

SAÚDE DO ADULTO

Prof. Dra. Luane Marques Mello

Prof. Dr. Anderson Soares Silva

INTRODUÇÃO

A melhoria das condições de vida da população em geral, com medidas de infraestrutura e saneamento básico, aliada à evolução tecnológica na área da saúde, contribuiu de forma decisiva para a mudança no perfil de morbimortalidade 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 crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente as doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias (NEO) e causas externas (CE). Com relação ao perfil de morbidade, houve também uma mudança na carga de doenças, com aumento das DCNT, contudo, sem a diminuição correspondente das DIC, o que resultou em superposição dos agravos (“tripla carga de doenças”).

Entre as doenças crônicas do mundo moderno, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus associados à dislipidemia (aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides), à obesidade, ao sedentarismo e ao tabagismo, constituem os principais determinantes de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares 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 da mortalidade por DCV em países da Europa Ocidental, em 55%, a partir da década de 70. Embora ainda não estejam muito claras as razões para esta mudança, acredita-se que sejam decorrentes da implantação 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 a ocorrência 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.

FATORES DE RISCO

Uma premissa bastante aceita em epidemiologia é que a distribuição das doenças nas populações não é aleatória e que cada indivíduo possui características que o predispõe e/ou protege de uma variedade de doenças. Estas características podem ser primariamente biológicas, como fatores genéticos de suscetibilidade ou resistência, ou podem estar relacionadas à exposição a certos perigos ou situações ambientais. Entretanto, é a interação entre estes dois tipos de fatores - genéticos e ambientais, que mais frequentemente antecede o aparecimento da maioria das doenças.

Algumas condições estão associadas ao maior risco de desenvolvimento de agravos. Risco pode ser entendido como ameaça ou perigo de determinada ocorrência. O conceito de risco mais utilizado em saúde é a *probabilidade da ocorrência de um evento desfavorável*.

Várias características ou fatores internos, ligados aos indivíduos, são capazes de levar ao desenvolvimento de agravos à saúde. Estas características podem ser biológicas e geneticamente determinadas, ou decorrentes de comportamentos e hábitos adquiridos por uma pessoa ou grupo de pessoas e, portanto, passíveis de serem modificados. Fatores de risco externos, como condições inadequadas de moradia, condições de trabalho insalubres, exposição a agentes nocivos, violência e acidentes também podem atuar como determinantes e condicionantes de problemas de saúde. Muitos estão associados às situações socioeconômicas, culturais e políticas que, até certo ponto, encontram-se fora da governabilidade da população afetada. A caracterização dos potenciais eventos adversos relacionados à exposição humana a perigos ambientais é o que se denomina avaliação de risco em saúde. Os estudos de avaliação de risco são uma importante contribuição da epidemiologia para a saúde pública, pois as informações geradas podem fundamentar a elaboração e implantação de políticas que beneficiam a população exposta. Do ponto de vista individual, conhecer as causas das doenças, modo de transmissão, como se desenvolvem e os fatores que influenciam as chances de adoecer são etapas importantes para o desenvolvimento de terapias seguras e eficazes, além de medidas preventivas, com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas aos diferentes agravos.

CONHECENDO ALGUMAS DCNT

A Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica caracterizada por elevação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg de modo sustentado (Tabelas 1 e 2). Apresenta causa multifatorial e está associada a outras condições como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). A HA pode levar a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e aumentar a ocorrência de eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto

agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

A prevalência da HA na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da região estudada e aumenta linearmente com a idade, estimando-se em mais de 60% a sua prevalência na população idosa. A monitorização frequente dos níveis pressóricos em todos os indivíduos do sexo masculino com mais de 45 anos e nas mulheres acima de 55 anos é recomendada para que seja possível o diagnóstico precoce, o início do tratamento em tempo oportuno, o controle dos níveis pressóricos e a prevenção de complicações. Outro aspecto de grande relevância no tratamento da HA é a identificação e a modificação de FR associados, através da adoção de um estilo de vida saudável e/ou uso regular de medicamentos.

Tabela1:Classificação da PA de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

***Se PAS e a PAD se situarem em categorias diferentes, utilizar sempre a maior para a classificação da PA.**

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; PA: pressão arterial. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Tabela2:Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

Categoria	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório	≥ 140	e/ou ≥ 90
MAPA		
Vigília	≥ 135	e/ou ≥ 85
Sono	≥ 120	e/ou ≥ 70
24 horas	≥ 130	e/ou ≥ 80
MRPA	≥ 135	e/ou ≥ 85

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

O Diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. É uma condição crônica, frequentemente associada a outras condições como a dislipidemia, hipertensão arterial e

obesidade, cuja prevalência vem aumentando em todo o mundo. Dados do estudo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2011) mostram que a prevalência de diabetes auto referido na população brasileira acima de 18 anos aumentou de 5,3% em 2006 para 5,6% em 2011. Além disto, vários autores mostraram que a prevalência da doença aumenta com a idade (21,6% na população ≥ 65 anos) e que 50% dos pacientes no momento do diagnóstico desconheciam o fato de terem a doença, o que representa atraso no início do tratamento e aumentando nas chances de complicações. Estes dados reforçam a importância da identificação de grupos de risco para o desenvolvimento doença e a realização de exames de rastreamento. Assim, recomenda-se a realização de testes diagnósticos específicos (glicemia de jejum e teste de tolerância a glicose) em todos os indivíduos que apresentarem algumas características que indicam maior risco de desenvolver a doença (Tabela 3).

Tabela 3: Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos:

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes
- Hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
- Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada
- Obesidade grave, acanthosis nigricans
- Síndrome de ovários policísticos
- História de doença cardiovascular
- Inatividade física

OU

Idade ≥ 45 anos

OU

Risco cardiovascular moderado

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n. 36. 160 p. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013 – Brasília

Nos últimos anos, observou-se o aumento da prevalência da obesidade em todo o mundo. No Brasil, mais da metade da população (55,7%) apresentava-se com excesso de peso em 2018, o que representa um aumento de 30,8% quando comparado ao ano de 2006 (42,6%). O aumento da prevalência foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos (55,7%) e entre os homens (21,7% versus 40% entre as mulheres) (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo, favorecendo o acúmulo de gordura. Esta condição está relacionada a maiores riscos para a saúde devido à sua associação frequente com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. O excesso de peso resulta do desbalanço entre o consumo de alimentos – consumo elevado de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans saturadas e sal, além de baixo consumo de carboidratos complexos e fibras, e o baixo dispêndio energético.

O diagnóstico da obesidade é confirmado através da verificação do peso. Na prática clínica, o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é o método mais utilizado por sua facilidade de realização, além de ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m^2 (Tabela 4). O IMC classifica a condição

Tabela 4: Classificação do estado nutricional de adultos, de acordo com 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 39,5 kg/m^2
Obesidade grau III	$\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$

nutricional do indivíduo segundo o peso e pode ser usado como um indicador de alguns riscos para a saúde, além de ser usado para orientar as medidas de tratamento (Tabela 5).

A obesidade é um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, especialmente a obesidade concentrada na região abdominal, que quando associada a aumento dos *níveis séricos de triglicérides, lipoproteínas de alta densidade (HDL)* 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 arterial coronária. O aumento dos níveis sanguíneos de lipídeos está diretamente relacionado ao surgimento de doença aterosclerótica e de eventos cardiovasculares graves, implicando na necessidade de vigilância com relação ao risco cardiovascular do paciente obeso.

Outras condições também têm sido associadas a maiores riscos para o desenvolvimento de algumas doenças. O sedentarismo, o consumo aumentado de sal, o consumo de álcool e o tabagismo estão associados ao surgimento de várias condições e agravos à saúde, como a obesidade, HA, doenças pulmonares e câncer.

Tabela 5: Condutas recomendadas para indivíduos adultos, na APS, segundo classificação do IMC:

<25 kg/m ²	25 a 29,9 kg/m ²	25 a 29,9 kg/m ²	30 a 40 kg/m ²
NORMAL	SOBREPESO	SOBREPESO COM MORBIDADES	OBESIDADE COM E SEM COMORBIDADES
1.Vigilância alimentar e nutricional 2.Ações de promoção da alimentação adequada e saudável 3.Atividade física	1.Vigilância alimentar e nutricional 2.Ações de promoção da alimentação adequada e saudável 3.Atividade física 4.Plano de ação para voltar ao IMC normal	1.Vigilância alimentar e nutricional 2.Orientação sobre alimentação adequada e saudável 3.Atividade física 4.Prescrição dietética	1.Vigilância alimentar e nutricional 2.Orientação sobre alimentação adequada e saudável 3.Atividade física 4.Prescrição dietética 5.Terapia comportamental 6.Farmacoterapia

Comorbidades: Hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

*Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38. 212p. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2014. Brasília)

Aspectos emocionais e psicológicos, especialmente naqueles pacientes portadores de condições crônicas, devem ser identificados e prontamente encaminhados para um planejamento terapêutico, pois pacientes deprimidos apresentam mais frequentemente baixa adesão às recomendações, muitas vezes abandonando o tratamento, o que leva ao descontrole da doença e aumento das chances de complicações.

Humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais, perda ou ganho de peso não relacionadas à alteração de hábito alimentar, 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 freqüentes e ideações suicidas, são sinais e sintomas que devem ser interpretados como alerta para problemas de saúde mental 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 alteração de hábito de vida associada ao aparecimento de doenças crônicas.

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 a 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 5). Os índices recomendados são de 18,5 a 24,9 Kg/m², evitando-se aumentos maiores de 5Kg na vida adulta e aumento da circunferência abdominal.

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

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

O Relatório “Alimentos, Nutrição e Prevenção de Câncer: uma perspectiva global”, divulgado pela Rede Global do Fundo Mundial para Pesquisa em Câncer e o Instituto Nacional do Câncer, traz informações sobre o impacto da alimentação saudável associada a outros bons hábitos, como atividade física regular e baixo consumo de bebida alcoólica, na redução do risco global de câncer.

Alimentação rica em vegetais – especialmente frutas, hortaliças pobres em amido, leguminosas e cereais pouco processados, aliada a uma dieta com baixa ingestão de bebidas açucaradas, bebidas alcoólicas e carnes vermelhas processadas, são as principais recomendações do documento.

Entretanto, manter a ingestão adequada de macronutrientes tanto em termos de qualidade quanto em quantidade é essencial para garantir as funções normais do organismo. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) há vários anos vem divulgando as recomendações de metas diárias de consumo de macro nutrientes, para cada componente alimentar (Tabela 6).

Tabela 6: Metas diárias de consumo de macronutrientes 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)***

*VET: valor energético total.

** Intervalo calculado a partir dos intervalos propostos para proteínas e gorduras.

*** 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.

ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Atividade física compreende qualquer movimento produzido pela musculatura esqueléticas 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 atividades físicas 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, melhora 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 a 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 7), o paciente deve conseguir respirar e falar confortavelmente;

- fazer exercícios de alongamento no término dos exercícios.

Tabela 7: 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%

Duncan, B. 2013

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 tem sido associadas ao tabagismo, como câncer de pulmão e outros tumores malignos, bronquite crônica, enfisema pulmonar, cardiopatia isquêmica, doença cérebro-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.

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, dislipidemia, obesidade, hiperuricemia, história familiar de morte súbita e sedentarismo

O uso regular do tabaco leva à dependência farmacológica da nicotina (tabela 8), 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 8: 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
ESCORE	0 a 4 pontos	dependência leve
	5 a 7 pontos	dependência moderada

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 que 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 é um hábito muito difundido e socialmente aceito em todo o mundo. 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 identificou uma prevalência de 53,2% de uso de bebida alcoólica alguma vez na vida e 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 9).

Tabela 9: 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 abuso de álcool				

Duncan, B. 2013

O manejo adequado dos problemas relacionados ao consumo de álcool deve ter como objetivo principal a prevenção primária, identificando o grupo em risco imediato, cujo consumo ultrapassa o limite considerado seguro (Tabela 10) que deverão ser abordados com intervenções breves antes que desenvolvam manifestações clínicas graves e complicações decorrentes da dependência alcoólica.

Tabela 10: 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				

Duncan, B. 2013

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 restrita 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 11).

Tabela 11: 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?

Duncan, B. 2013

Vários grupos profissionais encontram sob maior risco de desenvolver doenças ocupacionais (Tabela 12) e várias doenças apresentam sabidamente origem ocupacional, sendo o grupo das doenças musculoesqueléticas o mais prevalente. Outros diagnósticos também estão associados a exposição de diferentes substâncias presentes no ambiente de trabalho como dermatoses, surdez, asma, fibrose pulmonar, hipertensão arterial, 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 12: 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 ao raios-x

Adaptado de Duncan, B. 2013

O manejo das doenças ligadas ao trabalho tem como finalidade a realização de intervenções curativas e de controle das manifestações clínicas já estabelecidas, além de medidas preventivas que visem modificar as condições de trabalho e de promoção de saúde, para capacitar e informar os profissionais e membros da comunidade quanto aos riscos relacionados às diferentes atividades laborais.

Bibliografia:

Gordis L. Epidemiologia. Editora Revinter. 2017. 5ª Edição.

Franco LJ & Passos ADC. (Organizadores). Fundamentos de Epidemiologia. 2ª ed. Barueri: Editora Manole, 2011. ISBN 978-85-204- 2972-3

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Duncan, B; Schimidt, M.I; Giuliani, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ªEd. Porto Alegre:Artmed, 2013.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Resumo. Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global / traduzido por Athayde Hanson Tradutores - Rio de Janeiro: INCA, 2007.12p

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.