



Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Mestrado Profissional em Saúde da Família– PROFSaúde
Trabalho de Conclusão do Mestrado

Lisandra dos Passos Pereira

**Atenção Domiciliar Odontológica das Unidades de Saúde da Família em
Rio Grande, RS.**

Pelotas, 2022

Lisandra dos Passos Pereira

**Atenção Domiciliar Odontológica das Unidades de Saúde da Família em
Rio Grande, RS.**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elaine Thumé

Coorientadora: Prof.^a Dr^a Mabel Miluska Suca Salas

Linha de pesquisa: Gestão e avaliação dos serviços na Estratégia de Saúde da Família

Pelotas, 2022

Ficha Catalográfica

P436a Pereira, Lisandra dos Passos

Atenção domiciliar odontológica das Unidades da Saúde da Família em Rio Grande, RS / Lisandra dos Passos Pereira ; Elaine Thumé, orientadora ; Mabel Miluska Suca Salas, coorientadora. — Pelotas, 2022.

108 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2022.

1. Saúde da família. 2. Saúde bucal. 3. Atenção primária à saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Serviços de assistência domiciliar. I. Thumé, Elaine, orient. II. Salas, Mabel Miluska Suca, coorient. III. Título.

CDD : 614.254

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFPel com os dados fornecidos pela autora.

Bibliotecária responsável: Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Lisandra dos Passos Pereira

**Atenção Domiciliar Odontológica das unidades de saúde da família do
Rio Grande, RS.**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 05/10/2022

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Elaine Thumé (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Mabel Miluska Suca Salas (Coorientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Marina Souza Azevedo
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr^a. Elaine Tomasi (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2022

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser luz no meu caminho e me conceder forças para enfrentar as adversidades.

Ao meu esposo Rogério, por me proporcionar tanto! Pelas inúmeras vezes que ficou sobrecarregado para que eu pudesse destinar mais tempo aos estudos. Por ser meu maior apoiador!

Ao meu amado filho Alexandre, que compreendeu os momentos de minha ausência na vida familiar.

Aos meus pais e irmã, por todo incentivo. Muito obrigada por serem quem são!

À minha sogra Antônia e sogro Luiz, por ficarem com meu filho em tantos momentos.

À minha orientadora Elaine Thumé, por todas as conversas e reflexões sobre Atenção Domiciliar, tema que tanto domina. À minha coorientadora Mabel Miluska Suca Salas, sempre atenciosa e dedicada a todas as minhas solicitações. Admiro muito vocês!

À prof. Marina Azevedo e a prof. Eda Schwartz por aceitarem compor a banca de qualificação e defesa da dissertação e por todas as contribuições.

Aos Cirurgiões – Dentistas que participaram das entrevistas. Vocês contribuíram imensamente para a produção dessa dissertação.

As professoras e aos professores do PROFSaúde por todo conhecimento e trocas proporcionadas.

À professora Diana Gutierrez, por todo o aprendizado nas excelentes disciplinas optativas.

A todos os funcionários do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas.

As colegas do curso, pessoas queridas que tive o prazer de conhecer e que tornaram esse processo mais agradável. Em especial, agradeço a minha amiga Renata Manke, por todo o companheirismo nessa jornada!

À enfermeira Suzi Bromberger, exemplo de profissional que faz diferença na vida das pessoas, por todo o auxílio e compreensão.

“a realidade significa objetivá-la, apreendê-la como campo de sua ação e reflexão. Significa penetrá-lo, cada vez mais lucidamente, para descobrir as inter-relações verdadeiras dos fatos perceptíveis”. (Paulo, Freire, 1985)

RESUMO

PEREIRA, Lisandra dos Passos. **Atenção Domiciliar Odontológica nas Unidades de Saúde da Família de Rio Grande, RS.** 2022. 108 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2022.

O presente estudo teve como objetivo investigar a situação da atenção domiciliar odontológica das Unidades de Saúde da Família do município de Rio Grande, RS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética sob o parecer número 53624621.0.0000.5317. Para tanto, foi utilizado a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com doze cirurgiões dentistas que trabalham na estratégia Saúde da Família do município. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2022, de forma virtual fazendo o uso do *Google Meet*. Para a análise dos dados foi utilizada a análise do conteúdo categorial temática de Bardin, da qual emergiram quatro categorias. A primeira aborda a compreensão sobre atenção domiciliar na perspectiva dos cirurgiões dentistas: Tal categoria mostra a visão dos odontólogos, o público alvo que deve receber atendimento no domicílio e como entendem o planejamento. Na segunda categoria foram identificadas as ações que os cirurgiões dentistas consideram importantes na atenção domiciliar: Avaliação das condições clínicas e do ambiente, educação em saúde, assistência odontológica no domicílio ou na unidade de saúde e encaminhamento para a atenção terciária, quando necessário. Na terceira categoria foram abordados os fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica, como a alta demanda por atendimentos e ausência de protocolos e planilhas para a organização da atenção domiciliar e, a quarta categoria incluiu as sugestões de melhorias na estrutura, tais como a aquisição de um equipamento portátil de uso coletivo, a elaboração de um protocolo e atividades de educação permanente. Os achados revelaram que embora compreendam o tema e saibam as ações que devam ser realizadas, os cirurgiões dentistas não conseguem incluí-las como rotina no trabalho. Há uma necessidade de ampliação das práticas de atenção em saúde bucal para que este espaço seja conquistado, porém torna-se fundamental propiciar condições para tal avanço. O estudo revelou que persistem dificuldades em alcançar o cenário ideal no contexto da atenção domiciliar odontológica. Por fim, espera-se que as informações agregadas, a partir das narrativas, possam apoiar na organização do processo de trabalho e assim, incluir a atenção domiciliar em saúde bucal aos pacientes com dificuldade de acesso à unidade de saúde

Palavras Chaves. Serviços de Assistência Domiciliar, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Odontólogos. Saúde da Família.

ABSTRACT

PEREIRA, Lisandra dos Passos. **Dental Home Care in Family Health Units in Rio Grande, RS.** 2022. 108 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2022.

The present study aimed to investigate the situation of dental home care in the Family Health Units in the city of Rio Grande, RS. The study was approved by the Ethics Committee under opinion number 53624621.0.0000.5317. For this purpose, a qualitative approach was used through in-depth interviews with twelve dental surgeons who work in the municipality's Family Health strategy. Data were collected in April and May 2022, virtually using Google Meet. For data analysis, Bardin's thematic categorical content analysis was used, from which four categories emerged. The first addresses the understanding of home care from the perspective of dental surgeons: This category shows the dentists' view, the target audience that should receive care at home and how they understand planning. In the second category, the actions that dentists consider important in home care were identified: Assessment of clinical and environmental conditions, health education, dental care at home or at the health unit and referral to tertiary care, when necessary. In the third category, the factors that influence the performance of dental home care were addressed, such as the high demand for care and the absence of protocols and spreadsheets for the organization of home care, and the fourth category included suggestions for improvements in the structure, such as the acquisition of portable equipment for collective use, the elaboration of a protocol and continuing education activities. The findings revealed that, although they understand the subject and know the actions that must be carried out, dental surgeons are not able to include them as a routine at work. There is a need to expand oral health care practices so that this space is conquered, but it is essential to provide conditions for such progress. The study revealed that difficulties persist in achieving the ideal scenario in the context of dental home care. Finally, it is expected that the aggregated information, from the narratives, can support the organization of the work process and, thus, include home care in oral health for patients with difficult access to the health unit.

Keywords. Home Care Services, Oral Health, Primary Health Care, Unified Health System, Dentists.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO..... | 10 |
| PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO..... | 11 |
| RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PROJETO | 55 |
| ARTIGO | 58 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| APÊNDICE 1..... | 94 |
| APÊNDICE 2..... | 106 |

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado segue a linha de pesquisa “Gestão e avaliação dos serviços na Estratégia de Saúde da Família” e encontra-se estruturado da seguinte forma:

- Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado: Qualificação ocorrida em setembro de 2021. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

- Relatório de execução do projeto: descreve a trajetória percorrida para o desenvolvimento deste trabalho a partir da qualificação do projeto.

- Artigo: Produto final da dissertação, no qual estão descritas as análises realizadas a partir das entrevistas e do referencial teórico.

- Comentários finais

- Apêndice 1: Resumo expandido publicado nos Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Atenção à Saúde: os desafios na atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual.

- Apêndice 2: Uso do Software IRaMuTeQ como exercício de explanação dos dados

PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Mestrado Profissional em Saúde da Família– PROFSaúde

Projeto de Trabalho de Conclusão do Mestrado

**Atenção Domiciliar Odontológica nas Unidades de Saúde da Família de
Rio Grande, RS.**

Pelotas, 2021

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Mestrado Profissional em Saúde da Família– PROFSaúde

Projeto de Trabalho de Conclusão do Mestrado

**Atenção Domiciliar Odontológica nas Unidades de Saúde da Família de Rio Grande,
RS.**

Mestranda: Lisandra dos Passos Pereira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé

Coorientadora: Prof.^a Dr^a Mabel Miluska Suca Salas

Linha de pesquisa: Gestão e avaliação dos serviços na Estratégia de Saúde da Família

Pelotas, 2021

RESUMO

A atenção domiciliar é uma forma de garantir acesso aos serviços e assistência especialmente aos usuários que precisam de cuidados contínuos, com possibilidade de realizar diversas ações de promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde no ambiente domiciliar. Na saúde bucal essas atividades representam práticas importantes que devem ser realizadas pelo cirurgião-dentista na atenção primária para o cuidado da saúde bucal nos usuários com dificuldade de acesso. O estudo tem por objetivo investigar as atividades de atenção domiciliar dos cirurgiões dentistas das Unidades de Saúde da Família do município de Rio Grande, RS. Para tanto, entrevistas em profundidade serão realizadas com os cirurgiões dentistas lotados nas Unidades de Saúde da Família do município. A comunicação não verbal, bem como as condições da entrevista e características do local serão registradas através de notas de campo. Será utilizado um roteiro para provocar as narrativas que respondam à questão de pesquisa e objetivos do estudo, o qual passará por teste de sensibilização, sendo aplicado em dentistas que não farão parte do estudo, para avaliar o entendimento das questões. O estudo é do tipo avaliativo descritivo com abordagem qualitativa. Para a análise dos dados será utilizado a análise do conteúdo categorial temática de Bardin (2016), a qual é dividida em três etapas. A primeira, pré-análise, consiste na organização do corpus de análise e leitura flutuante. O corpus da pesquisa será constituído do texto produzido a partir das entrevistas transcritas e das notas de campo. A segunda etapa será a exploração do material, com a codificação das unidades de registro e posterior categorização. A terceira etapa consistirá no tratamento dos resultados e interpretações, para tal as categorias que emergirão do material empírico serão confrontadas com a literatura. O projeto será submetido ao comitê de ética para sua análise e aprovação, assim como serão obtidas as permissões necessárias da Secretaria Municipal de Saúde. Espera-se conhecer a atenção domiciliar odontológica na saúde da família, no período anterior e durante a pandemia, possibilitando a reflexão sobre o tema de modo a melhorar a qualidade dos serviços no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras Chaves. Serviços de Assistência Domiciliar, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Odontólogos. Saúde da Família.

ABSTRACT

Home care is a form to guarantee access to services and assistance, especially for users who needs continuous care, with the possibility to performed diverse actions of promotion, prevention and treatments of health problems at home environment. In oral health, these activities represent important practices that must be performed by dental surgeon in primary care for oral health care of users with access difficulties. The study aims to characterize the home care activities of dentists at Family Health Units in the city of Rio Grande/RS before the SARS-CoV-2 pandemic. Field research design is descriptive evaluative with a qualitative approach. Data collection will be through in-depth interviews with dentists working in Family Health Units of the city. Semi-structured questionnaire seeks to know the situation of home dental care prior to the pandemic and will be pre-tested in dentists who will not be part of the study, to assess the understanding of the questions. Content analysis will follow the methodological path according to Bardin (2016), evaluation of the text produced from the transcripts of the interviews will constitute the corpus of the research, being carried out in this phase an organization of the material and a floating reading. Second stage will be the exploration of the material, with coding and categorization based on the codes assigned to the registration units based on the theoretical framework. The third step will consist in the result`s treatment and interpretations, for this it will be necessary to summarize the described characteristics, inferred and interpret the meanings of such characteristics. The project will be submitted to the ethics committee for its analysis and approval, as well as the necessary permissions will be obtained from the Municipal Health Department. It`s expected to know how dental home care was performed in primary attention before the pandemic, and enable reflection of the topic in order to improve the quality of services in the context of primary health care.

Keywords. Home Care Services, Oral Health, Primary Health Care, Unified Health System, Dentists. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| AD | Atenção Domiciliar, Atendimento Domiciliar |
| AMAQ | Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade |
| AMQ | Avaliação para Melhoria da Qualidade |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CD | Cirurgião - Dentista |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNSB | Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| ESB | Equipes de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NUMESC | Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva |
| PMAQ – AB | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SAD | Serviço de Atenção Domiciliar |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SB | Saúde Bucal |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| VD | Visita Domiciliar |

LISTA DE FIGURAS:

| | |
|--|----|
| Figura 1. Ações odontológicas nas Atenção Domiciliar | 41 |
| Figura 2. Etapas da pesquisa e respectivas datas de elaboração | 46 |
| Figura 3. Orçamento do projeto de pesquisa | 48 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 11 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 3.1 ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: CONTEXTO HISTÓRICO | 13 |
| 3.2 SAÚDE BUCAL NA ESF: NA BUSCA POR UMA ODONTOLOGIA INTEGRAL... | 16 |
| 3.3 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E A ATENÇÃO DOMICILIAR | 18 |
| 3.4 ASPECTOS SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE | 22 |
| 4 OBJETIVOS | 25 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 25 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 25 |
| 5 PRESSUPOSTOS | 26 |
| 6 METODOLOGIA | 27 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDO | 27 |
| 6.2 LOCAL DO ESTUDO | 27 |
| 6.3 DEFINIÇÃO DO DESFECHO | 28 |
| 6.4 PERÍODO DE COLETA | 28 |
| 6.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 28 |
| 6.6 INSTRUMENTO | 30 |
| 6.7 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS | 30 |
| 6.8 ASPECTOS ÉTICOS | 31 |
| 7 CRONOGRAMA | 33 |
| 8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS | 34 |
| 9 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO | |
| Erro! Indicador não definido.5 | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| Erro! Indicador não definido. | |
| ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 43 |
| ANEXO B: Roteiro da entrevista em profundidade | 44 |

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde (CHOMOTAS, 2013) e sua abrangência e qualidade podem ser avaliadas pela efetivação dos seus atributos, entre eles, a integralidade, acesso e longitudinalidade (GIOVANELLA, 2018). A APS tem como modelo preferencial de organização a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2018), onde a prática de visita domiciliar favorece a maior presença e extensão dos atributos, principalmente, o da longitudinalidade, devido a maior vinculação dos usuários aos serviços e reconhecimento da população adscrita (CHOMOTAS, 2013).

O Ministério da saúde define a Atenção Domiciliar (AD) como modalidade que inclui a rede de atenção à saúde, com o cuidado prestado em domicílios pelas equipes de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)- hoje denominado equipe Multiprofissional, pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2017). Engloba ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde.

Conforme Grossi (2016), existem outras denominações para o cuidado domiciliar, como Visita Domiciliar (VD) e Atendimento Domiciliar (AD). A autora descreve que as atividades de visita domiciliar incluem: identificar a dinâmica da estrutura familiar e os fatores de risco individuais e da família, executar ações de prevenção e promoção da saúde e estimular a corresponsabilidade e autonomia do indivíduo e sua família. Refere o AD como serviços de maior abrangência, atendendo as demandas de usuários que já receberam atendimento prévio e necessitam de continuidade de cuidados (GROSSI, 2016). Nesse sentido, as visitas e atendimentos domiciliares estão englobados na atenção domiciliar.

As modalidades de AD estão divididas de acordo com a responsabilidade pelo cuidado que pode ser a própria equipe de atenção primária ou os SAD. No caso das equipes de APS, o perfil do usuário seria aquele com condições crônicas, restrito ao leito ou ao lar, estável, com pouca demanda por procedimentos complexos e por equipamentos, com permanência longa e com a periodicidade dos atendimentos de acordo com a necessidade do usuário. Os SAD atendem um perfil de problemas agudos ou quando requerem um maior aporte tecnológico ou

menor intervalo de tempo entre os atendimentos, a permanência do vínculo pode ser curta, transitória e/ou definitiva, com possibilidade de atendimentos diários, semanal ou quinzenal (BRASIL, 2020).

Nos municípios com SAD, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar oferecem cuidados considerados complementares aos realizados na APS e em serviços de urgência substitutivos ou complementares à internação hospitalar. Entretanto, os municípios que não possuem SAD, as equipes de Atenção Primária tornam-se referência para todos os usuários em AD, desde que tenham condições técnicas e de infraestrutura para acompanhar as demandas (BRASIL, 2020).

Diante do envelhecimento populacional associado ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, a demanda pela AD tende a aumentar, sendo uma importante estratégia para as pessoas com incapacidades funcionais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (THUMÉ e col., 2010). Assim, um espaço potente para reinvenção das relações entre usuários, cuidadores e equipes é constituído a partir da produção de saúde nos domicílios (PROCÓPIO, 2019).

Portanto, o cuidado no domicílio é uma das tarefas das equipes de APS, em especial das equipes de Saúde da Família (eSF), que desde sua regulamentação têm entre suas atribuições prestar atendimento na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade (SAVASSI, 2016). Da mesma forma, as equipes de saúde bucal (eSB) também devem realizar a atenção à saúde bucal no domicílio, quando necessário.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a atenção domiciliar odontológica deve ser direcionada às pessoas acamadas ou com dificuldade de locomoção, tendo por objetivo identificar riscos e propiciar o acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004). Em relação ao perfil dos usuários que se enquadram como acamados ou com dificuldade de locomoção e requerem a AD odontológica estão: idosos dependentes ou semidependentes; pessoas vítimas de violência urbana e acidentes de transporte terrestre; pacientes com diagnóstico de câncer bucal ou de cabeça e pescoço; pessoas com deficiência mental congênita ou adquirida por diversos motivos, como os sequelados de acidente vascular cerebral (AVC) e pessoas com deficiência física (BIZERRIL e col., 2015).

Medeiros e col (2019) caracterizaram a condição oral de pacientes acamados e domiciliados em uma ESF do município de Caicó/ RN no ano de 2018. Foram coletados dados de 37 pacientes. Com relação ao edentulismo, a maior parte foi classificada como total (67,6%); dentre os pacientes que ainda apresentavam elementos dentários na arcada foi observado presença de doença periodontal em 100%, e presença da doença cárie em 75%. Constatou-se uma condição oral insatisfatória em 70,3% dos pacientes acamados/domiciliados.

Para Silva (2020) a produção científica demonstra que a organização da AD pela eSB ainda é um desafio. Embora a Saúde Bucal tenha obtido muitos avanços, o modo de se fazer saúde ainda reproduz o modelo biomédico, “com centralização nas ações no cirurgião dentista (CD), enfoque individual e curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe”(SILVA; PERES; CARCERERI, 2020, p.2260). A alta carga de doenças bucais na população torna o trabalho do CD mais focado nos procedimentos clínicos deixando tempo limitado para o planejamento e frequência da atenção domiciliar.

De acordo com Medeiros e col. (2019), a frequência incipiente da AD por parte da Saúde Bucal pode ser explicada pela resistência dos profissionais em trabalhar com essa demanda e desinteresse dos pacientes e cuidadores pela falta de informação sobre a necessidade e possibilidade desse tipo de cuidado. Para Baldani (2010), a baixa oferta de serviços em saúde bucal aos idosos acamados pode estar relacionada com a associação entre edentulismo e baixa percepção de necessidade de tratamento odontológico (BALDANI e col., 2010). Porém, são os idosos que apresentam mais problemas de doença periodontal, podendo estar relacionada com doenças sistêmicas, tais como diabetes, lesões bucais e xerostomia associada a medicamentos (RODRIGUES; VINÍCIUS; MIRANDA, 2018). Bizerril (2015) aponta vários nós críticos no processo de realização de visitas domiciliares, dentre eles a dificuldade de acesso aos domicílios, falta de reconhecimento da equipe sobre a importância da visita do dentista e priorização da assistência à saúde pela gestão municipal.

A odontologia domiciliar objetiva a saúde integral, nesse sentido, Rodrigues e col. (2018), destacam o trabalho multiprofissional como fundamental. Os autores referem que a troca de informações sobre aspectos medicamentosos e sistêmicos são úteis para uma melhor abordagem preventiva ou reabilitadora. O cirurgião-dentista integrado na equipe interdisciplinar do atendimento domiciliar atua e desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e diagnóstico bucal (RODRIGUES; VINÍCIUS; MIRANDA, 2018).

De acordo com Thumé e col (2010), a assistência prestada em áreas de ESF pode diminuir iniquidades sociais, por conseguinte a odontologia domiciliar pode proporcionar ao dependente uma melhor qualidade de vida e permitir a identificação de fatores que podem potencializar agravos à saúde (RODRIGUES, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

Há na literatura estudos que avaliaram as condições de saúde bucal de pessoas acamadas, evidenciando higiene bucal insatisfatória e grande necessidade de tratamento, principalmente por doença periodontal (MEDEIROS e col. , 2019; ROSA, 2021). Alguns estudos demonstraram que as visitas domiciliares ainda não fazem parte da agenda programática da maioria dos cirurgiões dentistas, deixando os usuários, que não possuem condições, físicas ou mentais, de acessar a unidade de saúde, sem receber a atenção e cuidado adequado (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020; DAMASCENO; CRUZ; BARROS, 2021).

Tal situação pode ser explicada devido a formação acadêmica não estar voltada para esse contexto de atuação no serviço público, como também a alta carga de doenças bucais com conseqüente alta demanda restauradora e trabalho reabilitador intenso, as ações na atenção domiciliar podem estar sendo relegadas a um cuidado odontológico aquém do necessário. Considerando que existe limitada evidência e que os poucos artigos recentes disponíveis na literatura apontam a necessidade de mais estudos sobre a atuação dos cirurgiões dentistas nos domicílios (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020), a execução do presente estudo se torna relevante. Será uma oportunidade de compreender a atenção domiciliar odontológica, o entendimento dos CD a respeito do tema, a forma que se desenvolve o processo de trabalho na ESF e as características estruturais existentes, se a atenção domiciliar acontece e de que forma é organizada, identificando os fatores que facilitam (pontos positivos) ou dificultam (pontos negativos) essa prática.

Estas informações serão de fundamental importância à gestão, com a perspectiva de que as dificuldades apontadas possam ser amenizadas com apoio desta. Por conseguinte, também poderá subsidiar a qualificação das práticas em saúde bucal no contexto da atenção domiciliar na ESF, permitindo equidade no acesso e continuidade no cuidado.

No município de Rio Grande não existe SAD, a cobertura da ESF é de 78,3% e de eSB é de 25%. Com base nesse contexto, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: **Como os cirurgiões dentistas vinculados as Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande, RS estão inseridos nas atividades de atenção domiciliar.**

Visto que a AD apresenta problemas para sua operacionalização, mas possui grande potencial de expansão (BRASIL, 2020), faz-se necessário realizar essa avaliação para que se perceba se há ou não necessidade de mudanças nas práticas de saúde nesse âmbito, subsidiando à tomada de decisão. O estudo proporcionará também a possibilidade de estabelecer protocolo local para implantação da atenção domiciliar odontológica.

A escolha pela metodologia qualitativa foi devido a possibilidade de conhecer com maior detalhamento e profundidade a realidade e contexto de cada CD no âmbito da Atenção Domiciliar. Para tanto, as narrativas serão a matéria prima reveladora de múltiplas condições, as quais serão utilizadas para avaliação do serviço.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção em Saúde Bucal: Contexto histórico

É de extrema importância reconhecer a forma das práticas odontológicas de outrora para entender seus reflexos no processo de trabalho atual (ROSSI, 2018). A história da saúde bucal pública no Brasil segue a história da saúde pública geral, porém com a característica de evolução de uma maneira paralela e com menor prioridade no processo de implantação no âmbito da APS (CARVALHO, 2009).

A odontologia de mercado, consolidou-se no início do século XX, caracterizada pela atuação no serviço público de dentistas que atendiam nos consultórios particulares e eram pagos por desembolso direto (FERREIRA; QUEIROZ ABREU; FIGUEIREDO, 2011). Fundamentada na odontologia flexneriana, tinha como elementos constitutivos o mecanicismo, biologismo, individualismo e especialização, onde os problemas individuais e as ações curativas orientavam as práticas de saúde e as práticas educativas em Odontologia (MENDES, 1986).

A partir da década de 50, o atendimento odontológico no serviço público brasileiro ocorreu em âmbito escolar, acreditando que uma intervenção em saúde bucal, através da cobertura gradual e ascendente das crianças, permitiria a redução dos índices de cárie na população brasileira (NICKEL; LIMA; DA SILVA, 2008) em virtude da facilidade de programar medidas por meio das escolas (MOTA; OLIVEIRA; HEIMER, 2020). Esse modelo de atenção em saúde bucal foi chamado de sistema incremental, importado dos Estados Unidos pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), focalizava o tratamento das necessidades de uma população definida até o completo tratamento (FRAZÃO; NARVAI, 2009). No Brasil, priorizou-se atendimento clínico e aplicação de flúor a escolares até 14 anos; enquanto que os adultos e idosos só tinham acesso ao atendimento odontológico de urgência (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Apesar de ter sido considerado um modelo ineficaz e excludente, representou uma nova forma de organização dos serviços em saúde bucal, possibilitando atendimento odontológico fora dos consultórios particulares (NICKEL; LIMA; DA SILVA, 2008).

Como medidas de saúde bucal coletiva, iniciou em 1953, a implantação da fluoretação da água nas estações de tratamento da água de abastecimento público, mas foi na década de 70

do século XX que esta atividade foi regulamentada pela Lei federal nº 6050 de 1974, tornando-se obrigatória (MOIMAZ e col., 2020).

A odontologia integral, na década de 1980, propôs a adoção do objeto coletivo na prática odontológica, dando ênfase na prevenção, com inclusão de técnicas alternativas e do trabalho em equipe (NICKEL; LIMA; DA SILVA, 2008). Esse modelo foi marcado pela transferência dos consultórios odontológicos, tradicionalmente localizados nas escolas, para as unidades de saúde, proporcionando uma maior integração com a equipe. Porém, na prática, se baseava ainda no sistema incremental, com algumas alterações (FERREIRA; QUEIROZ ABREU; FIGUEIREDO, 2011).

Como parte do amplo processo que marcou a 8.^a Conferência Nacional de Saúde realizou-se, ainda em 1986, a 1.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no País e apontou rumos para a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1986).

No fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção, procurou atingir um controle epidemiológico da doença cárie, buscando estabilizar o meio bucal por meio de métodos preventivos (NICKEL; LIMA; DA SILVA, 2008). Esse modelo se distanciou do modelo curativista, mas mais uma vez restringiu a população alvo, oferecendo atendimento odontológico em escolas e creches. No mesmo período, a atenção precoce, modelo caracterizado pela prevenção e promoção da saúde, também não oferecia acesso universal, pois restringiu o atendimento aos bebês (NICKEL; LIMA; DA SILVA, 2008). Entretanto, a disseminação de uma técnica preventiva apenas, dirigida a uma população restrita, não obedecia a lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade, gerando modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes (RONCALLI e col, 1999).

A 2.^a CNSB aconteceu em setembro de 1993, em Brasília. Na apresentação do Relatório Final do evento, Swedenberger Barbosa, seu coordenador geral, assinala que a mesma se desenvolveu “numa difícil conjuntura nacional” e que os delegados e participantes “pronunciaram-se deixando clara a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida”. Caracterizando a situação da saúde bucal no País como “iatrogênica, excludente e ineficaz”

(BRASIL, 1993, p.13). O relatório colocou a saúde bucal como direito de cidadania e orientou que as políticas de saúde bucal deveriam favorecer a transformação da prática odontológica

Os participantes da 11.^a Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, entenderam que a assistência à saúde bucal era insuficiente e restrita a poucos procedimentos ofertados a determinados grupos, o que não contemplava as reais necessidades de promoção da saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2005). Assim, visando melhorar o acesso de saúde bucal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1444, em dezembro de 2000, incluindo as eSB na Estratégia Saúde da Família (ESF). A publicação da portaria 267, de março de 2001, regulamentou e estabeleceu o plano de reorganizações da atenção de Saúde Bucal na Atenção Primária (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020). A inclusão da eSB na ESF busca romper com modelos assistenciais em saúde bucal excludentes e curativistas, ao pautar suas ações com base no princípio da integralidade (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

O levantamento epidemiológico realizado em 2003, Saúde Bucal Brasil 2003, evidenciou uma situação precária no Brasil, com alta prevalência de cárie, doença periodontal, edentulismo e necessidade de prótese (BRASIL, 2004b). Serviu como base para a formulação da PNSB, denominada Brasil Sorridente, publicada em 2004 e ainda em vigor, tendo como objetivo ampliar e garantir atenção odontológica a toda a população (BRASIL, 2004a). Assim, o modelo de odontologia baseado na prática biomédica passa a convergir para as recomendações de Alma-Ata (NASCIMENTO et al., 2019).

A PNSB foi analisada na 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, e foram apresentadas 298 propostas, reunidas no Relatório Final da Conferência, na perspectiva de enfrentar os problemas detectados. Sinalizou que era preciso alcançar um modelo de atenção integral em saúde bucal que levasse em conta as necessidades de cada comunidade (BRASIL, 2005).

As linhas de cuidado da PNSB previam a reorganização da atenção básica em saúde bucal através da estratégia de Saúde da Família; organização da atenção especializada através da implantação de centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde, através da educação em saúde, a realização de procedimentos coletivos; a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de água de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, na perspectiva

do monitoramento das tendências, por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos (CHAVES e col. , 2017).

Entretanto, após quase duas décadas de vigência da PNSB, ainda se observa um fenômeno de “universalização excludente e integralidade seletiva” das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertados à população. Diante desse contexto, uma APS que garanta a toda a população acesso e atendimento integral a serviços de saúde de qualidade ainda é um desafio (NEVES, 2019, p.1810).

3.2 Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: a busca por uma odontologia integral

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família e, mesmo a odontologia tendo sido reconhecida como parte integrante da saúde geral das pessoas, não foi incorporada na formação da equipe como observado anteriormente. Somente após seis anos as equipes de saúde bucal foram incluídas neste programa, o que para Carvalho (2009) ocorreu de forma injusta, com número maior de pessoas a serem atendidas. Lourenço e col. (2009) também destacaram pontos negativos da forma como ocorreu a inclusão da saúde bucal na Saúde da Família:

Vários autores têm questionado as formas de implantação do PSF e da inclusão das ESB no Brasil. São levantadas questões em relação às diferenças nas realidades locais, capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, etc. No que tange às ESB, como a implantação se deu tardiamente, há que se considerar dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB (LOURENÇO e col., 2009, p. 1368)

A portaria 673/2003 alterou a relação entre eSB e eSF, determinando que cada eSB não ultrapasse mais de uma eSF. Antes uma eSB poderia estar vinculada a duas eSF, sendo que a média de população a ser atendida por equipe era 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes (LOURENÇO e col., 2009). Lourenço e col. (2009) identificaram e analisaram aspectos administrativos e operacionais das eSB no Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Minas Gerais e perceberam que embora a relação equipe/habitante estivesse dentro das recomendações, os relatos dos cirurgiões-dentistas demonstraram uma demanda excessiva, com predominância das ações curativas.

São muitas as ações a serem realizadas por um único cirurgião-dentista que é responsável por um número grande de pessoas. Além disso, alguns CDs relataram que o município ainda mantém a relação de 1 eSB/2 eSF: Somos um dentista para dois PSF” (LOURENÇO e col., 2009, p. 1373).

Em 28 de março de 2006, a portaria nº 648/GM aprovou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual substituiu o termo “Programa de Saúde da Família” por “Estratégia de Saúde da Família” e definiu a Atenção Básica:

“...por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p.3).

A responsabilidade sanitária pelo território foi mantida nas revisões da política em 2011 e 2017, sendo ressaltado nesta última que os profissionais de Saúde Bucal vinculados a ESF deveriam compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população adscrita (BRASIL, 2017).

O caderno de Atenção Básica nº 17 aponta que, historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. A incorporação das ações de Saúde Bucal pelas ESF visam transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL, 2008).

As atribuições comuns dos membros das equipes que atuam na Atenção Básica foram estabelecidas na revisão da Política Nacional de Atenção Básica, portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, e entre elas estão:

“XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde” (BRASIL, 2017, p. 16)

E entre as atribuições específicas do Cirurgião Dentista:

“I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território” (BRASIL, 2017, p. 18)

Para Feuerwerker e Merhy (2008) apud (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020) os profissionais sofrem um importante conflito, frente a dificuldade de assegurar às famílias/usuários o cuidado em domicílio e atender a demanda na UBS (SILVA; PERES; CARCERERI, 2020). Anjos e col (2011) reforçaram que as eSB possuíam dificuldades em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas, pois estavam envolvidas com a geração de procedimentos curativos, devido a demanda excessiva, dificultando a implementação de diferentes abordagens e reproduziam o modelo de atenção tradicional curativista.

Na visão de Pucca Jr (2006), a saúde bucal foi colocada em segundo plano, deixando de ser negligenciada pelo governo a partir de 2002. Ressalta que no período entre 2002 e 2005 o número de equipes cresceu de 4.261 para 10.285 (PUCCA JR., 2006). Essa ampliação continua sendo incentivada, pois de acordo com os dados mais recentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Brasil conta com 30.606 eSB vinculadas a uma ESF. Em contrapartida, a saúde da família alcança uma cobertura de 43.286 equipes no mesmo período de dezembro de 2020. Apesar dos avanços, é necessário alcançar uma cobertura total da população.

3.3 Equipe de Saúde Bucal e a Atenção Domiciliar

A visita de profissionais da equipe de saúde da família e da saúde bucal no domicílio de quem não consegue frequentar a UBS permite que os princípios do SUS e atributos da APS sejam colocados em prática (BIZERRIL e col., 2015).

A realização das visitas domiciliares, de acordo com as necessidades identificadas, é uma atribuição das eSB, previstas na portaria 267/01 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), sendo posteriormente ratificada nas Diretrizes da PNSB, destacando ser uma das principais formas de ampliar e qualificar o acesso, como também criar vínculos com a população (BRASIL, 2004). Permite conhecer a realidade da comunidade, acompanhar as famílias e compreender suas relações (FERRAZ, 2016).

Para Ferraz (2016) os usuários que estejam impossibilitados, temporária ou permanentemente de procurarem a unidade de saúde devem receber visita domiciliar, tendo o planejamento como elemento chave para sua operacionalização. Assim, é fundamental ter a consciência dos objetivos da visita para que a mesma seja eficiente, sendo igualmente importante o registro, a avaliação e o monitoramento, propiciando uma análise periódica da condição de saúde do usuário visitado (ANDRADE e col., 2014). A falta desse planejamento pode ser um dos motivos para VD ainda ser considerada um desafio (BRASIL, 2004).

Silva (2012) analisou os sentidos da VD enquanto estratégia educacional, a partir dos sentidos atribuídos pelos estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, de um centro universitário do Rio de Janeiro, em 2011. Com o objetivo de analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, foram identificados potencialidades e limites dessa estratégia educacional. Os sentidos atribuídos por eles incluíram aspectos da promoção da saúde, olhar ampliado dos fenômenos da saúde e as formas de conhecer a vida social das pessoas (usuários). Como limitações, foram relatados o precário planejamento da atividade, a falta de mais discussões após as visitas, a descontinuidade do processo, a falta de conhecimento técnico adequado para a realização da VD e a baixa resolução dos problemas (AUGUSTO; SILVA, 2012).

Algumas dessas limitações podem ser impostas pela dificuldade de acesso aos domicílios, tais como: ruas precárias, violência, tráfico de drogas e falta de transporte. Outros fatores podem estar relacionados a falta de comunicação com a equipe para reconhecimento da

importância das ESB realizarem essa atividade e priorização da assistência pela gestão (BIZERRIL e col., 2015).

De Carli (2015) analisou o processo de atenção domiciliar nas equipes de atenção básica que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), tendo como resultado um número maior de visitas domiciliares realizadas por profissionais da ESF do que pela eSB. Atribuiu o resultado a uma série de fatores, tais como inserção tardia das eSB na SF, dificuldades de integração com a equipe e paradigma biomédico nos processos de formação. Propõe alinhamento das instituições de ensino com o sistema de saúde e maior reflexão das práticas pelos profissionais através de educação permanente (DE-CARLI e col., 2015).

De acordo com Bizerril (2015) as visitas domiciliares deveriam ser incorporadas nas atividades cotidianas das eSB, a fim de propiciar uma maior humanização da atenção e o estabelecimento de vínculos mais efetivos com a comunidade. Porém, o simples fato de ir no domicílio não quer dizer que tenha ocorrido um cuidado humanizado, pois depende da forma como o profissional reage nesse encontro. Mendes e Oliveira (2007) apud Augusto; Silva (2012) destacaram que a visita domiciliar proporcionará um atendimento humanizado se o profissional que executa este trabalho puder enxergar não somente um corpo a ser cuidado, mas um ser humano com diferenças e influenciado pelo meio que vive. Sendo assim, Scherer e Scherer (2015) identificaram como crucial dar centralidade para o paciente nas formas de cuidado.

O trabalho de Cavalcante (2016), mostra a vivência de estudantes de odontologia no território, através da integração ensino serviço, no município de Sobral/CE. Foi observado que as visitas domiciliares eram priorizadas por enfermeiros e ACS. Com o objetivo de auxiliar no planejamento e execução da atenção domiciliar, foi elaborado um protocolo em saúde bucal para pacientes restritos ao lar. Tal instrumento possui boa capacidade de aplicação pelas equipes e contempla aspectos de saúde geral, saúde bucal, histórico da assistência odontológica, condições clínicas de saúde bucal, ações de educação em saúde, necessidade de intervenções no domicílio e/ou UBS pela eSB e encaminhamento para atenção secundária. As visitas planejadas e com a visão integral do sujeito permitiu qualificar o serviço e contribuiu para melhoria da saúde do paciente (CAVALCANTE, 2016).

Na mesma linha de planejamento, Kobayashi (2015), avaliou a relação entre risco familiar e condições de saúde bucal. A verificação do risco baseou-se na ficha A do SIAB, presente no cadastro das famílias. Neste estudo, onze CD examinaram as condições de saúde bucal de 1165 pessoas, classificando-as em seis códigos de A à F. Foi constatado associação significativa entre as variáveis de risco familiar e presença da doença cárie com necessidade de tratamento. Desse modo, a escala de risco familiar, elaborada por Coelho e Savassi (SAVASSI e col. 2012) pode ser uma boa ferramenta para estratificar os pacientes com maior necessidade de acompanhamento odontológico (KOBAYASHI e col., 2015).

Embora a AD seja também uma atribuição do CD, Lourenço (2009) constatou ser uma prática com pouca atuação destes profissionais. O autor analisou diversos aspectos sobre as eSB nas unidades de Saúde da Família em 310 municípios do Estado de Minas Gerais. Em relação às visitas domiciliares executadas pelos CDs, 47,8% destes responderam que as faziam sempre que necessário, 16,9%, semanalmente, 7,2% dos cirurgiões-dentistas as realizavam quinzenalmente, 12,9%, a cada dois meses, e 15,1% dos cirurgiões-dentistas nunca as realizavam por falta de tempo. Moraes e col. (2015), também analisaram o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas inseridos na ESF em três municípios do estado do Rio de Janeiro, sendo constatado que as visitas domiciliares eram atividades pouco executadas por estes profissionais.

Prado (2019) apresentou um caso clínico na sua dissertação de mestrado onde a presença do CD no domicílio foi fundamental. Relata o caso de uma pessoa, que após sofrer traumatismo crânio encefálico grave, estava há 18 meses internada e apresentava quadro de infecções recorrentes e febre intermitente. Vários antibióticos foram administrados, porém a febre não cessava. Estava sendo tratada também uma lesão em lábio inferior com nistatina, mas nenhuma avaliação com cirurgião dentista tinha sido realizada durante o período da internação. Foi encaminhado para SAD, onde recebeu visitas de uma equipe multiprofissional incluindo cirurgião dentista. Nesse dia foi realizada avaliação, anamnese e exame clínico, onde foi constatado ser um trauma crônico dentário a causa da lesão no lábio. A equipe discutiu e planejou o caso para, após, realizar todos os procedimentos odontológicos necessários em domicílio. Foi alcançado a regressão total da lesão após tratamento concluído, confirmando a necessidade de incluir o profissional da odontologia no cuidado domiciliar e hospitalar. Esse caso demonstra que a ausência de saúde bucal pode provocar a piora da saúde geral do indivíduo.

Nessa linha, Assis e Jesus (2012) observa um desequilíbrio entre demanda e oferta, caracterizando a mesma como insuficiente para o atendimento de uma população que sempre teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. Apesar dos avanços e melhorias de acesso aos serviços odontológicos pela PNSB, observa-se a necessidade de reorganização das práticas vigentes no sentido de minimizar as barreiras de acesso, sobretudo através de ações que alcancem as populações mais vulneráveis (DAMASCENO; CRUZ; BARROS, 2021).

A literatura traz limitações e potencialidades para que a eSB desenvolva as atividades nos domicílios, e assim, promova o acesso aos usuários que não conseguem se deslocar até a unidade. Torna-se importante avaliar as atividades de atenção domiciliar praticadas e o contexto em que cada profissional está inserido.

3.4 Aspectos sobre avaliação em saúde

Inúmeras são as definições para a avaliação em saúde, Contandriopoulos (1997) define como a aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção, através de um instrumento que valide as informações sobre a mesma, com o objetivo de identificar situações que podem ser corrigidas, auxiliando na tomada de decisão dos atores envolvidos (HARTZ, 1997).

A avaliação é uma atividade antiga e está presente no dia a dia. No Brasil, a avaliação dos serviços de saúde começou a evoluir a partir do movimento sanitário nos anos 70 (HARTZ, 1997). Porém, foi nos anos 90 que ela foi validada através de políticas públicas através da lei 8080/90 e 8142/90. A base legal para avaliação do serviço surge com a lei 8080/90 onde transfere para os gestores municipais, estaduais e federal a responsabilidade pelo controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). A lei 8142/90 atribui aos conselhos de saúde o poder deliberativo para formulação de estratégias, controle e execução das políticas públicas (BRASIL, 1990). De acordo também com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), para que os gestores façam o controle e avaliação do SUS, é preciso que tenham o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde, bem como o acompanhamento dos serviços prestados.

Existem vários modelos que procuram avaliar a qualidade, motivo pelo qual cabe reforçar que a avaliação é o julgamento entre o encontrado e o almejado, sendo que o objeto de avaliação pode ser abordado sob diferentes aspectos.

O modelo de Donabedian, baseado na teoria dos sistemas, considera os elementos de estrutura, processo e de resultado, tendo como foco de análise dos serviços de saúde e as práticas assistenciais. Demonstra ser imprescindível uma estrutura adequada para se alcançar processos assistenciais e, conseqüentemente, resultados em saúde satisfatórios. O autor estabeleceu um marco na história da avaliação, propondo sete pilares de qualidade, os quais são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1997).

Starfield (2002) propôs um modelo para avaliar os serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde baseado em Donabedian, a partir de uma perspectiva clínica e populacional. Assim, permitiu confirmar que os sistemas de atenção à saúde com forte orientação para a APS são mais adequados.

Em 2005, os profissionais e gestores da APS no Brasil puderam aderir voluntariamente a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), mais tarde, em 2011, ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que teve fim com a nova política de financiamento do Previner Brasil. No PMAQ existia um instrumento de auto avaliação, AMAQ, semelhante ao AMQ, porém com maior facilidade na reprodução dos resultados, o qual utilizava os conceitos de Donabedian (BRASIL, 2016). A estrutura era avaliada, não somente em relação ao ambiente físico, mas também os insumos, materiais, recursos humanos e equipes. Os processos incluíam a organização do serviço, o saber técnico científico e relações interpessoais. Após a avaliação desses aspectos, uma matriz de intervenção era elaborada pelos profissionais, onde estabeleciam as prioridades de mudanças com o objetivo de produzir melhores resultados.

Uma intervenção pode ser avaliada pela avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. A primeira leva somente em consideração o cumprimento de normas e critérios, a segunda também engloba as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, examinando-a através de um procedimento científico e investigando os fatores que influenciam na intervenção (HARTZ, 1997).

Sobre as técnicas para a avaliação, os dados quantitativos podem não ser suficientes, sendo necessários outros dados que aprofundem o conhecimento do objeto e permitam uma avaliação mais abrangente (TANAKA; MELO, 2001). O interesse pela pesquisa qualitativa vem crescendo ao longo das últimas décadas, mostrando sua relevância no estudo das relações

sociais (FLICK, 2008). A mesma pode revelar aspectos da realidade não quantificados, tendo foco na compreensão e interpretação dos fatos (MINAYO, 2009). As pesquisas qualitativas demandam descrições, compreensões, interpretações e análises de informações, fatos e evidências (MARTINS; TEÓFILO, 2016). Vai ao encontro das experiências, dando espaço para as particularidades (GIBBS, 2009). Gil (2017) expõe que o objetivo da pesquisa descritiva é descrever as características de determinada população ou fenômeno. Para tanto, a fim de conferir a objetividade do estudo, a opinião do pesquisador e entrevistador não é considerada na descrição dessas práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana (FLICK, 2008).

A pesquisa avaliativa de base qualitativa tem importante contribuição para auxiliar o julgamento de atores que estão em situação de influenciar a tomada de decisão, pois utiliza métodos rigorosos e com elevado grau de comprometimento para prover informações compreensíveis e adequadas da realidade (DESLANDES, 2015).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as atividades de atenção domiciliar dos cirurgiões dentistas das Unidades de Saúde da Família do município de Rio Grande, RS antes e durante a pandemia Covid-19.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características estruturais e atividades do cirurgião dentista na ESF antes e durante a pandemia.
- Verificar o quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais de nível superior nas Unidades de Saúde da Família com Saúde Bucal, antes e durante a pandemia.
- Conhecer a opinião dos cirurgiões dentistas sobre atenção domiciliar na ESF.
- Verificar a realização de atenção no domicílio pelos cirurgiões dentistas da ESF antes e durante a pandemia.
- Identificar as facilidades e dificuldades que permeiam a prática da atenção domiciliar odontológica antes e durante a pandemia.

5 PRESSUPOSTO

O estudo parte do pressuposto de que as atividades dos cirurgiões dentistas nos domicílios não estão consolidadas na atenção primária à saúde em Rio Grande e a demanda por procedimentos curativos e alto número de pessoas cadastradas nos serviços dificultam a organização de atividades no ambiente domiciliar.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo

O estudo é classificado como uma pesquisa descritiva avaliativa com abordagem qualitativa, pois busca compreender o contexto em que os fenômenos ocorrem, e assim, descrever o comportamento dos sujeitos inseridos nesse cenário. Deslandes (2015) defende que a avaliação é exercício de produzir uma “compreensão assistida” dos problemas de uma dada situação, dos sentidos dados pelos envolvidos, apoiando as decisões e mudanças.

6.2 Local do estudo

O presente estudo será realizado no município do Rio Grande, localizado no litoral sul do Rio Grande do Sul, a 317 Km de Porto Alegre, capital do estado, limita ao norte com o município de Pelotas; ao sul, com o município de Santa Vitória do Palmar; a leste, com o oceano Atlântico; a oeste, com os municípios de Capão do Leão e Arroio Grande. A cidade possui uma população de 211965 habitantes (IBGE 2020). A economia do município tem como principal atividade a portuária. O município tem uma extensão territorial de aproximadamente 2817,48km². Na região predomina o clima subtropical ou temperado, com forte influência oceânica.

Para o atendimento da população o município conta com 33 unidades de saúde, das quais 30 unidades Saúde da Família com 49 equipes de Saúde da Família (78,3% de cobertura populacional), 1 equipe de saúde prisional com equipe de Saúde Bucal. Existe um centro de saúde 24h e dois mistos ESF/24h. Há também dois hospitais e duas UPAs (modalidades III e II). O município conta com 16 equipes de saúde bucal, que desempenham ações de promoção, prevenção e reabilitação, na área urbana e rural e uma unidade móvel, a qual no momento, devido a pandemia em curso, está sendo utilizada para testes PCR Covid-19 no interior.

6.3 Definição do desfecho

Neste estudo, a AD se refere a toda prática de atenção à saúde realizada por cirurgiões dentistas no domicílio, incluindo as atividades de caráter preventivo, de promoção da saúde e reabilitação e diagnóstico conforme apresentado na Figura 1.

| Ações odontológicas na Atenção Domiciliar conforme Miranda (2018): | |
|--|--|
| Atividades de prevenção | Educação em saúde (doenças bucais, alimentação, etc.) e orientações sobre higienização bucal (para o usuário e/ou cuidador). |
| Atividades de promoção | Atuação interdisciplinar visando a saúde geral do indivíduo |
| Atividades de reabilitação | Tratamento de abscessos, exodontia de restos radiculares e de dentes com mobilidade, biópsia, pequenas cirurgias em tecido mole, selamento de cavidades, raspagem coronária e radicular. |
| Diagnóstico | Lesões em lábio ou mucosa oral |

Figura 1 – Ações odontológicas nas Atenção Domiciliar de acordo com Miranda, 2018.

6.4 Período da coleta de dados

A coleta de dados será realizada nos meses de novembro e dezembro de 2021 após autorização do Comitê de Ética.

6.5 Participantes do Estudo

A seleção dos participantes será de forma intencional e motivada pelo acesso às informações necessárias para o alcance do objetivo do estudo. Serão incluídos cirurgiões dentistas que trabalham na ESF do município, concursados, que concordem em participar e que assinem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Os cirurgiões dentistas em contrato temporário, cargos de gestão e licença maternidade ou de saúde serão excluídos. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, o número de participantes elegíveis para a pesquisa serão doze.

6.6 Logística da Coleta de dados

Previamente, será solicitado à gestão da Secretaria Municipal de Saúde uma lista com os nomes dos CD, unidades que atuam e telefone. O convite para participar da pesquisa, bem como esclarecimentos sobre a mesma, será feito por ligação para os locais de trabalho dos possíveis participantes. Nesse momento o pesquisador irá pedir o endereço eletrônico dos mesmos, para enviar o convite com os esclarecimentos da pesquisa por e-mail. Caso a resposta seja afirmativa, será acordado dia e horário para a realização da entrevista. Será oferecido a forma de encontro presencial e por vídeo, ficando a critério do participante a escolha. Ressalta-se que todos os cirurgiões dentistas estão vacinados para Covid-19, bem como todas as formas de controle - distanciamento mínimo de 1,5m, uso de máscara e higienização das mãos e superfícies - serão atendidas, caso a escolha seja pela modalidade presencial.

Os dados da pesquisa serão obtidos através de entrevistas em profundidade, o que possibilita o protagonismo do participante e a obtenção de respostas mais espontâneas diante da interação entre o entrevistado e entrevistador. Permite captar informações de ângulos diferentes tanto do contexto, como sobre o fenômeno investigado, o que facilita a compreensão e análise dos dados (MOREÍ, 2015). Será a fase do trabalho de campo, onde o pesquisador irá conhecer a realidade (MINAYO, 2011).

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora e terão a duração média estimada de 30 minutos. Caso necessário, a pesquisadora poderá marcar mais de uma entrevista, respeitando a disponibilidade e desejo dos participantes.

Nos encontros presenciais, o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (Anexo A) será entregue no dia estipulado para entrevista. Para as entrevistas *on line*, o termo será enviado anteriormente para a unidade do CD, via protocolo. O TCLE inclui os objetivos, informações sobre preservação do sigilo, isenção de despesas ou recompensas e consentimento voluntário para participar da pesquisa, dando a opção de aceitar ou não participar do estudo. Para que seja preservado o anonimato, os sujeitos serão identificados por códigos (CD1, CD2...) até abranger a totalidade dos participantes. As entrevistas serão registradas por meio do aplicativo “gravador de voz fácil” ou pela gravação do vídeo na modalidade on-line, após a autorização mediante a assinatura do TCLE.

O quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de nível superior (Cirurgião – Dentista, médico e enfermeiro) será verificado no sistema G-MUS. O total de VD nos anos de 2018.

6.7 Instrumentos

6.7.1 Roteiro Guia (Anexo 2): É composto por perguntas abertas e questões reflexivas e problematizadoras, permitindo que o entrevistado possa ter mais liberdade sobre o tema, sem sair do foco da investigação (MINAYO, 2011; MORÉ, 2015).

Moré (2015) indica que seja realizado um estudo de sensibilização, no intuito de que a entrevista provoque narrativas que respondam ao objetivo geral e aos específicos da pesquisa. Para tanto, será realizado um teste de sensibilização com cirurgiões dentistas da Saúde da Família no município de Pelotas, dessa maneira o roteiro guia pode ser adaptado se for necessário.

6.7.2 Notas de Campo: É uma ferramenta que permite sistematizar as experiências para posterior analisar os resultados. Em outras palavras, são anotações no ambiente da pesquisa que procuram identificar o que não é dito, ou seja, envolve processos interpretativos e de produção de sentido. Podem ser feitas anotações das características do local e das condições da entrevista, como interferências, ruídos, gestos e percepções dos sentimentos do entrevistado (GIBBS, 2009).

6.8 Estratégia de análise de dados

Será utilizada como referência, para análise de conteúdo, o conjunto de técnicas de análise de comunicações de Bardin (2016), o qual estabelece procedimentos metodológicos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens. Tem como objetivo inferir, ou seja, deduzir de maneira lógica, conhecimentos sobre o emissor do discurso ou sobre seu contexto (BARDIN, 2016).

Na etapa inicial, as entrevistas serão transcritas com auxílio do aplicativo de reconhecimento automático de voz e transformação em texto “*Speechlogger*” (REF), será realizado a revisão do texto para corrigir possíveis erros e complementar as falas, caso seja necessário. Assim, o texto produzido a partir das transcrições constituirá o corpus da pesquisa.

A análise de conteúdo de Bardin possui três fases distintas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na primeira fase, será

realizado a organização do material e a leitura flutuante para conhecer o conteúdo. As primeiras impressões de cada entrevista serão anotadas com o objetivo de sistematizar as ideias. A segunda fase será a exploração do material, com a codificação, decomposição e posterior categorização dos dados. A codificação é o processo pelo qual os dados são agregados em unidades com códigos que representem o conteúdo. Para facilitar esse processo, os segmentos de texto receberão marcação colorimétrica de acordo com o sentido, recebendo um código que o represente. Um quadro analítico será confeccionado com as unidades de texto, subcategorias e categorias. Dessa forma, a análise em questão corresponderá a análise categorial ou temática. A terceira etapa consistirá no tratamento dos resultados e interpretações, para tal será necessário resumir as características descritas, inferir e interpretar os significados destas características (BARDIN, 2016). Segundo Bardin (1977), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, seguindo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1977, p.105).

O presente estudo contará com apoio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) Trata-se de um programa informático gratuito, que se ancora no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais. O IRAMUTEQ possibilita os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras. (CAMARGO;JUSTO, 2013)

Vosgerau (2016) revela que essa associação, de análise de conteúdo aos ciclos de codificação aplicando um software, potencializa a criatividade dos pesquisadores, permitindo novas possibilidades através da articulação de diferentes formas de codificação. Porém, os autores salientam que esse recurso não exclui a necessidade de aprofundamento metodológico que o autor deve ter para garantir a qualidade e o rigor da pesquisa (VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016).

6.9 Aspectos éticos

O estudo será enviado para o Núcleo Municipal de Educação em saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria Municipal da Saúde de Rio Grande, responsável por avaliar e liberar projetos de pesquisa. Após o parecer favorável do município, o projeto será submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade

Federal de Pelotas (UFPel). Na sua execução serão resguardadas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016), como também as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). O trabalho de campo da pesquisa será iniciado após a aprovação do CEP. Só participarão do estudo os CD que concordem e assinem o TCLE (Anexo A).

7 CRONOGRAMA

As atividades de pesquisa iniciaram em junho e agosto com a elaboração do Projeto e a finalização está prevista para agosto de 2022, conforme observado na Figura 2.

| Atividades | Ano/Meses | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|--------|
| | jun/20-ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | jan/22 | fev/22 | mar/22 | abr/22 | mai/22 | jun-jul/22 | ago/22 |
| Elaboração do projeto | | | | | | | | | | | | |
| Envio ao Comitê de Ética | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados (condicionada a aprovação no CEP) | | | | | | | | | | | | |
| Análise de dados | | | | | | | | | | | | |
| Redação da dissertação, relatório e artigos | | | | | | | | | | | | |
| Defesa | | | | | | | | | | | | |

Figura 2 – Etapas da pesquisa e respectivas datas de elaboração. Pelotas, 2021.

8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do projeto serão divulgados mediante:

- Trabalho de Conclusão de Mestrado, conforme normas do programa de Mestrado Profissional em saúde da família;
- Artigos científicos a serem publicados em revistas nacionais;
- Apresentação de um relatório com os dados à gestão da Secretaria Municipal de Saúde, coordenação de saúde bucal;
- Apresentação dos resultados às equipes de saúde bucal e de saúde da família do município.
- Divulgação do estudo em eventos científicos.

9 ORÇAMENTO/ FINANCIAMENTO

O orçamento incluiu a descrição dos materiais de consumo e estão descritos na Figura 3.

| Material | Quantidade | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---|-------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <i>Material de consumo</i> | | | |
| Tinta para impressora (Kit com 4 cores) | 1 | 90,00 | 90,00 |
| Folhas A4 | 2 Pacotes | 20,00 | 40,00 |
| Computador | 1 | 4.000,00 | 4.000,00 |
| Impressora | 1 | 1.000,00 | 1.000,00 |
| Total | - | - | 5.130,00 |

Figura 3 – Orçamento do projeto de pesquisa. Pelotas, 2021

Recursos serão financiados pela própria pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, AM; GUIMARÃES, AMAN; COSTA, DM; MACHADO, LC; GOIS, CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 165–175, 2014.

AQUILANTE, AG; ACIOLE, GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239–248, 2015.

ASSIS, MMA; DE JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

AUGUSTO, F; SILVA, G. “A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BALDANI, MH; BRITTOI, WH; LAWDERI, JAC; MENDESI, YBE; SILVAI, FFM; ANTUNES, JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 150–162, 2010.

BARBARA STARFIELD. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BIZERRIL, DO; SALDANHA, KGH; SILVA, JP; ALMEIDA, JRS; ALMEIDA, MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev Bra Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1–8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004.

BRASIL, Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003 – Resultados Principais**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - Relatório Final. Brasília, DF, 1986. p. 1–11.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal- Relatório Final**. Brasília, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 267** de 06 de março de 2001. Dispõe sobre as normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Relatório final. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. AMAQ**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 180 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436-** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 648 GM/** 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Presidência de República. Diário Oficial da União. **Lei 8142**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter governamentais de recursos financeiros na saúde e da outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Presidência de República. Diário Oficial da União. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 02 jul. 2021.

CÂMARA, RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais : **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CAMARGO, B; JUSTO, AM. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análises de Dados Textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n.2, p.513-518, 2013.

CARVALHO, RLL. **A efetivação da odontologia na estratégia de saúde da família em Inimutaba/MG: ênfase na integralidade e multidisciplinaridade de ações.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4375>. Acesso em: 8 fev. 2021.

CASTRO, CP; CAMPOS, G.W.S. Apoio institucional Paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trab. Educ.saúde**, v. 21, n. 1, p. 29–50, 2014.

CHAVES, SCL; ALMEIDA, AMFL; ROSSI, TRA; DE SANTANA, SF; DE BARROS, SG; SANTOS, CML. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; DENIS, JL; PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, ZMA. Org. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas /organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.

DAMASCENO, KSM; CRUZ, DN; BARROS, SG. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

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 em Debate**, v. 39, n. 105, p. 441–450, 2015.

DE MORAES, LB; KLIGERMAN, DC; COHEN, SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 25, n. 1, p. 171–186, 2015.

DESLANDES, SF. **Revisando as metodologias qualitativas nas pesquisas de avaliação: vertentes, contribuições e desafios.** In: BAPTISTA, TWF; AZEVEDO, CS; MACHADO, CV. Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **Arch Pathol Lab Med**, v. 121, n. 11, p. 1145–1150, 1997.

FERRAZ, GA; Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, p. 302–314, 2016.

FERREIRA, EB; ABREU, TQ; FIGUEIREDO, AEO. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. **Revista Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 37–42, 2011.

FRAZÃO, PN; NARVAI, PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde debate**, v. 33, n. 81, p. 64–71, 2009.

GIBBS, G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GROSSI, JB. **A análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte a partir de casos traçadores.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, 2016.

KOBAYASHI, HM; PEREIRA, AC; MENEGHIM, MC; FERREIRA, RI; AMBROSANO, GMB. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 2, p. 85–91, 2015.

LOURENÇO, EC; SILVA, ACB; MENEGHIN, MC; PEREIRA, AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1367–1377, 2009.

MACIEL, JAC; ALMEIDA, AS; MENEZES, AKA; OLIVEIRA FILHO, IL; TEIXEIRA, AKM; CASTRO-SILVA, II; VASCONCELOS, MIO; FARIAS, MR. Quando a saúde bucal bate à porta : protocolo para a atenção domiciliar em Odontologia. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 5, p. 614–620, 2016.

MEDEIROS, JBG; FILHO, HMW; SOUZA, LSB; SANTOS, LM; LUCENA, EES. Atenção domiciliar em saúde bucal – um estudo piloto. **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, 2019, p. 1-6.

MENDES, EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533–552, 1986.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; GOMES, R. **Pesquisas Social - Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOIMAZ, S. A. S.; SANTOS, L. F. P.; SALIBA, T. A.; SALIBA, N. A.; SALIBA, O. Vigilância em saúde: fluoretação das águas de abastecimento público em 40 municípios do estado de São Paulo, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2653–2662, 2020.

MORÉ, CLOO. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa, CIAIQ2015 - Atas do CIAIQ 2015, v. 3: Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais, p.126-131.

MOTA, R. M.; OLIVEIRA, A. C. N.; HEIMER, M. V. Políticas públicas de saúde bucal para crianças: perspectiva histórica, estado da arte e desafios futuros. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. 1–30, 2020.

NASCIMENTO, AC; MOYSÉS, ST; WERNECK, RI; GABARDO, MCL; MOYSÉS, SJ. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: A cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **BMJ Open**, v. 9, n. 1, p. 4–6, 2019.

NICKEL, DA; LIMA, FG; DA SILVA, BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 241–246, 2008.

PRADO, IMM. **Atuação da equipe odontológica no serviço de atenção domiciliar: relato de experiência**. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

PUCCA JR., GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243–246, 2006.

RODRIGUES, JS; ROCHA, GCG; FALEIRO, P; COSTA, RVA; FRANCO, EJ; MONTENEGRO, FLB; MIRANDA, AF. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. **Revista Portal de Divulgação**, n.58, Ano IX, p. 31-39, Out/Nov/Dez. 2018.

ROSSI, TRA. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018. 223 p.

SAVASSI, LCM; LOURENÇO, LJ; GONÇALVES, FLC. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi . **J Manag Prim Health Care**. v. 3, n. 2, p. 179–185, 2012.

SAVASSI, LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.

SCHERER, CI; SCHERER, MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 98, 2015.

SILVA, RM; PERES, ACO; CARCERERI, DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2259–2270, 2020.

TANAKA, OY.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente - Um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

THUMÉ, E; FACCHINI, LA; TOMASI, E; VIEIRA, LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1102–1111, 2010.

VOSGERAU, DSAR; POCRIFKA, DH; SIMONIAN, M. Associação entre a técnica de análise de conteúdo e os ciclos de codificação: Possibilidades a partir do software ATLAS.ti. **RISTI - Revista Iberica de Sistemas e Tecnologias de Informacao**, n. 19, p. 93–106, 2016.

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Atenção domiciliar odontológica nas unidades de saúde da família do Rio Grande/RS**. Nesta pesquisa pretendemos compreender as atividades de atenção domiciliar desenvolvidas pelos cirurgiões dentistas do referido município, antes e durante a pandemia. O motivo que nos leva a estudar é a constatação na literatura de grande necessidade de tratamento odontológico nos usuários acamados/domiciliados e a pouca inserção dos CD nessas atividades, embora aponte que mais estudos devem avaliar essa atuação.

A pesquisa foi autorizada pela SMS de Rio Grande e serão adotados os seguintes procedimentos: O Sr. (a), caso aceite participar do estudo, irá participar de uma entrevista guiada por um roteiro, mas que concede liberdade para o participante em levantar outras questões. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem em 20 a 30 minutos do seu tempo e possibilidade de desconforto emocional, mas para diminuir a chance desses riscos acontecerem a entrevista passou previamente por treinamento

A pesquisa contribuirá para reflexão sobre o processo de trabalho, servindo de instrumento para o aumento da participação da odontologia na inclusão das pessoas com necessidade de cuidado domiciliar. Um relatório será enviado à gestão, com a perspectiva de que as dificuldades apontadas possam ser amenizadas com apoio desta. Por conseguinte, ocorra a qualificação das práticas em saúde bucal no contexto da atenção domiciliar na ESF, permitindo equidade no acesso e continuidade no cuidado.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no município, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde) e as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **Atenção domiciliar odontológica nas unidades de saúde da família do Rio Grande/RS**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio Grande, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Lisandra dos Passos Pereira
Endereço: Major Carlos Pinto, 534/201, CEP: 96211020/ Rio Grande/RS
Fone: (53) 984735559 E-mail: Lisandra.passos@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

CEP:

Fone: (53)32844960 / E-mail: cep.famed@gmail.com

ANEXO B. Roteiro guia para as entrevistas em profundidade

CD n° _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Genêro: _____

- 1) Conte um pouco sobre sua formação (local da graduação, tempo de formado, pós-graduação, tempo que trabalha na ESF e na unidade atual, atua também em consultório privado)
- 2) Fale sobre o que você entende por atenção domiciliar na ESF.
- 3) Você teve na graduação experiência teórica e/ou prática em atenção domiciliar no serviço público? Gostaria de falar sobre a experiência.
- 4) Fale sobre seu trabalho (número de usuários que a eSB é responsável, participam de educação permanente, como é a relação com a equipe, quais as atividades desempenhadas, acredita que ainda permanece o trabalho da odonto centrado em procedimentos?)
- 5) Você conhece os usuários que necessitam AD do seu território? Como são identificadas as demandas de VD? Antes e durante a pandemia
- 6) Fale sobre atenção domiciliar da odonto (planejamento, objetivos, classificação de risco/frequência, avaliação). Como você acompanha os usuários que necessitam de atenção domiciliar?
- 7) Utiliza algum instrumento para registrar as condutas e os retornos necessários?
- 8) Você considera que um modelo para registro das VD, evolução do tratamento e acompanhamento dos usuários ajudariam a organizar os atendimentos domiciliares? De que forma ajudaria?
- 9) Quais as limitações existem para a realização da atenção domiciliar odontológica ser mais rotineira?
- 10) Me fale sobre os instrumentos e materiais que estão disponíveis para realizar atendimento domiciliar?
- 11) Quais procedimentos você considera que podem ser realizados no domicílio? Existe algum item que poderia auxiliar na qualidade do atendimento?
- 12) Comente alguma VD que tenha lhe impactado/marcado?
- 13) Quais os fatores que facilitam seu trabalho na AD?
- 14) Quais fatores que dificultam seu trabalho na AD?
- 15) Gostaria de acrescentar algo sobre o que acabamos de conversar?

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PROJETO

O presente relatório retrata a trajetória de elaboração da dissertação intitulada “Atenção Domiciliar Odontológica nas unidades de saúde da família do Rio Grande/RS”. O trabalho é requisito para a conclusão do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família (PROFSaúde), vinculado à Universidade Federal de Pelotas. Após a qualificação algumas alterações nos objetivos foram feitas para melhor expressar o que o estudo almejava responder. Dessa forma, o objetivo geral passou a ser “analisar” as atividades de atenção domiciliar dos cirurgiões dentistas das Unidades de Saúde da Família do município de Rio Grande/RS. Os objetivos específicos passaram a ser conhecer o “entendimento” dos CD sobre AD, “investigar” as condições estruturais e de processo de trabalho e identificar as facilidades e dificuldades que permeiam a prática da atenção domiciliar odontológica. O primeiro objetivo específico foi reformulado, sendo que o termo “opinião” foi substituído por “entendimento”, visto se tratar mais do que uma opinião. No segundo, o termo “descrever” foi substituído por “investigar”, pois a ideia é desvendar as condições existente.

O projeto foi enviado à Plataforma Brasil em outubro de 2021 e, no mês seguinte, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) emitiu o parecer com pendências em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após as correções, o projeto foi aprovado em dezembro pelo CEP da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), registrado com o número 53624621.0.0000.5317 em 2021. No mesmo mês foi enviado ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) Rio Grande e liberado rapidamente. Para a realização do pré-teste com CD da SF de Pelotas foi necessário o envio do projeto para NUMESC Pelotas, sendo que esse processo demorou mais. Em fevereiro foram realizadas três entrevistas pré-teste, as quais foram essenciais para aprimorar o roteiro de questões elaborado pela pesquisadora. Em decorrência do atraso das liberações, as etapas não seguiram as datas estabelecidas no cronograma do projeto.

A pesquisa teve como campo as unidades de saúde da família do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, com equipes de saúde bucal. Foram elegíveis os cirurgiões dentistas concursados que iniciaram a trabalhar nas equipes da ESF antes da pandemia Covid-19. Estavam em atividade no momento da coleta de dados um total de 16 CD e destes 12 participaram da pesquisa, os demais não atenderam aos critérios de inclusão.

Foi realizado uma reunião com todos os participantes selecionados no dia 06 de abril de 2022. O convite para participação do estudo foi precedido de uma explanação sobre os objetivos, relevância, desenvolvimento, riscos e benefícios da pesquisa, e solicitação para gravação de vídeo durante a entrevista. Na concordância em participar do estudo, foram entregues e assinadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com a finalidade de anonimato, os participantes foram identificados por números. A coleta de dados ocorreu por meio de encontros virtuais, via *Google Meet*, entre abril e maio de 2022. No dia 11 de abril foi realizada a entrevista com o CD 1 com 32'39" de duração e com o CD 2 com 37'45" de duração. No dia 18 de abril foram feitas as entrevistas com CD 3, 4 e 5 com tempos de duração de 34'57", 51'20" e 24'06", respectivamente. No dia 25 de abril, a entrevista com CD 6 durou 28'30" e com o CD 7 20'25". No dia 26 de abril foi realizada a entrevista com o CD 8 com duração de 51'23". As entrevistas com CD 9 e 10 foram no dia 02 de maio com duração de 30'09" e 24'36", respectivamente. O último dia de entrevistas aconteceu no dia 09 de maio com a entrevista do CD 11 com 33'13" e do CD 12 com 48'33" de duração. As 12 entrevistas realizadas totalizaram 6 horas, 57 minutos e 36 segundos de gravação, as quais foram transcritas pela pesquisadora e resultaram em 75 laudas. Não foi utilizado aplicativo para a transcrição, conforme foi proposto no projeto, pois o mesmo gerou muitos erros, o que acarretaria mais trabalho. Com vistas a obter a validação das transcrições, as entrevistas foram enviadas aos participantes via WhatsApp, tendo sido recebido feedback positivo, no que se refere a fidedignidade do conteúdo, por todos os participantes. Os dados coletados por meio das entrevistas foram analisados mediante a proposta de Análise de Conteúdo Categórica Temática de Laurence Bardin, a qual consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. No projeto foi proposto analisar os dados dessa forma, artesanalmente, como também, utilizando o software IRaMuTeq. Porém, tal ferramenta foi usada somente como representação de alguns achados devido falta de tempo da pesquisadora. A escolha do tipo de análise se baseou no fato de a mesma possuir uma metodologia objetiva e sistemática para o estudo de dados qualitativos, a qual engloba três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A primeira fase compreendeu a leitura flutuante, a qual consistiu na leitura geral das entrevistas transcritas, intercalando com a leitura e observação do vídeo gravado. O material foi preparado, para tanto, foi dividido em 15 blocos com 12 respostas cada, contemplando os questionamentos presentes no roteiro.

Emergiram quatro categorias do conteúdo, sendo que a primeira aborda a compreensão sobre atenção domiciliar na perspectiva dos cirurgiões dentistas. Tal categoria mostrou a visão dos odontólogos, o público alvo que deve receber atendimento no domicílio e como entendem o planejamento. Na segunda categoria foram identificadas as ações que os cirurgiões dentistas consideram importantes na atenção domiciliar: Avaliação das condições clínicas e do ambiente, educação em saúde, assistência odontológica no domicílio ou na unidade de saúde e encaminhamento para a atenção terciária, quando necessário. Na terceira categoria foram abordados os fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica, como alguns problemas estruturais e no processo de trabalho. A quarta categoria incluiu as sugestões de melhorias na estrutura, tais como a aquisição de um equipamento portátil de uso coletivo, a elaboração de um protocolo e atividades de educação permanente. Foi utilizado o Manual de Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde como referencial teórico principal para o entendimento do tema. Os achados revelaram que embora compreendam o papel do CD na AD, os cirurgiões dentistas não conseguem incluí-las como rotina no trabalho. Há uma necessidade de ampliação das práticas de atenção em saúde bucal no contexto da AD, porém torna-se fundamental propiciar condições para tal avanço.

Desse modo, o primeiro produto resultante da pesquisa foi um artigo com todas as informações analisadas. Ademais, um artigo resumido foi elaborado para apresentação no 1º Simpósio Brasileiro de Atenção à Saúde: os desafios na atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual. Ao final da dissertação, gráficos gerados pelo software IRAMUTEQ foram inseridos sem a finalidade de análises detalhadas, mas apenas como uma ilustração de alguns resultados da pesquisa.

ARTIGO:

VISITAS DOMICILIARES ODONTOLÓGICAS: CARACTERÍSTICAS, PERCEPÇÕES E SUGESTÕES DE UM GRUPO DE CIRURGIÕES DENTISTAS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO GRANDE/RS.

Nomes dos autores: Lisandra dos P. Pereira^{1*}, Elaine Thumé², Mabel M. S. Salas³

lisandra.passos@gmail.com

1 PROFSaúde UFPel, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, RS

2 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Pelotas.

3 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender a situação da atenção domiciliar odontológica, na visão dos cirurgiões dentistas, das Unidades de Saúde da Família do município de Rio Grande/RS. Previamente o estudo foi aprovado pelo Comitê de ética (parecer 53624621.0.0000.5317). Para tanto, foi utilizado a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com doze cirurgiões dentistas inseridos na Saúde da Família do município de Rio Grande, RS. Destes participantes, 8 eram do sexo feminino, a idade variou de 35 a 47 anos e a maioria possuía pós-graduação em saúde pública ou saúde da família. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2022, de forma virtual fazendo o uso do *Google Meet*. Para a análise dos dados foi utilizada a análise do conteúdo categorial temática de Bardin, da qual emergiram quatro categorias: 1) Compreensão sobre atenção domiciliar na perspectiva dos Cirurgiões Dentistas: Tal categoria mostra a visão dos Cirurgiões Dentistas, o público alvo que deve receber Atenção Domiciliar e como entendem o planejamento. 2) Ações identificadas pelos Cirurgiões Dentistas como importantes na Atenção Domiciliar: Avaliação das condições clínicas e do ambiente, educação em saúde e ações curativas no domicílio ou na unidade de saúde 3) Fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica, que incluíram a alta demanda por atendimentos e ausência de protocolos e planilhas e 4) Sugestões de melhorias na estrutura, tais como a aquisição de um equipamento portátil de uso coletivo, e

no processo de trabalho, com destaque para a elaboração de um protocolo e atividades de educação permanente. Os achados revelaram que os Cirurgiões Dentistas, embora compreendam o tema e saibam as ações que devam ser realizadas, não conseguem incluí-las como rotina no trabalho. Há uma necessidade de que as práticas de atenção em saúde bucal no domicílio sejam ampliadas para que este espaço seja conquistado, porém torna-se fundamental propiciar condições para tal avanço. O estudo revelou que ainda persistem muitas dificuldades em alcançar o cenário ideal no contexto da atenção domiciliar odontológica. Por fim, espera-se que as informações agregadas, a partir das narrativas, possam apoiar na organização do processo de trabalho do CD e assim, incluir a atenção em saúde bucal aos pacientes que não acessam a unidade

Palavras Chaves: Atenção Domiciliar, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde¹ e sua abrangência e qualidade podem ser avaliadas pela efetivação dos seus atributos, que entre eles estão: integralidade, acesso e longitudinalidade.² A APS tem como modelo preferencial de organização do serviço a Estratégia de Saúde da Família (ESF)³, onde a prática de visita domiciliar favorece a maior presença e extensão dos atributos, principalmente, o acesso e longitudinalidade, devido a maior vinculação dos usuários aos serviços e reconhecimento da população adscrita.⁴

O Ministério da Saúde define Atenção Domiciliar (AD) como modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência das outras categorias que engloba como o atendimento, visita e internação domiciliar.⁵ Desde 2004, o paradigma da odontologia ser uma área de atuação restrita a procedimentos vem sendo desconstruído, visto que a atuação das equipes de saúde bucal (eSB) no território é uma atribuição prevista nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e na Política Nacional de Atenção Básica, portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.^{6,7}

Nesse sentido, as visitas domiciliares realizadas pelas eSB possuem um papel importante na transformação das práticas de saúde, pois permitem que o cuidado chegue a quem precisa, ou seja, alcançam a equidade no acesso ao serviço de saúde.⁸

Há na literatura estudos que avaliaram as condições de saúde bucal de pessoas acamadas, evidenciando higiene bucal insatisfatória e grande necessidade de tratamento, principalmente por doença periodontal.^{9,10,11} Alguns estudos demonstraram que as visitas domiciliares ainda não fazem parte da agenda programática da maioria dos cirurgiões dentistas (CD), deixando os usuários, que não possuem condições, físicas ou mentais, de acessar a unidade de saúde, sem receber a atenção e cuidado adequado.^{11,12,13} Araújo (2006)¹⁴ realizou um estudo qualitativo a fim de caracterizar o perfil de atuação dos CD inseridos na SF, tendo na época constatado que as Visitas Domiciliares (VD) eram pouco executadas, sendo uma reprodução de atividades fragmentadas e isoladas. Assim, esse estudo tem por objetivo captar as características do processo de trabalho na AD odontológica, as dificuldades percebidas pelos CD e sugestões para a melhor atuação no território. Espera-se que estes achados possam propiciar uma reflexão das práticas e, posterior, transformação.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com base nos serviços de atenção primária à saúde com implantação da ESF do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, com equipes de saúde bucal. Atualmente, das 42 equipes na ESF, 17 contam com eSB, sendo que as demais unidades recebem a unidade móvel, com cronograma disponibilizados a cada mês para planejamento das equipes.

Foram elegíveis os cirurgiões dentistas concursados que iniciaram a trabalhar nas equipes da ESF antes da pandemia Covid-19. Estavam em atividade no momento da coleta de dados um total de 16 CD e, destes 12 participaram da pesquisa. Os demais não atenderam aos critérios de inclusão, pois foram nomeados durante a pandemia.

Como desenho metodológico foi utilizado a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com roteiro guia como técnica de construção dos dados.¹⁵ Tal roteiro contemplou primeiramente os dados para caracterizar os respondentes, como sexo e data de nascimento. O roteiro guia das entrevistas foi desenvolvido e discutido previamente de forma a permitir conhecer a situação da atenção domiciliar odontológica no município, a percepção

do CD sobre a atenção e visita domiciliar, as atividades realizadas nas VD, assim como a identificação dos potencializadores e dificultadores relacionados ao desenvolvimento das visitas domiciliares odontológicas. O guia final da entrevista pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1. Roteiro guia da entrevista

| Temas | Questões guias |
|------------------------------|--|
| Formação profissional | Conte sobre sua formação até os dias de hoje. |
| Compreensão sobre a AD | <p>Fale sobre o que você entende por atenção domiciliar na ESF.</p> <p>Você teve na graduação experiência teórica e/ou prática em atenção domiciliar no serviço público? Gostaria de falar sobre a experiência.</p> <p>Fale sobre seu trabalho (número de usuários que a equipe de Saúde Bucal é responsável, participam de educação permanente, como é a relação com a equipe, quais as atividades desempenhadas, acredita que ainda permanece o trabalho da odonto centrado em procedimentos?)</p> |
| Atividades realizadas nas VD | <p>Você conhece os usuários que necessitam AD do seu território? Como são identificadas as demandas de VD? Antes e durante a pandemia</p> <p>Fale sobre atenção domiciliar da odonto (planejamento, objetivos, classificação de risco/ frequência, avaliação). Como você acompanha os usuários que necessitam de atenção domiciliar?</p> <p>Utiliza algum instrumento para registrar as condutas e os retornos necessários?</p> <p>Você considera que um modelo para registro das VD, evolução do tratamento e acompanhamento dos usuários</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | ajudariam a organizar os atendimentos domiciliares? De que forma ajudaria? |
| | Quais as limitações existem para a realização da atenção domiciliar odontológica ser mais rotineira? |
| | Me fale sobre os instrumentos e materiais que estão disponíveis para realizar atendimento domiciliar? |
| | Quais procedimentos você considera que podem ser realizados no domicílio? Existe algum item que poderia auxiliar na qualidade do atendimento? |
| | Comente alguma VD que tenha lhe impactado/marcado? |
| Potencializadores das VD | Quais os fatores que facilitam seu trabalho na AD? |
| Dificultadores das VD | Quais fatores que dificultam seu trabalho na AD? |
| | Gostaria de acrescentar algo sobre o que acabamos de conversar? |

AD=Atenção domiciliar; VD=Visitas domiciliares; ESF=Estratégia de Saúde da Família

Fonte: Pesquisa

O guia (Quadro 1) foi previamente testado mediante entrevistas preliminares com uma população alvo similar não incluída na população de estudo, sendo produto de algumas modificações realizadas após a aplicação deste pré- teste. No pré-teste foram realizadas três entrevistas com CDs que trabalham na ESF de um município vizinho, o que permitiu a identificação das questões que geraram dúvidas.

A coleta de dados ocorreu por meio de encontros virtuais, via *Google Meet* (Google LLC, USA), entre abril e maio de 2022, os quais foram agendados conforme a disponibilidade dos participantes. Durante a entrevista, o participante ficou livre para falar sem limite de tempo definido. A pesquisadora orientou a entrevista de forma a manter o assunto do tema proposto. As 12 entrevistas realizadas tiveram uma média de duração de 35 minutos, as quais foram transcritas de forma literal pela pesquisadora, sendo digitadas em arquivo no *Word* e repassadas aos participantes para validação.

Os dados foram analisados mediante a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, a qual consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A escolha desse tipo de análise se baseou no fato de a mesma possuir uma metodologia objetiva e sistemática para o estudo de dados qualitativos, a qual engloba três fases: 1) pré-análise, durante a qual foi feita a leitura geral das entrevistas transcritas, intercalando com a leitura e observação do vídeo gravado. O material foi preparado e dividido em 15 blocos com 12 respostas cada, sendo os objetivos analisados e eleitos aqueles mais representativos; 2) exploração do material, durante a qual foi feita a codificação das entrevistas a partir do recorte dos segmentos de texto em unidades de registro e classificação das informações em categorias temáticas; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁶

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), registrado com o número 53624621.0.0000.5317 em 2021 e respeitou os aspectos contidos nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, bem como e as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Também recebeu liberação do Núcleo municipal de educação em saúde coletiva (NUMESC) Rio Grande para o desenvolvimento do projeto e NUMESC Pelotas para a realização do pré-teste com CD de ESF de Pelotas. Os participantes assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo os 12 cirurgiões dentistas que cumpriram com critérios de elegibilidade. Não houveram recusas ou perdas. O quadro 2 apresenta algumas características demográficas, de formação e atuação profissional dos CD inseridos nas ESF de Rio Grande. Entre os 12 participantes, a maioria eram mulheres (67,0%) entre 41 e 45 anos (50,0%) com pós graduação na saúde da família ou saúde pública (75,0%). Quanto ao tempo de formação variou entre 12 e 26 anos, com uma média de 18 anos. A totalidade dos participantes estudaram na graduação em escola pública, na Universidade Federal de Pelotas. Possuíam pós-graduação em saúde pública ou saúde da família 9 dos participantes. Em relação aos anos trabalhados na saúde da família em Rio Grande, o CD com menos tempo tinha 5 anos e com maior tempo 12 anos.

Quadro 2. Características demográficas, de formação e atuação profissional dos cirurgiões dentistas que formam parte das equipes de saúde da família de Rio Grande, 2022

| Variáveis /Categorias | N | % |
|--|-----------|---------|
| Sexo | 12 | |
| Feminino | 08 | (67,0) |
| Masculino | 04 | (33,0) |
| Idade (anos) | 12 | |
| 35-40 | 3 | (25,0) |
| 41-45 | 6 | (50,0) |
| 46-50 | 3 | (25,0) |
| Tempo formação (anos) | 12 | |
| 10-15 | 4 | (33,33) |
| 16-20 | 5 | (41,66) |
| 21-25 | 2 | (16,66) |
| 26-30 | 1 | (8,33) |
| Período de atuação na Estratégia de Saúde da Família (anos) | 12 | |
| 5-10 | 6 | (50,0) |
| 11-15 | 6 | (50,0) |
| Pós-Graduação | 12 | |
| Saúde da Família ou Saúde Pública | 9 | (75,0) |
| Outra área | 3 | (25,0) |

Após a análise do material emergiram quatro categorias: (1) Compreensão sobre atenção domiciliar na perspectiva dos CD; (2) Ações identificadas pelos CD como importantes na AD; (3) Fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica e (4) Sugestões de melhorias na estrutura e processo de trabalho no âmbito da atenção domiciliar odontológica.

(1) **COMPREENSÃO SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Esta categoria aborda a visão dos CDs sobre a AD odontológica, o público alvo que deve receber atenção domiciliar e como entendem o planejamento da AD conforme quadro 3.

Quadro 3: Categoria e subcategorias

| Categoria 1: Compreensão sobre atenção domiciliar | |
|---|--------------------------|
| 1.1 - Visão sobre AD | |
| 1.2 - Público alvo que deve receber AD | Acamados |
| | Dificuldade de locomoção |
| | Paciente com deficiência |

| | |
|--------------------|--|
| | Sequela de AVC |
| | Cuidados paliativos |
| | Alta hospitalar |
| | Paciente oncológico |
| | Idoso dependente |
| 1.3 – Planejamento | Diagnóstico situacional dos usuários que necessitam AD (Mapeamento) |
| | Acompanhamento: Visitas domiciliares com frequência programada conforme o risco odontológico |
| | Demanda solicitada: VD solicitada pelo usuário, familiar ou por outro profissional da equipe |

1.1 - VISÃO SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR

Em relação a visão sobre a atenção domiciliar odontológica, evidencia-se diante das falas um conflito sobre o que realmente significa atenção domiciliar, visto que muitas vezes o atendimento domiciliar foi citado como termo equivalente.

“É difícil para o dentista. A visita para a equipe, para o médico realizar uma consulta ou até o enfermeiro realizar um procedimento de enfermagem, mas para o dentista precisa de outras coisas que é mais complicado. Não que seja impossível fazer, mas hoje, na nossa realidade é bem difícil”. (D10)

“Acho que nos complica um pouco por causa do tipo de trabalho. A gente fica bem limitado a dar orientações só, de higiene e tal e a respeito da dieta, mas acho que funciona mais a questão domiciliar para outras áreas do que propriamente da nossa área odontológica”. (D11)

Em relação a definição de AD, Silva (2018)¹⁷ esclarece que a atenção domiciliar e assistência domiciliar possuem diversos aspectos em comum, mas a primeira diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência das outras categorias que engloba - atendimento, visita e internação domiciliar.¹⁸ Em algumas falas, a atenção domiciliar foi associada a uma intervenção com procedimentos, reforçando uma visão curativista, porém também foi possível verificar uma visão mais ampliada na perspectiva de facilitar o acesso.

“Eu entendo que atenção domiciliar seja todo cuidado que os profissionais de saúde da família têm com as pessoas que não tem condições de comparecer na unidade”. (D5)

Todo o cuidado aos usuários com limitação funcional deve abranger não somente a assistência odontológica, como também a avaliação de risco e conhecimento da realidade, o diagnóstico, a educação em saúde e, quando necessário, o encaminhamento para tratamento.¹⁹

Porém, mesmo reconhecendo o atributo do acesso, percebeu-se que o CD não consegue desempenhar a integralidade do cuidado, incluindo as questões relacionadas a promoção da saúde: *“Fazíamos bastante visita domiciliar para promoção de saúde, depois foi se perdendo”*. (D3) Para Silva (2020)¹², o modelo estritamente voltado aos atendimentos curativos em consultório odontológico reduzem a realização de uma abordagem comunitária com enfoque na promoção e prevenção em saúde.

Percebe-se que o conhecimento sobre os atributos da APS nos depoimentos dos CD, entretanto há necessidade de mais discussão sobre o tema a fim de que a produção de cuidado na atenção domiciliar odontológica possa ser melhor vivenciada.

“A política ela está escrita, a política nacional de saúde bucal e a política nacional de atenção básica estão inseridas uma na outra. Estão escritas de forma que a gente tem que fazer esse cuidado. Agora, cabe aos profissionais serem sensíveis a esse processo. Assim como cabe também a sensibilização dos gestores e das instituições de ensino começarem a formar, começarem a discutir esse tema”. (D4)

1.2 - PÚBLICO ALVO QUE DEVE RECEBER ATENÇÃO DOMICILIAR

Para Starfield (2002)², a atenção ao primeiro contato envolve o acesso do usuário ao serviço de saúde toda vez que surgir uma necessidade, sendo que uma das características associadas a acessibilidade é a disponibilidade dos profissionais irem no domicílio. A atenção domiciliar deve ser ofertada aos usuários que não acessam a unidade de saúde, sendo que essa percepção estava presente nas falas dos participantes: *“Pacientes que não podem comparecer na unidade”*. (D5)

De fato, os CD entendem que os pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção e /ou acesso devem ser alvo prioritário das visitas domiciliares, como consta no depoimento:

“É voltada, principalmente, para aquelas pessoas que não tem acesso na forma usual do serviço, por problemas de locomoção ou questões de saúde que inviabiliza a vinda a unidade básica de saúde”. (D2)

Quanto aos pacientes acamados, esses são na maioria idosos portadores de diversas patologias, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, doença de Alzheimer e outras doenças relacionadas à idade avançada. Outros usuários que também necessitam acompanhamento no domicílio são aqueles que possuem limitação funcional e/ou doenças graves. Cabe a equipe um cuidado longitudinal para essas pessoas, o qual inclui a supervisão, pelo CD, em relação as principais alterações bucais, que incluem: xerostomia, disgeusia, hipossalivação, estomatites, candidíase, queilite angular, cárie e doenças periodontais.¹¹

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004)⁶ prevê que a AD às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção seja realizada, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário. Essa prática permite que o cuidado chegue nas pessoas que mais precisam, o que favorece o alcance do acesso de forma equânime.⁸

Os CD identificaram alguns grupos que merecem atenção no cuidado domiciliar, entre eles as pessoas com deficiência e com sequelas de AVC.

“O paciente que sai da rede de atenção à saúde ou der alta do hospital. Questões de saúde, que podem envolver “n” problemas, como cuidados paliativos, paciente acamado, paciente com sequela de AVC, paciente portador de necessidades especiais, entre outros”. (D4)

De acordo com o Protocolo de Saúde Bucal de Curitiba é essencial conhecer mais profundamente os usuários com necessidades especiais para que adequações possam ser realizadas de acordo com as peculiaridades existentes. A eSB deve procurar saber sobre diagnóstico, alimentação, medicação e terapias.¹⁹

Os pacientes em cuidados paliativos demandam cuidados com a saúde bucal, como pontuado na narrativa: *“Praticamente 95% dos pacientes em cuidados paliativos que visitei tinham demandas de saúde bucal para serem resolvidas na unidade. Às vezes era triste, porque eram pacientes que a gente fazia vários procedimentos e eles vinham a falecer 2 ou 3 meses depois”. (D12)*

No que se refere aos cuidados paliativos, estes visam proporcionar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares por meio da prevenção e alívio do sofrimento, diante de uma doença terminal. Nesses casos, o cirurgião-dentista da APS pode atuar, integrado com a equipe, aliviando dor e o desconforto, seja através de um atendimento domiciliar ou mesmo na unidade de saúde, quando possível.²⁰

Nesta pesquisa, os CD consideraram também que o acompanhamento domiciliar dos pacientes que receberam alta hospitalar é fundamental:

“Um paciente que foi para UTI Covid, vamos supor, quando ele chega, tu podes ter certeza que ele tem uma demanda odontológica que está sendo negligenciada”. (D12)

“Talvez tivéssemos que fazer uma visita para cada paciente que está nessa situação”. (D12)

Corroborando com a indicação de atendimento ao usuário com diversas comorbidades após alta hospitalar, o Ministério da Saúde orienta que esse cuidado seja ofertado pela APS. Entre os meios para ter o conhecimento da internação está a identificação ativa no território pelo ACS e a orientação aos pacientes e cuidadores para buscarem a unidade após a alta hospitalar.⁵

Os participantes salientaram que o paciente em tratamento oncológico requer um acompanhamento odontológico:

“Às vezes um câncer de boca o tratamento é bem radical, o paciente fica com várias sequelas, várias dificuldades de mastigação, por n fatores, e tu tens que fazer uma abordagem com ele”. (D4)

“...ele veio até a unidade e eu identifiquei, na unidade, um câncer de boca. ... fui visitar ele quando descobri que ele tinha se operado, ele estava com sonda e tudo em casa. Foi uma visita para ver como ele estava...”. (D9)

Gusmão (2022)²⁰ orienta sobre a assistência odontológica aos pacientes com câncer no âmbito da saúde da família, trazendo as adequações bucais prévias ao tratamento oncológico, os principais efeitos colaterais, os momentos para se realizar intervenções odontológicas e os tratamentos adequados para cada efeito indesejado.

O estudo revelou que o Idoso Dependente também deve receber cuidado domiciliar, como consta no relato do participante: *“...idoso que perdeu o seu autocuidado, que vai precisar de um cuidador”*. (D4)

O cuidado domiciliar ao idoso dependente é observado mais comumente, nas áreas com ESF, pela equipe de enfermagem.²¹ O protocolo de saúde bucal de Colombo (2012)²² traz algumas alterações bucais prevalentes neste grupo e que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde bucal, entre elas: Xerostomia; problemas periodontais; alterações das sensações gustativas; queilite angular; algia lingual; hiperplasias, fissuras e úlceras de contato.

Dessa forma, é importante avaliar se estes agravos estão presentes nos idosos dependentes ou semi dependentes. A demanda por esse tipo de AD, além de constar nas Diretrizes da PNSB e no caderno de Atenção Básica nº 17, está assegurada no Estatuto do Idoso.^{17,23,24}

Em relação ao perfil dos usuários que se enquadram como acamados ou com dificuldade de locomoção e requerem a AD odontológica estão: idosos dependentes ou semidependentes; pessoas vítimas de violência urbana e acidentes de transporte terrestre; pacientes com diagnóstico de câncer bucal ou de cabeça e pescoço; pessoas com deficiência mental congênita ou adquirida por diversos motivos, como os sequelados de acidente vascular cerebral (AVC) e pessoas com deficiência física.²⁴ Os pacientes restritos ao lar apresentam impossibilidade de usufruir dos serviços odontológicos da unidade de saúde, o que acarreta condições precárias de saúde oral.²⁵ Essa demanda reprimida se deve ao fato do paciente restrito ao lar e/ou seus cuidadores negligenciarem os cuidados de higiene bucal, tendo em vista um somatório de fatores, tais como dificuldade/desmotivação em realizar a higiene bucal de forma correta, sobrecarga dos cuidadores ou familiares e pouca atuação do CD no espaço do domicílio.^{11,17,26,27}

Vale ressaltar que a AD, ainda que comumente indicada por critérios de impossibilidade temporária ou definitiva de comparecimento a um serviço de saúde, não deve ser baseada somente nesse viés. Por isso é essencial o entendimento mais amplo do contexto de vida dos indivíduos, visto que situações as quais não seriam formalmente indicadas, podem ter na AD a melhor alternativa.⁵

1.3 - PLANEJAMENTO NA AD

Foi considerado a importância de conhecer os usuários inseridos na atenção domiciliar, pois a maioria dos CD não realizam esse mapeamento, o que é confirmado na seguinte fala: *“Não tenho o conhecimento de todos os usuários que necessitam de atenção domiciliar”*(D2). Nesse sentido, a primeira etapa do planejamento consiste em reconhecer os usuários, ou seja, realizar um diagnóstico situacional em AD. A seguir os pacientes inseridos na AD devem ser acompanhados com a frequência de VD determinada a partir de uma estratificação de risco. Ademais, as visitas também são realizadas quando a demanda for solicitada.

1º) Diagnóstico situacional dos usuários que necessitam de atenção domiciliar (permanente/ temporária): O reconhecimento do território exige primeiramente um

levantamento dos usuários que necessitam de atenção domiciliar pela equipe, o qual deve ser revisto periodicamente, considerando se tratar de um território vivo e dinâmico.^{28,29}

“Se fazia muito o levantamento de acamados, domiciliados, portadores de necessidades especiais ou algum outro paciente que eles achassem que tinha necessidade”. (D4)

Assim, conhecer o território implica em um processo de reconhecimento e apropriação do espaço e das relações da população, no caso dos usuários que necessitam atenção domiciliar e suas famílias, com a unidade de saúde.²³ Para Ferraz (2016)³⁰, essa operacionalização tem como elemento chave o planejamento. Sendo que a falta desse pode ser um dos motivos para VD ainda ser considerada um desafio.⁶ Destarte, algumas questões devem ser consideradas previamente, as quais são sugeridas pelo Ministério da Saúde: definição de um itinerário; do tempo para cada visita domiciliar; previsão dos equipamentos, insumos e medicamentos a serem utilizados; organizar os formulários necessários; priorizar o horário preferencial por parte da família e realizar o agendamento prévio da visita.⁵

2º) Acompanhamento:

Após o reconhecimento dos usuários em AD, planeja-se a longitudinalidade do cuidado, com a frequência de visitas a partir de uma classificação do risco existente. Para tanto, pode ser utilizada a escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2012)³¹, a fim de priorizar as famílias de maior risco. Tal organização não é feita no momento, mas percebe-se que essa estratificação já foi realizada anteriormente a partir do seguinte relato:

“Não tenho feito um acompanhamento, mas até poderia ser feito. Até tinha, há uns bons anos atrás, esse acompanhamento. A enfermagem fazia uma classificação de risco dos acamados, aí eles me passavam, mas agora faz um bom tempo que não temos feito”. (D6)

A escala de risco familiar de Coelho e Savassi analisa 13 sentinelas de risco. A partir das somas dos escores de risco de cada família, elas são classificadas de menor (5 e 6 pontos) a máximo (acima de 9 pontos). Por exemplo, se há um acamado no domicílio são três pontos, caso tenha uma pessoa com deficiência soma mais três pontos. Caso exista alguém desempregado ou usuário de drogas somam 2 pontos. Tanto o paciente diabético, como o hipertenso acrescenta um ponto. Tal instrumento auxilia na avaliação da vulnerabilidade e possui grande potencial para uso no planejamento da equipe.³⁰

Outro critério que pode ser utilizado pela eSB é a estratificação de risco em saúde bucal, a qual também foi citada:

“Usamos a classificação da dor. Lembro que veio uma profissional da faculdade aqui e a gente tentou difundir uma planilha de classificação. Era primeiro dor, depois quem estava com cárie ativa e outras questões. Também um paciente oncológico, sempre vai ter o risco maior, ainda mais relacionado a cabeça e pescoço ou câncer de boca” (D4).

O protocolo de saúde bucal de Curitiba traz critérios de estratificação de risco em saúde bucal para grupos prioritários, os quais levam em consideração critérios biológicos (condição crônica, usuário acamado, etc), critérios odontológicos (dor, mancha branca ativa, presença de doença cárie e de dentes com mobilidade, necessidade de tratamento especializado, etc), critérios de autocuidado (não ter o hábito de escovar os dentes, procurar o dentista somente quando sente dor, etc) e critérios para crianças de 0-6 anos (uso de mamadeira sem higiene posterior, chupeta adoçada, etc). O protocolo sugere monitoramento desses grupos, de forma anual até 10 pontos, semestral de 11 a 30 pontos e trimestral acima de 30 pontos.¹⁹

Essas classificações são importantes, pois, como foi evidenciado no estudo de Kobayashi (2015)³², há uma associação significativa entre as variáveis de risco familiar e presença da doença cárie com necessidade de tratamento. Desse modo, a escala de risco familiar, elaborada por Coelho e Savassi pode ser uma boa ferramenta para estratificar os pacientes com maior necessidade de acompanhamento odontológico.

Com o propósito de que essas atividades possam ser desenvolvidas, torna-se essencial estabelecer uma rotina de visita domiciliar. Para tanto, é conveniente que a equipe de saúde bucal tenha um turno estabelecido para tal atividade.³³ O Protocolo SB de Curitiba (2018) orienta reservar um turno semanal para estas atividades no caso de ESF. Porém, a periodicidade (semanal/ quinzenal) deve ser definida de acordo com a realidade de cada comunidade, como foi descrito na seguinte fala: *“Tinha um turno que era escola/ VD. O dia que eu não ia na escola eu acompanhava algum profissional e ia nas visitas junto”.* (D12)

O deslocamento dos profissionais requer planejamento e a necessidade do paciente e da família deve ser conhecida.¹⁹ A reunião de equipe é o maior motivador para a realização das visitas, sendo o momento no qual a equipe é capaz de discutir os casos que devem ser priorizados.³³

3º) Demanda solicitada

Além do acompanhamento estabelecido, a visita pela eSB deve ser realizada quando houver solicitação. Essa é a principal forma como as visitas acontecem atualmente nas unidades de SF em Rio Grande, através de outro profissional da equipe perceber a necessidade de tratamento odontológico ou de um pedido do familiar ou até mesmo do paciente, como visto na seguinte fala:

“As demandas são identificadas quando um familiar solicita ou através do agente comunitário de saúde ou outro profissional que percebe a necessidade, aí a gente vai lá”. (D6)

Todos os entrevistados citaram o agente comunitário de saúde como elo para identificar a necessidade de visita domiciliar odontológica:

“As demandas são identificadas quando o agente comunitário me fala”. (D7)

Nesse contexto, o papel do ACS é fundamental, no sentido de identificar as situações que necessitam ser avaliadas pela equipe.⁵ Entretanto, apenas atender solicitações não retrata a longitudinalidade do cuidado em domicílio.²⁵

(2) AÇÕES IDENTIFICADAS PELOS CD COMO IMPORTANTES

Tal categoria emergiu com o agrupamento das atividades consideradas importantes na atenção domiciliar conforme o quadro 4.

Quadro 4. Categoria e subcategorias

| | |
|---------------|---|
| Categoria 2 | Ações identificadas pelos CD como importantes |
| Subcategorias | Avaliação das condições sistêmicas do paciente |
| | Avaliação do ambiente e do contexto de vida do usuário, |
| | Ações de promoção e prevenção em saúde |
| | Ações curativas no domicílio |

- AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO SISTÊMICA DO PACIENTE: Realizar uma avaliação da saúde geral e discutir com a equipe caso necessite procedimentos, pois, geralmente, são usuários passíveis de maiores intercorrências, como descrito no seguinte relato:

“Não sinto segurança de fazer procedimentos nos acamados, por não ter suporte. Dentro da unidade temos um suporte caso aconteça alguma coisa. A maioria dos pacientes acamados são comprometidos, tem uma série de restrições. Sempre procuro ver a possibilidade de atender na unidade ou encaminhar para atendimento hospitalar, caso necessite”.
(D2)

De acordo com Silva e col. (2020)¹², a falta de capacitação e/ou adaptação profissional pode ser o motivo para a escassez dos relatos sobre atendimento domiciliar na literatura. A fim de mudar esse cenário, os usuários restritos ao lar devem, primeiramente, passar por uma avaliação da condição sistêmica, para então, ter um plano de tratamento odontológico elaborado.³⁴

- AVALIAÇÃO DA AMBIÊNCIA DO DOMICILIO:

“Tudo depende muito também da condição da residência, da iluminação, de onde o paciente está, da acomodação do paciente. Se teria como deixar sentado”. (D5)

De acordo com o Ministério da Saúde, o reconhecimento domiciliar é parte integrante do cuidado domiciliar e deve ter como objetivo identificar fatores que estejam dificultando tal cuidado.¹²

- AÇÕES DE EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE: Todos os CD percebem que tais ações são importantes e passíveis de serem desenvolvidas no domicílio, as quais incluem a orientação ao paciente e/ou ao cuidador sobre higiene bucal e limpeza das próteses, quando necessário.

“Acho que é possível fazer avaliação clínica com segurança e orientação de higiene”. (D1)

“Se tu fores ver um paciente que veio com sequela de AVC do hospital e as enfermeiras estão tratando uma escara, tu vais para orientar higiene bucal com o cuidador”. (D4)

“Eu ia mais para orientação de higiene bucal, de próteses”. (D8)

“Orientação de higiene, inclusive escovação para o paciente entender como deve ser feito”. (D12)

O CD apresenta papel fundamental na visita domiciliar ao desenvolver atividades de promoção em saúde, motivando o paciente e cuidador, e de prevenção, orientando higiene bucal, cuidados com a prótese e escovação supervisionada.⁵

- AÇÕES CURATIVAS NO DOMICÍLIO: A maioria dos CD acreditam que procedimentos simples podem ser realizados no domicílio aos pacientes que não há possibilidade de atendimento na unidade, porém deve sempre ser considerada a avaliação sistêmica do paciente e condições da residência. Os procedimentos mais citados foram a exodontia de dentes com doença periodontal avançada e a raspagem supra gengival:

“Aquele paciente acamado que está com o dentinho frouxo que está machucando, coisas assim, bem simples, nada demais. Fazia bastante limpeza também”. (D7)

“Acho que extrações podem ser feitas, aquelas que o dente tem problema periodontal, que o dente está incomodando porque está frouxo. Nada muito complicado, nada”. (D10)

“Acho que uma raspagem, uma extração bem simples, no caso”. (D11)

Tais relatos vão ao encontro com os procedimentos citados no protocolo de AD de Curitiba¹⁹ e com os problemas bucais mais frequentes em acamados/domiciliados apresentados no estudo de Medeiros e col (2019).⁹ Tal estudo constatou, dentre os pacientes que ainda apresentavam elementos dentários na arcada, a presença de doença periodontal em 100% dos casos.

Desse modo, a realização de atendimentos clínicos exige avaliação do local, diagnóstico e plano de tratamento, para que o CD possa atuar adequadamente.¹⁹ Além das ações citadas, foram identificadas outras abordagens que podem ser realizadas pelos CD conforme o entendimento dos mesmos, que constam no quadro 5.

Quadro 5. Outras abordagens e informações que podem ser realizados ou obtidos durante a atenção domiciliar na percepção dos cirurgiões dentistas das ESF de Rio Grande, 2022.

| ABORDAGENS/INFORMAÇÕES NO DOMICÍLIO | NARRATIVAS |
|---|---|
| - Hidratação das mucosas | <i>“Ela não podia beber água porque ela teve um AVC. Ela não podia, mas eles podiam utilizar uma gaze embebida em soro para hidratar as mucosas dela”. (D4)</i> |
| - Conhecer a realidade do paciente que não modifica hábitos | <i>“Às vezes não adianta nada tu ir e fazer uma escovação, mas tu estás vendo que toda vez ele retorna com aquele nível de placa elevado. Bom, então acho que vou ter que começar a trabalhar uma abordagem diferente, essa família preciso ir na casa, porque eu não vejo a família.</i> |

| | |
|--|---|
| -Alívio dos sintomas decorrente da Hipossalivação/xerostomia | <i>Ela tem condições vir a UBS? Tem, mas não está resolvendo. Então é uma família que eu deveria ir no domicílio também”. (D4)</i> |
| - Processo agudo em paciente acamado/ domiciliado | <i>“Fluxo salivar diminuído, o que ele pode fazer para melhorar esse fluxo salivar. Essas coisas que a gente está apto a ajudar no tratamento”. (D4)</i> |
| -Contexto social/vulnerabilidade | <i>“Paciente que está com abscesso agudo em domicílio. Ir lá, levar uma medicação, tratar”. (D4)</i> |
| - Busca ativa | <i>“Tem todo esse contexto social. Então às vezes tu vai para ver uma questão de saúde bucal e tu já aciona uma assistente social. Ela, por exemplo, estava sem benefício. Nós conseguimos o benefício para ela, o BPC”. (D4)</i> |
| -Encaminhamento para o serviço especializado de referência | <i>“Eu ia na casa mais orientar e tentar trazer para o consultório. Fazia mais uma busca ativa, eles conseguiam fazer o deslocamento até a unidade”. (D8)</i> |
| | <i>“Se não é possível, algumas vezes, encaminho para Santa Casa”. (D6)</i> |
| | <i>“A resolutividade é: trazer para a unidade, quando possível, ou então, encaminhar para o serviço de atendimento da bucomaxilo”. (D9)</i> |

Os CD identificaram muitas atividades para atuação da eSB no espaço do domicílio, porém referem não as desempenharem com a frequência que gostariam, como pode-se perceber com a seguinte fala: *“No início, aqui em Rio Grande, a gente até fazia, mas aí não era tanto para a prevenção, eram visitas para fazer algum procedimento, visitas mais pontuais. Acredito que a atenção domiciliar é uma atribuição da saúde da família que foi se perdendo”. (D3)*

Assim, diante de todas as narrativas que procuram entender o papel da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar, foi possível criar um guia, conforme o quadro 6, para elaboração do protocolo de AD baseado nas informações elencadas pelos participantes e nas políticas públicas que trazem a AD odontológica como uma atribuição da eSB.

Quadro 6. Guia para elaboração do protocolo de AD

| | |
|---------------------|--|
| Introdução | Políticas públicas: Diretrizes da PNSB e PNAB 2017 |
| Público-Alvo | Usuários que não acessam a unidade (temporária/ permanentemente) classificados conforme o risco familiar |

| | |
|-------------------------------|--|
| Etapas para a VD em SB | <p>Identificar os usuários</p> <p>Consultar o prontuário antes da VD para avaliação da condição sistêmica e conversar com a equipe</p> <p>Agendar VD da eSB e ACS</p> <p>Realizar a VD (avaliação do ambiente, do contexto de vida do usuário, identificar as necessidades e realizar atividades de promoção e prevenção em saúde)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usuário possui necessidade de tratamento (NT) e pode ir na unidade: Agendar na UBS - Usuário não possui NT: Programar o retorno de acordo com o risco odontológico - Usuário possui NT, não tem condições de ir na unidade, mas o procedimento pode ser realizado no domicílio: Agendar atendimento domiciliar - Usuário possui NT, mas não há a possibilidade de atendimento na unidade e nem no domicílio: Encaminhar para o serviço de referência <p>Registrar a evolução da visita e o plano de tratamento no prontuário do usuário.</p> |
| Planejamento | <p>Acompanhamento: Visita anual, semestral ou trimestral conforme a estratificação de risco em saúde bucal. Registrar a data para retorno no prontuário.</p> <p>Demanda solicitada: Agendar a VD para o turno programado ou em outro horário (motivo de urgência).</p> |
| Avaliação | <p>Avaliar se os objetivos propostos na primeira VD foram alcançados</p> |

(3) FATORES QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DA ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA

Muitas limitações para o desempenho AD odontológica surgiram nas falas e estão amparadas na literatura, sendo agrupados nos seguintes fatores conforme quadro 7.

Quadro 7: Categoria e subcategorias

| | |
|---------------|---|
| Categoria 3 | Fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológicas |
| Subcategorias | Trabalho restrito a atendimentos |
| | Problemas de comunicação |
| | Deficiências na formação no âmbito da atenção domiciliar odontológica |
| | Não reconhecimento da importância da saúde bucal |
| | Falta de protocolo de Atenção Domiciliar Odontológica |
| | Ausência de serviço especializado secundário |
| | Ausência de consultório portátil |
| | Pandemia covid-19. |
| | Cadastro desatualizado |
| | Falta de transporte |
| | Insegurança |

- TRABALHO RESTRITO A ATENDIMENTOS. Ficou evidente que a grande demanda faz com que a atenção odontológica seja mais voltada aos procedimentos curativos no consultório. A visão procedimento centrada da gestão, a qual avalia o trabalho odontológico por números de atendimentos, também recebeu importante destaque nos relatos:

“Acho que seria a demanda mesmo, ficamos muito sobrecarregados, muita coisa para fazer no posto. A gente mesmo não consegue sair. Não consigo parar, porque aí chega um, chega outro, né? Chega em qualquer horário”. (D7)

“O dentista só precisa atender dentro do consultório e isso é trabalhar e o resto é não trabalhar”. (D12)

Confirmando as narrativas, Bizerril (2016)²⁴ aponta como dificuldade para a atenção domiciliar odontológica a priorização da assistência à saúde pela gestão municipal. Tal prioridade encontra justificativa devido à alta carga de doenças bucais na população, o que torna o trabalho do CD mais focado nos procedimentos clínicos e com tempo limitado para o planejamento e frequência da atenção domiciliar.^{25,35} Corroborando com os achados desses estudos, Silva (2020)¹² reconhece que a saúde bucal obteve muitos avanços, mas ressalta que

ainda o modelo biomédico é reproduzido, com enfoque curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe.

- PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO. A falta de comunicação entre o CD e a equipe sobre AD foi considerada um fator que prejudica que essa prática seja incorporada pela eSB, como constatado a seguir:

“Não se tem o hábito de quando o familiar vem na unidade, de falar com a equipe de saúde bucal e dizer: Olha, entrou um paciente que agora está acamado, está restrito ao leito. A equipe de saúde bucal não fala: Se tiver um paciente restrito ao leito, vamos discutir porque eu também tenho que participar desse processo de cuidado, também tenho que ir nessa visita. A equipe, às vezes, esquece de te chamar. Eles se esquecem”. (D4)

A falta de comunicação entre o CD e a equipe sobre a AD também surgiu como um desafio, o qual é evidenciado na literatura.^{24,26} Vale ressaltar que a comunicação é a base para interação entre os profissionais e organização do processo de trabalho.³⁶ Para Peduzzi (2018)³⁷ a interação e comunicação entre os membros da equipe é condição *sine qua non* para o trabalho em equipe e colaborativo. Nesse sentido, Savassi (2016)³² corrobora com esse achado e acrescenta que as dificuldades no compartilhamento do cuidado na AD ainda persistem, em parte, devido aos problemas na comunicação.

- DEFICIÊNCIAS NA FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA. A falta de experiência em atenção domiciliar odontológica na graduação, pós-graduação e em atividades de Educação Permanente em Saúde ficou constatada nessa pesquisa: *“Não, Só tive esse contato quando entrei para estratégia de saúde da família”.* (D5) Essa lacuna de aprendizagem é apontada na revisão das DCN de 2018, a qual destaca a necessidade de os currículos serem revistos a fim de abordarem essa temática.³⁸

No que tange a VD no processo de formação do estudante de odontologia, é considerada uma estratégia pedagógica que favorece o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências. Em alinhamento com a Clínica Ampliada, busca inserir o futuro CD no território, conduzindo o estudante a compreender que a saúde bucal não é restrita aos aspectos biológicos, mas socialmente produzida.¹⁷

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em odontologia de 2021³⁹ destacam que o CD deve ser capaz de refletir sobre a prática, visando às mudanças necessárias para a melhoria do desempenho da equipe de saúde e deve atuar

interprofissionalmente, por meio da troca de saberes, para a identificação e discussão dos problemas e o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde. Dessa forma, além da educação permanente formal, é fundamental que no cotidiano das unidades de saúde, os profissionais reflitam o exercício do trabalho como forma de adquirir novos conhecimentos.³⁹

- NÃO RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL: As narrativas revelaram que a maioria das equipes não compreendem o papel do dentista na visita domiciliar.

“Acho que sempre temos que ficar firmando sempre, sempre e sempre a importância da odonto”. (D8)

“Muitos acham que o paciente por não ter dentes não necessita atendimento”. (D2)

“Acho que antes o ACS sabia, mas foi se perdendo”. (D3)

“Pode ser que a equipe não reconheça a importância de o dentista ir na casa e pode ser que ela ache que o dentista ir na casa é perda de tempo, que podia estar atendendo pacientes”. (D12)

“Tem uma família que tinha umas 5 crianças pequenas e eu perguntei como era a casa dessa família, se tinham banheiro em casa. Falei que seria legal ir na casa e conversar. A agente comunitária falou assim: Para que? É tudo dentinho de leite, não precisa”. (D1)

Entre os nós críticos, apontados por Bizerril (2015)²⁴, para a realização das visitas domiciliares da eSB está a recusa dos Agentes Comunitários de Saúde e de outros profissionais de saúde em acompanhar tal atividade. Tal atitude confirma o desconhecimento da equipe sobre a importância da visita dos profissionais da saúde bucal.

- FALTA DE PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA:

“Falta de organização, de um protocolo, de estabelecer uma rotina. Não é muito visto como uma necessidade. Ah, está acamado, vamos criar um protocolo, assim: Visita domiciliar do agente comunitário de saúde, já vai a enfermeira, depois médico e odonto. Nós não temos isso, mas deveria”. (D9)

“Não temos nenhum protocolo a seguir, cada um faz de um jeito”. (D1)

O fato de não ter uma organização estabelecida sobre a atenção domiciliar odontológica, sem protocolo e planilhas no prontuário eletrônico, repercutiu de maneira importante, sendo salientado a imprescindibilidade de haver a elaboração de um guia que oriente as equipes. Nessa direção, as ações no domicílio podem ser fortalecidas quando as equipes utilizam um

instrumento para o planejamento, acompanhamento e avaliação da visita domiciliar.⁴⁰ Alguns estudos evidenciaram a necessidade de sistematização da visita domiciliar por parte do CD para a qualificação da AD e redução dos agravos bucais dos usuários que não acessam a unidade de saúde.^{12, 25,30} Desse modo, a visita domiciliar não será uma prática isolada e fragmentada no processo de trabalho do CD.¹²

- AUSÊNCIA SERVIÇO ESPECIALIZADO SECUNDÁRIO: A questão sobre os pacientes que não são passíveis de serem manejados no domicílio ou na unidade também foi levantada: *“Os pacientes que a gente não consegue manejo não tem o que fazer. Esses pacientes precisariam ser encaminhados para atendimento secundário, que não temos”*. (D10)

A resolutividade da atenção domiciliar enfrenta obstáculos quando se torna necessário o encaminhamento para serviço especializado. Como não há servido de atenção secundária - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município, o paciente de média complexidade acaba por ter q ser atendido no serviço de alta complexidade, sobrecarregando o serviço. O município conta com a atenção terciária por meio do atendimento de cirurgiões buco maxilo faciais no hospital Santa Casa.

Zina e col (2022)⁴¹ realizaram um estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro e em relação as limitações dos CEO e perceberam que existe maior demanda do que oferta. Desse modo, municípios que nem possuem esse tipo de serviço deixam a desejar em relação ao cuidado integral. A Atenção especializada necessita de ampliação e por mais defensores da odontologia pública, como das associações de classe e da própria gestão no que tange a criação de novas instituições.⁴²

- AUSÊNCIA DE CONSULTÓRIO PORTÁTIL. O fato de não possuir um equipo portátil disponível, o que possibilitaria ampliar o atendimento domiciliar, apareceu em algumas falas. Pois para eles:

“Falta um equipo móvel para atendimento domiciliar. Eu não faço procedimentos nas visitas, mas se tivesse mais estrutura, como equipamento portátil para atendimento, poderia fazer”. (D2)

A ausência de equipamentos portáteis para realização de atendimento no domicilio é uma condição que deve ser superada para a melhora da saúde bucal e geral do acamado¹¹

- PANDEMIA COVID-19. A pandemia fez com que as visitas domiciliares ficassem restritas aos casos urgentes. Assim, os agentes de saúde não estavam no território para trazer a demanda, como também a comunidade estava enxergando os profissionais da unidade como possíveis vetores.

“Com a pandemia aumentou a resistência das pessoas, ainda mais os pacientes acamados que são mais debilitados, aí não querem prevenção, querem o curativo mesmo, né? Querem a visita do médico, aí o dentista fica em segunda, terceira, quarta opção”. (D6)

Diante de um contexto de pandemia, a Nota Técnica N° 9/2020 disponibilizada pelo Ministério da Saúde, dispôs orientações para a realização do trabalho da atenção domiciliar durante a pandemia do Coronavírus (COVID-19), ressaltando a importância de rever os planos de cuidado.⁴³ Desse modo, as visitas foram reduzidas e mais tarde, orientadas para a realização da visita peridomiciliar.

- CADASTRO DESATUALIZADO. A questão de os cadastros não estarem atualizados, em parte devido a pandemia Covid-19, dificulta a captação do usuário que necessita de atenção domiciliar: *“Não temos o cadastro atualizado para saber as pessoas que estão precisando de atenção domiciliar”.* (D2)

Manter os cadastros atualizados permite conhecer as pessoas e suas necessidades, o que garante a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre o cidadão e o profissional.⁴⁴ Diante da pandemia Covid-19 as visitas domiciliares foram suspensas como medida preventiva, o que prejudicou o cadastramento da população adscrita, situação que deve ser revertida com a retomada das visitas e utilização dos adequados equipamentos de proteção individual.⁴⁴

- FALTA DE TRANSPORTE. A problemática da falta de transporte não é uma pauta que compete apenas a área rural. Mesmo na zona urbana, alguns locais são longes, além da necessidade de levar receituários, EPI's, materiais para exame e para orientação de higiene, medicações, entre outros, tornando a ida sem veículo, por vezes, complexa.

“Tu não tens viatura, aí se tu não disponibilizas teu carro, tu não vais”. (D1)

- INSEGURANÇA. A violência que a cidade do Rio Grande tem vivenciado nos últimos tempos repercute no medo de andar pelos bairros da periferia do município:

“Existe o receio em relação a violência quando tem que fazer uma visita, tem lugares que os agentes comunitários não gostam de ir. A nossa região está muito violenta, muita coisa pesada acontecendo”. (D2)

“Acho que hoje em dia andar nos bairros está perigoso”. (D11)

A falta de transporte e de segurança também foram apontadas por Bizerril (2015)²⁴ como limitações para visita domiciliar.

Dessa maneira, algumas limitações percebidas por Silva (2012)⁴³ ainda permanecem, tais como o precário planejamento da atividade, a falta de mais discussões da equipe após as visitas, a descontinuidade do processo, a falta de conhecimento técnico adequado para a realização da VD e a baixa resolução dos problemas.

Difícilmente o CD consegue sair do consultório para desenvolver as atividades de atenção domiciliar.¹¹ Tal cenário contraria a proposta de romper o modelo individual e tecnicista presentes nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁶ e na Política Nacional de Atenção Básica.⁷ Esse estudo aponta vários motivos para explicar tal dificuldade, tendo como destaque a alta demanda por atendimentos, demanda espontânea na unidade de saúde, falta de recursos, ausência de um protocolo e planilhas que auxiliem na organização do processo de trabalho na AD e violência.

(4) SUGESTÕES DE MELHORIAS NA ESTRUTURA E NO PROCESSO DE TRABALHO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA

Tal categoria reúne as estratégias percebidas pelos CD para o enfrentamento das dificuldades na AD odontológica, conforme quadro 8.

Quadro 8. Categoria e subcategorias

| | |
|---------------|---|
| Categoria 4 | Sugestões de melhorias na estrutura e no processo de trabalho no âmbito da atenção domiciliar odontológica |
| Subcategorias | Consultório portátil |
| | Maleta e kits de materiais |
| | Protocolo em atenção domiciliar odontológica |
| | Planilha de acompanhamento no prontuário odontológico do sistema |
| | Educação permanente em atenção domiciliar odontológica para os CD e equipe |

ESTRUTURA:

Consultório portátil: A sugestão que surgiu em muitas falas, para o atendimento domiciliar, foi a aquisição de um ou dois equipamentos, os quais seriam solicitados quando houvesse necessidade:

“Se tivesse um x de equipos odontológicos portáteis que o dentista pudesse agendar o uso e utilizar no município seria bem interessante para alguns procedimentos odontológicos em domicílio”. (D4)

Maletas: Foi sugerido a obtenção de maletas para organizar o material da visita domiciliar:

“Acho que seria bom ter uma maleta separada para visita domiciliar, porque senão a gente leva tudo muito solto. Que ficasse acondicionado tudo direitinho. E ter os kits de materiais para levar”. (D11)

Para Donabedian, ter uma estrutura adequada torna o alcance dos processos assistenciais e, conseqüentemente, dos resultados em saúde satisfatórios mais viáveis.⁴⁶ No entanto algumas sugestões, além das questões estruturais, foram explanadas pelos entrevistados.

PROCESSO DE TRABALHO:

Protocolo em atenção domiciliar odontológica: A falta de um protocolo foi apontada pela maioria dos participantes como fator limitante, sendo a criação de um roteiro a sugestão mais constatada nas narrativas:

“Acho que poderia se criar um protocolo de verificação. Se tu criares um hábito, assim: Nós temos visitas domiciliares, vais visitar um paciente por uma necessidade qualquer, a gente já combina de ir a odonto junto. Aí a gente já verifica e já faz o exame. Se a pessoa não precisar de nada, tudo bem. Porque às vezes a necessidade da visita domiciliar não é vista, mas quando o dentista vai até a casa e verifica a situação, ele descobre muitas vezes problemas e aí cria-se a demanda”. (D9)

“Acho que deveria ter um instrumento para auxiliar no serviço, mas teria que ser criado através de uma discussão coletiva dos profissionais. No momento que tu envolve o profissional a fazer, ele acaba tendo essa vontade de melhorar. Quando tu vens com um protocolo, as ações diminuem. Acho bem interessante criar um protocolo de atenção domiciliar no âmbito da saúde bucal”. (D4)

Maciel (2016)²⁵ apresentou uma proposta de um protocolo de Atenção Domiciliar em Saúde Bucal para pacientes restritos ao lar elaborada por estudantes de odontologia durante estágio em Unidade de Saúde da Família. Tal instrumento possui boa aplicabilidade e contempla dados pessoais, aspectos de saúde geral, informações sobre a saúde bucal, ações de educação em saúde para o paciente e /ou cuidador, necessidade de intervenção no domicílio ou na unidade e de encaminhamento para o serviço de referência. Tal proposta pode servir de base para a elaboração do protocolo de AD em Saúde Bucal em Rio Grande, juntamente com as questões que emergiram neste estudo.

Planilha de acompanhamento no prontuário odontológico do sistema: Os CD acreditam que o programa privado utilizado no município deva ser reformulado a fim de conter um espaço para registro da visita domiciliar odontológica. Para tanto, foi consenso que tais informações deveriam ser acrescentadas: conseguir visualizar o motivo da necessidade de atenção domiciliar, o plano de tratamento proposto, a evolução de cada visita e a data estimada para retorno

“...um espaço de visita domiciliar separado do prontuário, uma agenda eletrônica. Abrir as visitas domiciliares e enxergar tudo que foi feito e ali se programar o que tem que ser retomado, também seria interessante”. ...o que facilita é saber o que fazer, ter um planejamento, tipo chegar antes e programar a visita. (D1)

“Ter o registro com as visitas domiciliares e o tratamento ajudaria a ter um diagnóstico da população e iria facilitar o acompanhamento. Acho que poderia ter no próprio sistema uma parte mais voltada para atenção domiciliar odontológica”. (D2)

“Ter uma parte separada no sistema para registrar as visitas domiciliares da odonto e o desfecho”. (D3)

“Acho que essa parte de visita domiciliar nem tem ali no GMUS, seria uma coisa para acrescentar. Faria um acompanhamento bem melhor, até para ver quando tem que voltar e tudo, né? Para não ter que estar anotando no papel”. (D7)

“Que a gente consiga imprimir um relatório, assim como geramos dos atendimentos das gestantes. Saiba quando foi e consiga colocar ali se é paciente acamado, se é paciente com deficiência mental ou dificuldade de locomoção. Consiga separar os grupos de atenção domiciliar”. (D8)

“...não adianta ser uma coisa fixa na unidade, teria que ser eletrônico, para a pessoa poder ter esse acompanhamento. Se tivéssemos dentro do prontuário da odonto uma parte para registro das visitas seria ótimo”. (D9)

Assim, é fundamental ter a consciência dos objetivos da visita para que a mesma seja eficiente, sendo igualmente importante o registro, a avaliação e o monitoramento, propiciando uma análise periódica da condição de saúde do usuário visitado.⁴⁰ Os protocolos de AD e os instrumentos de priorização de VD, indicam potenciais caminhos que direcionam as eSB as residências dos usuários que possuem dificuldades em acessar a unidade.¹²

Educação permanente em atenção domiciliar odontológica para os CD e equipe: Tanto é necessário a educação permanente dos profissionais das eSB, como dos demais integrantes da equipe. Com a intenção de que possam entender o papel da eSB na atenção domiciliar e incluí-la nesse cuidado. Foi sugerido que a gestão da ESF e coordenação de saúde bucal busquem um olhar para esse tema. Também foi trazida a sugestão dos profissionais receberem a capacitação para utilizarem sedação com óxido nitroso e que esse equipamento fosse adquirido no município.

“A gente não tem treinamento, acho que seria interessante para todo mundo”. (D8)

“Falta a equipe enxergar mais a necessidade de chamar o dentista. A maioria sabe da importância, mas com o passar dos anos foram parando de solicitar”. (D6)

“Acho que é nosso papel, como dentista, mostrar a importância do nosso trabalho. Fazer essa capacitação permanente junto com os profissionais para que nos enxerguem mais como parte integrante desse cuidado”. (D4)

“Acho que o Brasil não está avançado ainda nessa parte da sedação, uso do gás de óxido nitroso, que seda e relaxa os pacientes. Acho que seria um grande avanço para nós conseguirmos trabalhar com esses pacientes com maior dificuldade. Desconheço também, mas acho que poderiam nos capacitar”. (D4)

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pela portaria MS/GM nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, com o objetivo de formação e desenvolvimento dos profissionais que trabalham no SUS, tendo o trabalho como princípio educativo.⁴⁷ A educação Permanente em Saúde (EPS) acontece no cotidiano dos serviços de saúde, porém a alta demanda de tarefas faz com que o trabalho em saúde se distancie da produção de conhecimentos. Assim, a saúde necessita uma mudança de olhar, na qual as experiências e as trocas do dia a dia sejam valorizadas e sirvam de aprendizado.⁴⁸ Paulo Freire (1998)⁴⁹ defendia a superação de um modelo educativo hegemônico a partir da problematização das práticas com vistas a sua transformação. Nessa linha, a EPS propõe que os processos de

capacitação dos trabalhadores da saúde se desenvolvam de acordo com as necessidades dos trabalhadores.^{47,50} Para Cunha (2020)⁴⁷ a EPS é uma oportunidade para que novas reflexões venham a introduzir novas práticas no processo de trabalho da atenção domiciliar. Assim, por meio da EPS, a qual também se revela nos encontros entre profissionais e gestores, os resultados referentes aos fatores que influenciam a AD odontológica e sugestões, conforme quadro 9, podem ser divulgados.

Quadro 9. Principais desafios e estratégias sugeridas

| DESAFIOS | ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR A AD |
|--|--|
| Ausência de um protocolo | Criação coletiva entre os CD de um protocolo de AD. Este estudo poderá ser utilizado como guia. |
| Trabalho odontológico procedimento-centrado devido à alta demanda e acolhimento espontâneo | Organizar a agenda da eSB com frequência quinzenal ou semanal para AD. Poderá ser o mesmo turno em que as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) são realizadas, caso estas também sejam programadas a cada 15 dias. |
| Cadastro desatualizado | Planejar uma reunião de equipe para atualizar as listas de pessoas com dificuldade de locomoção, acamados ou outras condições que as incluam no cuidado domiciliar |
| Formação dos CD em AD deficiente | Educação Permanente em Saúde (EPS). Acordar com a gestão e coordenação da Saúde Bucal para a promoção de mais encontros dos profissionais. O primeiro encontro poderá ser a apresentação do estudo e resultados. Poderá ser formada nessa reunião uma comissão para elaboração do protocolo. Programar capacitações conforme as necessidades levantadas. |
| Falta de reconhecimento do papel do CD na AD | EPS para os profissionais da ESF e para a gestão sobre a importância da eSB no domicílio. |
| Falta de transporte | Agendar menos visitas quando os locais forem de difícil acesso ou muito distantes. |
| Ausência de serviço secundário – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) | Encaminhar, quando necessário, ao serviço terciário (CBMF do Hospital Santa Casa de Misericórdia). Sensibilizar a gestão sobre a necessidade de um CEO. |

Conforme observado na literatura, as visitas domiciliares promovem e permitem a realização de atendimentos odontológicos preventivos e de promoção da saúde fundamentais para os usuários que tem dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Dessa forma, um modelo de atenção em saúde bucal hegemônico, que priorize apenas práticas curativas, exclui uma parcela da população com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.^{12,25} Para De Carli (2015)²⁶, a transformação no modelo de atenção exige mudanças na gestão dos serviços, no processo de trabalho e na formação dos profissionais.

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Caderno de Atenção Básica nº17 e a Política Nacional de Atenção Básica direcionam as ações das eSB para uma prática que envolva o reconhecimento da comunidade adscrita, visando transpor o modelo de atenção em que a atuação do CD é restrita ao consultório odontológico.^{6,7,23}

De acordo com Thumé e col (2010)²¹, a assistência prestada em áreas de ESF pode diminuir iniquidades sociais. Nessa direção, a odontologia domiciliar facilita o acesso aos pacientes restritos ao lar, fortalece a longitudinalidade do cuidado, minimiza intercorrências e permite a identificação de fatores que podem potencializar agravos à saúde.^{10,24,25}

O presente estudo apresenta aspectos importantes sobre a atenção domiciliar odontológica, na percepção de um grupo de cirurgiões dentistas, inseridos nas Estratégias de saúde da família do município de Rio Grande. Assim, torna-se importante que os profissionais envolvidos e a gestão, discutam sobre a necessidade dos usuários em atenção domiciliar gozarem efetivamente dos atributos da APS - acesso e longitudinalidade. Nessa perspectiva, espera-se que as informações trazidas nesse artigo possam apoiar a organização do processo de trabalho domiciliar, na medida em que revela vários aspectos que a AD engloba, os desafios que permeiam as práticas, bem como as estratégias para enfrentá-los.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que a atenção domiciliar não faz parte da rotina dos cirurgiões dentistas na saúde da família de Rio Grande/ RS. Entretanto, foi possível observar durante as entrevistas uma reflexão sobre a importância do tema, fazendo com que muitos fossem motivados a rever suas práticas de saúde.

Os nossos resultados apresentam elementos básicos que podem contribuir com a elaboração de um protocolo para a realização da atenção domiciliar, que envolvem os grupos prioritários identificados, ações de promoção e prevenção em saúde bucal e curativas, bem como o planejamento para o reconhecimento dos usuários que necessitam AD, estratificação de risco e acompanhamento. Dessa forma, sugere-se a construção coletiva com a participação dos profissionais da equipe de saúde da família, de um protocolo que facilite a realização da atenção domiciliar e sirva como guia orientador padrão a fim de potencializar o cuidado no domicílio.

REFERÊNCIAS:

1. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EVD. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018; 42: 52-66.
2. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
3. Santos DS, Miishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; v. 23 (3): 861-70.
4. Chomotas E, Vigo A, Marty I, Huesr L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 8(29): 294-303.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde; 2020. 98 p.
6. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Brasília. 2004.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436- Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 34 p.
8. Batista NM, Rocha ITF, Bonfante GMS. Visita domiciliar como estratégia de construção do valor saúde bucal. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*. 2019; 14(2): 12-25.
9. Medeiros JBBGM, Wanderley Filho HM, Souza LSB, Santos LM, Lucena EES. Atenção domiciliar em saúde bucal – um estudo piloto. VI congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2019.

10. Rodrigues JS, Rocha GCG, Faleiro P, Costa RVA, Franco EJ, Montenegro FLB, Miranda AF. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. *Revista Portal de Divulgação*. 2018; 58 (Ano IX): 31-39.
11. Rosa SO, Ramirez I, Lima DC, Pereira AA. Atenção do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família no atendimento domiciliar à pacientes acamados: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2021; 10(8): 1330-36.
12. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020; v. 25 (6): 2259–2270.
13. Damasceno KSM, Cruz DN, Barros SG. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. *Research, Society and Development*. 2021; 10(3).
14. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1).
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
16. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Reto LA, Pinheiro A. (trad). São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em odontologia. *Revista da ABENO*. 2018; 17 (4):87–98.
18. Grossi JB. A análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte a partir de casos traçadores. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte. 2016.
19. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Atenção à Saúde Bucal de Curitiba. 1ª FASE: Mudanças nos processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde. 2018
20. Gusmão TPL. Assistência odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: câncer [recurso eletrônico] / Teresa Paula de Lima Gusmão, Fábio de Abreu Alves; organizadoras, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira... [et al.]. — São Luís: EDUFMA; 2022.70p.
21. Thumé E, Facchini LA; Tomasi E; Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44 (6): 1102–1111.
22. Colombo. Secretaria Municipal de Saúde, Protocolo Municipal de Saúde Bucal, Colombo. 2012.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 92p.

24. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Alameida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bra Med Fam Comunidade*. 2015; 10 (37): 1 - 8.
25. Maciel JAC, Almeida AS, Menezes AKA, Oliveira Filho IL, Teixeira AKM, Castro-Silva II, Vasconcelos MIO, Farias MR. Quando a saúde bucal bate à porta : protocolo para a atenção domiciliar em Odontologia. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*. 2016; 29 (5): 614 -620.
26. 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 em Debate*. 2015; 39(105):441–450.
27. SilvaNeto JM, Rocha OP, Quintino RV, Medeiros MLBB. Atenção da equipe de saúde bucal no atendimento domiciliar: Revisão integrativa. *REAS*. 2019; 37 (e1958).
28. Santos M. A natureza do espaço - Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
29. Jacques CO, Leal GM. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. *Revista sociais & humanas*. 2017; 30 (1).
30. Ferraz GA, Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Revista de APS*. 2016; 19 (2): 302–314.
31. Savassi LCM; Lourenço LJ; Gonçalves FLC. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2): 179–185.
32. Kobayashi HM, Pereira AC, Meneghim MC, Ferreira RI, Ambrosano GMB. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2015; 44 (2): 85–91.
33. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016; 11 (38): 1–12.
34. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção Domiciliar em Saúde Bucal. 2019.
35. Anjos FS, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Pinto IC, Mestriner Júnior W. Equipes de saúde búcal no Brasil: Avanços e desafios. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2011; 10(3):601-607

36. Stefanelli MC, Cravalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª edição ver e ampl. Barueri, sp: Monole, 2012.
37. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22 (supl. 2).
38. Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 803, de 05 de dezembro de 2018 - Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. 2018.
39. Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021 - Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. 2021.
40. Andrade AM, Guimarães AMAN, Costa DM, Machado IC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1):165–175.
41. Zina LG, Neves ES, Portugal ELA, De Paula JS, Chalub LLFH, Abreu MHNG, Amaral JHL, Guimarães EAA, Werneck MAF. Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. Research, Society and Development. 2022; 11 (3).
42. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barro SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. Saúde debate, Rio de Janeiro. 2018; 42 (Especial 2):76-91.
43. Martins PR, Silva APM, Barbosa EF. Características do atendimento domiciliar da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família em lajeado – Tocantins. Revista Multidebates. 2020; 4(6).
44. Silva, Francisco Augusto Gondim A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em um Centro Universitário do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 115 f.
45. Souza TG, Galdinoll GO, Silva LCS, Machadoll MFB, Araújo MCLF, Silva MD, Kaczamill Farahl VM. A importância da atualização de cadastro na unidade de Saúde da Família. Anais da IV Mostra Científica do programa de interação comunitária do curso de medicina. 2022.
46. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? Arch Pathol Lab Med. 1997; 121 (11): 1145–1150.
47. Cunha DA. Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Amazonas. 2020.

48. Carvalho MS, Merhy EE, Souza MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(190211).
49. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
50. Falkenberg MB, Mendes TPL, De Moraes, EP, De Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2014; 19(3):847–852.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como pressuposto que as atividades nos domicílios dos cirurgiões dentistas em Rio Grande não estavam consolidadas, sendo que a demanda por procedimentos curativos e alto número de pessoas cadastradas nos serviços dificultariam a organização de atividades no ambiente domiciliar.

Ficou evidente que a atenção domiciliar ainda não está incorporada na rotina da equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família. Desse modo, o pressuposto convergiu com os resultados alcançados, uma vez que surgiu como justificativa, para pouca atuação no espaço do domicílio, a alta demanda de atendimentos clínicos agendados e de acolhimento espontâneo nos consultórios odontológicos da ESF.

Ademais, outros fatores que dificultam a AD odontológica foram constatados na pesquisa, os quais podem contribuir para a mudança de práticas, como a falta de organização do processo de trabalho e o não reconhecimento da AD como atividade do CD. Os referenciais teóricos utilizados confirmam os achados e direcionam para a necessidade da atuação constante do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar como uma forma de garantir o acesso à saúde bucal de uma parcela da população incapacitada de chegar à Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Por fim, torna-se relevante mais estudos sobre a atuação dos CD no contexto domiciliar, tais como a melhor forma de sistematizar a AD odontológica de modo a permitir uma maior presença da eSB nessa forma de cuidado.

APÊNDICE 1: Resumo expandido publicado nos anais do 1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual

EIXO TEMÁTICO: Integralidade e coordenação do cuidado na APS

MODALIDADE DE APRESENTAÇÃO: Sessões Temáticas: Experiências em Educação, Formação e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIO GRANDE/RS.

Nomes dos autores: Lisandra dos P. Pereira^{1*}, Elaine Thumé², Mabel M. S. Salas³

lisandra.passos@gmail.com

1 PROFSaúde UFPel, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, RS

2 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Pelotas.

3 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

O estudo visou compreender a situação da atenção domiciliar odontológica das Unidades de Saúde da Família de Rio Grande/RS. Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas em profundidade com os dentistas inseridos na Saúde da Família, que aconteceram de forma virtual. Foi utilizada a análise do conteúdo categorial temática de Bardin, da qual emergiram quatro categorias sobre a atenção domiciliar odontológica: Compreensão e perspectiva dos dentistas; Ações identificadas como importantes; Fatores que influenciam o desempenho e Sugestões de melhorias. Os achados mostram a existência de dificuldades em alcançar o cenário ideal no contexto da atenção domiciliar odontológica.

Palavras Chaves: Atenção Domiciliar, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde e sua abrangência e qualidade podem ser avaliadas pela efetivação dos seus atributos.^{1,2} A APS tem como modelo preferencial de organização do serviço a Estratégia de Saúde da Família³(ESF), onde a prática da AD é preconizada, pois favorece a maior presença dos atributos, principalmente, do acesso e da longitudinalidade.⁴ A AD é considerada uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar).⁵

Estudos que avaliaram as condições de saúde bucal de pessoas acamadas, evidenciaram higiene bucal insatisfatória e grande necessidade de tratamento, principalmente por doença periodontal.^{6,7,8} Porém a literatura demonstra que as visitas domiciliares ainda não fazem parte da agenda programática da maioria dos cirurgiões dentistas(CD), deixando os usuários, que não possuem condições, físicas ou mentais, sem acesso a atenção e cuidado adequado^{8,9}.

O presente estudo visa analisar a situação da AD odontológica das Estratégias de Saúde da Família (ESF) em Rio Grande, RS.

MÉTODOS

Foi realizada pesquisa qualitativa com base nos serviços de atenção primária à saúde com implantação da ESF do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, com equipes de saúde bucal. Foram elegíveis os CD concursados que iniciaram a trabalhar nas equipes da ESF antes da pandemia Covid-19. Estavam em atividade no momento da coleta de dados um total de 17 CD e destes 12 participaram da pesquisa, os demais não atenderam aos critérios de inclusão.

Como desenho metodológico foi utilizado a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com roteiro guia (Tabela 1) como técnica de construção dos dados.¹⁰Tal roteiro sofreu algumas modificações após a aplicação de pré-testes, que consistiram em entrevistas preliminares com uma população alvo similar. A coleta de dados ocorreu por meio de encontros virtuais, via *Google Meet*, entre abril e maio de 2022, os quais foram agendados conforme a disponibilidade dos participantes e foram identificados por números.

Tabela 1. Roteiro guia para entrevista

Questões usadas no Roteiro guia para entrevista

- 1) Conte sobre sua formação até os dias de hoje.
 - 2) Fale sobre o que você entende por atenção domiciliar na ESF.
 - 3) Você teve na graduação experiência teórica e/ou prática em atenção domiciliar no serviço público? Gostaria de falar sobre a experiência.
 - 4) Fale sobre seu trabalho (número de usuários que a eSB é responsável, participam de educação permanente, como é a relação com a equipe, quais as atividades desempenhadas, acredita que ainda permanece o trabalho da odonto centrado em procedimentos?
 - 5) Você conhece os usuários que necessitam AD do seu território? Como são identificadas as demandas de VD? Antes e durante a pandemia
 - 6) Fale sobre atenção domiciliar da odonto (planejamento, objetivos, classificação de risco/ frequência, avaliação). Como você acompanha os usuários que necessitam de atenção domiciliar?
 - 7) Utiliza algum instrumento para registrar as condutas e os retornos necessários?
 - 8) Você considera que um modelo para registro das VD, evolução do tratamento e acompanhamento dos usuários ajudariam a organizar os atendimentos domiciliares? De que forma ajudaria?
 - 9) Quais as limitações existem para a realização da atenção domiciliar odontológica ser mais rotineira?
-

-
- 10) Me fale sobre os instrumentos e materiais que estão disponíveis para realizar atendimento domiciliar?
 - 11) Quais procedimentos você considera que podem ser realizados no domicílio? Existe algum item que poderia auxiliar na qualidade do atendimento?
 - 12) Comente alguma VD que tenha lhe impactado/marcado?
 - 13) Quais os fatores que facilitam seu trabalho na AD?
 - 14) Quais fatores que dificultam seu trabalho na AD?
 - 15) Gostaria de acrescentar algo sobre o que acabamos de conversar?
-

As 12 entrevistas realizadas totalizaram 6 horas, 57 minutos e 36 segundos de gravação, as quais foram transcritas de forma literal, sendo digitadas em arquivo no *Word*. Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas no *Excel* para análise integral.

Os dados foram analisados mediante a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, a qual consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A escolha desse tipo de análise se baseou no fato de a mesma possuir uma metodologia objetiva e sistemática para o estudo de dados qualitativos, a qual engloba três fases: 1) pré-análise, durante a qual foi feita a leitura geral das entrevistas transcritas, intercalando com a leitura e observação do vídeo gravado. O material foi preparado e dividido em 15 blocos com 12 respostas cada sendo os objetivos analisados e eleitos aqueles mais representativos; 2) exploração do material, durante a qual foi feita a codificação das entrevistas a partir do recorte dos segmentos de texto em unidades de registro e classificação das informações em categorias temáticas; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹¹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), registrado com o número 53624621.0.0000.5317 em 2021 e respeitou os aspectos contidos nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, bem como e as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Os participantes assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma ficou com o participante e outra com o pesquisador. Com a finalidade de garantir o anonimato, os participantes foram identificados por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 12 dentistas, dos quais 08 eram mulheres, apresentaram idades entre 36 e 44 anos, tempo de formação entre 7 e 22 anos, todos graduados em universidade pública, a maioria com pós-graduação em saúde pública ou saúde da família e desenvolvem atividades na ESF entre 4 e 12 anos.

Após a análise do material emergiram quatro categorias.

(1) COMPREENSÃO SOBRE AD NA PERSPECTIVA DOS CD.

Ficou evidente diante das falas um conflito sobre o que realmente significa atenção domiciliar, visto que muitas vezes o atendimento domiciliar foi citado como termo equivalente. Diante de uma visão mais curativista, a atenção domiciliar é associada a uma intervenção com procedimentos (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados da análise de cada categoria ou tema chave.

CATEGORIAS OU TEMAS CHAVES

Compreensão sobre a atenção domiciliar na perspectiva dos cirurgiões dentistas

Visão do Dentista *“Acho que nos complica um pouco por causa do tipo de trabalho. A gente fica bem limitado a dar orientações só, de higiene e tal e a respeito da dieta, mas acho que funciona mais a questão domiciliar para outras áreas do que propriamente da nossa área odontológica”*. (D11)

“Eu entendo que atenção domiciliar seja todo cuidado que os profissionais de saúde da família têm com as pessoas que não tem condições de comparecer na unidade”. (D5)

“Fazíamos bastante visita domiciliar para promoção de saúde, depois foi se perdendo”. (D3)

“A política ela está escrita, a política nacional de saúde bucal e a política nacional de atenção básica estão inseridas uma na outra. Estão escritas de forma que a gente tem que fazer esse cuidado. Agora, cabe aos profissionais serem sensíveis a esse processo. Assim como cabe também a sensibilização dos gestores e das instituições de ensino começarem a formar, começarem a discutir esse tema”. (D4)

Usuários que
devem receber a
atenção domiciliar

Paciente acamado ou com dificuldade de locomoção/acesso ... *“É voltada, principalmente, para aquelas pessoas que não tem acesso na forma usual do serviço, por problemas de locomoção ou questões de saúde que inviabiliza a vinda a unidade básica de saúde”*. (D2)

Pós alta hospitalar

“O paciente de UTI precisa de dentista, principalmente depois quando está tratando sequelas...”. (D12)

Cuidados paliativos

Pessoa com deficiência/ Sequela de AVC

“O paciente que sai da rede de atenção à saúde ou der alta do hospital. Questões de saúde, que podem envolver “n” problemas, como cuidados paliativos, paciente acamado, paciente com sequela de AVC, paciente portador de necessidades especiais, entre outros”. (D4)

Paciente em tratamento oncológico

Idoso que perdeu o autocuidado

“...idoso que perdeu o seu autocuidado, que vai precisar de um cuidador”. (D4)

Como e quando fazer?

Diagnóstico situacional dos pacientes que necessitam AD

Se fazia muito o levantamento de acamados, domiciliados, portadores de necessidades especiais[...]”. (D4)

Acompanhamento

“Não tenho feito um acompanhamento, mas até poderia ser feito. Até tinha, há uns bons anos atrás. A enfermagem fazia uma classificação de risco dos acamados, aí eles me passavam, mas agora faz um bom tempo que não temos feito”. (D6)

Demanda solicitada

As demandas são identificadas quando um familiar solicita ou através do agente comunitário de saúde ou outro profissional que percebe a necessidade”. (D7)

Ações identificadas pelos cirurgiões dentistas como importantes na atenção domiciliar

Avaliação da condição sistêmica do paciente:

“Acho que é possível fazer avaliação clínica com segurança”. (D1)

“A maioria dos pacientes acamados são comprometidos, tem uma série de restrições”.(D2)

Avaliação da ambiência do domicílio e contexto de vida do usuário

“Tudo depende muito também da condição da residência, da iluminação, de onde o paciente está, da acomodação do paciente. Se teria como deixar sentado”. (D5)

Ações de educação, promoção e prevenção em saúde.

“...orientação de higiene, inclusive escovação para o paciente entender como deve ser feito”. (D12)

Ações curativas no domicílio

“Acho que extrações podem ser feitas, aquelas que o dente tem problema periodontal, que o dente está incomodando porque está frouxo. Nada muito complicado, nada”. (D10)

“Acho que uma raspagem, uma extração bem simples, no caso”. (D11)

-Conhecer a realidade do paciente que não modifica hábitos

“Às vezes não adianta nada tu ir e fazer uma escovação, mas tu estás vendo que toda vez ele retorna com aquele nível de placa elevado. Bom, então acho que vou ter que começar a trabalhar uma abordagem diferente, essa família preciso ir na casa, porque eu não vejo a família. Ela tem condições vir a UBS? Tem, mas não está resolvendo. Então é uma família que eu deveria ir no domicílio também”. (D4)

- Prevenir alterações na mucosa bucal do paciente oncológico

| | |
|--------------------------------|--|
| Outras abordagens no domicílio | <p>“...lesões na boca e tu tens que fazer uma abordagem com ele. Ele já é imunodeprimido, não pode ter infecções secundárias”. (D4)</p> <p>-Alívio dos sintomas decorrente da Hipossalivação/xerostomia “Fluxo salivar diminuído, o que ele pode fazer para melhorar esse fluxo salivar”. (D4)</p> <p>- Reestabelecer saúde bucal do paciente após alta de internação “Um paciente que volta da UTI Covid, podes ter certeza que ele tem uma demanda odontológica que está sendo negligenciada”. (D12)</p> <p>- Processo agudo em paciente acamado/ domiciliado “Paciente que está com abscesso agudo em domicílio. Ir lá, levar uma medicação, tratar”. (D4)</p> <p>- Observar questões sociais consolidando um cuidado integral “Tem todo esse contexto social. Então às vezes tu vai para ver uma questão de saúde bucal e tu já aciona uma assistente social. Ela, por exemplo, estava sem benefício. Nós conseguimos o benefício para ela, o BPC”. (D4)</p> <p>- Busca ativa “Eu ia na casa mais orientar e tentar trazer para o consultório. Fazia mais uma busca ativa, eles conseguiam fazer o deslocamento até a unidade”. (D8)</p> |
|--------------------------------|--|

É notório uma visão mais ampliada quando o cuidado integral é englobado na AD, Porém, mesmo reconhecendo essa dimensão, percebe-se que o CD não consegue desempenhar esse cuidado como gostaria. Logo, o conhecimento sobre a atribuição existe, havendo necessidade de mais discussão sobre AD odontológica para que possa ser melhor vivenciada.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam que as ações de saúde bucal podem ser ampliadas através de organização de visitas da equipe de saúde bucal¹². Ademais, a atenção em saúde bucal no domicílio também é vista como atribuição específica do CD na Política Nacional de Atenção Básica, 2017, de acordo com o planejamento da equipe e em conformidade com protocolos estabelecidos¹³.

Os participantes perceberam que a AD deve ser ofertada aos usuários que não acessam a unidade de saúde, como consta no relato do CD 2. Os usuários que se enquadram como acamados ou com dificuldade de locomoção e requerem a AD odontológica incluem idosos dependentes ou semidependentes; pessoas vítimas de violência urbana e acidentes; pacientes com diagnóstico de câncer bucal ou de cabeça e pescoço; pessoas com deficiência mental congênita ou adquirida, como pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral, com deficiência física,¹⁴ usuários com comorbidades após alta hospitalar e aqueles com vulnerabilidade social¹⁵. A AD ainda que comumente indicada por critérios de impossibilidade temporária ou definitiva de comparecimento a um serviço de saúde, não deve ser baseada somente nesse viés¹⁵.

(2) AÇÕES IDENTIFICADAS PELOS CD COMO IMPORTANTES NA AD.

Os CD identificaram como ações importantes da AD a avaliação da condição sistêmica do paciente, a avaliação da ambiência do domicílio e contexto de vida do usuário, e realização de ações de educação, promoção e prevenção em saúde (Tabela 2).

Os participantes perceberam que tais ações são importantes e passíveis de serem desenvolvidas no domicílio, as quais incluem a orientação ao paciente e/ou ao cuidador sobre higiene bucal e limpeza das próteses, quando necessário. O reconhecimento domiciliar é parte integrante do cuidado domiciliar e deve ter como objetivo identificar fatores que estejam dificultando tal cuidado.¹⁵ O dentista apresenta papel fundamental na visita domiciliar ao desenvolver atividades de promoção em saúde, motivando o paciente e cuidador, e de prevenção, orientando higiene bucal e cuidados com a prótese.^{14,16,17}

A maioria dos CD acreditam que ações curativas simples podem ser realizadas no domicílio aos pacientes que não há possibilidade de atendimento na unidade, porém deve sempre ser considerada a avaliação sistêmica do paciente e condições da residência. Os procedimentos mais citados foram a exodontia de dentes com doença periodontal avançada e a raspagem supra gengival.

(3) FATORES QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DA ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA

Para os CD, a grande demanda faz com que a atenção odontológica seja mais voltada aos procedimentos curativos no consultório, sendo também atribuído a gestão essa visão “procedimento centrada”, a qual avalia o trabalho odontológico por números de atendimentos (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da análise de cada categoria ou tema chave.

CATEGORIAS OU TEMAS CHAVES

Fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica

| | |
|---------------------------------------|--|
| Trabalho restrito a atendimentos | <i>“Acho que seria a demanda mesmo, ficamos muito sobrecarregados, muita coisa para fazer no posto. A gente mesmo não consegue sair. Não consigo parar, porque aí chega um, chega outro, né? Chega em qualquer horário”. (D7)</i> <i>“O dentista só precisa atender dentro do consultório e isso é trabalhar e o resto é não trabalhar”. (D12)</i> |
| Problemas de comunicação com a equipe | <i>“Não se tem o hábito de quando o familiar vem na unidade, de falar com a equipe de saúde bucal e dizer: Olha, entrou um paciente que agora está acamado, está restrito ao leito. A equipe de saúde bucal não fala: Se tiver um paciente restrito ao leito, vamos discutir porque eu também tenho que participar desse processo de cuidado, também tenho que ir nessa visita. A equipe, às vezes, esquece de te chamar. Eles se esquecem”. (D4) ...</i> <i>“Falta a equipe enxergar mais a necessidade de chamar o dentista. A maioria sabe da importância, mas com o passar dos anos foram parando de solicitar”. (D6)</i> |

| | |
|--|---|
| Protocolo de atenção domiciliar odontológica | <i>“Falta de organização, de um protocolo, de estabelecer uma rotina. Não é muito visto como uma necessidade. Ah, está acamado, vamos criar um protocolo, assim: Visita domiciliar do agente comunitário de saúde, já vai a enfermeira, depois médico e odonto. Nós não temos isso, mas deveria”</i> . (D9) |
| Falta de consultório portátil: | <i>“Falta de um equipo móvel para atendimento domiciliar. Eu não faço procedimentos nas visitas, mas se tivesse mais estrutura, como equipamento portátil para atendimento, poderia fazer”</i> . (D2) |

Sugestões de melhorias na estrutura e processo de trabalho

| | |
|---|--|
| Planilha de acompanhamento no prontuário odontológico do sistema: | <i>“Ter o registro com as visitas domiciliares e o tratamento ajudaria a ter um diagnóstico da população e iria facilitar o acompanhamento. Acho que poderia ter no próprio sistema uma parte mais voltada para atenção domiciliar odontológica”</i> . (D2) |
| Protocolo de atenção domiciliar odontológica | <i>“Acho que poderia se criar um protocolo de verificação. Se tu criares um hábito, assim: Nós temos visitas domiciliares, vais visitar um paciente por uma necessidade qualquer, a gente já combina de ir a odonto junto. Aí a gente já verifica e já faz o exame. Se a pessoa não precisar de nada, tudo bem. Porque às vezes a necessidade da visita domiciliar não é vista, mas quando o dentista vai até a casa e verifica a situação, ele descobre muitas vezes problemas e aí cria-se a demanda”</i> . (D9) |
| Educação permanente | <i>“Acho que é nosso papel, como dentista, mostrar a importância do nosso trabalho. Fazer essa capacitação permanente junto com os profissionais para que nos enxerguem mais como parte integrante desse cuidado”</i> . (D4) |
| Qualificação profissional | <i>“Acho que o Brasil não está avançado ainda nessa parte da sedação, uso do gás de óxido nitroso [...]. Acho que seria um grande avanço para nós conseguirmos trabalhar com esses pacientes com maior dificuldade”</i> . (D4) |
| Consultório portátil: | <i>“Se tivesse um x de equipos odontológicos portáteis que o dentista pudesse agendar o uso e utilizar no município seria bem interessante para alguns procedimentos odontológicos em domicílio”</i> . (D4) |

Confirmando as narrativas, Bizerril (2016)¹⁴ aponta como dificuldade para a atenção domiciliar odontológica a priorização da assistência à saúde pela gestão municipal. A alta carga de doenças bucais na população torna o trabalho do CD mais focado nos procedimentos clínicos⁸ deixando tempo limitado para o planejamento e frequência da atenção domiciliar.¹⁸ A saúde bucal obteve muitos avanços, mas o modelo biomédico ainda é reproduzido, com enfoque curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe⁹.

A falta de comunicação entre o CD e a equipe sobre a AD também surgiu como um desafio, o qual é evidenciado na literatura^{14,16}. Para Peduzzi (2018)¹⁹ a interação e comunicação entre os membros da equipe é condição *sine qua non* para o trabalho em equipe e colaborativo. Nesse sentido, outro estudo corrobora com esse achado e acrescenta que as dificuldades no compartilhamento do cuidado na AD ainda persistem, em parte, devido aos problemas na comunicação, sendo que essa limitação pode ser amenizada com a ampliação das habilidades e conhecimentos específicos para o cuidado no domicílio.²⁰ Assim, a educação permanente passa a ser fundamental no processo de mudança do modelo tecnicista e excludente, incluindo no processo de trabalho do CD ações em diferentes espaços do território e em equipe¹⁶.

O fato de não ter uma organização estabelecida sobre a atenção domiciliar odontológica, sem protocolo e planilhas no prontuário eletrônico, repercutiu de maneira importante, sendo salientado a imprescindibilidade de haver a elaboração de um guia que oriente as equipes. Nessa direção, as ações no domicílio podem ser fortalecidas quando as equipes utilizam um instrumento para o planejamento, acompanhamento e avaliação da visita domiciliar.²¹ Alguns estudos evidenciaram a necessidade de sistematização da visita domiciliar por parte do CD para a qualificação da AD e redução dos agravos bucais dos usuários que não acessam a unidade de saúde^{22,23,9}. Desse modo, a visita domiciliar não será uma prática isolada e fragmentada no processo de trabalho do CD.⁹ Outro fator que dificulta a visita domiciliar do CD é a ausência de equipamentos portáteis para realização de atendimento no domicílio, sendo evidenciado nas narrativas e na literatura como uma condição que deve ser superada para a melhora da saúde bucal e geral do acamado⁸.

(4) SUGESTÕES DE MELHORIAS NA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO

Os CD sugeriram que o programa privado utilizado no município, fosse reformulado a fim de conter um espaço para registro da visita domiciliar odontológica. Para tanto, foi consenso que tais informações deveriam ser acrescentadas: conseguir visualizar o motivo da necessidade de atenção domiciliar, o plano de tratamento proposto, a evolução de cada visita e a data estimada para retorno (Tabela 3).

Assim, é fundamental ter a consciência dos objetivos da visita para que a mesma seja eficiente, sendo igualmente importante o registro, a avaliação e o monitoramento, propiciando uma análise periódica da condição de saúde do usuário visitado.²¹ Também, a criação de um protocolo ou roteiro em atenção domiciliar odontológica foi a sugestão mais constatada nas narrativas. Assim, os protocolos de AD e os instrumentos de priorização da VD, indicam potenciais caminhos que direcionam as equipes de saúde bucal às residências dos usuários que possuem dificuldades em acessar a unidade.^{9,22,23,24} A aquisição de um ou dois equipamentos portáteis permitiria ter uma estrutura adequada, o que para Donabedian (1997)²⁵ torna o alcance dos processos assistenciais e, conseqüentemente, dos resultados em saúde satisfatórios mais viáveis.

CONCLUSÃO

A situação da atenção domiciliar odontológica apresenta desafios que incluem dificuldade de entendimento da importância da atenção domiciliar, assim como a existência de limitantes estruturais e de processos de trabalho que não facilitam a efetivação das visitas domiciliares por parte dos CD. Evidenciam-se também problemas na organização do processo

de trabalho do CD caracterizada pela sobrecarga no trabalho assistencial e falta de ações de qualificação profissional, as quais não facilitam a integração e o trabalho em equipe. Torna-se necessário que a odontologia supere os principais desafios e se insira no contexto domiciliar, de modo a facilitar o acesso e a longitudinalidade do cuidado a pacientes restritos ao lar.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EVD. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018; 42:52-66.
3. Santos DDS, Mishima, SM, Merhy EE (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & saúde coletiva*. 2018; 23:861-870.
4. Chomotas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
5. Grossi, JB. A análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte a partir de casos traçadores. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte. 2016.
6. Medeiros JBG, Filho HMW, Souza LSB, Santos LM, Lucena EES. Atenção domiciliar em saúde bucal – um estudo piloto. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2019:1-6.
7. Rodrigues JS, Rocha GCG, Faleiro P, Costa RVA, Franco EJ, Montenegro FLB, Miranda AF. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. *Revista Portal de Divulgação*. 2018; 58, Ano IX: 31-39.
8. Rosa SO, Ramirez I, Lima DC, Pereira AA. Atenção do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família no atendimento domiciliar à pacientes acamados: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2021; 10(8):1330–36.
9. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020; 25(6):2259–2270.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisas Social - Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

12. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436**- Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
14. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS; Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bra Med Fam Comunidade*. 2015; 10(37):1-8.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 03 mar. 2021.*
16. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batistion AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105):441-450.
17. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(1):181-9
18. Anjos FS, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Pinto IC, Mestriner Júnior W. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(3):601-07
19. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.
20. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016; 11(38):1-12.
21. Andrade AM, Guimarães AMAN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1):165-75.
22. Maciel JAC, Almeida AS, Menezes AKA, Oliveira Filho IL, Teixeira AKM, Castro-Silva II, Vasconcelos MIO, Farias MR. Quando a saúde bucal bate à porta : protocolo para a atenção domiciliar em Odontologia. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(5):614–20.
23. Ferraz GA; Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Revista de APS*, v. 19, n. 2, p. 302–314, 2016.
24. Silva Neto JM de A e, Rocha JM de OP, Quintino RV da S, Medeiros MLBB. Atenção da equipe de saúde bucal no atendimento domiciliar: Revisão integrativa. *REAS*.2019;(37):e1958.

25. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? Arch Pathol Lab Med. 1997; 121(11):1145-50.

com a equipe. A questão do atendimento no domicílio em pacientes com muitos problemas (comorbidades) é tratada como uma complicação. A alta demanda, pandemia, violência, condições das ruas e lugares distantes também dificultam a AD.

O gráfico 2 complementa o gráfico 1, evidenciando limitantes que impedem a AD odontológica ser uma rotina no processo de trabalho. Entre eles estão, não ter um protocolo de AD, não ter dia e horário na agenda estipulado para tal atividade e não ter treinamento (Educação Permanente em Saúde).

O gráfico 3 mostra que os CD não conseguem realizar um acompanhamento com base nos registros da AD e sinaliza o interesse em ter essa ferramenta no prontuário eletrônico. Também sugere que relatórios possam ser gerados, assim como já existe para a gestante. Reforça a criação coletiva de um protocolo.

Referências:

CAMARGO, B; JUSTO, AM. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análises de Dados Textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n.2, p.513-518, 2013

CAMARGO BV, JUSTO AM. **Tutorial para uso do software** (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - UFSC – 2018.

KLAMT LM, SANTOS VS. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa The use of the IRAMUTEQ. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021.