

Atuação de cirurgiã-dentista, na atenção domiciliar, a idoso restrito ao leito: relato de experiência

Práctica de cirujano dental, en cuidado domiciliario, a mayores restringidos a la cama: informe de experiencia

Performance of dentist, in home care, to elderly restricted to bed: experience report

Recebido: 15 fev 2022

Revisado: 07 dez 2022

Aceito: 19 dez 2022

Autor de correspondência

Janaina Caribé da Silva
janaina_caribe@hotmail.com

Como citar: Silva JC, Moreira MBA, Silva JFK, Paulo DL. Atuação de cirurgiã-dentista, na atenção domiciliar, a idoso restrito ao leito: relato de experiência. J Manag Prim Health Care. 2023;15:e003. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1194>

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



Janaina Caribé da SILVA⁽¹⁾
Marcela Beatriz Aguiar MOREIRA⁽¹⁾
Juliane Kely Fagundes SILVA⁽¹⁾
Dejanilda Luz PAULO⁽¹⁾

⁽¹⁾ Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Salvador, BA, Brasil.

Resumo

A atenção domiciliar, como modalidade de atenção à saúde, tem garantido a continuidade da assistência na Atenção Primária à Saúde, inclusive para ações voltadas à atenção à saúde bucal para idosos. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é relatar a atuação de uma cirurgiã-dentista, residente em Saúde da Família, na Atenção Domiciliar, a idoso restrito ao leito, em um município da Bahia. Refere-se a um relato de experiência desenvolvido por residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – FESF-SUS e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em município da Bahia, no período entre março/2019 e março/2021. A vivência ocorreu em domicílio, envolvendo uma idosa com 78 anos e um idoso com 80 anos, restrito ao leito, assistidos pela Equipe de Saúde da Família há quatro anos. Foram realizadas visitas domiciliares e acompanhamento longitudinal da família, a considerar intervenções multiprofissionais, no qual inclui as relacionadas ao campo da odontologia. Os dados foram obtidos em registros do serviço de saúde e a partir da vivência profissional da residente. Assim, diante dessa experiência, destaca-se a importância da atenção domiciliar, com enfoque à atenção à saúde bucal, na concretização do cuidado humanizado, integral e longitudinal, com atuação multiprofissional e interprofissional, na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Saúde Bucal; Odontólogos.

Resumen

La atención domiciliaria, como modalidad de atención de la salud, ha asegurado la continuidad de la asistencia en la Atención Primaria de Salud, incluidas las acciones dirigidas a la atención de la salud bucodental de las personas mayores. Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio es reportar el desempeño de un odontólogo, residente en Salud de la Familia, en Atención Domiciliaria, a un anciano confinado en cama, en un municipio de Bahía. Se refiere a un relato de experiencia desarrollado por un residente del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia en *Fundação Estatal Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – FESF-SUS/ y Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*, en el municipio de Bahía, en el período comprendido entre marzo/2019 y marzo/2021. La experiencia se desarrolló en casa, en la que participaron una persona de 78 años y una de 80, postrada en cama, asistida por el Equipo de Salud de la Familia durante cuatro años. Se realizaron visitas domiciliarias y seguimiento longitudinal de la familia, considerando intervenciones multidisciplinarias, que incluyen las relacionadas con el campo de la odontología. Los datos se obtuvieron de los registros del servicio de salud y de la experiencia profesional del residente. Así, dada esta experiencia, se resalta la importancia de la atención domiciliaria, con enfoque en la atención de la salud bucal, en la implementación de una atención humanizada, integral y longitudinal, con acción multidisciplinar y interprofesional, en Atención Primaria de Salud.

Palabras-claves: Atención Primaria de Salud: Visita Domiciliaria; Salud Bucal: Odontólogos.

Abstract

Home care, as a modality of health care, has ensured the continuity of assistance in Primary Health Care, including actions focused on oral health care for the elderly. In this perspective, the aim of this study is to report the performance of a dental surgeon, resident in Family Health, in Home Care, for the elderly restricted to bed, in a municipality in Bahia. This is an experience report developed by a resident of the Multiprofessional Residency Program in Family Health of *Fundação Estatal Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – FESF-SUS* in partnership with *Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*, in a city of Bahia, between March/2019 and December/2020. The experience took place at the subjects residences, involving a 78 year old woman and an 80 year old man, restricted to bed, assisted by the Family Health Team for the last four years. Home visits and longitudinal follow-up of the family were carried out, considering multidisciplinary interventions, which include those related to the field of dentistry. The data were obtained from health service records and from the resident's professional experience. Thus, in the face of this experience, the importance of home care is highlighted, with a focus on oral health care, in the implementation of humanized, comprehensive and longitudinal care, with multiprofessional and interprofessional action in Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; House Calls; Oral Health; Dentists.

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde – RAS, estabelecidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com vistas a garantir a integralidade do cuidado, apresentam a Atenção Primária à Saúde – APS como ‘porta de entrada’ preferencial e a ordenadora do cuidado.¹

Através deste nível de atenção à saúde, tem-se a assistência de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que englobam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Com ênfase aos usuários que apresentam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até o serviço de saúde,² é imperativo a

integração da RAS para assegurar o cuidado integral, humanizado e longitudinal, como instituído pela Atenção Domiciliar – AD.³

Dessa forma, como modalidade de atenção à saúde, a AD caracteriza-se por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade do cuidado. Considerada como oferta oportuna para assistência ao público-alvo supracitado, esta é indicada em situações de estabilidade clínica restrita ao leito, ou ao lar, de maneira temporária, ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, possibilitando a ampliação de autonomia do usuário, da família e do cuidador.³ Desta forma, a AD ressalta e favorece o cumprimento de princípios como a ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado, assim como no alcance de particularidades fundamentais da APS, como a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, através de ações que envolvem a Visita Domiciliar – VD, o atendimento e internação em domicílio.⁴ Com ênfase a VD, destaca-se que é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interprofissional no domicílio do usuário-família, a partir da avaliação da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações.⁵

Nessa perspectiva, o território, a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais na concepção da Estratégia em Saúde da Família – ESF, sendo a VD uma das principais estratégias, com objetivo de ampliar o acesso aos serviços e criar vínculo com a população.⁶ Afinal, permite que a ida ao domicílio aproxime o profissional da história de vida e compreenda o verdadeiro contexto de vida das pessoas, identificando a maioria de seus determinantes presencialmente, destacando este profissional de forma privilegiada para adequar e coordenar os cuidados de acordo com as possibilidades reais das pessoas, seus cuidadores e familiares.⁴

A complexidade do trabalho em saúde e da AD, tendo por fundamento a compreensão ampliada do processo saúde-doença, permite conceituar a Clínica Ampliada – CA, descrita na Política Nacional de Humanização – PNH, como a busca da integração de várias abordagens em saúde com vistas a possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, o qual é necessariamente multiprofissional, redimensionando a atuação clínica para além das abordagens convencionais.⁷

Deste modo, o profissional de saúde deve desenvolver a competência de assistir as pessoas com foco na qualidade de vida, especialmente na AD, em que o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade de ‘inventar-se’, apesar da doença. A escuta qualificada auxilia o usuário e a família entenderem seu processo saúde-doença, relacionando-a com a vida para evitar atitudes passivas diante do tratamento,

corresponsabilizando-os e ampliando as possibilidades clínicas do profissional.⁸ A Equipe de Saúde da Família – EqSF tem a missão de aproximar-se da família, a fim de criar vínculo, visualizar o cenário do contexto do lar e convergir para uma CA singular e integrada, envolvendo não só o paciente, mas também os cuidadores e os familiares.⁷

No que tange à atenção à saúde bucal, os cuidados domiciliares em saúde bucal são definidos como o conjunto de ações de educação em saúde, prevenção de agravos e assistência odontológica em domicílio que estimulam a autonomia e práticas de autocuidado. Essa atuação estabelece uma rede de comunicação participativa com a família e com os demais profissionais da equipe, coordenando o cuidado do paciente restrito ao leito.⁹ O Cirurgião-Dentista assume um papel fundamental na AD, tendo enfoque na promoção e prevenção em saúde bucal, com orientações acerca da higiene oral e cuidados com próteses, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada, atuando também no tratamento clínico de lesões cariosas e doença periodontal, além da avaliação da mucosa jugal, língua, gengiva e palato para identificação de lesões orais, inclusive àquelas potencialmente malignas.⁶

Em especial, a promoção de saúde bucal em idosos visa garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a EqSF fazem parte do processo de atenção em saúde do idoso.⁵

Na prática, há poucos protocolos municipais e educação continuada com foco na atenção domiciliar abrangendo a saúde bucal. A partir dessa contextualização, constata-se a necessidade de ampliar a atuação do profissional de saúde bucal para além da prática clínica do consultório odontológico, e possibilitar a vivência em outros espaços, como a AD, para a construção e ampliação do conhecimento da saúde do indivíduo, não tendo a cavidade bucal como seu lócus de atuação prioritário, permitindo que o cuidado em saúde bucal se amplie para uma prática que suscite a transdisciplinaridade. Assim, o estudo tem como objetivo relatar a atuação de uma Cirurgiã-Dentista residente em Saúde da Família, na Atenção Domiciliar, a idoso restrito ao leito em município da Bahia.

Metodologia

O referido trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e exploratório, da atuação de uma cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em atenção domiciliar a idoso restrito ao leito que é vinculado a uma

Unidade de Saúde da Família – USF situada em município da Bahia, no período entre março de 2019 e março de 2021.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁰, em 2021, o município em questão apresenta população em torno de 309.208 habitantes e uma área territorial de 785,421 km². Expressa em sua RAS, um Hospital Geral de gestão municipal e estadual, um Centro de Especialidades Odontológicas tipo III, trinta e seis USF e sete Unidades Básicas de Saúde – UBS.

A experiência ocorreu em um determinado domicílio cuja família tem sido assistida pela EqSF de referência integrante de USF do município, a qual possui quatro EqSF contendo três médicos clínicos, três cirurgiãs-dentistas, quatro enfermeiros, seis profissionais do Núcleo Ampliado à Saúde da Família – NASF incluindo psicólogas, nutricionistas, fisioterapeuta e professor de educação física e um sanitarista de referência, duas auxiliares em saúde bucal, cinco técnicas de enfermagem, dezesseis agentes comunitários de saúde – ACS, cinco servidores municipais, além do corpo pedagógico, a considerar preceptoria e apoio pedagógico, vinculados ao programa de residência.

Desde 2017 até o presente momento, a família composta por casal de idosos, mulher de 78 anos e homem de 80 anos, sendo representados por T.S. e J.M.S.F, respectivamente, tem sido acompanhada pela EqSF, contabilizando quatro anos de assistência à atenção domiciliar.

Os partícipes residiam sozinhos em um apartamento de um conjunto habitacional, no primeiro andar, sem elevador, sem adaptações e com limitação para locomoção entre os cômodos. Ademais, contam com os cuidados de uma sobrinha e uma neta, visto que o filho de TS mora em outro estado, além do apoio do grupo da igreja e de vizinhos. Ainda assim, no momento a família considera a rede de apoio insuficiente para os cuidados em saúde.

No que tange aos cuidados ofertados aos usuários referidos, foram realizadas ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, incluindo: VD, acompanhamento longitudinal da família, e atendimentos individuais – inclusive intervenções odontológicas, mediante avaliação prévia das condições gerais e bucais de saúde do usuário, como procedimentos periodontais e restauradores. Destarte, essa experiência de cuidado humanizado ao usuário restrito ao leito tornou-se relevante para elaboração deste trabalho.

Para a descrição do relato, recorreu-se aos registros do prontuário do usuário e da família, da vivência profissional com o caso supracitado e experiências relatadas em

portfólio individual da residente – espaço de ensino-aprendizagem ofertado pelo Programa de Residência.

Ademais, a fim de subsidiar o aporte teórico da temática abordada, realizou-se a busca na literatura através das bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no período de setembro de 2020 à março de 2021, empregando descritores “Odontólogos”, “Saúde Bucal”, “Atenção Primária à Saúde” e “Visita Domiciliar”, os quais foram previamente consultados no *Medical Subject Headings – MeSH*/Descritores em Ciências da Saúde – DeCS.

Na execução deste trabalho, foram atendidas as normas dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde,¹¹ não sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa posto que se trata de relato de experiência reflexivo.

Relato de experiência e discussão

Diante da atuação multiprofissional, enquanto cirurgiã-dentista e residente em Saúde da Família, a Atenção Domiciliar ao usuário restrito ao leito e em cuidados paliativos, dentro de um contexto de vulnerabilidade social, tornou-se uma experiência relevante e exitosa no processo formativo da Residência. Afinal, dentro das possibilidades de acompanhamento em uma USF, com VD periódicas e abordagem do Projeto Terapêutico Singular – PTS, a EqSF buscou ofertar o melhor cuidado diante das condições de saúde da família em questão, garantindo o atendimento humanizado, longitudinal e centrado no usuário, que visa a melhoria na qualidade de vida destes.

Baseado nos registros em prontuário, o caso foi apresentado pelos residentes do segundo ano que acompanhavam a família e discutido em reunião de equipe, o que reforça a importância da análise da situação de saúde da família em questão de forma conjunta, com a participação de todos os envolvidos. Deste modo, a reunião de equipe caracteriza-se como atividade essencial para a realização das visitas, momento este para discutir os casos que devem ser priorizados, bem como quais profissionais seriam mais adequados para tal.¹²

Após a discussão sobre o caso pela equipe, identificou-se a necessidade da realização de VD com periodicidade quinzenal pela EqSF, bem como, realizou-se análise do risco familiar. Para tanto, foi empregada a escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi,¹³ um instrumento de priorização de VD, que considera os dados coletados nos prontuários de cadastro individual e familiar, para definir as sentinelas de risco familiar, sendo avaliadas do ponto de vista da relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial

de impacto na dinâmica familiar, seja por mudanças na utilização dos serviços de saúde, impactos socioeconômicos, nas inter-relações do núcleo familiar e no trabalho.¹³

Assim, para avaliar a classificação de risco familiar, considerando o instrumento supracitado, oferta-se um escore de 0 a 3 para as categorias preconizadas, e a partir da pontuação estabelece-se, a classificação de risco, que varia de R1 (escore 5 ou 6) - risco menor, R2 (escore 7 ou 8) – risco médio, e R3 (escore maior que 9) – risco máximo, de acordo com o Escore Total.¹³ Para o referido caso considerou-se tais sentinelas de risco: Acamado (escore três), Indivíduo maior de 70 anos de idade (escore um), Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (escore um) e *Diabetes Mellitus* – DM (escore um); totalizando escore seis, o que representa risco menor para a família supracitada.

Outra classificação foi realizada mediante Ficha de Estratificação de Risco Familiar preconizada pelo município. Seu método é similar à escala citada anteriormente, diferindo o escore final, apresentando-se assim: Sem Risco (nenhum ponto); Risco 1 (1-3 pontos); Risco 2 (4-12 pontos); Risco 3 (mais de 13 pontos). Para o referido caso, encontrou-se tais escores para as sentinelas de risco: Acamado (escore três), Indivíduo maior de 70 anos de idade (escore dois), HAS descontrolada (escore 3) e DM descontrolada (escore 3); totalizando escore onze, o que representa risco médio para tal família.

Para o planejamento das abordagens executadas na AD à referida família, buscou-se analisar de forma minuciosa as condições de saúde e contexto familiar dos envolvidos. Assim, foi identificado que o caso se refere a um casal de idosos, a esposa TS tem 78 anos, com DM tipo II, HAS, Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC, obesidade, apresenta redução da mobilidade devido úlceras em membro inferior direito; e o esposo JMSF tem 80 anos, com HAS crônica descontrolada e histórico de dois acidentes vasculares encefálicos, evoluiu desde 2017 com redução da força muscular, atrofia generalizada e contraturas, restrito ao leito desde outubro de 2018 até o presente momento, não comunicativo (afasia), responsivo eventualmente apenas a estímulos dolorosos e auditivos, com nutrição via sonda nasogástrica, uso de dispositivo urinário, presença de úlceras por pressão (escaras) e usuário com necessidade de cuidados contínuos.

Observa-se que as condições de saúde da esposa e cuidadora de JMSF é também considerada de risco, haja vista que a mesma não consegue realizar tudo que é necessário para seu cuidado diário com a saúde, por muitas vezes não utiliza a medicação nos horários, não consegue fazer uma alimentação balanceada e não adota as orientações de curativo da ferida exposta em membro inferior. A intervenção da EqSF voltou os cuidados aos dois usuários, sendo essencial a escuta, o acolhimento e as orientações de forma qualificada, a fim de desenvolver os processos de cuidados em saúde com a esposa e

cuidadora do usuário. Afinal, do ponto de vista conceitual, define-se como cuidador aquele que exerce a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um membro da família ou comunidade. E, portanto, percebe-se que o ato de cuidar está relacionado ao adoecimento e às piores condições de vida, associado à vulnerabilidade do cuidador com a sobrecarga do cuidado,¹⁴ o que reitera a necessidade de também direcionar atenção à cuidadora.

Quanto ao contexto familiar, notou-se que este casal recebia suporte de alguns parentes próximos na cidade, os quais auxiliavam em alguns cuidados como a limpeza da casa, compras dos alimentos e dos utensílios de curativo e medicamentos. Uma sobrinha de TS tem sido cuidadora de JMSF, dispondo de duas horas de cuidados para tal, incluindo banho no leito e troca de fralda e curativos. TS tem sido responsável pela administração da comida, dos remédios e da higiene oral de JMSF, inclusive a mesma relatou dificuldades para realizar os cuidados de seu esposo. Ademais, a família tem recebido apoio do grupo da igreja e de vizinhos, entretanto tem tido desorganização do cuidado, facilitando as instabilidades de saúde de JMSF.

Conforme observações acima relatadas, considera-se como uma das atribuições da EqSF trabalhar as relações familiares otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o usuário, o cuidador e sua família, de maneira a construir uma rede de apoio eficaz.¹⁵ Isso permite que, a partir da utilização do genograma e ecomapa, a equipe entenda como se dá a dinâmica do lar, identifique situações familiares importantes e relações de afeto e conflito, fomentando a abordagem integral.⁸

De fato, a EqSF, com o apoio fundamental dos ACS e o NASF, buscou informações detalhadas do histórico familiar, das condições de vida, do apoio familiar e da comunidade, proporcionando a construção da rede de apoio, e norteando a construção do PTS, o qual é caracterizado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para indivíduos ou grupos, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, elaborada em conjunto com o usuário e sua família/cuidadores, buscando maior empoderamento em relação à saúde e autonomia.⁴

Em paralelo, ofertou-se atenção à saúde bucal dos partícipes envolvidos, com orientação sobre higiene bucal e avaliação odontológica para TS e também, orientação de higiene bucal e atendimento odontológico à JMSF. Na primeira VD realizada pela Equipe de Saúde Bucal – ESB, com o apoio da nutricionista do NASF e da ACS, foi realizada a avaliação odontológica de JMSF, notou-se acúmulo de placa bacteriana generalizada, lesões cariosas, saburra lingual, perdas de unidades dentárias, ausência de lesão em

tecidos moles, além do usuário exprimir sintomatologia dolorosa em alguns dentes, foi identificado que TS tem apresentado dificuldade para realizar a higiene oral de JMSF. Dessa forma, executou-se a higiene bucal com escova dental, dentifrício fluoretado, fio dental e antisséptico oral, com contribuição positiva do usuário, que manteve abertura bucal durante o procedimento. Nesta abordagem, utilizou-se a comunicação direta com o usuário, de forma clara para seu entendimento, 'olho no olho', tratamento humanizado e olhar empático.

Na segunda VD programada iniciou-se o atendimento odontológico clínico em JMSF, com profilaxia e raspagem supra-gengival. Na oportunidade, verificou-se presença de fístula associada ao dente 42, com lesão extensa de cárie. Além disso, o usuário encontrava-se em suspeita de infecção urinária, e por conseguinte, foi discutido a necessidade de antibioticoterapia pelo médico e pela dentista, sendo feita a prescrição. Na terceira VD, acompanhada pela preceptora de Odontologia, foi realizado Tratamento Restaurador Atraumático – ART, selamento provisório de algumas lesões cáries e profilaxia; evidencia-se que JMSF estava mais proativo e responsivo, e com avanços significativos da sua condição de saúde bucal.

Em concomitância com a literatura, o tratamento odontológico para o indivíduo acamado pode ser realizado em domicílio, seguindo os preceitos da biossegurança, e dentre os procedimentos cabíveis, tem-se a técnica ART, considerada uma estratégia de tratamento para lesões cáries iniciais, integrada a programas educativo-preventivos, em populações com acesso restrito ao serviço, realizada pela técnica menos invasiva e sem necessidade de equipamentos odontológicos, como instrumentos rotatórios. Como também, instrução de higiene bucal, profilaxia, raspagem supra/subgengival, atendimento de urgência, dentre outros procedimentos.⁵

Na última VD, que se destinou às avaliações gerais e preservação do tratamento odontológico, foi realizada profilaxia, com utilização de antisséptico bucal a base de Digluconato de Clorexidina 0,12%. Corroborando com a literatura, muitos estudos relatam a relação do uso do Digluconato de Clorexidina 0,12% e a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – PAVM aos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva, este deve ser utilizado considerando suas propriedades antimicrobianas para controle e redução dos níveis do biofilme, sempre sob orientação e uso sistemático e supervisionado,¹⁶ analisando criteriosamente sua necessidade com base na alteração bucal apresentada pelo paciente idoso e no seu estado de saúde.¹⁷ Devido as condições orais apresentadas pelo usuário, com acúmulo de placa bacteriana generalizada e saburra lingual, além da precarização da sua higiene, ficou evidente a necessidade da higiene

associada ao uso da Digluconato de Clorexidina 0,12% considerando sua importância para adequação bucal, orientando e supervisionando o uso administrado pela cuidadora, sem desconsiderar a importância da higiene mecânica com escovação.

Ainda em relação à VD citada anteriormente, observou-se que JMSF encontrava-se mais alerta, disposto, responsivo aos comandos de abertura e fechamento de boca, mantinha o olhar fixo à cirurgiã-dentista e um brilho no olhar. Em agradecimento, a profissional de saúde ofertou afeto, sob forma de um carinho na cabeça, e ele retribuiu fechando os olhos e com um aperto de mão. Diante do exposto, estava nítido a relação de vínculo da equipe e da dentista com o usuário. Mesmo sem verbalizar, o usuário JMSF transmitia no olhar e no aperto de mão sua gratidão aos cuidados, sentimento este, recíproco da equipe para com ele. Nesse momento, enquanto profissional de saúde, foi possível compreender a importância do cuidado humanizado e do olhar empático para com o usuário, com vistas à transformação e validação do cuidado.

Nesse contexto, torna-se importante ressaltar os princípios dos cuidados paliativos que incluem o respeito à vida considerando a morte como processo natural, sem intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, com minimização dos sofrimentos físico, social, emocional e espiritual até sua morte.⁸

E do mesmo modo, a comunicação e relacionamentos interpessoais com os usuários em cuidados paliativos são ressignificantes e essenciais ao cuidado, acontecendo de maneira verbal e não verbal. Dessa forma, para que as necessidades sejam atendidas e os cuidados sejam bem-sucedidos, é essencial a relação de empatia e respeito entre os profissionais, a família e o paciente.⁴ Afinal, vivenciar a comunicação não verbal para a ESF, apesar de desafiadora por exigir superações profissionais e pessoais contínuas, permite ressignificar o cuidado e a atenção, possibilitando a humanização do cuidado.

Entretanto, para um paciente restrito ao leito com poucas horas de cuidado ofertados pela cuidadora e sua esposa, tendo dificuldades para mudança de decúbito, mesmo sob orientações da equipe, tinha-se ciência da possibilidade de agravamento das escaras. Até que após alguns meses, fez-se necessário internamento no Hospital Geral da cidade para cuidados, intervenção e controle de infecção (sepsis), obtendo alta hospitalar após 30 dias. Ao retornar ao domicílio, a equipe de saúde realizou a VD e encontrou JMSF abatido, emagrecido, apático e com mais contração e rigidez muscular, bem como avaliou-se uma escara sacral em torno de 25 centímetros. Neste dia não foi possível realizar a higiene bucal, pois este não respondeu com a abertura de boca, inclusive manteve os olhos fechados. Diante dessa situação, realizou-se a comunicação direta e um carinho na

sua cabeça, até que ele abriu os olhos mareados e avermelhados, ali na troca de olhar foi findada a comunicação.

Ao deparar-se à situação de saúde de JMSF, pós-internação hospitalar, fomentou-se o despertar de sentimentos frente a esta situação jamais vivenciada, afinal, angústia, aflição, tristeza, receio e inquietude foram sentidos. Nesse momento, as reuniões de equipe foram de extrema importância para discussão do caso com o NASF, listaram-se as possibilidades de intervenções, as redes de apoio da família, as condições e vulnerabilidades sociais, sendo possível organizar e levantar os encaminhamentos para o PTS da família.

Atualmente, a família encontra-se em melhores condições de saúde, com TS cuidando melhor da alimentação, fazendo uso regular das medicações, com úlcera bem reduzida em perna e o usuário JMSF segue em cuidados paliativos, com escara bem reduzida e cicatrizada em região sacral. A melhora das condições de saúde deles deve-se também ao apoio de uma profissional de enfermagem contratada pela família para realizar os cuidados diários de curativo de ambos e de higiene corporal e bucal de JMSF. A EqSF segue o acompanhamento longitudinal, com visitas periódicas e monitoramento telepresencial da família, considerando os riscos e cuidados da saúde, seguindo os protocolos de biossegurança e de prevenção a pandemia de COVID-19.

De certo, a humanização do cuidado no contexto da AD se faz necessário, e quanto mais próximo dessa realidade o profissional estiver inserido desde a graduação, melhor será o desenvolvimento da autonomia, comunicação e inovações assistenciais para além do procedimental e técnico nesse ambiente essencialmente dinâmico. Para isso, é necessário que o profissional desenvolva uma postura proativa e reflexiva dos sentimentos complexos envolvidos nas demandas observadas na VD, que podem gerar ansiedade, frustração e tristeza, e portanto, é importante estar atento neste processo de aprendizado, humanizando a formação profissional.¹⁸

Entretanto, percebe-se pouca atuação e vivência na APS, em especial na AD, dos estudantes e profissionais, o que possibilita atitudes fragilizadas e falta de conhecimento para as abordagens domiciliares. Por outro lado, são esperadas algumas atitudes do profissional da EqSF, como empatia, disponibilidade para discutir casos, humildade ao adentrar aos domicílios, respeito às crenças e modelos explicativos familiares, manutenção do vínculo, manejo aos conflitos familiares, e ter desprendimento para abordar a morte e o luto.¹⁹ Afinal, essas atitudes são consideradas potencializadoras no processo de ensino-aprendizagem profissional e pessoal, e para o cuidado em saúde à população.

Considerações finais

A inserção dos Cirurgiões-Dentistas na Atenção Domiciliar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, permite a realização de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmica ou de sequelas de seus respectivos tratamentos, permitindo atuação multiprofissional ao paciente, visando a manutenção da saúde bucal e a melhoria da qualidade de vida.

O domicílio tem grandes potencialidades para o aprimoramento profissional, sendo importante o domínio da prática clínica na realização de procedimentos, e também a avaliação das condições de saúde do usuário e as possibilidades de atuação no domicílio. A Atenção Domiciliar na Odontologia requer a produção do cuidado, mesmo quando não são disponibilizados dispositivos e/ou equipamentos convencionais da prática odontológica para realização de procedimentos, que visem promover a redução dos riscos de infecções oportunistas aos usuários acamados ou não, e garantir acesso ao serviço de saúde. Assim, o cuidado com a família anteriormente citada fomentou na EqSF diversos momentos para discussão e elaboração do PTS, garantindo ações a curto, médio e longo prazo, previamente pactuadas com a família e os responsáveis.

Durante este período de aprendizado, foi possível desenvolver habilidades pessoais e profissionais, validando a importância do cuidado humanizado e empático para com o usuário, através da escuta e acolhimento qualificado, facilitando o atendimento e estabelecendo vínculo para o cuidado longitudinal, afinal, a formação multiprofissional permite o cuidado ampliado, troca de experiências profissionais e mais adequada prestação do atendimento, seja este ofertado em serviço de saúde ou domicílio, embasado nos conhecimentos teóricos e práticos, prévios e adquiridos ao longo do processo de ensino-aprendizagem da residência multiprofissional em Saúde da Família.

Contribuições autorais

J. C. Silva realizou a concepção, a redação do trabalho, a aquisição e análise dos dados, a revisão e aprovação da versão a ser publicada. M. B. A. Moreira realizou a revisão crítica do seu conteúdo intelectual completo e a aprovação final da versão a ser publicada. J. K. F. Silva realizou a revisão crítica do seu conteúdo intelectual completo e a aprovação final da versão a ser publicada. D. L. Paulo realizou a aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2010 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2017 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2017 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília, DF: MS; 2020.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2006. (Série caderno de atenção básica; n. 17)
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: MS; 2009.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Caderno de atenção domiciliar: Brasília, DF: MS; 2013. (vol. 2).
9. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção à Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2018.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [citado 11 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>

11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: CNS; 2012 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Peres EM, Andrade AM, Dal Poz MR, Grande NR. The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme: evidences of change in the delivery health care model. *Hum Resour Health*. 2006;25(4):8 p. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-25>.
13. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104).
14. Savassi LCM, Modena CM. As diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: uma revisão sobre o cuidador. *Rev APS*. 2013;16(3):313-9.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: MS; 2012. (vol. 1).
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília, DF: MS; 2019.
17. Araújo AS, Andrade M, Pinto FMAG. Higiene e saúde bucal em idosos na atenção primária: uma revisão sistemática. *Rev Eletrn Acervo Saude*. 2020;(44):e2673. <https://doi.org/10.25248/reas.e2673.2020>.
18. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em odontologia. *Rev ABENO*. 2017;17(4):87-98. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.515>.
19. Savassi LCM. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

Minicurrículos

Janaina Caribé da Silva | <https://orcid.org/0000-0002-1975-4182>
<http://lattes.cnpq.br/1530038398799834>

Marcela Beatriz Aguiar Moreira | <https://orcid.org/0000-0002-2545-2121>
<http://lattes.cnpq.br/6824985256305694>

Juliane Kely Fagundes Silva | <https://orcid.org/0000-0002-8709-9036>
<http://lattes.cnpq.br/5314223701886703>

Dejanilda Luz Paulo | <https://orcid.org/0000-0003-1710-8395>
<http://lattes.cnpq.br/4902946706081271>