

Visita domiciliar como estratégia de construção do valor saúde bucal: relato de experiência de estágio

Home visit as a strategy to build oral health value: internship experience report

Nayara Maia Batista¹

Isadora Tolentino Fernandes Rocha¹

Gisele Macedo da Silva Bonfante¹

¹Aunos Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

²Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RESUMO

A Visita Domiciliar (VD) como conduta estratégica permite ao profissional de saúde a superação do modelo tradicional e a construção de um pensar e fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença, o que acaba por fomentar a aproximação dos sujeitos envolvidos, potencializando o encontro entre profissional-cuidador-usuário, para permanente transformação da prática de saúde. Para essas pessoas, a VD permite o acesso ao cuidado em saúde, por equipe multidisciplinar, o que inclui a equipe de saúde bucal (ESB). O presente trabalho pretende apresentar a VD como uma possibilidade de cuidado em saúde bucal para usuários do SUS, a partir de um relato de experiência de estágio curricular obrigatório em Unidade Básica de Saúde de um município de grande porte. As visitas domiciliares realizadas a usuários da área de abrangência de uma equipe de saúde bucal obtiveram dados de limitação funcional de saúde sistêmica e respectivo grau de acomissão, bem como quais cuidados com a saúde bucal que os cuidadores proporcionam ao indivíduo ou que os próprios usuários possuem. Condições ambientais externas e internas do domicílio de cada um, por sua vez, foram analisadas, além de terem sido apontadas propostas de abordagem individual e coletiva. A partir dos resultados, é possível sugerir que a visita domiciliar permita a ampliação da dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família; além da busca da participação do paciente e, familiares no processo do cuidado, o que contribui para a construção do valor saúde bucal. Neste sentido, sugere-se que relatos de experiências e estudos sobre diferentes formas interventivas, no âmbito público ou privado possam avançar na integralidade do cuidado, uma vez que ao levantar necessidades, etapa imprescindível ao planejamento do cuidado, gera-se a expectativa da atenção continuada.

Descritores: Visita Domiciliária. Saúde Bucal Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Home Visit (VD) as a strategic allows the health professional to overcome the traditional model and build a thinking sustained in the social production of the health-disease process, which ultimately fosters the approximation of the subjects involved - professional-caregiver-user - for permanent transformation of health practice. Home visit allows access to health care by a multidisciplinary team, which includes the oral health team. The present work intends to present this strategy as a possibility of oral health care for Public Health System users, based on an experience report of compulsory curricular traineeship in a Primary Health Unit of a large municipality. The home visits made to users of the area of coverage of an oral health team obtained data on the functional limitation of systemic health and their degree of care, as well as the oral health care that the caregivers provide to the individual or that the users own. External and internal environmental conditions of the domicile of each one, in turn, were analyzed, in addition to being pointed out proposals of individual and collective approach. Based on the

results, it is possible to suggest that the home visit allows the extension of the attendance dimension, not focusing on the disease, but promoting, maintaining and recovering the health of the human being from the perspective of his family; Besides the search for the participation of the patient and family in the care process, which contributes to the construction of oral health value. In this sense, it is suggested that reports and studies on different forms of intervention, in the public or private sphere, can advance the integrality of care, since when raising needs, an essential step in the planning of care, the expectation of care is generated.

Key words: Visit Home. Oral Health. Public Health System.

INTRODUÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde elaborou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersectoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

Desta forma, em seu processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS), também a Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve responder à demanda da comunidade, como prática integral, perpassando pelo acolhimento, atividades de promoção e prevenção, atendimentos individuais e coletivos, realizando visitas domiciliares e, desconstruindo o paradigma de ser uma área de atuação com foco apenas reabilitador².

A ESB tem um papel importante no controle do processo saúde-doença, sendo uma importante estratégia de cuidado e vigilância, para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção de doenças e complicações, abrangendo, conseqüentemente, a assistência e reabilitação desenvolvida no domicílio².

A VD corresponde a um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo quanto assistencial, além de se apresentar como uma atividade com o intuito de subsidiar a

intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações

visando a promoção de saúde da coletividade¹.

Configura-se como eixo transversal do cuidado na Atenção Primária em Saúde, procurando atender aos princípios da integralidade, universalidade e equidade, do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que o usuário deva receber escuta qualificada, ou seja, inserido em seu contexto social e, a partir daí o sistema deve garantir resposta as suas necessidades. A equidade relaciona os conceitos de igualdade e de justiça social, oferecendo mais a quem mais precisa³. Todos estes princípios fortalecem o vínculo entre a população usuária e o serviço de saúde^{4,5,6}.

Assim, como conduta estratégica, a VD permite ao profissional de saúde a superação do modelo tradicional e a construção de um pensar e fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença⁷, o que acaba por fomentar a aproximação dos sujeitos envolvidos, potencializando o encontro entre profissional-cuidador-usuário, para permanente transformação da prática de saúde⁸. Constitui-se, portanto, em um dos instrumentos fundamentais para o entendimento da totalidade dos condicionantes que afetam a vida dos cidadãos e, um espaço construtor de acesso às políticas públicas, por meio do

qual se estabelece vínculo entre os diferentes sujeitos do processo⁹.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, 3,6 milhões de pessoas apresentavam algum grau de deficiência com dificuldade de locomoção¹⁰. Para essas pessoas, a VD permite o acesso ao cuidado em saúde, por equipe multidisciplinar, o que inclui a equipe de saúde bucal (ESB).

A ESB, assim como a equipe de saúde da família, possui atuação centrada no território-família-comunidade, partindo-se da humanização da atenção, responsabilização e vínculo. Assim, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante ao estabelecimento de vínculo territorial². Portanto, buscará também, junto a Equipe de Saúde da Família (ESF) e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a listagem dos usuários acamados ou restritos ao domicílio de sua área de abrangência e as informações das condições clínicas dos pacientes e assim, classificará os usuários segundo a Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola¹¹.

Coelho, em 2002, considera que para se conseguir uma melhor relação médico/família, a espontaneidade deve ser uma marca na visita domiciliar¹². Porém, destaca-se a importância de se agendar a visita domiciliar, evitando assim o constrangimento da família ou o risco de não encontrar um membro ou o cuidador, disponível para acompanhar a equipe.

O protocolo para visitas domiciliares da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2015)² incorpora as seguintes características: ações sistematizadas, articuladas e regulares de cuidado em saúde, desenvolvidos pelas equipes que atuam na Atenção Primária

em Saúde (APS), pautadas na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde e, destinadas a atender as necessidades de saúde do seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD), que envolvem tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).

Neste sentido, conforme o proposto por Werneck et al. (2010), o objetivo de algumas disciplinas da área de saúde bucal e seus estágios, é propiciar integração interinstitucional e multiprofissional, com vistas ao conhecimento efetivo do SUS; abordar outra concepção da prática odontológica que permita momentos de reflexão; e possibilitar a compreensão da saúde e da doença na sociedade como processos político, social e culturalmente determinados³. As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando acima de tudo a necessidade apresentada pelo mesmo³.

Nos casos de incapacidade de locomoção, por transtornos físicos e mentais, a avaliação conjunta da equipe médica e de saúde bucal, indicará a necessidade e a possibilidade das intervenções, baseada em aspectos tais como: a gravidade do quadro geral de saúde, a urgência do atendimento odontológico a ser instituído, o período pelo qual o indivíduo permanecerá incapacitado, a complexidade dos procedimentos a serem executados, o grau de aceitação ao atendimento, a capacidade do profissional, a disponibilidade de recursos físicos e materiais, a disponibilidade de serviços de referência, as condições que o domicílio apresenta para os tipos de procedimentos a serem realizados, entre outros¹³.

Considerando-se os dados epidemiológicos do IBGE¹⁰ que apontam que alguns milhões de pessoas apresentam algum grau de deficiência com

dificuldade de locomoção e sabendo-se que a VD se constitui em conduta estratégica para permanente transformação da prática de saúde, e sendo este ainda um importante cenário de prática de algumas disciplinas da área de saúde bucal para estagiários, torna-se inteiramente oportuno descrever e refletir como a VD pode se constituir em possibilidade de cuidado em saúde bucal para usuários do SUS. A partir do relato de experiência, prática e teoria se unem para discutir e aumentarem as chances de construção de aprendizado e consequentemente melhor prática.

Desta forma, o presente trabalho pretende apresentar a VD como uma possibilidade de cuidado em saúde bucal para usuários do SUS, a partir de um relato de experiência de estágio curricular obrigatório em Unidade Básica de Saúde de um município de grande porte.

METODOS

Será realizada uma descrição da experiência vivenciada durante o período de estágio supervisionado curricular em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde de um município de grande porte, a partir da realização de visitas domiciliares a usuários e/ou famílias previamente identificados pela equipe de saúde da família como dependentes de cuidados domiciliar para levantamento de necessidades em saúde bucal, e discussão das possibilidades de ação em saúde bucal, de âmbito coletivo e individual, na área de abrangência de uma das equipes de saúde da família desta UBS, bem como revisão de literatura pertinente ao planejamento das possibilidades de atuação e continuidade do cuidado odontológico.

Serão incluídas avaliações de saúde sistêmica e bucal, realizadas durante visitas domiciliares a usuários, assim como discussão, revisão de literatura e planejamento de abordagem coletiva e individual.

A avaliação de saúde utilizará para classificação o Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde da

Prefeitura de Belo Horizonte², segundo o qual os pacientes são classificados em:

- GRAU 0 (zero): Vale-se por si mesmo. Caminha normalmente.
- GRAU 1 (um): Realiza bem as Atividades de Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades de locomoção.
- GRAU 2 (dois): Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessita apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- GRAU 3 (três): Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessita de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- GRAU 4 (quatro): Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extrema dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- GRAU 5 (cinco): Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

RESULTADOS

O projeto de Visita Domiciliar se iniciou na disciplina de Estágio Supervisionado II, sendo ele cursado durante o sétimo período da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, do curso de Odontologia integral.










A Unidade Básica de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, também conhecida como Centro de Saúde Miramar, localizada no distrito sanitário Barreiro, Belo Horizonte, foi o local de atuação da dupla de alunas/estagiárias que desenvolveram este trabalho. A UBS Miramar possui cinco equipes de Saúde da Família (ESF), sendo estas reconhecidas por nomes de cor.

O trabalho realizado envolveu visitas domiciliares a usuários da área de abrangência da equipe 5, cor vermelha, representados nos quadros 1 e 2 e foram realizadas por duas equipes (vermelha e azul) de saúde bucal, formada por um CD e um técnicos em saúde bucal (TSB), 2

estagiárias, além do respectivo ACS da microárea.

O Quadro 1 apresenta os dados dos usuários e seu grau de dependência ao cuidador avaliado a partir de visitas domiciliares na área de abrangência 5, equipe de Saúde cor azul.

QUADRO 1 - Grau de dependência do paciente ao cuidador avaliado a partir de visitas domiciliares na área de abrangência 5, equipe de Saúde cor azul, Centro de Saúde Miramar, Belo Horizonte, Minas Gerais.

<p>JE, 61 anos Gênero masculino</p>  <p>Em Coma Parada Cardiorrespiratória</p>	<p>GP, - anos Gênero masculino</p>  <p>AVC</p>	<p>NSA, 15 anos Gênero feminino</p>  <p>Paralisia Cerebral Meningite</p>
<p>MB, 79 anos Gênero masculino</p>  <p>Mal de Parkinson Alzheimer AVC</p>	<p>RPS, - anos Gênero feminino</p>  <p>AVC DPOC</p>	<p>ZQ, 79 anos Gênero feminino</p>  <p>AVC</p>
<p>TRA, 86 anos Gênero masculino</p>  <p>DPOC</p>	<p>LC, 73 anos Gênero feminino</p>  <p>AVC</p>	<p>JJP, 79 anos Gênero masculino</p>  <p>DPOC</p>

LEGENDA:



No quadro2, explana-se a limitação funcional de saúde sistêmica e respectivo grau de acomissão, bem como quais cuidados com a saúde bucal que os cuidadores proporcionam ao indivíduo ou os próprios usuários quando tem condições, além das condições ambientais externas e internas do domicílio do indivíduo e proposta de abordagem e a intervenção realizada.

Foram necessários dois dias de visitas para que esse levantamento de necessidades fosse realizado. Todos cuidadores alegam ir à UBS quando necessitam de atendimento.

O parâmetro de observação e definição do grau de dependência do paciente em relação a seu cuidador se baseou no Protocolo de Visitas Domiciliares em Saúde Bucal desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (2015)²:

- Na análise de ambiente externo, foram considerados: a presença ou não de esgoto a céu aberto, presença ou não, de terrenos baldios com acúmulo de lixo, presença ou não, de asfaltamento de rua e suas condições de acesso, além das condições da casa, segurança e verificação se a região é sujeita a alagamentos.

- Na análise de ambiente interno foram considerados: luminosidade, altura da cama, posição da cama em relação à janela, presença de energia elétrica e tomadas, além de se avaliar piso e móveis quanto sua desinfecção, presença ou não de bolores e outros agentes contaminantes. Higiene, presença de animais domésticos, pias ou tanques de água corrente e, avaliação do ambiente social em que se encontra o paciente.

Propostas de intervenção

Posteriormente, foram observados diferentes empasses e dificuldades considerando as propostas de intervenção, incluindo adesão de usuários e/ou cuidadores como:

- Paciente decidiu não extrair único dente em boca, que não mais possui função;
- Paciente com ambiente interno de moradia, em condições prejudiciais a sua saúde sistêmica – sistema respiratório – já que possui má higiene do local, janelas fechadas e presença de animal dentro da casa. Após orientação, o usuário alega não identificar prejuízo a si pelos fatos expostos.
- Cuidadores que recebem orientação, porém não as colocam em prática por opção.
- Resistência de familiares que por fragilidade e insegurança, optam por não expor o paciente acamado a um procedimento hospitalar.

Percepção dos estagiários quanto à atividade visita domiciliar

“A visita domiciliar, ao deslocar o local do cuidado, parece permitir a vivência pela equipe e estagiários de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida, além de maior envolvimento do profissional, do paciente e de sua família com o planejamento e a execução dos cuidados necessários à promoção de saúde bucal, o que poderá facilitar a construção do valor saúde bucal para esta população”. (Estagiário 1)

“O paciente e sua família parecem também apresentar maior liberdade para expor problemas e dificuldades em ambiente mais confortável comparado àquele de consulta pragmática e odontológica”. (Estagiário 2)

Revisão de literatura pertinente à discussão da abordagem coletiva e/ou individual

Após terem sido levantados as necessidades dos usuários, assim como terem sido classificados de acordo com o grau de limitação e prioridade, um cronograma de visitas foi estabelecido, denominadas VD-meio segundo o Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal. Essa visita objetivou, com auxílio da Agente Comunitária de Saúde (ACS), a definição dos materiais a serem utilizados e, se havia a conveniência de contato com o médico responsável pelo paciente, para o procedimento a ser executado. O prontuário médico disponível na Unidade Básica de Saúde foi base para consulta.

Das ações a serem desenvolvidas primeiramente tem-se a necessidade da orientação aos pacientes quanto à higiene bucal, tanto para pacientes dentados quanto a pacientes desdentados. Com pacientes desdentados, discute-se à higiene do rebordo alveolar e higienização da Prótese Total Removível. Com pacientes dentados, a discussão quanto à manutenção da saúde oral, envolve auxílio de escova de dente, pasta dental e fio dental, além de higienização de Prótese

Parcial Removível, a pacientes parcialmente dentados.

Em segundo, há o planejamento de realizar raspagem e polimento coronário supragengival e subgengival de pacientes acamados inconscientes, em que a forma de acesso à cavidade oral pelo cuidador é limitada. Tem-se também, em terceiro, o objetivo de promover a troca de Próteses Totais Removíveis, de pacientes que fazem uso, além de agir cirurgicamente, para remoção de resto radicular e dentes sem função na cavidade bucal. A necessidade de restauração de dentes cariados também deve ser considerada para reabilitação.

Quanto aos recursos mínimos e necessários ao atendimento domiciliar, aponta-se: ficha clínica, receituário, planilha de atenção domiciliar; instrumental para exame clínico, sendo eles, sonda, espelho e pinça; curetas de raspagem supra e subgengival; instrumental referente a dentística restauradora; flúor em gel, escova de dentes e creme dental; gaze estéril, fio dental, roletes de algodão, abridor de boca e, EPI e saco de lixo (para descarte de lixo gerados na assistência ao paciente).

Sobre a higiene bucal, considera-se o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade bucal, com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas, tubo endotraqueal e qualquer outro dispositivo presente na cavidade bucal¹⁴.

As características da cavidade bucal permitem considerá-la um incubador microbiano ideal: sofre colonização contínua e apresenta uma grande concentração de variedade de populações microbianas presente no corpo¹⁵. São várias espécies de bactérias, fungos e vírus residindo em um ecossistema denominado biofilme, encontrado em praticamente todos os nichos da cavidade bucal, sendo o dorso da língua e as superfícies dos dentes suas principais localizações¹⁶.

Quando destinada a usuários com limitações funcionais, tem como intuito prevenir doenças bucais bem como reduzir possíveis fontes de aspiração pulmonar, e

consequente quadros de pneumonia. Essa higiene oral deve ser realizada após as refeições e previamente ao sono noturno. Os pacientes, segundo o Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal², Prefeitura de Belo Horizonte, são classificados de acordo com sua capacidade de realizar, ou não a higiene bucal, sendo eles: (i) independente, pode realizar eficazmente sua própria higienização; (ii) parcialmente, uma vez que, possui capacidade de execução, mas necessita de um supervisor e, (iii) dependente, aquele que não possui autonomia para realização de sua higiene bucal, necessitando, portanto, do cuidador.

A limpeza da cavidade bucal deverá sempre ser da região posterior em direção à região anterior, buscando-se assim, evitar a translocação bacteriana da cavidade bucal para a orofaringe, que propicia a aspiração de microrganismos².

Os pacientes dentados para início de procedimentos devem estar devidamente assentados visando evitar aspiração indesejável. O encosto deve ser posicionado entre 30 e 45 graus com cabeça ligeiramente inclinada para frente. O peito e os ombros devem ser encobertos com uma toalha para evitar que a roupa seja molhada².

A higiene bucal é realizada com auxílio da escova de dentes posicionada a 45 graus, tendo a gengiva como referência. Os movimentos devem ser horizontais e vibratórios do tipo vaivém ou circulares, de forma que a escova limpe o sulco gengival. A saburra lingual, por sua vez, deve ser removida também com auxílio da escova de dentes ou raspador de língua, de sua base até a ponta. Finalmente, a região de vestíbulo, deve ser higienizada com gaze na ponta dos dedos devidamente umedecida, fazendo movimentos suaves de posterior para anterior (devendo ser substituída sempre que estiver suja)².

Para pacientes edêntulos usuários de prótese, a higienização de rebordo alveolar, gengivas e palato devem ser realizados com auxílio de escova de dente macia. O interior da boca deve ser

frequentemente examinado, a fim de se evitar inflamações provenientes de prótese dentária desajustada, úlceras, hiperplasias e dor². Segundo Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal (2015)², o paciente deve ser orientado a higienizar sua prótese com escova dental media/dura e sabonete neutro, escovando bem cada face da prótese até que fique lisa e livre de restos alimentares. O enxágue deve ser realizado com água fria, visando não deteriorar o material de confecção da prótese. O paciente deve ser instruído também a deixar a prótese pelo menos uma vez por semana, em copo com água com três gotas de água sanitária durante 15 a 30 minutos. O manejo do usuário com limitação funcional deve considerar sempre o manejo realizado pelo cuidador. As tarefas, portanto, devem ser sistematizadas entre profissionais da saúde e cuidador, uma vez que o último possui experiência vivenciada com o paciente. Nesse aspecto busca-se promoção de saúde, prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade.

Sendo o usuário comprometido mentalmente, pode ser necessário conduta de apoio, considerando a disfunção oro motora (língua e musculatura oral descoordenada), bem como limitação de abertura da boca. No caso, o cuidador deve estabilizar o corpo ou cabeça do paciente para que o ESB atue.

As dificuldades de controle do corpo e cabeça e estratégias usadas devem ser discutidas entre cuidador e fisioterapeuta e terapeuta ocupacional do NASF, assim como com o fonoaudiólogo sobre a dificuldade em se permanecer de boca aberta, e sobre a influência dos reflexos orais primitivos (mordedura, sucção), reflexos de vômito e reflexo de engasgo e espasmos.

O manejo da cabeça inclui alinhamento com o corpo, ligeiramente posicionada para frente, visando proteger as vias aéreas de aspirações indesejadas. Quem faz o controle deve se posicionar por trás ou ao lado do paciente,

posicionando as mãos espalmadas na região de orelha do usuário. Ou, apoiar a nuca do paciente no braço e antebraço e estabilizar o usuário de modo que ele não se movimente;

O manejo para abertura bucal deverá ser realizado com o auxílio do abridor de boca feito pela sobreposição de espátulas de madeira e afixado com esparadrapo (tamanho da abertura bucal desejada). Caso a área seja desdentada deve ser envolvido de gazes afixadas com esparadrapo.

DISCUSSÃO

A visita domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, mas se apresenta como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família; além da busca da participação do paciente e seus familiares no processo do cuidado¹⁷.

Conforme Kaloustian & Ferrari (1994) a família é quem propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes¹⁸. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal; é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e morais, e onde se aprofundam os laços de solidariedade.

Gomes e Pereira (2005) destacam as diretrizes para as políticas de atendimento à família, e propõe sua incorporação junto à política municipal de atenção domiciliar: romper com a ideia de família sonhada e ter a família real como alvo - a família pode ser fonte de afeto e também de conflito, o que significa considerá-la um sistema aberto, vivo, em constante transformação; olhar a família no seu movimento, sua vulnerabilidade e sua fragilidade, ampliando o foco sobre a mesma; trabalhar com a escuta da família, reconhecendo sua heterogeneidade; não olhar a família de forma fragmentada, mas trabalhar com o conjunto de seus

membros - se um membro está precisando de assistência, sua família estará também; centrar as políticas públicas na família, reconhecendo-a como potencializadora dessas ações e como sujeito capaz de maximizar recursos; entender que o Estado não pode substituir a família, portanto a família tem de ser ajudada e, não falar de políticas públicas sem falar em parceria com a família¹⁹.

Desta forma, as instruções de cuidado na saúde bucal a pacientes com necessidades especiais, por diversos motivos mentais e patológicos foram realizadas levando em consideração os conhecimentos da família e dos cuidados quanto à doença.

Os familiares e cuidadores devem receber uma atenção especial - educação em saúde e estímulo de força - na colaboração do cuidado a estes usuários acamados^{20,21}. Nesse sentido, são necessários mecanismos que resgatem a autonomia, a independência e a liberdade dos indivíduos envolvidos, contemplando assim, as especificidades de cada família²². Caminhando no ritmo de cada família, respeitando sua diversidade cultural, prioridades e a relação socioeconômica com os aspectos biológicos que determinam seu cotidiano, o profissional da Odontologia poderá inserir neste contexto o seu objetivo, que é a promoção de saúde bucal e reabilitação²³; o que conseqüentemente constrói e/ou resgata o valor em saúde bucal para os envolvidos.

Ainda, ressalta-se que as visitas domiciliares parecem proporcionar maior satisfação aos usuários do SUS diante da oportunidade de aprender sobre a melhor maneira de cuidar da saúde bucal, garantindo melhor bem-estar ao acamado. Demonstra ainda, que o setor público defende seu papel previsto na Constituição Federal²⁴, Título 7, Art 196 sendo:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

*serviços para sua promoção,
proteção e recuperação”*

	IDADE E GÊNERO	GRAU - PROTOCOLO VISITA DOMICILIAR	SAÚDE SISTEMICA	AMBIENTE EXTERNO E INTERNO	CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL	PROPOSTA DE ABORDAGEM	TIPO DE INTERVENÇÃO
JE	61 anos Masculino	GRAU 5. Cuidados contínuos de sua esposa e enteada.	Parada cardiorrespiratória e, morte súbita com reanimação após 40 minutos.	Aspectos positivos em ambos ambientes. Presença de cama hospitalar.	São realizadas quando paciente permite. Escova de dente, enxaguante bucal (com auxílio de gaze), raspador de língua, e pasta de dente. Não utiliza fio dental por receio, pois há sangramento.	Ação domiciliar para o caso é a profilaxia, com raspagem e polimento coronário supragengival, ou até subgengival Orientação ao cuidador, quanto à higienização da cavidade oral.	Orientação a cuidadora (esposa) quanto à necessidade de Tartarectomia em dentes posteriores, em ambiente hospitalar, considerando a vulnerabilidade do paciente. A esposa, porém, não admite o fato de ter o paciente submetido a anestesia geral para a realização do procedimento.
		GRAU 5 Cuidados contínuos de suas duas filhas, que se alternam entre	Acidente Vascular Cerebral - AVC, com perda de seus movimentos.	Aspectos de forma geral são positivos.	Realizado com escova de dente quando o paciente permite, e enxaguante bucal	Profilaxia e orientação quanto a higiene bucal, com raspagem e polimento coronário	Diante ao fato de não haver condições de suspensão da

GP	79 anos Masculino	noite e dia.			(com auxílio de gaze).	(34 e 42).Avaliação sobre extrair o resto radicular presente em boca. Faz uso de AAS.	medicação AAS utilizado pelo paciente, após discussão com profissionais da saúde, não há condições de realizar o procedimento de extração.
NSA	15 anos Feminino	GRAU 5 Necessitando de cuidados contínuos de sua mãe e padrasto.	Paralisia Cerebral e Meningite na sua infância.	Ambiente externo favorável e ambiente interno desfavorável.	Escova de dente e pasta de dente duas vezes ao dia.	Raspagem e polimento coronário, a princípio supragengival (aconselhável de 6 em 6 meses) e, orientação quanto à escovação.	Em se tratando de saúde bucal, a orientação aos seus cuidadores foi realizada, apesar de não haver necessidade de intervenção. A paciente possui premência quanto aos seus cuidados em geral, considerando a negligência de seus cuidadores quanto sua saúde sistêmica. A assistência social e

							NASF já trabalham nesse aspecto.
NB	70 anos Masculino	GRAU 5. Necessitando de cuidados contínuos de sua esposa.	Acidente Vascular Cerebral - AVC, além de já possuir previamente, Parkinson e Alzheimer.	Ambos favoráveis.	Enxaguante bucal com auxílio de gaze três vezes ao dia.	Orientação ao cuidador quanto a higienização do rebordo alveolar.	Orientação quanto a correta maneira de se higienizar o rebordo alveolar, já que é um paciente desdentado.
JJP	79 anos Masculino	GRAU 0 Vale-se totalmente de si mesmo.	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC.	Ambos favoráveis.	Escova de dente e pasta dental na Prótese Total Removível - PTR, e o paciente faz uso desta prótese há 10 anos.	Orientação quanto a higienização, e confecção de uma nova prótese removível.	Orientação quanto a higiene bucal, bem como do rebordo alveolar. Sugere-se comparecimento na Unidade Básica para confecção de nova PTR.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: **Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**, 2003.
2. Braúna APVS, Pitchon A, Sartini CM. Protocolo de visita domiciliar em saúde bucal. **Prefeitura de Belo Horizonte**. 2015; p. 1-10.
3. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010v; 15(1): 221-231.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2012 Política Nacional de Atenção Básica Brasília – DF 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
5. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde**, 1998.
6. Texeira, CF, Solla, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: **Editora EDUFBA**, 2006. 237 p.
7. Ayres JRCM. Cuidado tecnologia ou sabedoria pratica. Interface: Comunicação, saúde, educação, **Botucatu**. 2000; 6: 117-120.
8. Silva FA. A visita domiciliar como estratégia e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro – RJ.
9. França SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no Programa Saúde da Família: Divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**. 2006; 4(1): 93-108.
10. Portal de Saúde SUS; IBGE 2010 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>.
11. González JI, Rodríguez C, Diestro P, Casado MT, Vallejo MI, Calvo MJ. Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. **Ver Esp Geriat Geront**. 1991; 26: 197-202.
12. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/Escalade_risco.doc>
13. Berger DE. Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21foe.pdf
14. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA Departamento de Odontologia e Departamento de Enfermagem 1 RECOMENDAÇÕES PARA HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI – AMIB. [http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2013/09/RECOMENDACOES PARA HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI - AMIB.pdf](http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2013/09/RECOMENDACOES_PARA_HIGIENE_BUCAL_DO_PACIENTE_ADULTO_EM_UTI_-_AMIB.pdf)
15. Consalter CE, Rodrigues SO. Papel da higiene bucal na diminuição do desenvolvimento de pneumonia em pacientes sob cuidados de UTI. **Smina, Londrina**. 1999; 20: 13-20.
16. Lang NP, Monbelli A, Attstrom R. Placa e calculo dental In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2005. p.80-104.
17. Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo (SP): EPU; 1995
18. Kaloustian SM, Ferrari M 1994. Introdução, pp. 11-15. In **SM Kaloustian**
19. (org.). Família brasileira, a base de tudo. Ed. **Cortez-Unicef**, São Paulo-Brasília.

20. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2005; 10(2): 30-5.
21. Tomita NE, Fagote BF – Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. **Odontol Soc**, 1999.
22. Chagas NR, Monteiro, ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scient Health Sci**. 2004; 26(1):193-204.
23. Gerk MAS, Freitas SLF, Barros SMO. Visita domiciliar no período puerperal: a prática social vivenciada pelas (os) acadêmicas (os) de enfermagem. **Acta Paul Enf** 2000; 13(2):196-7.
24. Tulio EC, Stefanelli MC, Centa ML. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Fam Saúde Desenv**. 2000; 2(2):71-9.
25. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, **DF: Senado Federal**; 1988.
26. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad Saude Publica** 2000; 16(4):1099-11.

Diagramação: Flávio Ricardo Manzi e
Juliana de Assis Silva