

IV Simpósio Interdisciplinar de Saúde
4ª Mostra de Experiências Exitosas do Município de Catanduva
4º Premio “Carlos Roberto Surian”

Unidade :USF Dr. Sérgio Banhos – Pachá (71.277.31)

Endereço: Av. Cruzeiro do Sul, 305

Telefone: (17) 3521 - 7374

Celular: (17) 99127 - 0659

e-mail: usf.sergiobanhos@catanduva.sp.gov.br

Autores: Pamella dos Santos Lima e Tatiane Colombo Carecho

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade abordar todo o trabalho realizado em uma unidade de saúde da família no município de Catanduva- SP. Justifica-se a realização deste trabalho para relatar o sucesso no acesso ao tratamento odontológico dos indivíduos que encontram-se acamados e/ ou restritos ao lar. O objetivo foi realizar atendimento humanizado e integral a esses pacientes, removendo foco de infecção, dor, e prevenindo outros problemas sistemicos que possam ser caudados devido a má condição oral, além de que tivemos o propósito de diagnosticar lesões iniciais cancerizáveis ou não para adequado tratamento, com isso, concluiu-se que a humanização, o vinculo e a educação em saúde é de fundamental importancia para que haja a total adesão ao tratamento dos pacientes e também dos cuidadores e que sim, é possível mesmo sem grandes tecnologias atender esse nicho de pacientes por tantas vezes esquecidos, com qualidade e humanização, seja reabilitando-o, removendo a dor, ou orientando-o.

Palavras-Chave: Atendimento Domiciliar , Odontologia Domiciliar, Saúde Bucal.

ABSTRACT

This article aims to address all the work carried out in a family health unit in the city of Catanduva-SP. This work is justified to report the success in accessing dental treatment for individuals who are bedridden and/or confined to their homes. The objective was to carry out humanized and integral care to these patients, removing the focus of infection, pain, and preventing other systemic problems that could be caused due to poor oral condition, in addition to that we had the purpose of diagnosing initial lesions that may or may not be cancerous for adequate treatment. , with this, it was concluded that humanization, bonding and education in health are of fundamental importance for there to be total adherence to the treatment of patients and also of caregivers and that yes, it is possible even without great technologies to serve this niche of patients so often forgotten, with quality and humanization, whether rehabilitating them, removing pain, or guiding them.

Keywords: Home Care, Home Dentistry, Oral Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. JUSTIFICATIVA.....	06
3. OBJETIVO.....	06
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	07
4.1 Figura 1 –Foto autorizada durante atendimento odontológico domiciliar à paciente A.C.A.G (Escariação, acesso à polpa radicular, curativo de demora e selamento provisório).....	07
4.2 Figura 2 - Foto autorizada, durante atendimento domiciliar realizando o procedimento de exodontia.....	08
4.3 Figura 3 - Foto da equipe de saúde bucal e da agente comunitária de saúde com o paciente restrito ao lar, atendido durante consulta domiciliar, após realização do procedimento.....	08
5. RESULTADOS.....	09
5.1 Fig. 4 – Gráfico comparativo entre os anos 2021 e 2022 de quantidade de atendimentos odontológicos domiciliares realizados.....	09
5.2 Fig 5- Gráfico quantitativo de acamados e restritos com ao menos uma consulta odontológica ao lar.....	10
6. CONCLUSÃO.....	10
REFERENCIAS.....	12

QUANDO A SAÚDE BUCAL BATE À PORTA:

Atenção domiciliar odontológica na Usf Sergio Banhos – Pachá

1.Introdução:

A Atenção Domiciliar pode ser definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. Caracteriza-se por ações sistematizadas, articuladas e regulares, integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde, e possui como principal objetivo assistir ao paciente restrito ao lar, visando potencializar sua autonomia e ampliar o leque de possibilidades de intervenção em domicílio a partir de um planejamento adequado para cada situação. A USF, por ter a família como principal objeto de trabalho, e conseqüentemente como um dos seus espaços de atuação o domicílio, é responsável por identificar e desenvolver, através de equipe multiprofissional, práticas de cuidado aos grupos de maior vulnerabilidade.^{1,2}

A Atenção Domiciliar à Saúde Bucal na USF propicia a valorização da promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças advindas da cavidade oral, além de possibilitar a realização de procedimentos odontológicos em ambiente domiciliar e promover um cuidado que amplie a capacidade da autonomia e da co-responsabilidade do cuidado através da integração paciente-cuidador^{3,4}. Para o paciente restrito ao lar, a família tem um papel central para o cuidado, com uma responsabilidade direta. Com a presença de diversos atores, e o apoio dos profissionais, o ambiente domiciliar pode transformar-se em um local propício para a promoção da saúde.

Em 2004, a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) representou o marco teórico da saúde bucal brasileira⁵. Tais diretrizes orientam que as ações e serviços de saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população, sendo imperativa a aproximação dos profissionais com os usuários e o território. Ao tratar da ampliação e qualificação das ações de saúde bucal, destacam a realização de visitas domiciliares a pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos, acompanhamento e tratamento necessário⁶.

A odontologia domiciliar pode ser considerada como mais uma área de atuação odontológica a ser realizada pelo cirurgião-dentista, com ênfase multidisciplinar, em que se avalia o paciente como um todo e contribui na promoção de uma qualidade de vida saudável e funcional, quando possível, para essas pessoas.^{7,8,9}

2.Justificativa:

Os princípios básicos, éticos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) são obedecidos na visita domiciliar como: a integralidade, oferecendo atendimento ao usuário dentro dos três níveis de atenção; a universalidade, inserindo o usuário incapacitado de se locomover à unidade de saúde para atendimento; e a equidade, atendendo às necessidades dos que mais precisam de cuidados em saúde. Ressalta-se, ainda, o acolhimento, que é a humanização no atendimento, dando direito ao usuário em ser escutado, de forma qualificada e singular. Todos estes princípios fortalecem o vínculo entre a população usuária e o serviço de saúde^{10,11,12}. Assim como o médico e o enfermeiro, o cirurgião-dentista da USF tem também, como competência, realizar visitas domiciliares no propósito de oferecer atenção em saúde bucal individual e coletiva às famílias¹³, além de contribuir para a promoção e prevenção em saúde para aquela população incapacitada de comparecer presencialmente à unidade.

Atualmente a Usf. Sergio Banhos – Pachá, conta com 26 indivíduos restritos e ou acamados, alguns por idade avançada e outros por diversas comorbidades, que necessitam do acompanhamento domiciliar. Pode-se apontar, assim como Barros et al.,¹⁴ que as visitas domiciliares são benéficas, trazendo resultados positivos, pois é uma estratégia que viabiliza atender àqueles que possuem necessidades especiais, como idosos com idade bastante avançada, acamados como vítimas de acidentes e violência urbana, usuários com necessidades especiais como deficiência mental e motora. Para estes pacientes, há vários obstáculos devido à própria condição do paciente no acesso aos serviços de saúde odontológicos ofertados dificultando sua assistência em saúde bucal. Há ainda uma certa resistência por parte dos pacientes e cuidadores que alegam: “não tem dentes, não precisa de dentista”, ou , “ usa dentadura, não tem dentes pra tratar”. Esse tipo de crença dificulta o acesso da cirurgiã dentista que pode detectar lesões cancerizáveis ou não logo no início, mesmo quando não há sequer sintomatologia inicial, podendo iniciar adequado tratamento e evitar problemas maiores futuros.

3.Objetivo:

Demonstrar como é realizado e os frutos obtidos do acompanhamento de pacientes restritos e acamados da Usf Sérgio Banhos – Pachá, realizando ações no domicílio como, por exemplo, a busca ativa de lesões bucais, ações de vigilância em saúde bucal e de educação em saúde bucal, exodontias, acesso a canal radicular para remoção da dor dentária, entre outros as quais a cirurgiã - dentista participa como componente ativo da equipe de Saúde da Família.

Durante os atendimentos domiciliares objetiva-se ainda, realizar um minucioso exame clínico, individualizando o diagnóstico em cada caso e considerando a saúde geral do paciente, avaliando risco/ benefício de procedimentos possíveis de serem realizados em domicílio. Quando necessário tratamento e o mesmo não possível em ambiente domiciliar, há a opção de referenciar ao local adequado ao qual o usuário poderá ser transportado sem onus ao paciente, bastando apenas o familiar agendar ambulância para o dia e hora marcada.

Intenciona-se aumentar a interação do cirurgião- dentista com a equipe e aumentar a adesão da população ao acesso de odontologia domiciliar, para proporcionar atendimento multiprofissional também para pacientes que não podem comparecer presencialmente à unidade de saúde.

4. Metodologia:

Nas residências de usuários acamados ou restritos, por diversos motivos como idosos com idade avançada, doenças e adulto vítima de acidente de transporte terrestre, foram realizadas orientações sobre higienização bucal, ações de escovação dentária e o uso de fio dental acompanhadas de um exame clínico minucioso para verificar presença de lesões bucais e/ou câncer bucal, bem como, necessidade de tratamentos como: exodontias, restaurações, endodontias e periodontia. Foram dadas orientações sobre medidas de higienização bucal incluindo métodos de escovação dentária e protética, alterações de tecidos bucais e possíveis lesões orais para familiares e cuidadores e para aqueles restritos, semi-dependentes, sempre levando em consideração os conhecimentos e crenças prévias, a fim de encontrar a melhor maneira para persuadir em realizar os cuidados bucais. Foi realizado um agendamento prévio anual com dia e hora marcada que cada profissional iria comparecer à casa do paciente, e essa programação foi entregue aos cuidadores seguido de orientação da equipe e dos agentes comunitários de saúde. Sendo assim, cada familiar já estava ciente da visita de qual profissional iria receber. Vale ressaltar que casos de urgência odontológica como dor de dente, traumas ou outros, o cuidador deve comunicar a equipe para que o profissional possa comparecer o mais breve possível para avaliação e resolução do caso.



Fig. 1- Foto autorizada durante atendimento odontológico domiciliar à paciente A.C.A.G (Escariação, acesso à polpa radicular, curativo de demora e selamento provisório)



Fig 2- Foto autorizada, durante atendimento domiciliar realizando o procedimento de exodontia.



Fig. 3 – Foto da equipe de saúde bucal e da agente comunitária de saúde com o paciente restrito ao lar, atendido durante consulta domiciliar, após realização do procedimento.

Vale ressaltar que em cada atendimento domiciliar, o paciente é avaliado como um todo, sendo inclusive realizado aferição de pressão arterial, prévio aos procedimentos e aferição de glicemia capilar, quando necessário, para viabilizar execução dos procedimentos necessários com total segurança tanto para o paciente quanto para a profissional.

5.Resultados:

O protocolo de Atenção Domiciliar à Saúde Bucal trouxe um resultado positivo a partir da vivência, já que houve uma melhoria na atenção à saúde de uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde prestados por um modelo de atenção em saúde bucal hegemônico que priorizasse apenas práticas curativas. Através da vivência, observou-se a necessidade de atuação constante do cirurgião-dentista em ambiente domiciliar. As visitas possibilitam, também, incentivo ao empoderamento para o autocuidado de pacientes e cuidadores, humanização da atenção e fortalecimento do vínculo profissional-família, promovendo qualidade de vida para a comunidade

Reafirmou-se que através das visitas domiciliares o profissional entra em contato com a realidade vivenciada do usuário, conseqüentemente, construindo uma relação de amizade e confiança baseada no vínculo o qual propicia um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, além disso, facilita a relação que se estabelece no processo de cuidado entre todos os sujeitos envolvidos.

Os resultados demonstram que foi possível ampliar o acesso de saúde bucal aos pacientes acamados e restritos ao lar como pode-se observar no gráfico a seguir:

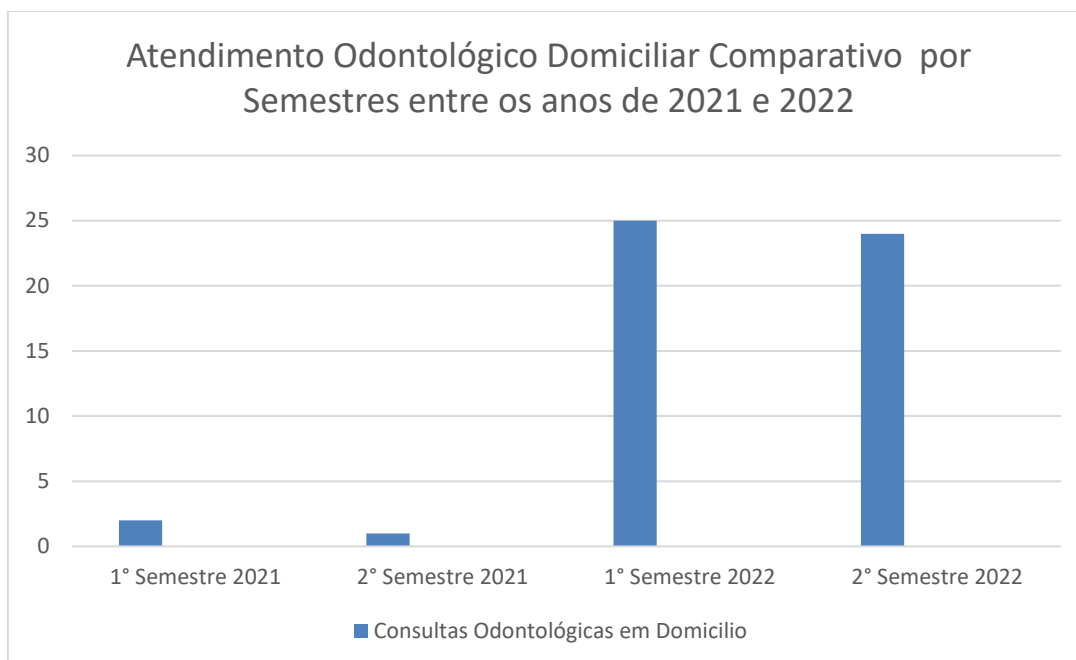


Fig. 4 – Gráfico comparativo entre os anos 2021 e 2022 de quantidade de atendimentos odontológicos domiciliares realizados.

Neste gráfico, salientamos que a maior parte populacional restrita e acamada pertence à equipe, já recebeu no mínimo um atendimento domiciliar a outra parte, ou pertence a grupo resistente de cuidadores que recusam o atendimento odontológico alegando que “ não precisa, porque não tem dentes” ou são os novos cadastrados em que ainda não houve tempo hábil para realizar o primeiro atendimento domiciliar.

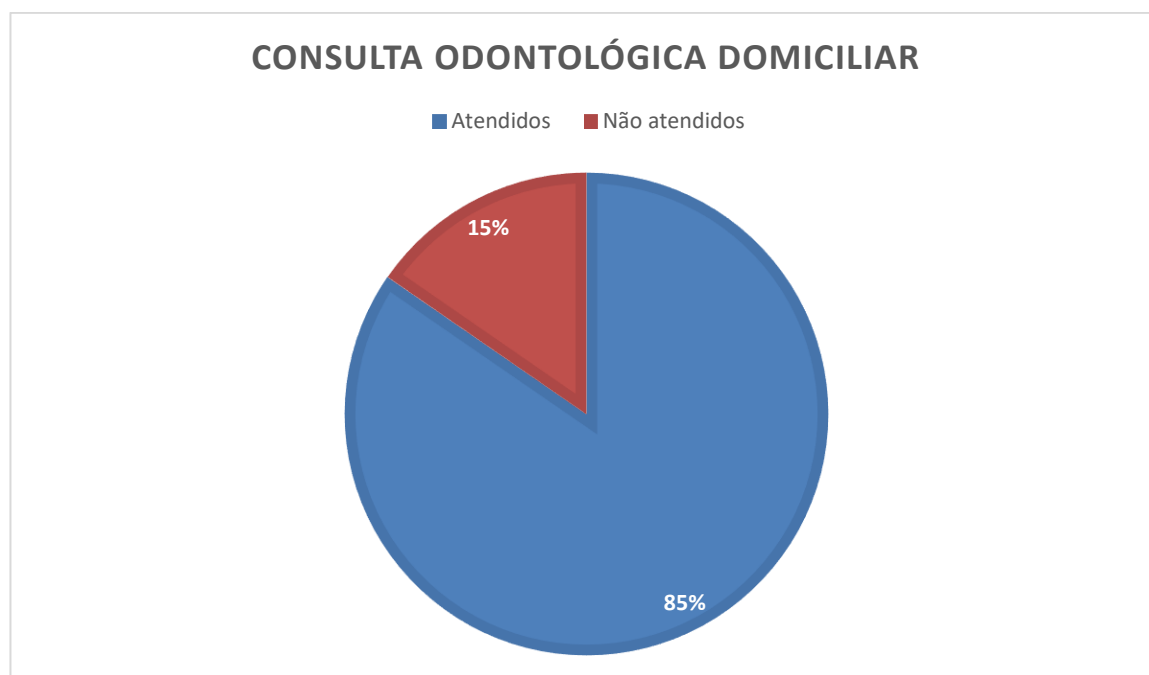


Fig 5- Gráfico quantitativo de acamados e restritos com ao menos uma consulta odontológica ao lar.

A odontologia domiciliar configura-se num grande campo a ser explorado para a mudança do processo de trabalho na saúde, transferindo o foco em procedimentos (tecnologias duras e leve duras do modelo biomédico), para o foco no usuário¹⁵ e que sim, é possível mesmo sem grandes tecnologias atender esse nicho de pacientes por tantas vezes esquecidos, com qualidade e humanização, seja reabilitando-o, removendo a dor, ou orientando-o e prevenindo futuros problemas bucais e sistêmicos que podem ser causados pela falta de higiene oral.

Refletimos também a conscientização populacional de que mesmo usuários de próteses totais ou edentulos sem reabilitação necessitam também de avaliação odontológica preventiva, visto que é função do dentista diagnosticar lesões cancerosas ou não logo no início, quando as vezes não há sequer sintomatologia.

6. Conclusão:

Quando o atendimento domiciliar não é incorporada no processo de trabalho e é esporádica, o vínculo com a população adscrita fica fragilizado. As visitas domiciliares, implantadas na prática como ações periódicas, provoca a aproximação com os sujeitos e com a realidade do usuário/comunidade, bem como aperfeiçoa a força do encontro trabalhador-cuidador-usuário, gerando potência para uma transformação das práticas de saúde¹⁶. O contexto do domicílio pode gerar uma nova forma de cuidar, a partir da substitutividade e da desinstitucionalização, onde o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

O trabalho em equipe no contexto do domicílio pode ser um dispositivo efetivo de tensão entre o modelo hegemônico e uma prática inovadora, onde o lugar pode produzir melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento. Todavia os cuidadores também precisam ser cuidados, com espaços de escuta e de apoio, com dispositivos de educação permanente, para que o inusitado, a singularidade e o desafio de confrontar-se com a vida produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo¹⁷.

É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática do atendimento domiciliar baseado em ações críticas e reflexivas de trabalho. O movimento de instrumentalização, modos de trabalhar, investigação é fundamental para que os profissionais de saúde repensem a visita domiciliar como uma tecnologia de trabalho na qual se desvelam e se vislumbram modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde diferentes do modelo biomédico¹⁸. Transpor esse desafio depende muito do próprio dentista, que precisa mudar sua postura profissional, revertendo o isolamento em participação e envolvimento com o papel social da Odontologia. Desse modo, o profissional pode contribuir com a melhora da

atenção à saúde através da inclusão social, da emancipação e da autonomização de nossa população, fortalecendo a construção da consciência sanitária¹⁹.

Faz-se necessário priorizar e planejar a visita domiciliar de acordo com as necessidades particulares de cada território de atuação, para isso, a equipe precisa levantar as prioridades apresentadas no território, e potencializar a visita domiciliar por meio do planejamento prévio e discussão de casos nas reuniões de equipe para que no momento da visita se tenha clareza das intenções dessa intervenção na vida das pessoas e que, com isso, construa-se um plano terapêutico conjunto com o usuário, em que as diferentes demandas sejam atendidas pelos diferentes saberes, tornando-se necessária a avaliação dessas ações e percepções da equipe de saúde. Por isso, o atendimento domiciliar também pode aproximar os próprios profissionais, gerando trocas de conhecimentos e formas de dirigir o cuidado. Assim, a consulta domiciliar realizada pelo cirurgião dentista não tem de ser isolada dos demais membros da equipe, para que se construam coletivamente formas de cuidado e que se ampliem as possibilidades de resolução das demandas dos usuários e que o trabalho vivo em ato ocorra a partir dessa apropriação do que é comum dentro do cuidado em saúde. Todavia, o próprio profissional precisa despertar a vontade pela mudança, por desenvolver ou melhorar diferentes habilidades necessárias para transpor as dificuldades impostas pela saída da zona de conforto onde ele é detentor dos equipamentos e saberes. A capacidade de lidar com o inesperado ao sair do seu lugar habitual no consultório odontológico requer educação permanente e espaços onde o profissional possa falar e refletir sobre isso, talvez sejam potenciais núcleos de transformação de práticas, visto que podem ser a gênese de um potencial criativo adormecido pelo processo de trabalho rotineiro da Usf, e podem fazer com que o profissional se sinta mais integrado com a equipe.

O domicílio é um território a ser conquistado cada vez mais pelo cirurgião dentista na Usf, e que é fundamental na reorientação do modelo assistencial voltado para práticas que extrapolem o ambiente das unidades de saúde com um olhar atento para as demandas da população. Estamos experimentando uma nova forma de produzir o cuidado em saúde bucal, principalmente de organização do acesso, em um ambiente, complexo e múltiplo em desafios e potencialidades. Isso requer disposição para o novo, na medida em que essas transformações certamente modificam os processos de trabalho, a relação inter-profissional e com o usuário, e, ainda, a inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

As tecnologias leves fundamentam todo esse processo, que necessita ter no usuário e sua família a centralidade da produção do cuidado, anteriormente centrado nas tecnologias duras da odontologia e das práticas profissionais. Faz-se necessário que novos estudos aprofundem as questões referentes à atenção em saúde bucal no contexto do domicílio para acompanhar as

mudanças e direcionar as práticas de atenção com vistas à integralidade, equidade e resolubilidade dos problemas de saúde, garantindo a efetivamente o acesso à saúde, em todo seu contexto biopsicossocial, com priorização e sistematização das ações, contribuindo na consolidação do papel social do dentista nas ações comunitárias desenvolvidas na Usf²⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção familiar na estruturação da rede de atenção à saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013;17(4):603-10.10. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. Saúde Debate. 2015;39(105):441-50.
2. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. Saúde Debate. 2015;39(105):441-50.
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):166-76.12. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(2):373-82.

4. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82.
5. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2017; 24(5):1809-1820.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* Brasília: MS; 2004.
7. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública* 2004;20(4):986-94.
8. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde Com* 2006;2(1):127-34.
9. Marques GB, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde. *Rev Esc Enfer USP* 2009;43(4):825-32.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1. Capítulo 1 - Atenção Domiciliar e o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Campos CR. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, orgs. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p.11-30.
12. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(4):493-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400013>
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012
14. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde Com*. 2006;2(1):127-34
15. Pinheiro, P. M. e Oliveira, L. C. de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. *Interface –Saúde, Educação, Comunicação, Botucatu*, v. 15, n.36, p.185-198, mar., 2011.
16. Silva, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.1, p.166-176, fev., 2010.
17. Feuerwerker, L. C. M. e Merhy, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.24, n.3, p.180-188, 2008.
18. Lopes W. O.; Saupe R. e Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *CiêncDRIUSSO*, P. et al . Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a inserção discente nas Unidades de Saúde da Família. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, São Carlos, v.17, n. 4, p.367-372, jul./ago., 2013
19. Gonçalves, E. R. e Ramos, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface –Saúde, Educação, Comunicação*, v.14, n.33, p.301-314, abr./jun., 2010
20. Silva, M.R. Atenção à saúde bucal no domicílio no contexto da estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma revisão integrativa de literatura. P91-92, 2016.