

UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSO NO CONTEXTO DO PACS/PSFCOM ÊNFASE NA SAÚDE BUCAL

PERIM Carlos Nicola Brandão; CARVALHO, Cristhiane Barbosa; SILVA, Derli Batista; CANIZARO, Getúlio Miranda; COELHO, José Geraldo Magalhães; RODRIGUES, Suely Maria; SOARES, Sônia Maria .

*Monografia apresentada no Curso de Especialização em Saúde da Família (Projeto Veredas de Minas/UFMG, Belo Horizonte-2003)

1 INTRODUÇÃO

O aumento de indivíduos idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde deste grupo etário (Kalache et al, 1987).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais comum e importante fator de risco para a doença cardiovascular e tem, com esta, uma relação contínua e progressiva. O tratamento farmacológico da HAS pode, entre alguns deles, acarretar efeitos colaterais no meio bucal. Além disso, a terapia diversificada usada no tratamento desta doença pode interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos, devido a interações medicamentosas, à indução da hipotensão postural e alteração de humor (Braga, 1997; Mosegui et al., 1999).

A mudança na estrutura etária da população e no quadro social, ocasionada pelo envelhecimento desencadeará modificações no diagnóstico e no tratamento médico-odontológico, bem como na abordagem e na atitude profissional. Confirma-se, pois, a necessidade de pesquisas direcionadas a estes indivíduos.

Neste estudo, pretende-se desenvolver um protocolo de assistência para o controle da hipertensão arterial no idoso com ênfase na interdisciplinaridade, incluindo a saúde bucal, dos usuários do PACS/PSF.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior interação entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de programas odontológicos mais específicos, buscando a promoção de saúde e alternativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, que participam do Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Governador Valadares, MG.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma moléstia que tem acometido diversas pessoas do mundo, tendo sido um fator relevante no estabelecimento da causa de morte, mais em países desenvolvidos do que naqueles em desenvolvimento (Braga, 1997). A prevalência é estimada em 15 a 20% da população. Permanece como um dos grandes desafios contemporâneos e vem se transformando, progressivamente, num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo em especial os mais idosos (Carvalho et al., 1998). No Brasil, estima-se que cerca de 15% dos indivíduos adultos são considerados hipertensos e vem demonstrando maior prevalência na região sul (Tigre et al., 1999).

A HAS é causada pelo acúmulo excessivo de líquido extra-celular, diminuição do calibre e da elasticidade das artérias. Evolui de maneira assintomática, provocando sintomas somente quando surgem complicações cardiovasculares. Estas complicações podem ser limitantes e provocar redução da qualidade de vida. Tratar a HAS tem por objetivo reduzir

complicações cardiovasculares e não reduzir sintomas, uma vez que a doença é assintomática (Barreto, 2002).

O Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics (GEBRAC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, após vários anos de estudos baseados em evidências disponíveis na literatura, preconiza valores de pressão arterial, conforme TAB.1 abaixo:

TABELA 1

Classificação dos níveis de pressão arterial segundo a OMS

Nível de pressão arterial (mmHg)	Classificação
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130- 139 sistólica e 86- 89 diastólica	Normal limítrofe
140- 159 sistólica e 90- 99 diastólica	Hipertensão estágio I (leve)
160- 179 sistólica e 100- 109 diastólica	Hipertensão estágio II (moderada)
> 180 sistólica e > 110 diastólica	Hipertensão estágio III (grave)

FONTE - GEBRAC/SBC. I Diretrizes do Grupo Brasileiro em Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiogeriatrics. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.79, suplemento I, p.1-46, 2002.

A HAS necessita de orientações voltadas para vários objetivos; sendo assim requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. A abordagem do paciente hipertenso é ampla, e envolve fundamentalmente ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. Mudar hábitos que o paciente traz consigo há tanto tempo não é tarefa fácil, e conseguir essas mudanças é um processo lento e, na maioria das vezes, penoso. E por serem medidas educativas, necessitam de continuidade. Considerando este aspecto é que se faz necessário um acompanhamento multiprofissional do portador de hipertensão (Barreto, 2002).

A equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais com capacidade para lidar com pacientes hipertensos. Trazendo esta verdade para a realidade diária do PSF, pode-se dispor de profissionais como médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem e ACS.

2.2 Programa de Saúde da Família (PSF) e a Saúde Bucal

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema. Criado no Brasil na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países cuja Saúde Pública alcançou níveis de qualidade, com investimento na promoção de saúde, como Cuba, Inglaterra e Canadá. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em junho de 1991, no Nordeste através da criação do Programa Agentes de Saúde (PAS) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1994).

Foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população e cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção,

proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, permitindo que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir. A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1997).

O modelo de trabalho desenvolvido no PSF é o de equipe, numa busca permanente de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular do Agente Comunitário de Saúde e da população. Realiza atividades de assistência integral e contínua nas Unidades de Saúde da Família/USF e nas residências, quando considerado necessário pelos Agentes Comunitários de Saúde/ACS (que são os elos fundamentais entre a comunidade e os serviços de saúde), promove com a Equipe de Saúde da Família/ESF atividades com grupos (nas diferentes fases da vida) e mobilizando a comunidade para trabalhos intersetoriais (BRASIL, 2000).

A equipe básica do PSF é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde local. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita e devem residir no Município onde atuam, pois trabalham em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação. Cada equipe será responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 600 a 1000 famílias (aproximadamente de 2.400 a 4.500 pessoas). Este critério pode ser alterado em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município (Dal Poz & Viana, 2001).

Em 28 de dezembro de 2000, o Ministro de Estado da Saúde, com objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, regulamentou a Portaria nº 1.444/GM, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, criando incentivo destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais da área odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As Equipes são compostas por Cirurgiões Dentistas (CD), Técnicos de Higiene Dental (THD) e Atendentes de Consultório Dentário (ACD). Nos municípios com até cinco mil habitantes, a previsão é ter uma equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família. Já nas cidades com mais de cinco mil habitantes, o plano prevê uma equipe de saúde bucal para duas equipes de Saúde da Família. A carga horária de trabalho desses profissionais é de 40 horas semanais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família deu-se por meio de duas modalidades:

Modalidade I - Compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD)

Modalidade II- Compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

Em Governador Valadares, situado ao leste de Minas Gerais, com população de 246.847 habitantes, a implantação do PSF ocorreu em 1998. Possui 27 Unidades do Programa de

Saúde da Família distribuídas no município, sendo 26 urbanas e 01 na zona rural. Conta hoje com 47% da população atendida pelo PSF, com ações voltadas à prevenção e recuperação da saúde do recém-nascido ao idoso, controle de hipertensos, diabéticos e diminuição dos índices de desnutrição. As atividades exercidas vão desde atendimento ambulatorial com a realização de consultas, pequenas cirurgias, pré-natal, imunização, visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação nos eventos das comunidades e articulação com os demais setores do município.

A incorporação de atividades de Saúde Bucal no PSF iniciou-se em outubro de 2001, realizando procedimentos com ênfase na orientação para a escovação, higienização e alimentação adequada, bem como ações curativo-restauradoras. O município possui várias equipes de Saúde Bucal que atuam nas áreas onde as equipes de Saúde da Família já trabalham.

3 METODOLOGIA

3.1 Contexto do Trabalho

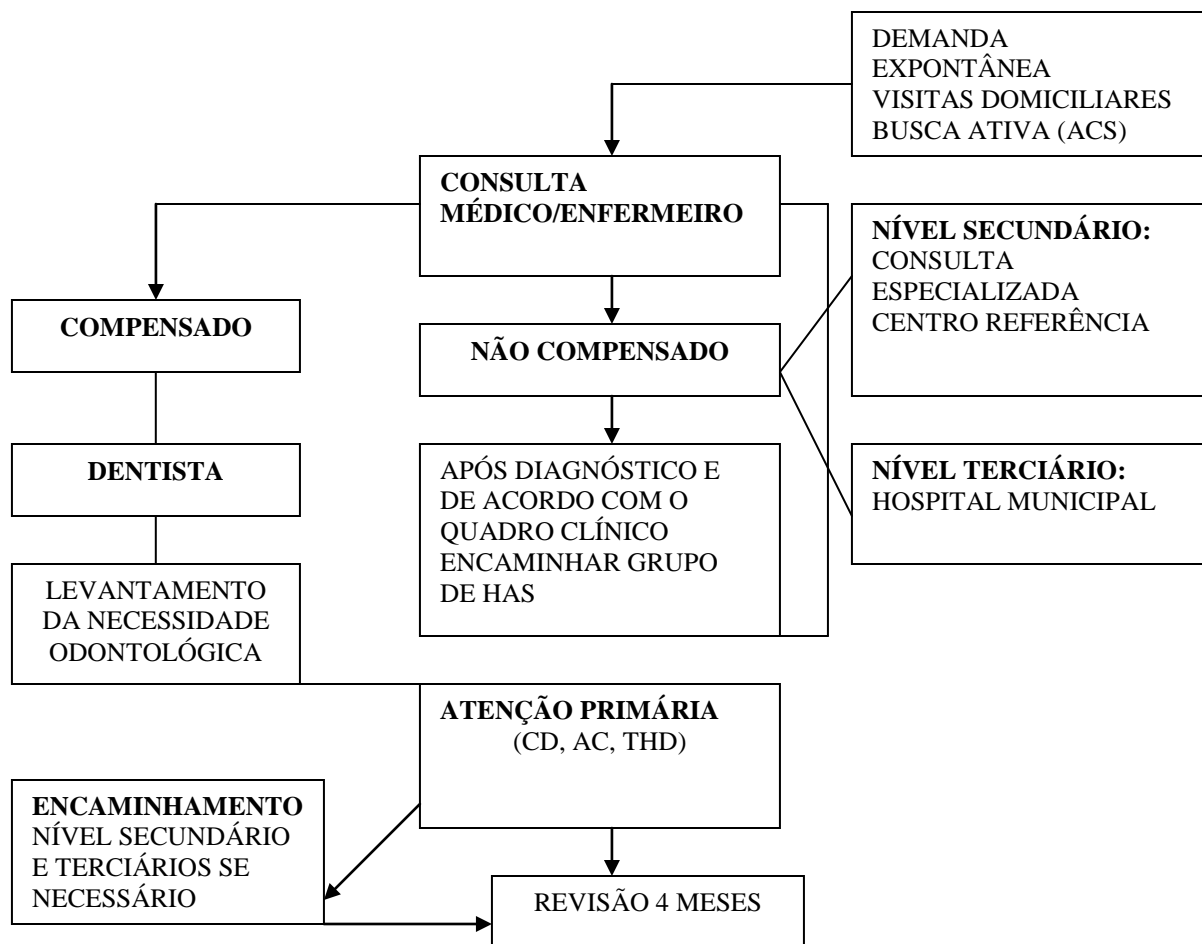
A partir da dificuldade vivenciada no fluxo de encaminhamento do paciente idoso hipertenso em alguns PACS/PSF, buscou-se desenvolver um protocolo de consultas, utilizando um prontuário de atendimento/acompanhamento médico odontológico especialmente desenvolvido para solucionar este problema. Este prontuário será utilizado em indivíduos hipertensos que fazem uso de anti-hipertensivo, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, em qualquer estado funcional (independente, parcialmente dependente e totalmente dependente), que participam do Programa de Saúde da Família (PACS/PSF), no município de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais.

3.2 Procedimento Operacional

O procedimento envolverá indivíduos originados de demanda espontânea; visitas domiciliares, realizadas pelo médico ou enfermeira e busca ativa, executada pelo agente comunitário de saúde, mas sob orientação e supervisão do médico e/ou enfermeira.

Na realização das ações junto a população idosa, o trabalho devera ser dividido em fases de acordo com o modelo do fluxograma abaixo:

MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA AO PACIENTE IDOSO



I Fase de cadastro dos idosos – Os indivíduos originados da demanda espontânea e os rastreados como suspeitos de serem portadores de HAS procuram ou são encaminhados a unidade de saúde do PACS/PSF. Em seguida é confeccionado o cadastro desse indivíduo para posterior encaminhamento à consulta médica e/ou de enfermagem.

II Fase de consulta (médico/enfermeira) – É realizada uma abordagem individual para conhecer: história de vida pregressa e atual; história médica pregressa e atual; hábitos alimentares; hábitos de higiene corporal; atividade física e lazer. Esta consulta tem por objetivo a confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de HAS. Todos os dados coletados deverão ser registrados utilizando o prontuário de atendimento/acompanhamento médico odontológico, durante todo o atendimento do indivíduo, servindo de referência e contra-referência. Quando os indivíduos não tiverem condições de prestar essas informações, as mesmas serão buscadas através dos familiares ou cuidadores.

Durante a consulta, se for confirmado que indivíduo está com boas condições clínicas e compensado, este será encaminhado para tratamento odontológico no consultório do PSF.

Após a consulta, se o indivíduo não estiver compensado, o mesmo será encaminhado para atendimento de acordo com suas condições clínicas:

- Hipertensão estágio I e II (leve e moderada) – encaminhado para os grupos de HAS e posterior tratamento (farmacológico ou não), de acordo com a confirmação do diagnóstico.
- Hipertensão estágio III (grave e refratária) – encaminhar às unidades de referências secundárias ou centro de referência para hipertensão, afim de realizar consultas especializadas, ou para terciárias, em caso de urgência e emergência hipertensiva.

Havendo melhora nas condições clínicas do indivíduo e estabilidade dos níveis pressóricos, verificado após retorno ao grupo, o mesmo será encaminhado para o atendimento odontológico no consultório do PACS/PSF.

III Fase de consulta odontológica (levantamento das condições bucais)

Esta fase tem por objetivo avaliar as condições de saúde bucal e detectar possíveis alterações na cavidade bucal de cada indivíduo através do exame clínico. E ainda, elaborar as estratégias de abordagem educativa, preventiva e curativa, executadas pela equipe de saúde bucal (CD, ACD e THD).

No exame clínico vários componentes da saúde bucal serão avaliados através dos indicadores tradicionais de saúde, baseados na ausência ou presença de doença. As condições dentárias serão observadas através do índice CPO-D (O.M.S., 1999). O exame da mucosa bucal e dos tecidos moles (assoalho da boca, rebordos alveolares, gengiva, língua, lábios, palato duro e mole) devera ser abrangente e sistemático, e realizado na seguinte seqüência: lábio e mucosa da porção anterior da boca; comissuras labiais e mucosa posterior da boca; língua; assoalho bucal; palato duro e mole; rebordos alveolares/gengiva. A avaliação do uso e necessidade de próteses devera ser realizada a partir dos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) registrada tanto para maxila quanto para a mandíbula.

IV Fase do tratamento odontológico

Os procedimentos odontológicos realizados no consultório da unidade de saúde do PACS/PSF serão apenas de atenção primária. As necessidades de atenção secundárias e terciárias serão referenciadas para os serviços especializados de saúde bucal do município e/ou da Faculdade de Odontologia. da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), através de referência e contra-referência.

As ações a serem realizadas no consultório da unidade de saúde são:

- **ações educativas e preventivas** - Serão trabalhados os aspectos de educação e prevenção em saúde geral e bucal, com pequenos grupos de idosos, utilizando: palestras, grupos de discussão ou individual (de acordo com as condições físicas e psicológicas dos idosos). Quanto a saúde geral a ênfase será em orientação sobre uma alimentação saudável (hipertensão, diabetes); orientação sobre os riscos da medicação sem receita médica; estimular o idoso a participar de atividades em sua comunidade e incentivar a prática de exercícios físicos. Em relação à saúde bucal será estimulado a prática do auto-exame; higiene bucal e das prótese através da técnica de escovação.
- **ações curativas** - É caracterizada por ações curativas centralizadas na adequação do meio pela remoção dos focos de infecção da doença cárie, realização de procedimentos de raspagem e polimento coronário, aplicação de flúor, exodontias, restaurações de amálgama e resina.

Depois de concluído o tratamento odontológico tanto no consultório da unidade de saúde, como nas unidades especializadas, o indivíduo deverá retornar ao PACS/PSF, para revisão e controle de suas condições bucais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política nacional do idoso tem como meta assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A implementação dessa política na área de saúde, é competência dos órgãos e entidades públicos, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde desta população. Neste aspecto a saúde "como um todo", incluindo a saúde bucal, seria compromisso da ação governamental. A proposta central de uma política para o envelhecimento deve ser o de manter na comunidade o maior número possível de idosos. Dentro dessa premissa, a incorporação de práticas alternativas de assistência a saúde geral e bucal do paciente geriátrico, como parte de medidas gerais de equipe multiprofissional, destaca-se como gerenciadora de um modo de vida integrado e ativo, mantendo no indivíduo o mais alto nível de autonomia, pelo maior tempo alcançável.

A importância do trabalho interdisciplinar e seu impacto sobre a vida dos idosos se deve à necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais de saúde do indivíduo, o que permite aos profissionais da área de saúde estarem mais conscientes das necessidades da população. Podem, desta forma oferecer serviços adequados e direcionados aos idosos. A gravidade do quadro epidemiológico detectado indica que algo precisa ser feito, e desenvolver ações dirigidas a este grupo não significa deixar de dar atenção prioritária a outros, mas distribuir de maneira equilibrada os recursos, de acordo com a atual situação demográfica e epidemiológica. A constatação da realidade de que as doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas, bem como diminuição da qualidade de vida, determina decisões de que o atendimento integral à saúde bucal desse grupo deva ser garantido.

As ações desenvolvidas em um programa para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal dessa população requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional. Saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

5 REVISÃO DE LITERATURA

BRAGA, T. M. S. Análise das condições facilitadoras de doenças cardiovasculares. In: **Sobre comportamento e cognição**, São Paulo: Arbytes Editora Ltda, 1997. p. 49-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, Brasília, 2000. 65p.

BARRETO, A.C. P. A associação medicamentosa no controle da hipertensão arterial. **Jornal da Hipertensão**, v.1, n.2, p.13-17, 2002.

CARVALHO, F. et al. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.617-621, 1998.

DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. A. O Programa de Saúde da Família é um instrumento da reforma do SUS?. **Boletim ABRASCO**, n.71, parte II. Disponível em < <http://www.abrasco.org.br/boletim> > Acesso em 06/12/01.

KALACHE, A. *et al.* O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde. **Revista Secretários Saúde**, v. 3, n. 26, p. 12-17, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 de março 2001. Seção1, p.67.

MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p .437-444, 1999.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Uma estratégia de mudança do modelo de saúde. **Passo para implantação no município**. SES/MG, maio, 1997.

TIGRE, C. E. B. et al. Perfil para fatores de risco do portador de hipertensão arterial de um bairro do município de Itajaí –SC. **Alcance**, n.4, p.35-44, 1999.

6 PARCERIA

Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE