maiores nos indivíduos da raça negra, além de apresentarem resposta terapêutica diferente frente a vários tipos de anti-hipertensivos (menor controle da PA com uso de β -bloqueadores e Inibidores da ECA em monoterapia).

Nos últimos anos, observou-se o aumento da prevalência da obesidade em todo o mundo, sendo que no Brasil, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens são obesos (Ministério da Saúde, 2006), com taxas maiores nas regiões sul e sudeste. Esta prevalência independe da renda em homens, mas tem se demonstrado mais frequente entre mulheres com baixa renda.

A obesidade é um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, especialmente a obesidade observada na região abdominal, que quando associada ao aumento dos *níveis séricos de triglicérides, lipoproteínas de alta densidade* em níveis baixos e *níveis glicêmicos e pressóricos* aumentados, caracteriza o quadro de Síndrome Metabólica, um importante agravante na estratificação de risco para o desenvolvimento de doença coronariana. O aumento dos níveis sanguíneos de lipídeos está diretamente relacionado ao surgimento desta doença e de eventos cardiovasculares graves.

O sedentarismo, o consumo aumentado de sal, consumo de álcool e o tabagismo estão associados ao surgimento de várias condições e agravos a saúde, como a obesidade, HA e doenças pulmonares.

Aspectos emocionais e psicológicos, especialmente naqueles pacientes portadores de condições crônicas, devem ser identificados e prontamente tratados, já que pacientes deprimidos apresentam mais frequentemente baixa adesão e abandono do tratamento, resultando em resposta terapêutica inadequada. Humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais, perda ou ganho de peso não relacionadas à alteração de hábito alimentício, insônia ou excesso de sono, agitação e irritabilidade, tonturas, fadiga, perda de energia, sensação de culpa ou de inutilidade, auto-estima baixa, comprometimento da capacidade de trabalho, disfunção sexual, alterações menstruais, cefaléias frequentes e ideações suicidas, são sinais e sintomas que devem ser interpretados como alerta pelos profissionais da saúde que lidam com estes pacientes.

Alimentação Saudável

A mudança no padrão alimentar de nossa sociedade, com aumento do consumo de alimentos industrializados e altamente calóricos acompanhados de redução do gasto energético é apontado como importante fator associado ao aparecimento de doenças crônicas (DM, HA, DLP).

Em 2002, a OMS e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) se reuniram para propor diretrizes alimentares e nutricionais com vistas à estabelecer uma dieta saudável para o adulto e à prevenção de doenças crônicas (WHO, 2003). As *metas nutricionais* estabelecidas pela OMS se baseiam no índice de massa corporal (IMC) que é empregado na classificação da condição nutricional (tabela 1). Os índices recomendados são de 18,5 a 24,9 Kg/m², evitando-se aumentos maiores de 5Kg na vida adulta.

Tabela 1: Condição Nutricional de acordo com IMC

Classificação	IMC
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Normalidade	18,5 a 24,9 kg/m ²
Sobrepeso	25 a 29,5 kg/m ²
Obesidade grau I	30 a 34,9 kg/m ²
Obesidade grau II	35 a 39,5kg/m ²
Obesidade grau III	≥ 40 kg/m ²

Para o cálculo do IMC, utiliza-se o peso em quilogramas e a altura expressa em metros, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

Com relação à ingestão de nutrientes, a OMS recomenda metas diárias para cada componente alimentar (tabela 2). A tabela 3 relaciona os principais nutrientes e seu papel na prevenção de doenças.

Tabela 2: Metas para cada componente do plano diário, alimentar segundo a OMS/FAO

COMPONENTE	META DIÁRIA (% do *VET ou quantidade)
Gordura total	15 a 30%
Ácidos graxos saturados	< 10%
Ácidos graxos poliinsaturados	6 a 10%
n-3	5 a 8%
n-6	1 a 2%

Ácidos graxos trans	<1%
Ácidos graxos monoinsaturados	Diferença entre a gordura total e os demais ácidos graxos
Carboidratos totais	55 a 75% **
Açúcares e outros adoçantes calóricos	< 10%
Proteínas	10 a 15%
Frutas, verduras e legumes	≥ 400g
Fibra alimentar total	25g
Polissacarídeos não-amiláceos	20g
Colesterol	< 300g
Cloreto de sódio	< 5g (< 2g)***
<p>*VET: valor energético total.</p> <p>** Intervalo calculado a partir dos intervalos propostos para proteínas e gorduras.</p> <p>*** O sal para consumo humano no Brasil deve conter de 20 a 60mg de iodo por quilograma de cloreto de sódio (NaCl), conforme resolução da Anvisa de maio de 2003.</p>	

Tabela 3: Principais fontes alimentares de nutrientes relevantes na prevenção de doenças crônicas

SUBSTÂNCIA	FONTES ALIMENTARES	BENEFÍCIOS À SAÚDE
ÁCIDOS GRAXOS ÔMEGA-3	PEIXES DE ÁGUAS FRIAS COM ALTO TEOR DE GORDURA; ÓLEOS VEGETAIS (LINHAÇA)	PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS AUTO-IMUNES E INFLAMATÓRIAS
ESTERÓIS/ESTANÓIS VEGETAIS	MILHO, SOJA, TRIGO, ÓLEOS DE MADEIRA	REDUÇÃO DO RISCO DOENÇAS CARDIOVASCULARES, DIMINUI A ABSORÇÃO DO COLESTEROL
FLAVONÓIDES	UVA, AMORA,FRAMBOESA, FRUTAS CÍTRICAS, BRÓCOLIS, REPOLHO, CHÁ VERDE, SOJA*, ETC.	EFEITO ANTIOXIDANTE - AÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE RADICAIS LIVRES E IMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE LDL-COLESTEROL, ALÍVIO DAS ONDAS DE CALOR EM MULHERES NA MENOPAUSA
ANTOCIANINAS	FRUTAS EM GERAL (PRINCIPALMENTE EM FRUTAS VERMELHO ESCURAS E ROXAS)	PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CÂNCER

CATEQUINAS	UVA, MORANGO, CHÁ VERDE, CHÁ PRETO	ATIVIDADE ANTIOXIDANTE E INIBIÇÃO DA FORMAÇÃO DE ATEROMAS PREVENÇÃO DE CERTOS TIPOS DE CÂNCER
LIMONÓIDES	FRUTAS CÍTRICAS	ESTÍMULO À PRODUÇÃO DE ENZIMAS PROTETORAS CONTRA O CÂNCER E REDUÇÃO DO COLESTEROL
RESVERATROL E QUERCETINA	CASCA DE UVA, VINHO TINTO, MAÇÃS	REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES; INIBIÇÃO DA FORMAÇÃO DE CARCINÓGENOS, COÁGULOS E INFLAMAÇÕES
ISOFLAVONAS	SOJA, LEGUMINOSAS, AMENDOIM, ALCAÇUZ, LEGUMES E ERVILHA	ALÍVIO DOS SINTOMAS DA MENOPAUSA REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E OSTEOPOROSE REDUÇÃO DO RISCO DE CÂNCER DE MAMA E PRÓSTATA
PROTEÍNAS DA SOJA	SOJA E DERIVADOS	REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES
BETAGLUCANA	AVEIA, CEVADA, LEGUMES E ALGUNS OUTROS GRÃOS	CONTROLE DA GLICEMIA E DO COLESTEROL SÉRICO
ISOTIOCIANATOS E INDOL	BRÓCOLIS, REPOLHO, COUVE-FLOR, RABANETE E FOLHA DE MOSTARDA	AUMENTO DA ATIVIDADE DE ENZIMAS (TIPO 2) PROTETORAS CONTRA CARCINOGENESE
LICOPENO	TOMATE, GOIABA, MELANCIA	ATIVIDADE ANTIOXIDANTE REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES PROTEÇÃO CONTRA CÂNCER, PRINCIPALMENTE PRÓSTATA
LUTEÍNA E ZEAXANTINA	FOLHAS VERDES (LUTEÍNA) PEQUI E MILHO (ZEAXANTINA)	PROTEÇÃO CONTRA A DEGENERAÇÃO MACULAR MANUTENÇÃO DE UMA BOA VISÃO
LIGNANAS	LINHAÇA	INIBIÇÃO DE TUMORES HORMÔNIO DEPENDENTES

SULFETOS ALÍLICOS (ALIL SULFETOS)	ALHO E CEBOLAS	REDUÇÃO RISCO DOENÇAS CARDIOVASCULARES ESTÍMULO À PRODUÇÃO DE ENZIMAS PROTETORAS CONTRA O CÂNCER GÁSTRICO
FIBRAS/PREBIÓTICOS (FIBRAS INSOLÚVEIS E SOLÚVEIS FRUTOOLIGOSSACARÍDEOS, INULINA, ETC.)	GRÃOS INTEGRAIS, FRUTAS E VEGETAIS EM GERAL	MELHORA DA SAÚDE INTESTINAL REDUÇÃO DO RISCO DE CÂNCER DO CÓLON CONTROLE DO COLESTEROL
PROBIÓTICOS (BIFIDOBACTÉRIAS E LACTOBACILOS)	LEITES FERMENTADOS, IOGURTES, ETC.	MELHORA DA SAÚDE INTESTINAL REDUÇÃO DO RISCO DE CÂNCER DO CÓLON MELHORA DA INTOLERÂNCIA À LACTOSE

Fonte: www.universia.com.br

Atividade Física e Saúde

Atividade física compreende qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética do corpo e que resulte em gasto energético. *Exercício físico* é a atividade física planejada, isto é, com intensidade, duração, frequência e tipo de treinamento definidos, realizada de forma repetitiva visando um objetivo. A realização de atividade física induz adaptações fisiológicas em diferentes aparelhos e sistemas, o que resulta na aquisição de alguns atributos definidos como *aptidão física*.

A atividade física continuada melhora o perfil lipídico, a tolerância à glicose e sensibilidade à insulina, a função plaquetária e a fibrinólise, reduz os níveis pressóricos, controla a obesidade, aumenta a densidade óssea, melhora a imunidade e os aspectos psicossociais, com efeito benéfico nos quadros de HA, DM tipo2, osteoporose, câncer do cólon, doença isquêmica do coração, ansiedade e depressão.

A redução do risco para doenças crônicas está diretamente relacionada à atividade física realizada. Os pacientes devem ser orientados sobre as vantagens da atividade física e, na impossibilidade de acompanhamento com um educador físico, o médico e membros da equipe de saúde podem orientar a prescrição do exercício, desde que não haja contra-indicações. Pode ser sugerido a realização de atividades básicas como caminhar, andar de bicicleta, dançar e estimular uma atitude mais ativa no dia-a-dia, como usar as escadas no lugar de elevadores, caminhar pelo menos metade do caminho até o trabalho à pé ou de bicicleta.

Algumas outras recomendações podem ser passadas ao paciente no sentido de facilitar e incentivar a realização dos exercícios físicos:

- Escolher os melhores momentos para a atividade: pela manhã, final da tarde ou antes do jantar;
- Usar tênis, roupas leves e de fácil transpiração ou que protejam contra o frio;
- Usar capacete e retrovisor para quem pretende andar de bicicleta;
- Iniciar o programa lentamente, com a realização de poucos minutos de exercício por dia e aumentar progressivamente a frequência e intensidade, até uma meta de pelo menos 30 minutos/dia de exercícios moderados;
- Evitar o jejum ou ingestão excessiva de alimentos antes das atividades;
- Realizar movimentos (caminhada lenta ou estacionária ou movimentação dos braços) para o aquecimento, 5 a 10 minutos antes dos exercícios;
- Manter-se hidratado (100 a 200ml de líquidos a cada 15 a 20 minutos);
- Durante os exercícios moderados (tabela 4), o paciente deve conseguir respirar e falar confortavelmente;
- Fazer exercícios de alongamento no término dos exercícios.

Tabela 4: Classificação dos níveis de intensidade de atividade física

NÍVEIS	INTENSIDADE (% DA FREQUÊNCIA CARDÍACA MÁXIMA)
Muito leve	≤ 35%
Leve	35 a 54%
Moderado	55 a 69%
Vigoroso ou intenso	70 a 89%
Muito vigoroso	≥ 90%
Máximo	100%

Fonte: Duncam, B. 2005

Tabagismo

O tabagismo é considerado um desvio de conduta muito difundido em todo o mundo e, devido ao prejuízo para a saúde associado a esta prática, faz-se necessária a sua abordagem na rotina clínica.

A exposição à fumaça resultante da combustão do tabaco resulta em morte, doenças e danos ao meio ambiente. O risco é dose-dependente, aumentando com a duração, quantidade e tempo de exposição, sendo que a dose está relacionada ao número de cigarros fumados e também à quantidade de alcatrão presente no produto, tipo de filtro e profundidade da inalação.

Na fumaça de cigarro estão presentes mais de 4000 substâncias químicas, 60 sabidamente carcinogênicas e várias com alto poder irritativo, que provocam danos pela exposição crônica.

Várias doenças têm sido associadas ao tabagismo, como câncer de pulmão e outros tumores malignos, bronquite crônica, enfisema pulmonar, cardiopatia isquêmica, doença cerebro-

vascular, infecções respiratórias, periodontites, alteração do paladar e visão, osteoporose, problemas digestivos, impotência sexual, infertilidade, doença vascular periférica, prematuridade, atraso no desenvolvimento fetal, baixo peso ao nascer, etc.

Embora o tabagismo seja ruim para qualquer pessoa, alguns grupos podem ser considerados como de maior risco:

- Fumantes ativos;
- Pessoas que inalam passivamente a fumaça do cigarro;
- Gestantes (aumento do risco de complicações materno-fetais);
- Mulheres em uso de contraceptivos orais (risco até 10 vezes maior de fenômenos tromboembólicos, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio);
- Crianças, especialmente as <10 anos e adolescentes (maior risco de dependência de longa duração);
- Associação com uso abusivo de álcool (potencialização do risco para tumores malignos de laringe, faringe e esôfago);
- Pessoas com doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, HA, DM, DLP, obesidade, hiperuricemia, história familiar de morte súbita e sedentarismo.

O uso regular do tabaco leva à dependência farmacológica da nicotina (tabela 5), que é o que mantém o vício e que causa a síndrome de abstinência, identificada por agitação, irritabilidade, alteração do sono, ansiedade, dificuldade de concentração, distúrbios gastrointestinais, fome, aumento de peso e desejo de fumar.

Tabela 5: Teste de Fagerström para medir dependência da nicotina

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	Depois de 60 minutos	0
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (igreja, cinema, bibliotecas, etc)?	Sim	1
	Não	0
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?	O primeiro do dia	1
	Qualquer um	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	31 ou mais	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	10 ou menos	0

5. Você fuma mais durante primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo um dia?	Sim	1
	Não	0
SCORE	0 a 4 pontos	dependência leve
	5 a 7 pontos	dependência moderada
	≥ 8 pontos	dependência grave

Fonte: Souza, E.S.T et al. Rev Assoc Méd Brás. 2009

A abordagem clínica do tabagismo começa com o aconselhamento. O aparentemente simples alerta aos tabagistas é responsável por taxas de cessação de 5 a 10% ao ano. O aconselhamento comportamental e a farmacoterapia resultam em 20 a 25% de sucesso/ano.

Várias estratégias, técnicas e recomendações estão disponíveis para auxiliar os profissionais na orientação aos pacientes. As intervenções se resumem em chamar a atenção sobre os riscos do tabagismo e para os que manifestam desejo de parar de fumar, aconselhamento e farmacoterapia.

Para os casos resistentes, além da abordagem comportamental, está indicada o uso de fármacos que se classificam em primeira linha (bupropiona, goma de mascar, nicotina para inalação, nebulizador nasal e adesivo de nicotina) e de segunda linha (clonidina e nortriptilina).

Além da abordagem clínica é muito importante que toda a comunidade se conscientize da necessidade de ações educativas especialmente para a população escolar. A legislação restritiva veio garantir o direito dos não-fumantes e dificultar a poluição ambiental.

Consumo de Álcool

O consumo de bebida alcoólica também é um hábito muito difundido e socialmente aceito.

Recentemente, pesquisadores do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) fizeram um levantamento domiciliar sobre o uso de drogas em 24 centros brasileiros e identificaram uma prevalência de 53,2% de uso de bebida alcoólica alguma vez na vida, 39% de tabaco, e prevalência de 6% de dependência alcoólica (Galduróz, 2001).

O etanol é uma substância de baixo peso molecular, hidrossolúvel que é rapidamente absorvido no estômago, intestinos delgado e grosso, que se distribui por todos os órgãos e tecidos. Cerca de 5 a 10% do etanol é excretado diretamente pelos pulmões, urina e suor, enquanto 90% é metabolizado pelo fígado. As mulheres são mais suscetíveis aos efeitos deletérios do álcool em decorrência dos níveis mais baixos da enzima álcool-desidrogenase, maior proporção de tecido adiposo e alterações do metabolismo alcoólico em diferentes fases do ciclo menstrual.

Vários estudos enfatizam a ocorrência de complicações clínicas, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, violência, diminuição da produtividade e outros indicadores de morbidade e mortalidade relacionadas ao consumo de álcool.

É possível identificar alguns padrões de uso de bebida alcoólica e quadros clínicos associados ao consumo. Considera-se **uso nocivo de álcool** quando o consumo causa danos à saúde que podem ser físicos – alterações hepáticas, pancreatite, alterações hematológicas, neurológicas e outras, ou mentais - ansiedade, depressão, disfunção sexual, abuso de drogas ilícitas, transtorno do sono, predisposição a traumas, problemas financeiros, legais e no trabalho. A **síndrome da dependência alcoólica** compreende a priorização, pelo indivíduo, do ato de consumir álcool em relação a outros comportamentos, que frequentemente é caracterizada pelo desejo, na maioria das vezes, irresistível de consumir álcool.

A abordagem do problema deve ser realizada pelos profissionais da saúde de forma natural e não preconceituosa, ao longo da avaliação clínica (tabela 6).

Tabela 6: Teste CAGE

(C) Alguma vez o Sr. sentiu que deveria diminuir (cut down) a quantidade de bebida ou parar de beber?
(A) As pessoas o aborrecem (annoyed) porque criticam o seu modo de beber?
(G) O Sr. sente-se culpado (guilty) ou chateado consigo mesmo pela maneira de como costuma beber?
(E) O Sr. costuma beber pela manhã (eyed-opener) para diminuir o nervosismo ou ressaca?
* Duas ou mais respostas positivas indicam <u>DEPENDÊNCIA</u> de álcool

Fonte: Duncam, B. 2005

O manejo adequado dos problemas relacionados ao consumo de álcool deve ter como objetivo principal a prevenção primária, identificando o grupo em risco imediato, isto é, aqueles cujo consumo ultrapassa o limite considerado seguro e que deverão ser abordados com intervenções breves antes que desenvolvam manifestações clínicas graves e complicações decorrentes da dependência alcoólica (Tabela 7).

Tabela 7: Teor alcoólico médio, medida padronizada e unidades de álcool para um drinque-padrão de vinho, cerveja e destilados

Tipo de bebida	Concentração alcoólica	Medida (ml)	Volume de álcool (g)	Unidade
Vinho	12	1 cálice	11	1,1
Cerveja	5	*1 lata (350 ml)	17	1,7
Destilados	40	1 dose	20	2,0
* 2 latas = 1 garrafa				

Fonte: Duncam, B. 2005

O aconselhamento breve de pacientes por médico e outros profissionais treinados tem se mostrado uma estratégia efetiva para muitos pacientes que fazem uso abusivo de drogas, incluindo o álcool.

O tratamento medicamentoso fica restrito ao tratamento das intoxicações agudas, síndrome de abstinência e complicações clínicas. Algumas outras drogas podem ser usadas com a finalidade de induzir aversão ao álcool (dissulfiram) e para evitar os sintomas decorrentes do abuso e dependência alcoólica.

Saúde do Trabalhador

Em algumas situações, o trabalho pode afetar a saúde das pessoas.

Muitas vezes, o médico é o primeiro a ser procurado pelo paciente com queixas associadas ao trabalho e uma história ocupacional bem feita é fundamental para a identificação do perfil ocupacional e os riscos associados. Deve-se investigar as atividades atuais e passadas, o processo de trabalho, o ritmo das atividades, o conteúdo das tarefas, matérias-primas utilizadas, o posto de trabalho ocupado, os riscos existentes no ambiente, medidas de proteção e os efeitos verificados com a exposição. (tabela 8).

Tabela 8: Questões fundamentais da anamnese ocupacional

1. Descreva seu trabalho (atual e passado)
2. Quais os riscos que ele lhe traz?
3. Você tem contato com poeiras, fumaças, metais, líquidos ou outras substâncias químicas?
4. Trabalha com calor ou ruídos excessivos?
5. Quantas horas trabalha por semana?
6. Você trabalha sempre em turno normal, ou à noite, ou faz rodízio de turnos?
7. Você considera o seu trabalho excessivo?

Fonte: Duncam, B. 2005

Vários grupos profissionais encontram-se sob maior risco de desenvolver doenças ocupacionais (tabela 9) e várias doenças apresentam sabidamente origem ocupacional, sendo o grupo das doenças músculo-esqueléticas o mais prevalente. Outras condições também estão associadas a exposição a diferentes substâncias presentes no ambiente de trabalho como dermatoses, surdez, asma, fibrose pulmonar, HA, doença renal, anemia, leucopenia, trombocitopenia, aplasia de medula, neuropatia, depressão, cefaléia, ataxia, confusão mental, gengivite, constipação, dor abdominal, leucemia, carcinoma de pulmão, de rins, de bexiga, de esôfago, entre outras.

Tabela 9: Ocupações ou atividades de risco para doenças ligadas ao trabalho

Agricultura e uso de pesticidas
Produção e reparo de automóveis e aviões
Padeiros, produção de alimentação
Operações com calor e limpeza
Ceramistas e pedreiros
Carpintaria e trabalho em madeira
Indústria química e seus usuários
Trabalhos de construção, demolição, manutenção de estradas, e gesseiros
Limpeza a seco e lavanderias
Elétrico e eletrônica
Fundição
Cuidados de saúde, trabalho em laboratório e odontologia
Trabalho em metal e máquinas
Trabalho em minas
Refinaria de petróleo e petroquímica
Indústria de papel
Indústria de plásticos
Funilaria, construção e consertos de barcos
Gráficas e litografia
Jato de areia e pintura à pistola
Estivador em posto e atividades de transporte de carga
Indústria têxtil
Solda
Atividades ligadas a raios-x

Fonte: Adaptado de Duncam, B. 2005

O manejo das doenças ligadas ao trabalho tem como finalidade a realização de intervenções curativas destinadas ao controle das manifestações clínicas já estabelecidas, medidas de prevenção que visem modificar as condições de trabalho e de promoção para capacitar e educar os profissionais da área da saúde e membros da comunidade.

Bibliografia:

Schraiber, L.B; Nemes, M.I.B; Mendes-Gonçalves, R.B. Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo:Editora Hucitec, 1995.

Duncan, B; Schimidt, M.I; Giuliani, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ªEd. Porto Alegre:Artmed, 2004.

Massironi, M.M.G. Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica Área Técnica de Saúde do Adulto.108p, 2008. Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo.

Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention Of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series. World health organization. Nutrition for health and development. www.who.int/nut/documents/916.pdf

Galduróz, J.C.F. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. Revista IMESC. 2001 (3), 37-42.