

ANEMIA FALCIFORME

Conteúdo

Introdução	1
Doença falciforme e trabalho	4
Restrições	6
Riscos ocupacionais	8
Ambientes permitidos	9
PCMSO e doença falciforme	9
Recomendações.....	9
Reconhecimento das complicações	10
Icterícia	10
Tratamento.....	10
Colecistopatia	10
Tratamento.....	11
Crises de dor	11
Tratamento.....	12
Infecções.....	12
Úlceras de perna.....	12
Tratamento.....	13
Preventivo.....	13
Tópico	14
Outros.....	14
Infarto ósseo.....	14
Retinopatia	15
Tratamento.....	15
Gravidez.....	16
Priapismo.....	16

Tratamento	17
Crises aplásticas	17
Tratamento	18
Considerações finais	19
Referências	20

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma das enfermidades genéticas e hereditárias mais comuns no mundo. Sua causa é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando uma outra mutante: a hemoglobina S, uma herança recessiva.

Existem outras hemoglobinas mutantes. Exemplos: C, D, E etc. Estas, em par com a S, constituem um grupo denominado de DF: anemia falciforme (HbSS), S/Beta talassemia (S/ β Tal.), as doenças SC, SD, SE e outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem as DFs, todas têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes. Entre as DFs, a de maior significado clínico é a anemia falciforme (AF), de terminada pela presença da HbS em homozigose (HbSS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. A presença de apenas um gene para hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A, configura um padrão genético AS (heterozigose), que não produz manifestações da doença e a pessoa é identificada como portador 6 de traço falciforme. Vale acentuar que a pessoa em questão não apresenta a doença.

O serviço de saúde que fez o diagnóstico deve, porém, ofertar-lhe, assim como à sua família, orientações adequadas sobre essa herança genética. A mutação que configura as DFs teve origem no continente africano e pode ser encontrada em populações de diversas partes do mundo. Apresenta altas incidências na África, Arábia Saudita e Índia. No Brasil, devido ao grande contingente da população africana desenraizada de seus países e aqui trazida para o trabalho escravo, a DF expandiu-se. Hoje, faz parte de um grupo de doenças e agravos relevantes que afetam majoritariamente a população negra (pretos e pardos).

Por essa razão, a DF foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, e tem como

subsídio o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), disposto na Portaria MS/GM nº 2.048, artigos 187 e 188, de 3 de setembro de 2009, que definem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. O êxito da política de atenção à DF, implementada no âmbito do SUS, tem muito a ver com outra medida do Ministério da Saúde, em prática desde 2003. Trata-se da Política Nacional de Humanização (PNH). A atuação da PNH baseia-se nos princípios da transversalidade e da inseparabilidade entre atenção e gestão. É uma política abrangente, que cobre todas as atividades do MS.

Utiliza-se de ferramentas e dispositivos com o propósito de consolidar redes, vínculos e corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores, que constituem os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

As pessoas com DF apresentam anemia crônica e episódios de dor severa, decorrentes do processo de vaso-oclusão causado pela forma de foice que as hemácias assumem, em situações de crise, impedindo que o oxigênio circule adequadamente. Poderá haver interrupção de fluxo sanguíneo e morte de tecidos e órgãos. A vulnerabilidade a infecções, o sequestro esplênico, a síndrome torácica aguda, o priapismo são algumas dessas intercorrências.

O diagnóstico precoce na primeira semana de vida, pela eletroforese, com metodologia específica, realizado pelos Programas Estaduais de Triagem Neonatal (PETN), regulamentado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), é fundamental para a identificação, a quantificação e o acompanhamento dos casos, bem como para o planejamento e a organização da rede de atenção integral.

A eletroforese de hemoglobina, em seus diferentes métodos

– exame que pode ser realizado na Atenção Básica – é utilizada

para o diagnóstico da DF em crianças a partir dos 4 meses de nascido e de adultos.

Os medicamentos que compõem a rotina do tratamento da DF e integram a farmácia básica são: ácido fólico (de uso contínuo), penicilina oral ou injetável (obrigatoriamente até os 5 anos de idade), antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios (nas intercorrências). A hidroxiureia (HU) e os quelantes de ferro integram a assistência farmacêutica pactuada para atenção na média complexidade; assim como o exame de imagem doppler transcraniano, para acompanhamento dos 2 aos 17 anos.

As crianças com DF apresentam risco de contrair infecções 400 vezes maior em relação à população em geral. Por isso, indica-se a elas rigoroso programa de vacinação, que alie o estabelecido no calendário nacional ao programa especial para *Haemophilus influenzae*; hepatite B (recombinante); e *Streptococcus pneumoniae* (polissacáride e heptavalente) associado à profilaxia com Penicilina benzatina.

Historicamente, os hemocentros têm sido referência para o tratamento das doenças hematológicas, o que inclui as pessoas diagnosticadas com DF, mas em cinco estados (AC, MS, DF, RS e GO) o centro de referência localiza-se em ambulatórios de especialidades ou nos hospitais universitários



DOENÇA FALCIFORME E TRABALHO

A DF, conforme já acentuado, é uma das patologias genéticas e hereditárias mais comuns no mundo. Trata-se da enfermidade que levou o conceito de “doença molecular”. Caracteriza-se pela presença de anemia hemolítica crônica e fenômenos vaso-oclusivos provocadores de crises de dor e lesão crônica e aguda em órgãos e tecidos.

Tem causa na substituição de adenina por timina (GAGgGTG), codificando valina em vez de ácido glutâmico, na posição 6 da cadeia da β -globina, com produção de hemoglobina S (HbS). Essa pequena modificação estrutural é responsável por profundas alterações nas propriedades físico-químicas da molécula da hemoglobina no estado desoxigenado. Essas alterações culminam com evento conhecido como falcização – a mudança da forma normal da hemácia para a forma que lembra uma foice – o que provoca alterações da reologia das hemácias e da membrana eritrocitária, ocasionando diminuição da vida média dos glóbulos vermelhos, fenômenos de vaso-oclusão, episódios de dor e lesão PESSOAS COM DF ENFRENTAM DESVANTAGEM NO MERCADO DE TRABALHO: A DOENÇA PODE LEVAR A AUSÊNCIAS IMPREVISÍVEIS, AINDA QUE BREVES. 24 de órgãos.¹³

O processo primário desses fenômenos é a polimerização ou gelificação da desoxi-HbS. Em condições de desoxigenação, em função da presença da valina na posição 6, estabelecem-se contatos intermoleculares que seriam impossíveis na hemoglobina normal. Tais contatos dão origem a um pequeno agregado de hemoglobina polimerizada.

A polimerização progride com adição de moléculas sucessivas de HbS, à medida que o percentual de saturação de oxigênio da hemoglobina diminui. Os agregados maiores alinham-

se em fibras paralelas, formando um gel de cristais líquidos chamados tactoídes.

A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre em homozigose (SS), ou seja, a pessoa recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. Quando recebe de um dos pais um gene para hemoglobina S e do outro um gene para hemoglobina A, ela é AS. Ou seja: não tem a doença, sendo apenas portadora do “traço falciforme”. Além disso, o gene da hemoglobina S pode combinar-se com outras alterações hereditárias das hemoglobinas. Exemplos delas: hemoglobinas C, D, E, Beta talassemia, gerando combinações que se apresentam com os mesmos sintomas da combinação SS. Cada uma das combinações SS, SC, SD, SE, S-beta-talassemia denomina-se “doença falciforme”. A doença teve origem na África, sendo trazida para as Américas pela imigração forçada dos africanos. Hoje, também é encontrada em toda a Europa e outras regiões da Ásia.

A DF faz parte do conjunto de doenças que denominamos hemoglobinopatias. Novas terapias oferecem às pessoas com DF prolongamento na expectativa de vida, prevenindo ou minimizando complicações que comprometem a qualidade de vida: 25



- A avaliação de múltiplos órgãos pode detectar precocemente lesões e permitir intervenção corretiva;
- Avanços em hemoterapia têm resultado em aumento da segurança transfusional;
- As conquistas mais recentes em terapia clínica incluem: profilaxia com antibióticos, citaférese de células vermelhas, hidroxiureia e inibidores da enzima conversora de angiotensina para prevenir doença renal

RESTRICÇÕES

Há estudos¹⁴ demonstrando que o nível de desemprego para as pessoas com DF é muito maior do que para aquelas que não têm a doença; grande parte jamais trabalhou desde a saída da escola.

No entanto, apenas uma quantidade muito pequena dessas pessoas não estava apta para o trabalho.¹³ Pessoas com DF estão em grande desvantagem em termos de emprego. A explicação está no fato de que a doença pode causar ausências imprevisíveis, ainda que breves.

Uma pessoa com DF, a rigor, também não é muito competitiva. Não há garantia de assiduidade em função das incertezas quanto aos rumos da saúde dela. Complicações resultantes da DF têm sido objeto de discussão no contexto da saúde ocupacional, embora caiba lembrar que muitas pessoas podem passar toda a vida com poucas complicações.

A interferência da doença na vida profissional dessas pessoas não deixa de ser preocupante, pois 57% dos entrevistados são inativos ou exercem atividades não remuneradas.

Levantamento realizado em Cuba, tendo como amostra de 84 pacientes adultos, revelou que apenas 26% não trabalhavam regularmente. Essa diferença significativa talvez possa ser atribuída à existência, naquele país, de um programa de colocação profissional dessas pessoas em atividades compatíveis com a condição de saúde que apresentam.¹⁷ É marcante a variação individual na gravidade da DF.

Algumas pessoas com a doença raramente têm problemas, e podem ser consideradas aptas para propostas de emprego em geral. Outras apresentam crises de dor ou problemas crônicos, como infarto ósseo ou úlceras de perna. Nesses casos, ficam incapacitadas para o trabalho regular. Acesso ao emprego e geração de renda são questões que preocupam as associações e instituições das pessoas com DF.

Expectativa de faltas constantes ao trabalho e limitações físicas certamente deixam essas pessoas vulneráveis e sem garantia de segurança no emprego.¹⁷ Pesquisa realizada no Brasil demonstrou que quase a metade do grupo estudado encontrava-se em situação de emprego regular, e que a dependência financeira total foi observada apenas em um terço das pessoas do sexo masculino, apesar da inexistência, na comunidade, de programa de apoio e orientação profissional a essas pessoas.

Isso mostra a viabilidade de participação no mercado de trabalho de pessoas com DF, desde que estejam sob tratamento médico e exerçam funções compatíveis com limitações e potencialidades.¹⁶ Desmistificar a incapacidade para o trabalho dessas pessoas é fundamental.¹⁷

Vale frisar a necessidade de inclusão definitiva das pessoas com DF na sociedade¹⁸, e o trabalho é um dos agentes nesse sentido. Ainda que muitas pessoas com a doença estejam

empregadas, o índice de desemprego nesse caso ainda é alto, acima de 70%

RISCOS OCUPACIONAIS

Crises vaso-oclusivas podem ser precipitadas por desidratação, exposição ao frio, infecções e ambientes com baixas tensões de oxigênio. Como resultado, ocupações tais como mergulho comercial e tripulação de aviões são consideradas inadequadas para trabalhadores com hemoglobina SS, mesmo em altitudes moderadas de 1.500 m.¹⁹ Enquanto algumas pessoas apresentam baixos níveis de hemoglobina, é razoável evitar ocupações que potencialmente exponham o trabalhador a algumas substâncias, tais como chumbo e compostos amino e nitro, os quais podem exacerbar hemólise. Do ponto de vista ocupacional, esses fatores ambientais, que sabidamente facilitam falcização e crises de dor, devem ser evitados ou minimizados.

Os fatores comumente reconhecidos por promoverem polimerização da HbS – e daí a falcização – estão listados abaixo.¹⁴

- Hipóxia (desoxi-HbS aumentada).
- Temperaturas extremas: > Altas temperaturas levam a aumento da polimerização da HbS; e > Baixas temperaturas levam a vasoconstrição especialmente perigosa, se a exposição é repentina e inesperada.

- Desidratação que acarreta a hemoconcentração; • Acidose (pouco importante, a menos que a pessoa esteja gravemente doente); e

- Alta pressão atmosférica

AMBIENTES PERMITIDOS

Conservar a temperatura ambiente em locais de atividades administrativas e criativas é uma atitude adequada.¹⁴

PCMSO E DOENÇA FALCIFORME

> Exame de saúde ocupacional O exame físico pode mostrar alterações comuns em pessoas com DF que não têm implicações na definição da aptidão. Sopros cardíacos são muito frequentes e mais bem auscultados no segundo e terceiro espaços intercostais. Decorrem do aumento do débito cardíaco.²⁰ A anemia hemolítica pode causar hiperbilirrubinemia significativa, o que leva a escleróticas ictéricas.¹⁴ É comum encontrar esplenomegalia nas pessoas com HbSC e HbS-s-beta-talassemia.

RECOMENDAÇÕES

A pessoa com DF não deve praticar exercícios físicos extenuantes nem realizar trabalhos que requeiram esforços importantes ou que a submeta a grandes alturas:²⁰

- Monitoramento constante da saúde do trabalhador;
- Atenção para adesão do uso de ácido fólico;
- Manter tornozelos e pés protegidos;
- Atenção para com as doenças febris;
- Atenção para com a hidratação;
- Garantia de vacinação contra pneumococo e gripe; e
- Manter controle regular com hematologista

RECONHECIMENTO DAS COMPLICAÇÕES

Os sintomas e complicações descritos abaixo não necessariamente ocorrem em todas as pessoas com DF e tampouco ao mesmo tempo

ICTERÍCIA

A anemia hemolítica pode causar hiperbilirrubinemia significativa, o que leva a escleróticas ictéricas, não tendo, em princípio, qualquer significado.¹⁴ A menor sobrevivência dos glóbulos vermelhos na DF aumenta os níveis séricos de bilirrubina à custa de bilirrubina indireta, sendo frequente a presença de icterícia. Esta pode, às vezes, exacerbar-se em situações de aumento da taxa de hemólise. Tal ocorrência confirma-se, laboratorialmente, pela diminuição dos níveis de hemoglobina e aumento nos números de reticulócitos. Como a icterícia pode ser sinal de infecção em pessoa com DF, nos casos de exacerbação do processo há que se realizar investigação minuciosa.

TRATAMENTO

Do ponto de vista terapêutico, não existem recursos práticos para a diminuição da icterícia em pessoas com essa alteração; algumas melhoram com adequada hidratação oral ou parenteral.²

COLECISTOPATIA

A litíase biliar ocorre em 75% dos adultos com DF. Os cálculos biliares são múltiplos e em 60% dos casos, radiopacos.²¹ Podem ser assintomáticos por muito tempo ou causar sintomas crônicos como empachamento, náuseas, vômitos e dor no quadrante superior direito do abdome. As complicações 30 mais comuns são a colecistite e a obstrução do ducto biliar. Raramente ocorre pancreatite aguda.²

TRATAMENTO

A retirada eletiva dos cálculos biliares assintomáticos, diagnosticados ao acaso, é um assunto controverso. A maioria dos especialistas não indica a cirurgia, antes que os sintomas ocorram. Entretanto, o advento da cirurgia por videolaparoscopia vem, progressivamente, mudando o quadro. O trabalhador deve ser orientado a fazer dieta pobre em gorduras. Episódios de colecistite aguda devem ser tratados conservadoramente com antibióticos, manutenção do balanço hidroeletrólítico e cuidados gerais, até que a crise regrida. A colecistectomia deverá, então, ser realizada.²

CRISES DE DOR

É a complicação mais comum, e ocorre em média duas a três vezes por ano, usualmente de modo imprevisível.¹⁴ Crises de dor podem aparecer, inicialmente com distribuição bizarra. Variam em gravidade, desde dor moderada, que melhora com repouso e analgésicos comuns por um ou dois dias, até aquela mais intensa em ossos e articulações, que requerem hospitalização e, ocasionalmente, colocam a vida em risco, sobretudo se os pulmões estiverem envolvidos no processo de falcização. A dor pode ser mais intensa nas extremidades, abdome e nas costas. Outras manifestações músculo-esqueléticas podem ser simétricas ou não, ou mesmo migratórias, com eventual presença de aumento de volume, febre, eritema e calor local, tornando, às vezes, difícil o diagnóstico diferencial com osteomielite, artrite séptica, sinovite e febre reumática. A dor abdominal pode simular abdome agudo cirúrgico ou infeccioso, ou processos ginecológicos.²¹ Os dois requerimentos absolutos para falcização são a presença de HbS e sua conversão na forma desoxi. Assim, para uma pessoa com DF, a hipóxia é o fator mais crítico. A maioria absoluta dos ambientes de trabalho não representa risco.²¹

TRATAMENTO

- Eliminar os fatores precipitantes;
- Garantir o repouso;
- Assegurar boa hidratação oral (às vezes é necessária hidratação parenteral);
- Analgesia adequada;²¹ e
- Atentar para o fato de que as pessoas com fatores de risco – ou que não melhoram após oito horas da instalação da terapia – deverão ser internadas e tratadas de acordo com o protocolo

INFECÇÕES

São a principal causa de morte para pacientes com DF.²¹ A resistência reduzida a organismos encapsulados, em função de asplenia funcional,¹⁴ é motivo de cuidado especial. Os episódios de febre devem ser encarados como situações de risco, nos quais os procedimentos diagnósticos devem ser aprofundados e a terapia precisa ser imediata.²¹ Infecções pneumocócicas podem ser prevenidas por vacinação.

ÚLCERAS DE PERNA

As úlceras de perna estão presentes em 8 a 10% das pessoas com DF, principalmente após a primeira década de vida. Essas úlceras ocorrem geralmente no terço inferior da perna, sobre e ao redor do maléolo medial ou lateral, ocasionalmente sobre a tíbia ou dorso do pé. Cerca de 75% dessas pessoas têm o genótipo SS. Sua etiologia pode ser traumática, por contusões ou picadas de insetos, ou espontânea, por hipóxia tissular por crises vaso-oclusivas crônicas. São lesões de tamanho variável, com margem definida, bordas em relevo e base com tecido de granulação. Mostram-se resistentes à terapia, podendo permanecer por meses ou anos.²¹ O diagnóstico diferencial deve

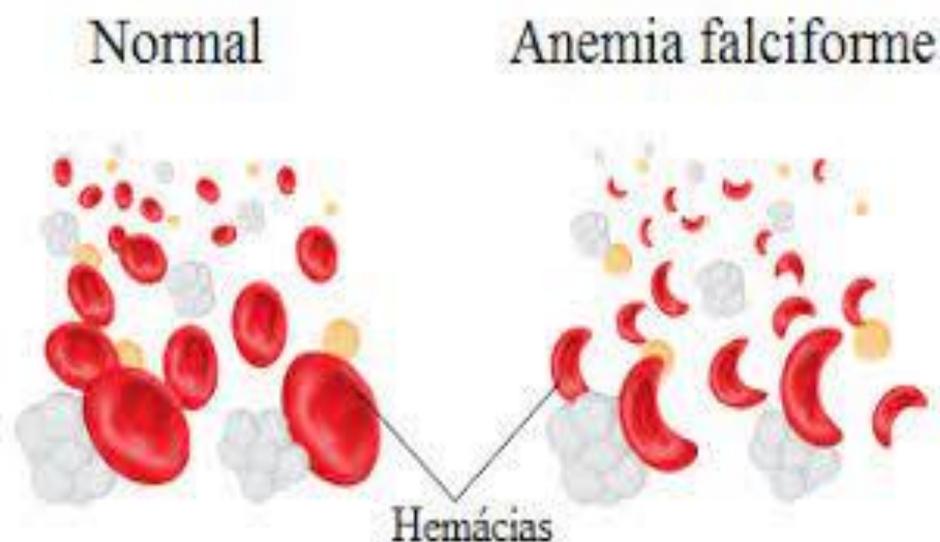
ser feito com úlceras varicosas, diabetes melito e doença colagenosa vascular

TRATAMENTO

As úlceras de perna são difíceis de curar sem repouso prolongado, e podem interferir no comparecimento ao trabalho.¹⁴ Já se tem hoje, no tratamento dessas úlceras, acesso à terapia celular, desenvolvida em centros de pesquisas brasileiros, em especial na Universidade Federal da Bahia (UFBA), com bons resultados.

PREVENTIVO

- Inspeccionar a pele diariamente;
- Higiene corporal adequada;
- Evitar traumatismo e picadas de insetos;
- Usar meias de algodão, de preferência branca, sem costura;
- Usar calçados adequados;
- Hidratar a pele com creme à base de ureia, exceto entre regiões interdigitais, com óleo mineral ou vegetal;
- Ingerir bastante líquido;
- Restringir o uso de sódio; e
- Fazer repouso com as pernas elevadas.



TÓPICO

A úlcera deve ser limpa diariamente com jato de soro fisiológico (não gelado).

OUTROS

Sulfato de zinco, transfusão de concentrado de hemácias ou exsanguíneo transfusão parcial, antibioticoterapia sistêmica, fisioterapia e enxertia

INFARTO ÓSSEO

Pode ocorrer pela oclusão por falcização de grandes vasos, em crises de dor menores. A conduta é conservadora. O infarto deve ser distinguido de infecção. Hiperplasia da medula óssea pode causar problemas de crescimento e osteopenia. Necrose avascular de coxo femoral e ombro causam dor crônica e podem requerer intervenção cirúrgica.

Adultos são particularmente susceptíveis a essa condição. Radiografias podem não detectar alterações precoces, havendo necessidade de recorrer à ressonância magnética. Osteomielite também é complicação comum e pode ser difícil diferenciá-la do infarto.¹⁵ O centro de terapia celular que o MS mantém na UFBA, já referido, também atua no tratamento de lesões ósseas resultantes de DF.

Quando executado em tempo hábil, esse tratamento tem produzido resultados positivos, sem recidivas.



RETINOPATIA

Em estudo realizado por Condon and Sergeant, 26% das pessoas com DF apresentavam retinopatia, sendo tal caso mais frequente na hemoglobinopatia SC. Ela pode progredir para retinopatia proliferativa e causar deterioração da acuidade visual, e até cegueira.¹⁴ As manifestações, em geral, ocorrem em adultos: a oclusão de pequenos vasos com neovascularização é assintomática até que ocorra hemorragia no vítreo; e o descolamento da retina pode ocorrer na fase tardia. A prevenção é a medida mais efetiva.

TRATAMENTO

Todos os trabalhadores devem ser avaliados anualmente por oftalmologista. A angiografia por fluorescência, seguida por fotocoagulação por laser mostra-se efetiva no caso de deslocamento de retina.

A oclusão da artéria central da retina, que se apresenta como perda aguda da visão, deve ser considerada situação de emergência: o trabalhador deve receber transfusão imediatamente e ser avaliado por especialista.¹⁵ Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o MS desenvolve trabalho de pesquisa oftalmológica em DF, que utiliza oftalmoscópio de alta resolução, com excelentes resultados na regressão de quadros de cegueira.



GRAVIDEZ

Na DF, a gravidez promove alto risco para a gestante; e o aborto espontâneo ocorre com frequência. Os riscos, no entanto, não são tão altos a ponto de contraindicarem uma gravidez desejada. Todas as mulheres devem, porém, ser informadas desses riscos.

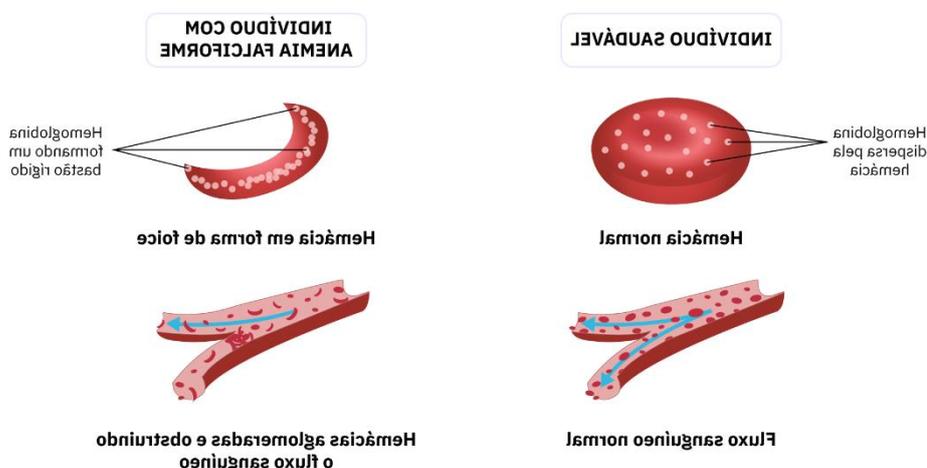
O acompanhamento em pré-natal de alto risco, deve ser diferenciado e iniciado o mais precocemente possível, pois contribuirá para a redução de intercorrências que comprometem a gestação.

As condutas constam de publicação do MS intitulada *Gestação em mulheres com DF (2006)*.

PRIAPISMO

É a ereção prolongada, indesejada e dolorosa do pênis, que pode ocorrer em episódios breves e recorrentes ou longos, em todas as faixas etárias, a partir de 10 anos, com risco de causar impotência sexual.

Em geral, faz-se acompanhar de dor abdominal e perineal, disúria ou retenção urinária. Por vezes, há edema escrotal e aumento da próstata.²



TRATAMENTO

Deve ser realizado com exercícios leves, como caminhada (no momento do início da crise), banhos mornos, hidratação abundante e analgesia, e com o esvaziamento constante da bexiga. Se o quadro não regride em duas horas, está indicado o tratamento hospitalar.²¹

CRISES APLÁSTICAS

A atividade medular aumenta em condições de hemólise para manter o ritmo de reposição com o aumento da destruição das hemácias.

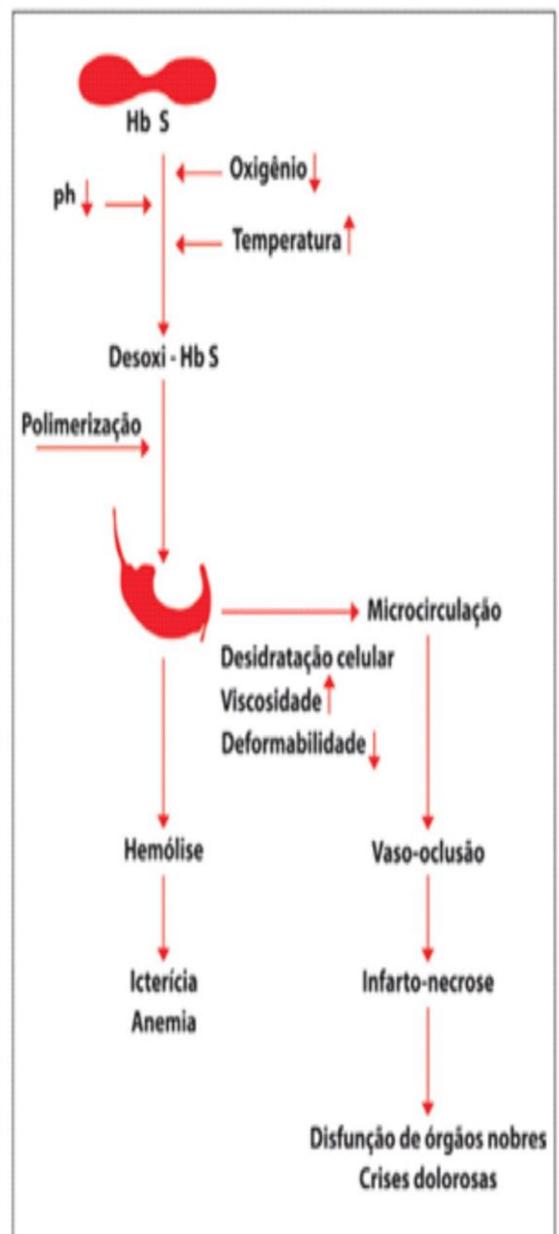
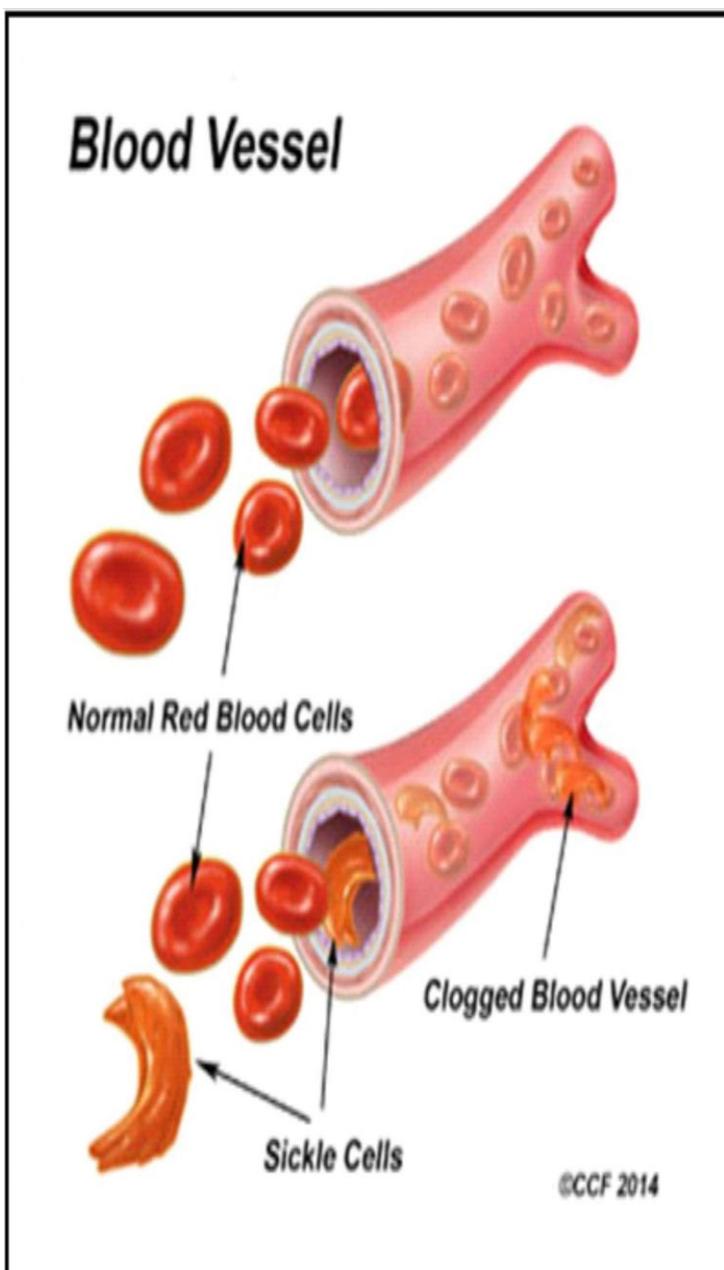
Essa hiperatividade medular é sensível a fatores ambientais, tais como deficiência de ácido fólico.¹⁴ As crises aplásticas não são muito frequentes e, em geral, ocorrem após processos infecciosos, até mesmo no caso de infecções relativamente insignificantes. Crises aplásticas graves estão geralmente relacionadas com infecção pelo Parvovírus B19.²¹ Clinicamente, apresentam-se por sintomas de anemia aguda, sem aumento esplênico.

Podem, em situações mais graves, apresentar sinais de choque hipovolêmico. A principal diferença laboratorial entre essas crises e as de sequestro esplênico (raro após a idade de dois anos) é a presença de reticulocitopenia na crise aplástica, e reticulocitose na de sequestro.²

TRATAMENTO

Sintomáticos e transfusões de concentrado de hemácias devem ser administradas, se necessário.

A monitorização do estado hemodinâmico é que possibilitará a indicação precisa de hemotransfusão. As crises aplásticas são autolimitadas com duração de 7-10 dias e raramente recorrem.²



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os períodos da vida, é necessário prestar apoio psicossocial à pessoa com DF e a seus familiares.

Esse apoio inclui educação sobre as características da doença, ênfase na prática do autocuidado, orientação vocacional, relações com escola e centro de trabalho, e atenção em todas as alterações psicológicas que podem apresentar.²⁰

Assim sendo, os programas de assistência devem prever, além do tratamento médico, a orientação psicossocial, necessária ao desenvolvimento do seu potencial de integração à sociedade.¹⁶

A inserção no mundo do trabalho tem, portanto, implicações éticas, políticas, econômicas, sociais, humanas e médicas que devem ser consideradas em todas as suas possibilidades.

Todos os trabalhadores precisam ser tratados da mesma forma, levando-se em conta a história individual e ocupacional, assim como seu passado patológico.

As informações pertinentes à atenção e cuidado no tocante à DF constam de publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde do MS (www.saude.gov.br/bvs)



REFERÊNCIAS

1. QUESTÃO racial, pobreza e emprego no Brasil: tendências, enfoques e políticas de promoção da igualdade: guia para o leitor. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego. Brasília: OIT, 2005.
2. DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2009.
3. BRASIL. Senado Federal. [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2009.
4. BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria MTB nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas abusivas durante o processo de seleção e contratação de empregados. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2009.
6. DAVIES, W. ABC of Work Related Disorders: Assessing Fitness For Work. BMJ., [S. l.], v. 313, p. 934-938, 1996.
7. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução CREMESP nº 76, de 02 de julho de 1996. Disponível em: . Acesso em: 12 abr. 2009