

**EDUARDO RESENDE BRAGA**

**REFLEXÃO DA AÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO HIPERDIA  
*SAÚDE BUCAL, HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS***

**UBERABA, 2006**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba  
Especialização - Programa Saúde da Família

**REFLEXÃO DA AÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO HIPERDIA  
*SAÚDE BUCAL, HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS***

Trabalho de conclusão de Curso de  
**Especialização em Saúde da Família**  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de  
especialista em Programa Saúde da  
Família

Autor: Eduardo Resende Braga

**Uberaba, Julho 2006**

## REFLEXÃO DA AÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO HIPERDIA: SAÚDE BUCAL, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

### Resumo:

Tendo em vista o reportado nesta análise parece importante entender que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multi e interprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela. É valiosa a informação ao paciente de que as doenças bucais ou a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas ou ocasionar quadros graves como a hipertensão ou o *diabetes mellitus*. Na perspectiva de mudança de paradigma clínico curativista, parece interessante a proposta do Programa Saúde da Família (PSF) de ação preventiva e multiprofissional, com estratégias como a do Hiperdia quando se pode efetivar a participação de todos os profissionais da equipe de PSF imbuídos na educação preventiva em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, *Diabetes mellitus*, Saúde bucal, Multiprofissional

Reflexion of multiprofessional action in Hiperdia: Oral health, Arterial high blood pressure and *Diabetes mellitus*

### Abstract:

As reported in this analysis, it seems important to understand that the dental care needs to be done in a multi and interprofessional way. The mouth is not an independent area of the human organism, therefore mouth diseases could also spread towards other parts of the body. It is necessary to keep patients informed that mouth diseases or microbiota of the oral cavity may produce illnesses co-related to or which may cause severe cases of hypertension or diabetes *mellitus*. The perspective of change in the healing clinic paradigm proposed by Programa Saúde da Família (PSF) is an interesting idea of action using strategies such as HIPERDIA, which enables all professionals of PSF involved in the health prevention .

Key-words: Hypertension, *Diabetes mellitus*, Oral health

## INTRODUÇÃO

O programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações que promovessem a qualidade de vida, e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços e da gestão, e ainda, regido sob a lógica de vigilância à saúde. (Brasil 2002).

Trata-se de uma estratégia que apesar de priorizar as ações de promoção e prevenção, busca também realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde, reorientando as práticas setoriais isoladas e reafirmando a inclusão na prática em saúde de todos os profissionais, com ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida. Busca a abordagem familiar nos seus mais variados arranjos e procura redirecionar a participação dos diversos profissionais de saúde visando a construção de uma equipe articulada, multiprofissional e interdisciplinar, cujas ações estejam pautadas na atenção básica. (Brasil 2000).

Historicamente, poderíamos sugerir que as ações de saúde da família, embora ainda sem essa denominação, teriam surgido quando foi publicado em 1963, documento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o qual sugeria a implementação da formação de médicos de família, em contraponto à especialização médica excessiva que se iniciava na época. Cabe comentar que nos Estados Unidos da América a Medicina de Família foi reconhecida como especialidade médica em 1969, embora sem apresentar ainda o caráter de equipe multiprofissional em saúde da família, proposta esta que surgiu posteriormente em vários países e que influenciou em muito a criação do PSF no Brasil. (Informes técnicos 257, apud VASCONCELOS, 2001).

Quanto à atenção básica, esta tem como berço a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, a qual é considerada um marco no desenvolvimento de modelos no cuidado em saúde que privilegiem o atendimento em atenção primária em saúde (APS), reconhecendo que a saúde depende de outros setores sociais e econômicos, priorizando a prevenção e proteção da mesma e ainda enfatizando a necessidade da participação da comunidade. Posteriormente, foi formulado o conceito de promoção

em Saúde através da Carta de Ottawa (Canadá1986). No transcorrer das décadas de 80 e 90, diversos países adotaram essa política de saúde com ênfase na valorização dos serviços mais próximos da comunidade e reorganizaram serviços com a lógica da promoção em saúde, entre eles Canadá, México Inglaterra e Cuba. No Brasil, houve influência de diferentes modelos de estratégia em saúde da família, sendo que as primeiras experiências nacionais tiveram origem com o modelo cearense do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual fazia parte de uma ação de combate à seca, mas devido aos resultados alcançados com a melhoria da saúde da comunidade, serviu de modelo para ampliação a outros municípios, tendo sido estendido a todo país em 1991. (MENDES, 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou como proposta oficial para organização da atenção em saúde a estratégia do PSF. Concordamos que o modelo brasileiro é um modelo próprio, construído através de experiências autóctones, ainda que reconhecida a influência das experiências internacionais (MENDES, 2002).

Ainda dentro da estratégia do PSF e tendo como diretriz a integralidade do cuidado e buscando o trabalho em equipe multi e interdisciplinar foram elaborados alguns protocolos de atendimento para determinados grupos etários e/ou distúrbios. Como a proposta é a equipe vivenciar e valorizar os problemas que acometem as distintas populações em cada território adstrito, esses protocolos podem ser flexíveis, servindo apenas de roteiro para atendimento integral, longitudinal e estimulando a qualidade de vida de maneira diferente em cada comunidade particular, pois cada uma delas tem seu desenvolvimento e vivências peculiares.

Com este ensejo, atentos à literatura que mostra as estratégias do PSF, aos programas de atenção à saúde estruturados pelo Ministério da Saúde e através de experiências vivenciadas, procuramos elaborar uma proposta de sistematização de integração de cuidados em saúde para usuários hipertensos e diabéticos que compreenda os cuidados em Saúde Bucal no contexto de trabalho inter e multi profissional.

## **DESENVOLVIMENTO:**

O plano de reorganização de atenção ao cliente com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2001).

O plano privilegia a abordagem conjunta e integrada (MENDES, 2002) da equipe multiprofissional do PSF, quer seja do médico, do enfermeiro ou do cirurgião dentista, tornando-se imperativo que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças.

A atenção à Saúde Bucal foi também inserida neste contexto por serem de alta prevalência as afecções que acometem a cavidade bucal dentre elas a doença periodontal e por isso merecendo atenção especial e padronizada dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde (ABS). (BRASIL, 2001).

Considerando-se a saúde bucal como um componente da saúde em sua expressão mais ampla de qualidade de vida, a incorporação dessas ações possibilita uma melhoria do atendimento a esses usuários e adquire maior importância na redução das doenças bucais apresentadas por esta comunidade assistida.

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Em 2003, apresentou 32% dos óbitos definidos no país tendo como causa as doenças cardiovasculares. Em 2005, dos seis bilhões gastos com internações (exceto partos), as doenças cardiovasculares registraram o índice de 22% desse total. (Fonte: Ministério da Saúde – 2000)

A estratégia da reorganização da atenção básica, centrada no PSF, nas UBS e USF ratifica que, cerca de 85% destes casos podem – e devem – ser tratados neste nível de atenção, visando aos três níveis de prevenção, porque investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da Medicina moderna. (BRASIL, 2002).

Vários estudos relacionam as afecções que podem acometer a cavidade bucal, entre elas a doença periodontal, com doenças sistêmicas como o *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial. (GENCO, 1996 ). Neste enfoque sistêmico de saúde que busca entender o organismo como um todo, vemos o fomento que se pode dar nas ações em equipe do PSF, como a do Hiperdia.

### **Atenção à Hipertensão Arterial**

O rastreamento dos usuários que possam estar acometidos pela hipertensão arterial pode dar-se no momento do Hiperdia.

A medida da pressão arterial (PA) é comprovadamente o elemento-chave para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial. Deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde, devidamente treinados. O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro e estetoscópio. A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada. Em cada consulta, deverão ser realizadas no mínimo duas medidas, com intervalo de um a dois minutos entre elas. (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2002).

Nos protocolos de atendimento aos usuários da atenção básica preconizados pelo Ministério da Saúde observa-se frequentemente a importância da abordagem multiprofissional. Uma vez que a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio dos profissionais em cuidado à saúde; além do médico, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros.

A relação entre o paciente e membros da equipe de saúde é um aspecto de real relevância no processo de adesão às ações de um determinado programa ou intervenção, como as ações em grupo. A sensibilidade do médico, o tempo dispensado ao atendimento e o cuidado em relação aos aspectos psicossociais dos pacientes merecem atenção. No tocante ao tratamento medicamentoso e à adesão, evidencia-se a

influência do custo, dos efeitos indesejáveis, dos esquemas complexos (particularidades pessoais), além dos aspectos relativos à qualidade de vida. Este entendimento pode se dar por atividades educacionais voltadas para o auto-cuidado e o trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes. (MARQUEZ FILHO, 1992).

Nesta perspectiva, entendemos que o atendimento realizado de forma organizada, humanizada e individualizada, além de ações em grupo, através de consultas médicas, de visitas mensais pelas agentes comunitárias de saúde, de acompanhamento pela enfermeira e auxiliar de enfermagem, fazem com que os pacientes sintam-se mais valorizados e estimados, o que aumenta ainda mais o vínculo comunidade/equipe de saúde, aumentando a adesão ao tratamento – que é um dos principais empecilhos ao sucesso do tratamento e, conseqüentemente, torna os resultados com tendência ao positivo.

Consideramos que junto à primeira abordagem realizada pelo profissional de enfermagem ou pelo agente de saúde, realiza-se a anamnese, com preenchimento de dados de identificação da ficha de atendimento para colher dados de histórico pregresso e atual de cronicidade de doenças e aqui se inserir o encaminhamento para o profissional da saúde bucal.

### **Atenção ao cliente com *Diabetes Mellitus***

Seguindo os parâmetros dos programas de saúde (IV Diretrizes Brasileiras, 2002) no acompanhamento dos pacientes portadores de *Diabetes Mellitus* a prevenção primária desta doença passa pela remoção dos fatores de risco citados a seguir, sendo que as equipe do PSF podem procurar realizar campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco para DM e HA; programar atividades de lazer individual e comunitário; reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA e a de indivíduos considerados como intolerantes à glicose.

No entendimento de ação multiprofissional até aqui transcorrido, já no primeiro contato com o paciente, realizado nos grupos de educação em saúde como no



Hiperdia, pode ser realizada a anamnese para o preenchimento de dados de identificação da ficha de atendimento, procurar conhecer o estado de higiene bucal do paciente e sua última visita ao dentista e encaminhá-lo ao profissional da saúde bucal.

É necessário, conforme o Protocolo do Ministério o acompanhamento dos pacientes diabéticos nas Unidades de Saúde do Município (UBS e PSF), a partir do diagnóstico, através dos seguintes instrumentos:

- Realização de parâmetros bioquímicos para o controle glicêmico, como glicosúria, cetonúria, glicemia capilar e plasmática, hemoglobina glicosilada, frutossamina e glicemia venosa pós-prandial.
- Realização da glicemia capilar através de automonitoração pelos pacientes diabéticos, ou periodicamente nas Unidades de Saúde, assim como nos grupos de diabéticos do PSF e campanhas do município.

### **Rastreamento:**

Sinais e Sintomas:

- Poliúria/nictúria; polidipsia/boca seca; polifagia; emagrecimento rápido; fraqueza/astenia/letargia; prurido vulvar ou balanopostite; diminuição brusca da acuidade visual.
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.
- Sinais ou sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

Condições de risco do DM tipo 2:

- Idade > 40 anos
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos com diabetes)
- Excesso de peso (IMC Índice de massa corporal > 25 kg/m<sup>2</sup>)
- Obesidade (particularmente do tipo abdominal)
- Hipertensão Arterial
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos de idade
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria

- Mães de recém-nascidos com mais de 4 kg
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional
- HDL-colesterol  $\leq$  35 mg/dl
- Triglicérides  $\geq$  200 mg/dl
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticosteróides, anticoncepcionais, diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, etc)
- Tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada
- Sedentarismo

O rastreamento seletivo é recomendado uma vez ao ano, nas condições abaixo:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos
- Mulheres com história de diabetes gestacional
- Evidências de dois ou mais componentes da síndrome metabólica
- Presença de dois ou mais fatores de risco
- Glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo 1)
- Presença de complicações relacionadas com o DM

OBS.: A glicemia capilar pode ser utilizado para o rastreamento do DM, devendo-se confirmar o diagnóstico com glicemia plasmática (venosa). Os pacientes com diagnóstico firmado de diabetes *mellitus* devem ser cadastrados nos grupos de DM para acompanhamento e tratamento nas Unidades de Saúde.

### **Atenção à Saúde Bucal**

Dentro da perspectiva de ação em conjunto de uma equipe, avaliamos nesta reflexão a importância de se inserir na proposta de sistematização de cuidados à saúde em grupos a atenção à saúde bucal, que com as ações de prevenção como levantamento epidemiológico, para obtenção de conhecimento das questões sobre hábitos alimentares e higiene, identificação das necessidades do usuário e noções básicas de higiene e prevenção podem ser implementadas nos grupos de trabalho,

como no HIPERDIA. Pois neste momento se reúne, conforme visto, um grande número de usuários acometidos de outras enfermidades como a hipertensão e o *diabetes*. Estas etapas, realizadas previamente, poderiam facilitar a avaliação da necessidade destes pacientes com indicação de tratamento clínico, otimizando assim o momento curativista.

### **Ações curativas na Saúde Bucal – Clínica Geral**

O atendimento odontológico deverá ocorrer após a chegada do paciente à Unidade de Saúde e avaliação prévia do cirurgião dentista. Essa avaliação engloba aspectos gerais (nível sistêmico) e específicos (aparelho estomatognático), sendo necessária a presença de outros profissionais (equipe multidisciplinar), para maior precisão do trabalho a ser desenvolvido e segurança para o usuário.

Neste sentido, esta abordagem prévia, nos grupos de ações em educação em saúde e prevenção (Hiperdia), pode propiciar no momento do tratamento clínico propriamente dito, especialmente ao hipertenso e diabético, o acesso otimizado, visto que o profissional já terá conhecimento do perfil do usuário e das necessidades de intervenções selecionadas e sistematizadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, a Odontologia vem se dedicando para cumprir o seu papel de promoção de saúde, apontando a pertinência da agregação de novas práticas que venham enriquecer e otimizar seu arsenal de ações preventivas e terapêuticas de forma complementar e ou coadjuvante. Para tanto, essas práticas, quais sejam as propostas pela estratégia do PSF e identificadas conceitualmente e na prática multiprofissional com os fundamentos que consideram o organismo como um todo, relacionando as alterações bucais ao mesmo tempo como causa e efeito de outros problemas orgânicos, devem ser consideradas de importante valor resolutivo.

## Referências Bibliográficas

**DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4.** 2002, Campos do Jordão. Anais... Campos do Jordão:Editora, 2002. 55p.

AMODEO C; LIMA, EG; VAZQUEZ, EC. **Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sarvier, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Médicas:** hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de saúde da família.** Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MARQUEZ FILHO, JM et al. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artmed, 1992. 385p.

GENCO, RJ. Current View of Factors for Periodontal Diseases. **J. Periodontol**, v. 67, p.1041-1049, 1996.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS.** São Paulo: Mimeo, 2002.37 p.

VASCONCELOS, EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.