

## ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL – UM ESTUDO PILOTO

Joseane Beatriz Gurgel de Medeiros<sup>1</sup>  
Humberto Medeiros Wanderley Filho<sup>2</sup>  
Laianne Santos Barbosa de Souza<sup>3</sup>  
Luzia Michelle Santos<sup>4</sup>  
Eudes Euler de Souza Lucena<sup>5</sup>

### INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças (LACERDA et al., 2006), ampliando o acesso à saúde para aqueles pacientes que apresentam dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde, e que são considerados arquétipos de acamados, sendo eles, segundo o Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: portadores de doença crônica que apresentem dependência física; pacientes em fase terminal; pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos; pacientes egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por alguma condição que os incapacitem a comparecer nas Unidades Básicas de Saúde; e pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental (BRASIL, 2003).

É comum que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao acompanharem o paciente acamado em domicílio, se deparem com dificuldades durante o atendimento, seja na falta de cuidados com o indivíduo por parte dos cuidadores, seja por questões socioeconômicas do paciente ou desconhecimento da atenção necessária perante a situação (FERNANDES, 2010), ou seja por falta de uma rede de serviço que der apoio.

A Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) e a Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 (BRASIL, 2004) trazem atribuições aos profissionais de saúde bucal no programa saúde da família, sendo necessário destacar a importância de programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas, e também realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.

Contudo, é importante enfatizar que a falta de atenção e cuidados de higiene em pacientes acamados são fatores de risco para o desenvolvimento ou progressão de patologias, principalmente em relação à saúde bucal. A presença do cirurgião- dentista se faz necessária na orientação quanto à higienização adequada e manutenção da integridade oral (MARTINS, 2006).

No geral, a literatura apresenta poucos trabalhos sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atenção domiciliar ao paciente acamado, não contemplando a complexidade desse contexto (SILVA, 2016).

Para que haja um melhor entendimento dos casos e planejamento das intervenções profissionais, além da criação de vínculos entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), usuário e cuidadores o objetivo desse trabalho foi a caracterização do perfil e da condição

<sup>1</sup>Especialista em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas – EMCM/UFRN, [joseanegurgel@hotmail.com](mailto:joseanegurgel@hotmail.com);

<sup>2</sup>Residência Multiprofissional em Atenção Básica - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – EMCM/UFRN, [humbertofilho\\_@hotmail.com](mailto:humbertofilho_@hotmail.com);

<sup>3</sup>Residência Multiprofissional em Atenção Básica - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – EMCM/UFRN, [laiannebarbosa19@hotmail.com](mailto:laiannebarbosa19@hotmail.com);

<sup>4</sup>Residência Multiprofissional em Atenção Básica - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – EMCM/UFRN, [luh.michelle@gmail.com](mailto:luh.michelle@gmail.com);

<sup>5</sup>Professor Dr. Eudes Euler de Souza Lucena da Escola Multicampi de Ciências Médicas – EMCM/UFRN, [eudeseuler@hotmail.com](mailto:eudeseuler@hotmail.com).

oral dos pacientes acamados e domiciliados do bairro Paraíba, localizado em Caicó – Rio Grande do Norte.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal de natureza quantitativa, em uma população residente na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Santa Costa (Estratégia Saúde da Família do bairro Paraíba, no município de Caicó-RN). Esta, foi considerada por ser o local de atuação do pesquisador responsável, sendo o tipo da amostra intencional e composta por 118 acamados e domiciliados, dispersos em 16 microáreas, que correspondem a 2 Estratégias Saúde da Família em 1 Unidade Básica de Saúde. Desses, foram coletados dados de 37 pacientes.

O estudo aconteceu durante o período de janeiro à agosto de 2018, onde foi realizado um levantamento, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobre a quantidade de pacientes acamados e domiciliados, e posteriormente, as visitas foram realizadas ao domicílio desse público, com a presença do pesquisador responsável e ACS. Foram esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa ao paciente, cuidador ou familiares presentes, e com a participação da pesquisa de forma voluntária, sem nenhum tipo de coação.

Os pacientes, cuidadores ou familiares foram convidados a participar da pesquisa primeiramente com a obtenção do Termo de Livre Consentimento e Esclarecido (TCLE). Após a exposição do termo e conseqüente assinatura, as entrevistas foram feitas, de forma individualizada, garantindo a privacidade e sigilo das informações, finalizando com o exame oral realizado individualmente na cama ou leito do paciente, pelo pesquisador responsável (cirurgião-dentista). Os sujeitos ficaram livres a recusar qualquer etapa da pesquisa ou abandoná-la.

O questionário foi de autoria própria e conteve informações relativas a caracterização do paciente, do domicílio, do cuidador, da saúde sistêmica, do convívio social e de saúde bucal.

Os dados foram analisados por estatística descritiva. Foram feitas análises descritivas dos dados relativos às variáveis dependentes e independentes, e foram construídas as figuras.

O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Faculdade Ciências da Saúde do Trairi com o na do parecer: 2.295.396.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram coletados dados de 37 pacientes. Com relação às características dos pacientes, a faixa etária foi de 80 anos, em média, com a maioria sendo do sexo feminino (73%). Dentre os motivos de acamação (ou da condição de domiciliado) a maior parte estava inserida nas especialidades médicas da ortopedia (51,5%). Quanto à renda, 62,2% são aposentados, e, 54,1% dos pacientes utilizam mais o público e parcialmente privado. Com relação ao grau de dependência, 81,1% dos pacientes são parcialmente dependentes de alguém para realizar as atividades diárias de vida. O meio de administração de comida é 100% via oral e o tempo de estar na condição de domiciliado/acamado é de 4 anos.

Sobre a caracterização da saúde bucal, a maioria dos pacientes quem faz a própria higiene bucal (75,7 %), e relataram que o tempo referente à última visita domiciliar da equipe de saúde bucal foi de, no mínimo, há 2 anos. Durante a anamnese e o exame clínico, os dados observados foram que: 62,2% dos pacientes apresentaram o aspecto da língua saburrosa; 67,6% dos acamados/domiciliados não apresentam lesão oral e perioral (67,6%); entretando, foi encontrado lesão em 32,4% dos pacientes, e dentre elas, a hipótese diagnóstico mais observada foi a estomatite protética em um percentual de 33,3% em relação as outras lesões. Com relação ao edentulismo, a maior parte foi classificado 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%; 62,2% dos pacientes avaliados faziam uso de prótese dentária e destes 56,5% relataram fazer uso constante da prótese, sem tirar para dormir. Diante de todos os dados, o maior percentual dos pacientes apresentaram o grau de higienização insatisfatória (70,3%).

Pode-se observar que as prevalências de edentulismo total, da doença cárie e da doença periodontal no estudo foram altas. Isso pode se justificar no trabalho de Baldani (2010) quando propõe que questões como a alta prevalência de perda dentária, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a crença de que o edentulismo desmerece a atenção da equipe odontológica influenciam na diminuição da oferta de serviços de saúde bucal conforme os pacientes envelhecem. Resultados semelhantes são encontrados no presente estudo quando considera-se que, em média, a faixa etária desses pacientes acamados e domiciliados foi de 80 anos e que há uma baixa na oferta de serviços odontológicos para esse público.

Moreira (2005) citou que a alta prevalência de cárie e doença periodontal não tratada influencia no índice elevado de edentulismo, que demanda por reabilitação protética. Essa informação reflete na realidade da saúde bucal da população idosa do presente estudo, que por falta de informação ou por ainda resistir às práticas a prevenção de doenças e agravos em saúde bucal, demonstrou nos resultados que a maioria dos pacientes acamados faz uso de prótese dentária e que não a retiram para dormir, sendo essa última um hábito que gera retenção de placa e proliferação de microorganismos bucais, podendo causar lesões orais, como a estomatite protética (CÔRTE-REALA et al., 2011).

Apesar de não ter encontrado alterações em tecido mole durante o exame clínico da maior porcentagem dos pacientes acamados e domiciliados, ainda foi encontrado algumas lesões na menor parte desses usuários, havendo maior prevalência da hipótese diagnóstico de estomatite protética. Petersen (2005) explana que pacientes portadores de prótese removível, principalmente total, apresentam uma prevalência de estomatite protética que varia de 11 a 67%. É necessário levar em consideração esse percentual de prevalência do presente estudo para planejar ações voltadas para essas necessidades da população.

Côrte-Reala et al. (2011) cita que alguns fatores de risco para a estomatite protética são, além do uso contínuo da prótese sem retirar para dormir, a higiene oral e protética, uso de próteses mal adaptadas, tempo de uso da prótese, idade da prótese, entre outros, podendo influenciar na colonização da mucosa de suporte protético por *Candida albicans*.

Ainda foi analisado, durante o exame clínico, lesões sugestivas de hiperplasia fibrosa, candidíase oral e, língua saburrosa em mais de 60% dos pacientes acamados e domiciliados. Estes resultados convergem com dados encontrados em uma revisão de literatura (IRINEU et al., 2015), onde mostra que dentre as principais alterações orais encontradas em pacientes idosos, estão: redução do fluxo salivar, xerostomia, estomatites protéticas, língua fissurada, língua saburrosa, candidíase, queilite angular, hiperplasia fibrosa, doença periodontal, edentulismo, podendo ser potencializadas por condições sistêmicas. Sendo assim, foi classificado, com mais de 70%, que os pacientes acamados apresentaram higiene oral insatisfatória. Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo.

Diante de todos os dados levantados, observados e analisados, foram realizadas intervenções, como: orientações quanto a higiene oral do paciente e da prótese, utilizando a técnica do mostrar-fazer-dizer ao paciente e, quando presente, ao cuidador, avaliação das condições das próteses em todos os sentidos funcionais; encaminhamentos para o serviço de prótese do SUS (Brasil Sorridente) de referência no município, quando necessário; prescrições de Nistatina 100.000 UI/ML, Clorexidina 0,12%, analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, de acordo com a necessidade de cada caso; encaminhamentos para realização de biópsia no curso de Cirurgia e Traumatologia BucomaxiloFacial, em funcionamento na Universidade

Estadual do Rio Grande do Norte em Caicó/RN, e solicitações de radiografias odontológicas, quando necessário. Nesse sentido, é importante enfatizar que a visita domiciliar tem um papel fundamental na reorientação do modelo assistencial para esses pacientes limitados se beneficiarem com ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde bucal (MARTINS, 2006).

Vários são os fatores que podem influenciar no resultado da condição de higiene bucal insatisfatória de 70,3% dos pacientes acamados e domiciliados no presente estudo. Um deles é o grau parcial de dependência desses pacientes, que por apresentarem, em maioria, como fator limitante doenças relacionadas a especialidade médica da ortopedia, conseguem ainda realizar algumas atividades, porém, 73% precisa de alguém para auxiliar nas atividades de vida diária. Esse dado deve ser levado em consideração na prática de higiene oral, pois de acordo com os usuários e cuidadores, os acamados que as realizam, mesmo apresentando a coordenação motora limitada, o que pode estar contribuindo para aparecimento de complicações orais como a saburra lingual, que foi encontrada em 62,2%, dos pacientes no presente estudo, devido a má higiene bucal.

Nemre et al. (2007) mostrou que 77,78% dos cuidadores não participaram de nenhum treinamento para cuidar de idosos. Esse dado foi de acordo com o resultado apresentado no presente estudo, onde todos os cuidadores afirmaram nunca ter participado de alguma capacitação voltada para cuidar de pacientes acamados e domiciliados. Além disso, 77,8% dos cuidadores relataram também ter obrigações domésticas, portanto, não podendo oferecer atenção exclusiva ao paciente, sendo assim, mais um fator que pode influenciar no resultado da inadequada higiene oral.

Sobre as práticas odontológicas voltadas para ações de promoção à saúde para esse grupo de acamados, é interessante citar os resultados da pesquisa de Pereira et al. (2003) que demonstra que o modelo tradicional de assistência odontológica decorrente da prática centrada no indivíduo doente, priorizando ações individuais, autônomas, curativas e tecnicistas, no restrito ambiente clínico-cirúrgico ainda é exercido, mostrando que o profissional cirurgião-dentista possuem uma resistência a se adequarem à mudanças da organização de trabalho.

Fernandes (2010) cita em seu trabalho que é necessário incluir no cotidiano da equipe de saúde da família ações de promoção de educação ao cuidador e o enfoque às demandas apresentadas por ele levando em consideração a relação domicílio/família/comunidade, não somente na centralidade do paciente acamado. Através de visitas domiciliares voltadas para o reconhecimento da realidade familiar e prevenção de possíveis agravos, permite-se a autonomia e co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculos.

Gonçalves (2012) que poucos profissionais de odontologia na unidade básica de saúde afirmam fazer realizar visitas domiciliares, apenas quando solicitado pelo Agente Comunitário de Saúde. Em convergência com os resultados do presente estudo, pode-se observar a baixa atividade dessa atenção aos pacientes acamados por parte da equipe de saúde bucal, quando foi observado o tempo mínimo que os pacientes receberam visita domiciliar ou que contaram com os serviços de odontologia da Unidade Básica de Saúde Santa Costa foi de 2 anos, sendo esse primeiro realizado através dos profissionais de odontologia da residência multiprofissional. A baixa atividade odontológica voltada para esse público pode também ser um fator que influencia no resultado inadequado de higiene oral dessa população.

A baixa atividade da atenção domiciliar por parte da saúde bucal pode ser explicada pela falta de oferta por parte do município do serviço SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), pela questão estrutural da própria unidade básica que não dá condições de receber e acomodar esse público alvo de acordo com suas necessidades, o preparo e resistência dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal para trabalhar com as demandas dessa população, e o próprio desinteresse dos pacientes e cuidadores pela falta de informação relacionado ao tema.

Apesar da baixa atenção à esse serviço de atenção domiciliar, a maioria desses usuários alegaram utilizar mais o serviço público do que o privado. Porém, pode-se perceber que essa oferta de serviço se dá por parte de outras especialidades, como mostra os resultados no estudo de Machado et al. (2012) onde a prevalência de uso regular de serviços de saúde bucal no setor público foi duas vezes menor quando comparada ao serviço privado, diferente do que ocorre nas consultas médicas, por exemplo. Isso mostra que o público idoso tem uma grande dependência do serviço público para outras especialidades da Equipe de Saúde da Família, menos na categoria da Saúde Bucal, apresentando resultados convergentes com os do presente estudo.

Embora o estudo seja relevante por caracterizar o perfil e a condição bucal dos pacientes acamados do bairro da Paraíba, o mesmo apresenta algumas limitações, como: seu delineamento transversal, o que permite apenas levantar hipóteses sobre as associações encontradas; viés de resposta, uma vez que o estudo considera respostas auto-referidas e também pode sofrer interferência pelas dificuldades de memória; e quantidade de amostra baixa, devido a não adesão de uma parte da equipe ao projeto. Essas limitações implicam na necessidade de novas pesquisas para bases de dados sobre a temática pouco abordada.

Diante das condições sócio-econômicas desses pacientes, das limitações que apresentam e das condições de higiene oral pode-se concluir que é necessário lançar mão de estratégias para alcançar os objetivos no âmbito da atenção primária à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde, com a reconstrução da prática odontológica voltada para esse serviço de saúde bucal domiciliar, no geral, de acordo com as suas necessidades, ampliando o acesso e assim, serem inseridos no processo como sujeitos que contribuem para promoção, prevenção reabilitação e manutenção da saúde bucal e geral desses usuários acamados e domiciliados. As ações de promoção e prevenção à saúde voltadas para o complexo usuário/cuidador/família foram atingidas no presente estudo, contribuindo inclusive na formação de vínculos entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família e entre comunidade/equipe.

Contudo, os resultados sugerem a necessidade de aprimoramento dos mecanismos da pesquisa para que haja mais trabalhos e assim, melhora embasamento científico, considerando que esse estudo é uma abordagem inicial sobre o tema na localidade referida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o presente estudo foi possível caracterizar os pacientes acamados de acordo com sua condição oral e ainda promover saúde através das visitas domiciliares. Observou-se que ainda é baixa a atuação da Equipe de Saúde Bucal voltada para esse público, fazendo-se necessário mais estudos sobre essa temática

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar aos idosos; Cuidado domiciliar; Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- LACERDA, M.R.et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade.**, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Brasília, 2003.

FERNANDES, J.M. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família.** 2010. 20p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Araçuaí, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 28 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)>. Acesso em: 28 maio 2019.

MARTINS, S. K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira.** 2006. 138p. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006.

SILVA, R.M. **Atenção à saúde bucal no domicílio no contexto da estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma revisão integrativa de literatura.** 2016. 106p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

BALDANI, M.H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol.**, v.13, n.1, p.150-62. 2010.

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública.** v.21, n.6, p.1665-75. 2005.

CÔRTE-REALA, I.S. et al. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.**, v.52, n.3, p.175-80. 2011.

PETERSEN P.E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.33. sn. p.81-92. 2005.

IRINEU, K.N. et al. Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep.**, v.25, n.2, p.41-46. 2015.

NEMRE, N.A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, v.11, n.21, p.39- 50. 2007.

PEREIRA, D.Q. et al. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e técnica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.2, p.599-609. 2003.

GONÇALVES, V.B. et al. Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. **Rev da Faculdade de Odontologia**, v.17, n.2, p.201-207. 2012.

MACHADO, L.P. et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.3, p.526-33. 2012.